

DÉCISION
A08-CF-II-D13

| D13

SECTEUR TÂCHE ET ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation du travail : une priorité d'action

présenté au conseil fédéral
des 2, 3 et 4 décembre 2008

FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



RESPONSABILITÉ POLITIQUE

Daniel Gilbert, 2^e vice-président

Carole Grant, 5^e vice-présidente

COORDINATION

Danielle Couture, coordonnatrice secteurs et services

RÉDACTION

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

Marc-André Courchesne, conseiller syndical, secteur Tâche et Organisation du travail

RÉVISION

Micheline Poulin, conseillère syndicale, service Communication-Information

SECRÉTARIAT

Francine Parent, secrétaire, service Communication-Information

Table des matières

Introduction	1
I- Mise en contexte	5
1. La loi 90 : une mise en œuvre à géométrie variable.....	5
2. Le plan thérapeutique infirmier.....	6
3. La pénurie de professionnelles en soins	7
4. Un réseau malade de néolibéralisme	7
II- Triste portrait après la mise en vigueur de la loi 90	10
III- Contexte en évolution	12
1. La Table nationale de concertation et les annonces ministérielles...	12
2. Des projets-pilotes en organisation du travail	14
3. Le Groupe de pilotage en soins infirmiers	16
4. Des discussions avec les ordres professionnels	18
5. Un bilan de la négociation nationale, locale et des processus de titularisation.....	18
6. La loi 90 et le PTI depuis mars 2008	19
IV- Éléments de réflexion pour un plan d'action	21
1. La pénurie et les contraintes budgétaires.....	21
2. L'évitement syndical.....	23
3. Les tendances en organisation des soins et du travail	25
V- L'organisation du travail : une priorité de la FIQ en 2009	34
1. Une action syndicale organisée et ciblée.....	34
2. Un plan d'action porteur et efficace.....	35
Annexe 1 Table nationale de concertation sur la main-d'œuvre infirmière	43
Annexe 2 Plan d'action	45
Références	47

« Réorganiser le travail, c'est changer notre manière de travailler et souvent désorganiser ce qui existait. Ce remaniement peut augmenter l'insécurité de chacun. Tout changement fait naître des peurs : peur de perdre, peur de ce qui va se faire, peur de ne pas trouver sa place dans le nouveau fonctionnement. Cette réorganisation peut aussi questionner chacun des membres de l'équipe sur sa façon de faire avant le changement : s'il faut travailler autrement, cela signifie-t-il que l'on travaillait mal avant? Ces peurs et ces interrogations peuvent être un frein au changement si elles ne sont pas explicitées et explorées, ensemble.¹ »

Introduction

1

Depuis sa création en 1987, la FIQ a toujours envisagé l'organisation du travail comme une occasion d'amélioration continue des conditions de vie au travail de ses membres. Au-delà des conditions de travail négociées, l'organisation du travail influence grandement les éléments de contenu et de contexte du travail : la satisfaction au travail, le climat de travail, la pratique professionnelle, les modes de distribution de soins, la latitude et l'autonomie, la santé au travail et autres.

Consciente de l'impact considérable de l'organisation du travail sur la qualité de vie au travail de ses membres, la Fédération a tenu deux congrès sur ce thème, en 1993 et 1996², en plus de créer un secteur spécifiquement dédié à la recherche et aux interventions de type conseil sur la tâche et l'organisation du travail. Anticipant les changements à venir et analysant les changements en cours, la FIQ s'est démarquée par son leadership en la matière et a toujours été reconnue comme une interlocutrice de premier plan par les décideurs du réseau (MSSS, AQESS, etc.) et les institutions concernées (ordres professionnels, institutions d'enseignement, etc.).

Elle a également participé à de nombreuses consultations, discussions et échanges au niveau national : Forum national sur la planification de la main-d'œuvre, Comité aviseur sur la santé mentale, Comité aviseur sur les ressources informationnelles du secteur sociosanitaire (CARISS), Dossier santé Québec (DSQ), Table nationale de concertation sur la main-d'œuvre en soins infirmiers, Groupe de pilotage en soins infirmiers, Comité de pilotage en inhalothérapie. La FIQ participe aussi à plusieurs congrès et colloques internationaux, tel que le Secrétariat international des infirmières et des infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF). Elle fera de l'organisation du travail une priorité organisationnelle pour l'année 2009.

Au fil des ans, la FIQ a effectué de nombreuses recherches et produit des documents de réflexion et d'information afin d'alimenter les instances en vue de prendre des décisions éclairées sur différents sujets relatifs à l'organisation du travail et à la négociation collective. Elle a également développé de nombreux outils de formation visant à soutenir les équipes locales dans leurs interventions auprès des employeurs et dans le développement de divers dossiers, tels que les fardeaux de tâche, les interventions locales en organisation du travail, la planification de la main-d'œuvre, les comités de soins. Ces outils de référence, tel que ILOT (Intervention locale en organisation du travail), ont été une source de fierté pour la FIQ : ils ont permis aux syndicats de développer des dossiers solides en organisation du travail. La qualité de ces outils de référence a permis de donner une crédibilité à la FIQ auprès des décideurs du réseau de la santé et des services sociaux qui ont souvent demandé de leur en faire une présentation et qui les ont même utilisés, considérant la démarche proposée comme l'une des meilleures.

La double mission du secteur Tâche et Organisation du travail, soit la recherche et le rôle conseil, a donné lieu à de multiples collaborations avec d'autres secteurs et services de la FIQ, en réponse aux différents besoins et selon la conjoncture. C'est dans ce cadre de collaboration que les secteurs TOT et Relations de travail (RLT) ont été appelés à réaliser le mandat découlant de la recommandation adoptée lors du conseil fédéral de décembre 2007 :

« Que la FIQ dégage une position syndicale sur la pratique des professionnelles en soins et élabore un plan d'action à partir d'un portrait sur les rôles, tâches, fonctions et responsabilités (Loi 90, PTI, etc.) des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, perfusionnistes et d'échanges en commissions, au plus tard au conseil fédéral des 18-19 et 20 mars 2008. »

Les travaux ont débuté par la réalisation d'un portrait sur les rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins. La collecte d'informations et la rédaction du document sur ce portrait se sont déroulées du mois de janvier au mois de mars 2008. Présenté au conseil fédéral des 18, 19 et 20 mars 2008³, ce portrait a fait l'objet de discussions et de validation en commissions.

Ce plan d'action vise à adopter des pistes de solutions à l'égard des problèmes en organisation du travail vécus par les membres des syndicats affiliés dans les divers établissements du réseau de la santé. Le portrait et les commissions ont mis en évidence des variations dans le rythme, le degré d'implantation et les conditions développées localement pour mettre en œuvre la loi 90 et le PTI.

À la lumière des constats tirés du portrait et des commissions, il apparaît très clair que la catégorie professionnelle pour laquelle les conditions de mise en œuvre, et donc d'implantation, d'une pratique renouvelée mettant à profit les possibilités que recèlent les changements à la législation professionnelle, est celle des infirmières. En effet, les infirmières auxiliaires ont rapidement pu développer leur champ de pratique par l'introduction de nouvelles activités pour lesquelles la formation fut rapidement développée, mais elles considèrent leur rémunération insatisfaisante en regard des rôles, tâches, fonctions et responsabilités supplémentaires dorénavant assumées.

Quant aux inhalothérapeutes, tout comme dans le cas des infirmières, elles demeurent en attente de développement d'ordonnances collectives leur permettant une pratique plus complète et enrichie. Les solutions proposées portent évidemment sur les problèmes identifiés depuis décembre 2007, mais elles doivent également s'inscrire dans un contexte large d'organisation du travail. La réalisation de ce plan d'action exigera certes

une importante dose d'énergie de l'ensemble de l'organisation FIQ, et plus particulièrement au niveau local.

Ce document est construit en cinq parties. La première partie se veut un rappel succinct du contexte dans lequel la délégation a adopté la recommandation précitée. Un bref retour sur les constats dégagés en mars dernier fait l'objet de la deuxième partie. En troisième lieu, l'évolution de la situation contextuelle et conjoncturelle est présentée afin d'en apprécier la portée et ceci, en vue de bien cibler les actions à poser. La quatrième partie du document analyse les constats à la lumière d'éléments importants qui influencent et colorent l'organisation du travail. Finalement, cette démarche d'analyse permettra de proposer un plan d'action réaliste et réalisable visant l'amélioration de la vie au travail des membres de la FIQ.

I- Mise en contexte

5

1. LA LOI 90 : UNE MISE EN ŒUVRE À GÉOMÉTRIE VARIABLE

La loi 90⁴ est né de la nécessité de répondre aux besoins de santé actuels et futurs de la population québécoise. La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (loi 90), adoptée le 14 juin 2002, est venue définir et actualiser le champ d'exercice de onze professions du domaine de la santé physique notamment les infirmières, les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes.

Cette loi prévoit un nouveau partage des champs d'exercice des professionnelles dans le domaine de la santé physique en leur réservant certaines activités et en permettant un partage d'activités entre professionnelles. En enrichissant et en élargissant le champ de pratique de chaque profession visée, cette loi vient fournir un encadrement légal susceptible de favoriser le travail en équipe interdisciplinaire et la collaboration interprofessionnelle. Elle autorise également certaines professionnelles, telles que les infirmières et les inhalothérapeutes, à exercer des activités de nature médicale.

Théoriquement, la loi 90 devrait favoriser l'exercice du plein potentiel des professionnelles de la santé. Concrètement, la Loi prévoit aussi une distinction entre les règles du système professionnel et les prérogatives des établissements en termes d'utilisation de la main-d'œuvre professionnelle⁵. En contexte de pénurie de main-d'œuvre et de difficultés budgétaires, les employeurs peuvent dégager une marge de manœuvre et un peu plus de flexibilité dans l'organisation du travail⁶.

La loi 90 représente indéniablement un enrichissement pour la pratique infirmière. Elle reflète l'évolution contemporaine des soins infirmiers et des compétences infirmières acquises par la pratique. Cette mesure législative vient reconnaître et recentrer le rôle de l'infirmière au plan de l'évaluation⁷, de la surveillance clinique et du suivi des patient-e-s. La Loi leur reconnaît aussi une plus grande autonomie professionnelle, les dote de nouveaux moyens pour participer aux traitements médicaux et consacre leur expertise en matière de traitement des plaies et dans le suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexes. De plus, de nouveaux rôles en pratique avancée, tel que celui de l'infirmière praticienne spécialisée, sont maintenant légalement reconnus.

Il semble toutefois que, quatre ans après l'entrée en vigueur des modifications législatives⁸, les établissements du réseau démontraient peu d'empressement dans la mise en œuvre de toutes les activités réservées aux infirmières.

Les modifications à la loi 90 permettent à l'infirmière auxiliaire de contribuer à l'évaluation de l'état de santé de la personne et à la réalisation du plan de soins. Elle peut donc procéder à la cueillette d'informations, communiquer ses observations verbalement ou par écrit, participer aux réunions de l'équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire et remplir toutes les autres fonctions que lui confie l'infirmière⁹. Aussi, plusieurs activités se sont ajoutées à sa pratique comme la ponction veineuse, la pose de tube nasogastrique, la vaccination ou la thérapie intraveineuse.

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

2. LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

L'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec recentre le rôle de l'infirmière sur l'évaluation, la surveillance clinique et le suivi infirmier. Il introduit aussi la notion de plan thérapeutique infirmier (PTI).

Ainsi, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a développé une nouvelle norme documentaire qui entrera en vigueur en avril 2009. À compter de cette date, l'infirmière sera responsable de la détermination et de l'ajustement du PTI pour chaque client-e, à partir de son évaluation clinique. Ce plan, consigné au dossier, constitue un changement majeur pour la profession infirmière. En effet, il y aura désormais une trace des décisions cliniques de l'infirmière au dossier du-de la client-e.

Le PTI vise à dresser le portrait clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires du-de la client-e. L'ensemble des infirmières qui interviendront auprès de celui-celle-ci devront tenir compte du PTI. L'infirmière y inscrira des directives, à l'intention notamment des infirmières auxiliaires, en vue d'assurer le suivi (surveillance clinique, soins et traitements). L'OIIQ et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) ont travaillé de concert dans ce dossier et considèrent que le PTI deviendra un outil important de collaboration interprofessionnelle entre les infirmières et les infirmières auxiliaires. En outre, les préposées aux bénéficiaires devront appliquer les directives infirmières qui leur seront transmises¹⁰.

3. LA PÉNURIE DE PROFESSIONNELLES EN SOINS

Par le passé, le réseau de la santé a connu différents épisodes cycliques de pénurie chez certaines professionnelles. Cependant, la pénurie actuelle de professionnelles en soins n'est plus le simple résultat d'un phénomène cyclique, elle est persistante et sévère, notamment chez les infirmières.

En novembre 2007, les données du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) n'auguraient rien de très positif à l'égard de la pénurie d'infirmières; les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes s'en tirant un peu mieux, selon les prévisions. Le MSSS prévoyait un déficit de 7 300 infirmières en 2012 et de 23 000 en 2022.

En novembre 2007, le MSSS prévoyait un surplus de 1 000 infirmières auxiliaires pour 2016. En ce qui concerne les inhalothérapeutes, selon les données du MSSS (2006) la pénurie anticipée en 2020 s'établissait à 226. Mais selon les dernières données du MSSS (2008) la pénurie s'estompera à partir de 2010, pour réapparaître en 2018-2019 et atteindre un manque d'effectifs de 192 inhalothérapeutes en 2022-2023¹¹.

En situation de pénurie, les employeurs sont à la recherche de solutions afin de pouvoir garantir l'offre de soins et les services à la population dans le cadre de leur mission. À cette fin, ils tentent de réorganiser le travail afin d'éviter toute rupture de services. En décembre 2007, lors de l'adoption de la recommandation justifiant l'élaboration d'un plan d'action, le contexte des établissements était fortement marqué par une gestion des ressources humaines « de crise », à courte vue et sans analyse sérieuse. Recours aux heures supplémentaires, obligatoires ou non, et à la main-d'œuvre indépendante font partie des stratégies palliatives au problème de pénurie.

4. UN RÉSEAU MALADE DE NÉOLIBÉRALISME

Les tenants du néolibéralisme aiment bien utiliser des vocables novateurs afin de décrire leur vision de la société. La « *réingénierie* » de Jean Charest ou le « *vent de changements* » proposé par l'ADQ en sont de bons exemples. Cependant, l'idéologie néolibérale actuelle ne diffère pas, sur le fond, du libéralisme de l'ère industrielle. Le fondement de cette idéologie repose sur la croyance que tous les problèmes sociaux, le principal étant bien sûr le chômage, sont le résultat des barrières et des cadres réglementaires mis en place par les gouvernements et qui empêchent le sacro-saint marché de jouer pleinement son rôle de régulateur. Dans ce cadre, les solutions sont toujours simples : déréglementons, privatisons et tout ira mieux! Pourtant, les exemples d'échecs de déréglementation ne

manquent pas; la plus récente crise financière mondiale illustre de façon frappante le fiasco de la déréglementation du secteur financier.

D'un point de vue néolibéral, l'origine des problèmes du réseau de la santé est évidente : trop de réglementation, pas assez de place pour le marché. Dans ce contexte, la privatisation du réseau de la santé, entreprise depuis quelques années, est en parfaite symbiose avec la philosophie néolibérale. L'arrivée au pouvoir du Parti libéral du Québec, en 2003, a conduit à une restructuration majeure du réseau de la santé et des services sociaux fondée sur cette idéologie

*Une gestion
empreinte de
néolibéralisme*

L'intégration des diktats du néolibéralisme, tels que le défaut volontaire de ressources, la privatisation, la décentralisation, la déréglementation et la tarification, dans la gestion quotidienne des établissements de santé se fait sur trois grands axes : l'équilibre budgétaire, la flexibilité sous plusieurs formes et la performance.

Les années 1990 ont vu la mondialisation et les secteurs financiers imposer une pression énorme sur le budget des États. L'heure était à la rationalisation et au déficit zéro. Les aspects financiers devenaient le critère de base dans l'évaluation des missions et des organismes gouvernementaux. Les gouvernements québécois successifs se sont tous inscrits dans cette vision de gestion. Les objectifs visés étaient axés sur l'économie plutôt que sur la qualité des soins et des services.

Encore aujourd'hui, l'aspect financier occupe, plus souvent qu'autrement, la position de tête dans les préoccupations des gestionnaires alors qu'il ne devrait être considéré que comme l'un des critères importants parmi d'autres, surtout dans un système public. Dans un tel mode de pensée néolibérale, les ressources humaines sont considérées comme des coûts et non des investissements.

Le deuxième axe de l'approche néolibérale est la recherche maladroite de flexibilité. Le postulat sur lequel se fonde cette approche est le suivant : éliminer les cloisonnements entre les professions et les postes de travail et réduire les classifications permet à l'employeur de faire plus avec les mêmes budgets. La flexibilité permet la mise en place d'une gestion « *just in time* » dans l'objectif de s'approcher de l'utilisation optimale des ressources. Sur le plan opérationnel, la flexibilité prend principalement trois formes : salariale, numérique et fonctionnelle¹².

La flexibilité salariale vise davantage de souplesse dans la masse salariale. Ainsi, les gels et les augmentations minimalistes des salaires font partie de

cette recherche de flexibilité, tout comme la substitution de ressources sans analyse préalable de l'organisation du travail.

La flexibilité numérique est une réalité bien connue par les professionnelles en soins, puisque les employeurs l'utilisent à outrance depuis les années 1990. Elle « *repose sur la variabilité du temps de travail des employés en place ou sur le recours à une force de travail d'appoint qui varie en fonction des besoins de main-d'œuvre. La gestion des heures supplémentaires, le partage du temps de travail de même que le recours au mise à pied, au rappel, aux contrats à durée déterminée et aux employés occasionnels sont des exemples de flexibilité numérique¹³* ».

Finalement, la flexibilité fonctionnelle cible la mobilité des ressources afin de faciliter le déploiement des services en fonction des besoins quotidiens changeants. Dans la réalité du réseau public, la flexibilité fonctionnelle prend la forme de recours à la sous-traitance ou à la privatisation d'une partie des services.

Le troisième axe est celui de la performance. La performance devrait pouvoir s'évaluer en prenant comme élément de mesure l'efficacité, l'efficacités et la qualité des services. Les gestionnaires semblent plus souvent qu'autrement privilégier l'efficacité, un concept à forte densité économique.

Les réorganisations du travail des dernières années, menées selon les trois axes précédemment expliqués, ont trop souvent comme objectif prioritaire l'aspect financier. Dans ce contexte, il ne faut pas se surprendre d'entendre les déléguées et les membres de la FIQ exprimer un sentiment de malaise face à une organisation du travail lacunaire, à une surcharge de travail permanente et à l'ambiguïté professionnelle présente actuellement dans le réseau de la santé.

Les politiques néolibérales ont accéléré la pénurie de professionnelles en soins. Toutefois, les mesures mises en place jusqu'à maintenant pour juguler la pénurie n'ont pas réellement permis d'améliorer les conditions de travail, les conditions d'exercice et les milieux de travail. La qualité de vie au travail se détériore. Cette gestion de la performance et de l'organisation du travail « *just in time* » est à l'origine des problèmes actuels dans le réseau de la santé : augmentation des heures supplémentaires obligatoires ou non, recours à la main-d'œuvre indépendante, fardeaux de tâches, instabilité des équipes de travail, épuisement professionnel, découragement, migration vers le privé, abandon de la profession, etc. Étrangement, cette situation, consciemment créée par les tenants du néolibéralisme, projette une image de mauvaise performance du réseau public, justifiant et légitimant, jusqu'à un certain point, leur discours sans cesse martelé pour une privatisation des soins et des services.

II- Triste portrait après la mise en vigueur de la loi 90

10

Un constat se dégage assez clairement du portrait des rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins réalisé pour le conseil fédéral de mars 2008 : cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi 90, son degré d'implantation demeure très variable selon les milieux et surtout, selon les catégories professionnelles. Dans l'optique de développer un plan d'action efficace et ciblant les réels problèmes auxquels il est impératif de trouver des solutions, voici les obstacles à l'application de la loi 90 tels qu'identifiés dans le portrait et lors des commissions.

La toile de fond des problèmes apparaît clairement liée à la pénurie de professionnelles en soins, surtout infirmière. Elle prend cependant différents visages selon les régions du Québec. Toutes les régions connaissent actuellement une pénurie allant de très faible à importante. Si par le passé, certaines régions ont été épargnées, elles commencent maintenant à ressentir les premiers effets de la pénurie. La situation de pénurie de main-d'œuvre infirmière constitue un obstacle important à l'utilisation du plein potentiel des professionnelles en soins.

L'un des principaux obstacles identifiés concerne l'aspect financier, soit les considérations budgétaires. Les discussions, lors des commissions, ont confirmé que l'objectif financier est trop souvent le critère principal retenu dans le cadre des réorganisations du travail.

À quelques mois de l'entrée en vigueur de la norme obligatoire qu'est le plan thérapeutique infirmier, les informations obtenues lors de discussions avec des conseillères du secteur Relations de travail indiquent que même si des employeurs tiennent de plus en plus compte des possibilités offertes par la loi 90 dans leurs réorganisations du travail, les considérations budgétaires conservent encore leur place prépondérante dans les choix exercés. De plus, certains se sentent peu interpellés par leur obligation de mettre en place une organisation du travail favorisant l'entrée en vigueur du PTI pour les infirmières de l'établissement.

Comme cela se produit fréquemment lors de tout changement majeur en milieu de travail, l'application de la loi 90 entraîne de nombreuses résistances aux plans individuel et collectif. Ainsi, ces changements à la pratique professionnelle entraînent des résistances professionnelles, personnelles et organisationnelles. À titre d'exemple de résistances professionnelles, les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) se montrent hostiles à l'élaboration d'ordonnances collectives ou retardent indûment le processus.

Certaines résistances personnelles des professionnelles face à leurs nouvelles tâches ou encore à celles confiées par la loi aux autres professionnelles ont été identifiées. Lors des rencontres pour l'élaboration du portrait et lors des discussions en commission, les infirmières ont

fortement exprimé un sentiment de perte et l'éloignement des soins de type *care* au profit du *cure*. Plusieurs infirmières auxiliaires, quant à elles, ne se sentent pas reconnues au plan salarial depuis l'ajout des activités réservées qui leur ont été confiées par la Loi. De la même manière, les réorganisations récentes ont conduit plusieurs établissements à revenir à des modèles de distribution de soins par équipe, ce qui oblige certaines infirmières à assumer des fonctions de chefs d'équipe sans reconnaissance du titre d'emploi et de la rémunération correspondante. Cependant, les membres de tous les titres d'emploi s'entendent sur une chose : dans la majorité des milieux de soins, l'organisation du travail est si problématique qu'elle rend plus difficile l'implantation de la loi 90.

Par ailleurs, différentes directions (soins infirmiers, services professionnels et hospitaliers, ressources humaines et direction générale), gestionnaires et membres de CII, de CIIA ou de CMDP peuvent aussi manifester des résistances à l'égard des changements à apporter dans leur établissement et ainsi alimenter une forme de résistance organisationnelle. De plus, l'important taux de roulement chez le personnel cadre ne facilite pas les changements organisationnels qui devraient normalement accompagner la mise en œuvre des modifications au plan professionnel et à celui de l'organisation des soins.

L'un des obstacles identifiés à maintes reprises dans le portrait et vérifié dans chacune des trois commissions concerne les lacunes importantes au plan de l'information et de la formation, particulièrement sur l'implantation du PTI.

À la lumière des discussions tenues avec les conseillères en relations de travail à la fin octobre 2008, la situation semble avoir un peu évoluée depuis mars 2008 alors que la formation dispensée aux infirmières et aux infirmières auxiliaires sur le PTI semble en nette progression. Sinon, en plusieurs endroits, la formation demeure un problème puisque la pénurie est si criante que les employeurs n'arrivent pas à libérer les professionnelles pour leur permettre de recevoir la formation et, s'ils le font, c'est au détriment de leurs collègues qui demeurent au travail avec des équipes réduites.

Un des objectifs du projet de loi n° 90 était de favoriser la collaboration interprofessionnelle. Cependant, le portrait et les commissions mettent plutôt l'accent sur la persistance d'une culture d'exclusivité des champs professionnels dans les milieux de soins. Cette culture d'exclusivité s'explique historiquement par la création d'un système professionnel cloisonné, ce que la loi 90 a cherché à faire éclater.

III- Contexte en évolution

12

1. LA TABLE NATIONALE DE CONCERTATION ET LES ANNONCES MINISTÉRIELLES

La FIQ a participé aux travaux de la Table nationale de concertation sur la main-d'œuvre en soins infirmiers du mois de septembre 2007 au mois de mars 2008. La dernière rencontre de la Table nationale de concertation sur la main-d'œuvre en soins infirmiers a eu lieu le 25 mars 2008.

Le rapport final de la présidente de cette table, madame Francine Girard, devait être déposé le 31 mars, mais il n'a été rendu public que le 17 juin dernier, lors d'une conférence de presse du ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, monsieur Philippe Couillard¹⁴. C'est à ce moment seulement que la FIQ, comme les autres participants à la table, a pris connaissance du rapport et des recommandations générales et spécifiques¹⁵. La FIQ n'a donc pu faire de commentaires critiques ou demander des correctifs.

De l'avis de la FIQ, ce rapport soulève plusieurs questions et ne reflète pas exactement l'esprit des travaux et des recommandations¹⁶ qui en ont émané. Bien que plusieurs éléments reflètent les consensus obtenus, la structure et la facture même du rapport donnent ouverture à la critique.

Ainsi, la FIQ s'est toujours fermement opposée à l'utilisation de ratios d'effectifs au sein des équipes de travail, sauf en soins critiques où la présence de 25 à 50 % d'infirmières cliniciennes semblait pertinente. Dans son rapport, la présidente recommande, de façon indépendante, de « [r]evoir la composition des équipes de soins et établir des seuils pour les infirmières dans certains secteurs prédéterminés (soins critiques, santé mentale, hébergement, soins dans la communauté) ». Cette recommandation va bien au-delà des discussions et la FIQ est en complet désaccord avec cette recommandation qui outrepassé le consensus obtenu à la table nationale.

De plus, lors des discussions sur la situation prévalant en soins critiques, les membres avaient fait consensus pour y rattacher la problématique des quarts de travail de soir et de nuit et explorer plusieurs possibilités ou formules d'aménagement du temps de travail : 7/14 de nuit et 8/14 de soir, tout en reconnaissant le statut de temps complet, autogestion des horaires, introduction de l'horaire de 12 heures, etc. Pourtant, la recommandation générale #7 de la table nationale se lit comme suit : « [i]ntroduire de la flexibilité dans les horaires de travail : par exemple l'autogestion des horaires. » Ce libellé a un effet réducteur et ne reflète pas l'esprit des discussions.

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de recherche de solutions pour améliorer l'attraction et la rétention du personnel infirmier, la FIQ

considère que l'aménagement du temps de travail ne se réduit pas à la « flexibilité des horaires ». La solution ne passe pas non plus par la rotation, pour toute nouvelle salariée, comme le recommande spécifiquement la présidente. La reconnaissance des inconvénients et les correctifs appropriés, tels que l'autogestion des horaires, la possibilité d'introduire les 12 heures, la diminution du temps de travail 7/14 de nuit et 8/14 de soir avec statut de temps complet sont davantage porteurs de solutions durables et reflètent les propos que la FIQ a tenus à cette table nationale.

Par ailleurs, les discussions sur la stabilisation des équipes de travail ont donné lieu à un consensus sur la nécessité d'atteindre un minimum de 60 % de titularisation à temps complet (25 mars 2008).

La FIQ a insisté fortement pour que les travaux de comparaison des conditions de travail soient faits avec d'autres catégories professionnelles offrant un accès à des services 24/24, 7/7 : policiers, pompiers, ambulanciers, agents des services correctionnels et autres. Selon la FIQ, il va de soi que les résultats des travaux du ministère sur l'analyse comparative des conditions de travail dans un marché concurrentiel, ainsi que l'adaptation des régimes de retraite à des objectifs de rétention de la main-d'œuvre, devront être ramenés à la table de négociation nationale.

La FIQ a également fait valoir l'importance de considérer les milieux d'hébergement comme étant d'abord et avant tout des milieux de soins. Elle ne désapprouve pas la philosophie de milieu vie développée, bien au contraire, mais elle tient à souligner l'importance de reconnaître en priorité le besoin de soins infirmiers des clientèles hébergées et d'assurer la présence des professionnelles requises pour les dispenser.

Quant aux mesures préconisées au bloc opératoire, la FIQ soutient l'introduction des infirmières auxiliaires afin d'assurer le service interne. Cependant, elle a émis des réserves, fondées sur leur champ d'exercice, quant au développement de leur rôle en service externe.

En conférence de presse, le 17 juin dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux, annonçait les mesures suivantes :

- ♦ transfert d'expertise des établissements leaders vers leurs partenaires régionaux;
- ♦ soutien clinique du nouveau personnel infirmier;
- ♦ intégration d'infirmières auxiliaires en service interne au bloc opératoire;
- ♦ mise en place d'un programme de formation en soins périopératoires et de première assistance afin de réduire le temps d'acquisition des compétences et d'accroître la polyvalence des infirmières;
- ♦ mise en place d'un plan d'effectifs infirmiers;

- ♦ création de 115 postes d'infirmières praticiennes de première ligne;
- ♦ expérimentation d'aménagement d'horaire de travail;
- ♦ maintien des primes de 7 et 10 % pour le personnel infirmier en soins critiques;
- ♦ expérimentation de mesures intégrées pour améliorer le climat de travail et la détermination d'un ratio optimal de titularisation des postes à temps complet.

Cette annonce précédait de quelques semaines la démission du ministre et son remplacement par le Dr Yves Bolduc, un tenant du « toyotisme ». Sera-t-il encore en poste après les élections du 8 décembre prochain? Un changement de gouvernement, même si cela apparaît peu probable actuellement, pourrait avoir une incidence sur l'implantation des mesures annoncées.

Finalement, le MSSS a annoncé un investissement de 2 à 4 millions de dollars pour l'élaboration d'un programme d'internat d'une durée de 9 mois, en vue de mieux préparer les infirmières à exercer en salle d'opération. Ce programme d'internat est novateur à plusieurs égards. Les infirmières pourront accéder à la formation dans tous les hôpitaux du Québec grâce au téléapprentissage sur Internet. Les stages pratiques auront aussi lieu dans les établissements et répondront à des critères provinciaux. Cette formation sera disponible pour toutes les infirmières dès l'obtention d'un poste en salle d'opération.

2. DES PROJETS-PILOTES EN ORGANISATION DU TRAVAIL

À la suite des travaux de la Table nationale de concertation en soins infirmiers, le Ministère a mis de l'avant plusieurs projets en organisation du travail visant principalement la diminution du recours aux heures supplémentaires, la diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante et l'amélioration de l'accès aux services. Le but du MSSS est « *d'assurer une organisation du travail efficace et performante prioritairement en soins critiques, en soins à domicile et en hébergement*¹⁷ ». Les établissements concernés par ces projets-pilotes en organisation du travail devaient être choisis après consultation auprès des organisations syndicales. Un des consensus de la table de concertation visait l'aménagement du temps de travail. Toutefois, à la lecture des projets du MSSS, la FIQ constatait l'absence de projets en aménagement du temps de travail.

Les établissements ainsi ciblés par le MSSS devaient répondre à deux critères importants : la conception et l'élaboration du projet doit être

paritaire et l'établissement doit être un leader régional en organisation du travail¹⁸.

Le MSSS a donc retenu une vingtaine de projets-pilotes, dont plusieurs concernaient des syndicats affiliés à la FIQ, incluant deux projets régionaux. Après la tenue des rencontres de démarrage et à la suite des discussions locales sur la méthode et les structures permettant la réalisation des projets, il est vite apparu que plusieurs problèmes semblaient miner le processus.

Tout d'abord, lors des rencontres de démarrage, les représentants du MSSS mettaient beaucoup l'accent sur l'imputabilité de tous les acteurs impliqués dans la conception et l'élaboration des projets-pilotes. Bien sûr, pour pouvoir assumer une imputabilité de façon responsable, une organisation comme la FIQ doit s'assurer d'avoir son mot à dire sur le déroulement desdits projets-pilotes. La situation fut cependant toute autre. Dans la majorité des établissements, les comités directeurs, qui agissent en quelque sorte comme instance décisionnelle dans les projets, regroupaient parfois jusqu'à une vingtaine de personnes, diluant d'autant le pouvoir de négociation syndical.

À la veille du 4 octobre, date de la remise des fiches-synthèses, à la suite des constats des présidentes et des conseillères en relations de travail sur ces différents problèmes, la FIQ a demandé aux présidentes de retarder leur signature afin de clarifier avec le MSSS les points litigieux concernant la mise en œuvre des projets. La FIQ a revendiqué auprès du MSSS le respect des conditions suivantes avant d'obtenir toute signature des syndicats visés : les projets doivent être réalisés de façon paritaire et le processus de titularisation doit s'accélérer. La FIQ considère alors que les acteurs pourront pleinement assurer leur imputabilité, en détenant un vrai pouvoir décisionnel dans les changements à apporter en organisation du travail.

Le 22 octobre, la Fédération a rencontré les présidentes afin de les informer de leur intervention au ministère. Trois engagements ont été pris par le MSSS :

- ♦ un engagement ferme sera demandé aux employeurs afin de compléter les processus de titularisation;
- ♦ les comités directeurs seront revus afin d'être réellement paritaires;
- ♦ le MSSS assure sa disponibilité pour intervenir localement avec les représentantes de la FIQ afin de faire débloquer certains projets. Le MSSS rappelle aussi que sans la signature des syndicats, aucun financement ne sera accordé.

Devant ces engagements, les présidentes de chaque établissement se sont exprimées sur leur désir de poursuivre les projets ou d'y mettre un terme.

Des rencontres se sont déroulées, ou sont en préparation, avec le MSSS, la FIQ et les employeurs de trois établissements dans le but de faire débloquer les projets et la FIQ s'est retirée de deux autres projets.

Les projets-pilotes proposés par le MSSS ne sont évidemment pas les seuls projets en organisation du travail dans la province. Les agences régionales ainsi que les employeurs mettent régulièrement en route des projets d'organisation du travail.

3. LE GROUPE DE PILOTAGE EN SOINS INFIRMIERS

Ce nouveau forum est le prolongement de la Table nationale de concertation en soins infirmiers. Le mandat du groupe est de dégager des mesures permanentes pour faire face aux défis de la main-d'œuvre.

D'entrée de jeu, lors de la première rencontre, la FIQ a soulevé de nombreuses questions entourant la rédaction et la publication du rapport de la Table de concertation. Par exemple, la diffusion du rapport, par le ministre Couillard, sans que les organisations participantes aux travaux en aient reçu copie ou, encore, la publication de recommandations qui sont parfois très éloignées des consensus obtenus.

La présence de la FIQ au Groupe de pilotage permet de suivre le degré d'avancement de plusieurs dossiers. En ce qui concerne les ordonnances collectives, des ententes ont été conclues avec l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP) au sujet des ordonnances collectives à l'urgence. Des développements sont attendus sous peu et une formation pourrait être offerte aux médecins en regard de leur obligation légale face aux activités de l'infirmière dans le cadre d'une ordonnance collective. L'accélération de l'élaboration des ordonnances collectives s'avère nécessaire à la mise en œuvre de la loi 90, notamment pour les infirmières et les inhalothérapeutes.

Le MSSS a développé, à la suite des recommandations de la Table nationale de concertation en soins infirmiers, un programme national de soutien clinique/volet préceptorat, dont le cadre de référence a été rendu disponible en septembre 2008. Ce programme, de 30 minutes par semaine, s'adresse aux jeunes infirmières et infirmières auxiliaires de moins de trois ans d'expérience travaillant de soir et de nuit. Il devrait contribuer à la rétention des jeunes recrues tout en permettant à certaines infirmières en fin de carrière de différer leur départ à la retraite, et ce, grâce au développement du nouveau rôle de préceptrice.

Par ailleurs, l'intégration des infirmières auxiliaires dans les blocs opératoires a fait l'objet de discussions au Groupe de pilotage en soins infirmiers. L'OIIQ et l'OIIAQ ont publié conjointement les *Lignes directrices pour les activités des infirmières auxiliaires en salle d'opération*.¹⁹

Le MSSS a annoncé la création de 115 postes d'infirmières praticiennes spécialisées, répartis dans l'ensemble des régions du Québec, pour soutenir l'accès aux services de première ligne. Des infirmières sont actuellement en formation pour intégrer le réseau²⁰. Cette intégration fournirait, toujours selon le ministère, une première occasion de mettre en place un plan d'effectifs infirmiers. De plus, dans la foulée de la stratégie ministérielle, des travaux en organisation du travail devraient permettre aux établissements et aux agences de mettre en place un plan d'effectifs infirmiers (infirmières et infirmières cliniciennes) en 2009-2010.

Le ministère a également annoncé l'investissement de 5 millions de dollars pour l'achat d'équipements en soins infirmiers en CHSLD en 2008 et de 5 millions pour les centres hospitaliers en 2009.

Finalement, des sous-groupes seront créés afin de mener des discussions plus approfondies sur certains sujets. Un sous-groupe a été créé dans le but d'évaluer les rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins. Ce sous-groupe a pour mandat principal d'apporter au groupe de pilotage les éléments qui vont lui permettre de faire des recommandations sur les paramètres qui serviront à établir les plans d'effectifs locaux. Les deux objectifs spécifiques de ce sous-groupe sont :

- ♦ d'établir pour chaque membre de l'équipe de soins (préposée au bénéficiaire, infirmière auxiliaire, infirmière et infirmière clinicienne) les zones de responsabilités respectives, les domaines de pratique et le seuil à atteindre en terme de pourcentage;
- ♦ de proposer un outil pouvant servir de guide à la composition des équipes.

Par ailleurs, un groupe de pilotage en inhalothérapie a débuté ses travaux en juin dernier. Ce comité est composé du MSSS, des associations d'établissements, des syndicats, des associations de cadres, des agences et de l'ordre professionnel concerné ainsi que d'une représentation des niveaux d'enseignement. Le mandat des divers acteurs est de dégager des mesures permanentes pour faire face au défi de la main-d'œuvre.

4. DES DISCUSSIONS AVEC LES ORDRES PROFESSIONNELS

La FIQ demeure attentive et vigilante quant aux divers travaux d'orientation ou aux décisions pouvant influencer la pratique des professionnelles en soins. Elle poursuit donc ses échanges avec les différents ordres professionnels concernés.

À la suite de la présentation, au conseil fédéral de mars 2008, des propositions mises de l'avant par l'OIIQ dans son mémoire *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!*, la délégation a donné mandat à la FIQ d'exposer aux représentantes de l'OIIQ les impacts des propositions contenues dans ce mémoire, ainsi que les positions et les solutions retenues par la Fédération. La FIQ et d'autres organisations syndicales, réfractaires aux positions de l'Ordre, ont été invitées à participer à des rencontres visant à explorer des pistes de solution satisfaisantes pour les membres des différentes organisations syndicales. Les discussions reprendront au début de l'année 2009.

Par ailleurs, le 10 octobre dernier, lors d'une rencontre avec des membres du Comité exécutif de la FIQ, l'OIIAQ a annoncé que la formation sur la contribution de l'infirmière auxiliaire à la thérapie intraveineuse débutera sous peu. L'objectif de l'OIIAQ est de pouvoir dispenser la formation à toutes ses membres d'ici octobre 2009.

5. UN BILAN DE LA NÉGOCIATION NATIONALE, LOCALE ET DES PROCESSUS DE TITULARISATION

La dernière négociation nationale a pris fin abruptement le 15 décembre 2005 par l'adoption, sous bâillon, de la loi 142 qui décrétait les conditions de travail des salarié-e-s du secteur public à la suite d'une négociation longue, ardue et marquée par d'importantes transformations du réseau de la santé²¹. Quelques avancées ont été réalisées en organisation du travail, mais force est d'admettre que l'amélioration des conditions d'exercice ne fait pas partie des priorités de nos vis-à-vis patronaux. Ainsi, il y a eu augmentation des budgets consacrés au développement des ressources humaines et des budgets dédiés à l'encadrement professionnel du personnel nouvellement embauché. Les titres d'emploi ont aussi été révisés afin de tenir compte de la nouvelle réalité créée par la loi 90. Le comité de soins a aussi été préservé lors de cette négociation et fait dorénavant partie de la convention nationale décrétée.

La décentralisation de la négociation de 26 matières au niveau local a aussi relégué plusieurs sujets liés à l'organisation du travail aux aléas de la négociation locale. Bien sûr, le bilan de la négociation locale est encore partiel, mais amplement suffisant pour comprendre que la vision des employeurs et de la FIQ concernant l'organisation du travail est diamétralement opposée²².

6. LA LOI 90 ET LE PTI DEPUIS MARS 2008

Il s'avère difficile d'évaluer l'évolution dans l'application de la mise en œuvre de la loi 90 depuis les 9 derniers mois. Toutefois, la progression au plan de l'intégration des infirmières auxiliaires dans de nouveaux domaines cliniques, tels que le bloc opératoire et les soins à domicile, de même que les lignes directrices OIIQ-OIIAQ sur la collaboration à la thérapie intraveineuse, semblent indiquer une réelle évolution dans la pratique professionnelle des infirmières auxiliaires en accord avec les objectifs visés par la loi 90.

Par ailleurs, la lenteur dans l'élaboration des ordonnances collectives constitue encore un obstacle au développement de l'exercice professionnel des inhalothérapeutes et des infirmières dans plusieurs établissements. Les récentes ententes avec l'ACMDP sont tout de même porteuses d'espoir : la formation des médecins devrait réduire les résistances actuelles et finalement permettre aux professionnelles en soins de réaliser l'ensemble des activités professionnelles réservées requérant des ordonnances collectives.

Les travaux entrepris par les ordres professionnels concernés commencent à porter leurs fruits. À titre d'exemple, une activité de formation conjointe OIIQ-FMOQ vise à permettre aux infirmières et aux médecins en première ligne de « *maîtriser les mécanismes d'élaboration, de validation, d'approbation et d'application d'une ordonnance collective de façon à maximiser la collaboration interprofessionnelle entre ces deux cliniciens.* »²³

Quant au plan thérapeutique infirmier, la formation des infirmières dans les établissements doit, en principe, avoir progressé. Le plan triennal 2006-2009 de l'OIIQ prévoit trois phases : démarrage, implantation et consolidation. L'Ordre cible la formation des établissements de santé, des établissements d'enseignement et de l'ensemble des infirmières.

En date du 11 septembre 2008, selon l'OIIQ, la tournée de formation allait bon train, tant dans les milieux cliniques que dans les milieux d'enseignement. Les statistiques fournies²⁴ font état des données

suivantes : les répondant-e-s et agent-e-s multiplicateur-trice-s ont déjà reçu la formation en centres hospitaliers de santé mentale (100 %); en centres hospitaliers (78 %); en centres hospitaliers universitaires (93 %); en centres de santé et de services sociaux (100 %), en CHSLD privés conventionnés (68 %) et en agences de placement et de soins (30 %). Les milieux d'enseignement ont tous reçu la formation sur le PTI (100 %). Cependant, ces chiffres ne reflètent pas le pourcentage d'infirmières membres des syndicats affiliés à la FIQ ayant été formées. En effet, une fois les répondant-e-s et les agent-e-s multiplicateurs-trices formé-e-s, il appartient aux établissements de s'assurer que l'ensemble des infirmières reçoivent la formation nécessaire à l'application du PTI, et ce, avant son entrée en vigueur en avril 2009.

IV- Éléments de réflexion pour un plan d'action

21

1. LA PÉNURIE ET LES CONTRAINTES BUDGÉTAIRES

La pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé, particulièrement sévère chez les infirmières, pose actuellement de nombreux défis et continuera de le faire dans l'avenir. En effet, toutes les analyses prospectives des effectifs²⁵, tant au niveau international que national et provincial vont dans le même sens : le bassin de renouvellement de la main-d'œuvre infirmière se rétrécit avec les changements démographiques et il semble peu probable de réussir à augmenter le nombre d'infirmières à moyen et long terme. Actuellement, 70 000 infirmières exercent la profession au Québec et 25 000 d'entre elles ont 50 ans et plus. Selon l'OIIQ, ce sont 15 000 infirmières qui pourraient quitter la profession pour la retraite au cours des trois prochaines années. Les infirmières auxiliaires constituent également une population vieillissante.

Les solutions à ce problème majeur résident notamment dans l'adoption de mesures d'attraction et de rétention structurantes, dans l'amélioration des conditions d'exercice et des conditions de travail. Si la volonté est de juguler la pénurie et de réduire les impacts négatifs qu'elle produit sur les professionnelles en soins (surcharge continue de travail, insatisfaction au travail, désertion de la profession, épuisement professionnel, perte de sens du travail, etc.) force est d'admettre que le temps des remèdes à court terme est bel et bien révolu.

À la suite de la publication du dernier portrait des effectifs infirmiers (2007-2008) dressé par l'OIIQ, la Fédération soulignait que, bien que la rétention des infirmières éligibles à la retraite soit une des solutions à la pénurie, cela demeure insuffisant :

Pour la Fédération, il est impératif que le ministre de la Santé ne cible pas uniquement les infirmières à l'aube de la retraite. Il faut regarder le problème de façon globale. Ne miser que sur les infirmières éligibles à la retraite serait une grave erreur (...) vouloir retenir les infirmières d'expérience encore quelques années dans le réseau de la santé est une bonne chose mais si, en contrepartie, on ne s'occupe pas sérieusement des nouvelles infirmières qui intègrent le marché du travail, ce sera peine perdue. C'est par l'amélioration des conditions de travail et de salaire ainsi que par une meilleure organisation du travail que tout passe. Ces solutions auront des effets bénéfiques pour l'ensemble des infirmières. Elles permettront, entre autres, une meilleure attraction de la main-d'œuvre, mais surtout, nous pourrons maximiser nos chances de garder nos infirmières dans le réseau de la santé public.²⁶

Les mesures annoncées en juin dernier par le ministre Couillard, incluaient un investissement de 80 millions de dollars, dont 37 millions étaient

consacrés aux primes accordées au personnel en soins critiques, ce qui ne laissait que 43 millions pour l'ensemble des autres mesures. Ces sommes peuvent-elles suffire à trouver des solutions durables aux problèmes du recours aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante? La réponse est évidemment non!

La réorganisation du travail doit aller indéniablement au-delà d'une réponse simpliste à la pénurie de professionnelles en soins et aux limites du cadre budgétaire. Selon la FIQ, la réorganisation passe obligatoirement par le développement d'un milieu de travail sain et dynamique dans lequel chaque professionnelle en soins peut mettre ses compétences au service des patient-e-s dont elle a la responsabilité. Et pour cela, la mise en œuvre de la loi 90 pour toutes les professionnelles en soins ainsi que la mise en place des conditions nécessaires à l'implantation du PTI sont des incontournables.

Les membres consultées par les présidentes des syndicats, lors de la préparation aux rencontres visant à établir le portrait des rôles, tâches, fonctions et responsabilités, ont identifié plusieurs lacunes à ce sujet : manque d'information et de formation, résistances de toutes sortes, difficultés à obtenir des ordonnances collectives, refus des employeurs d'offrir la formation nécessaire à l'intégration des nouveaux rôles, résistance ou laxisme des directrices de soins infirmiers, profond sentiment de perte, inadéquation de la rémunération en lien avec les nouveaux rôles, réorganisations du travail sans analyse sérieuse basée sur les champs de pratique tels que redéfinis par la loi 90, etc.

En outre, l'absence ou le développement embryonnaire de plans de main-d'œuvre au niveau local ne favorise pas la prise de décision et les actions qui devraient être entreprises afin de gérer et de « prendre soin » des ressources rares que sont maintenant les professionnelles en soins. Les employeurs craignent encore « d'ouvrir les livres » et de discuter ouvertement de planification de main-d'œuvre avec les syndicats. Cette résistance à la participation syndicale nuit aux deux parties. En contexte de pénurie, une analyse qualitative et quantitative rigoureuse est essentielle pour relever le défi de recruter et de retenir une main-d'œuvre professionnelle compétente et fidélisée à l'établissement.

La FIQ devra donc continuer la lutte afin d'exiger que le MSSS s'engage de façon sérieuse à mettre en place des solutions efficaces à la pénurie. Par ailleurs, dans l'objectif de diminuer les impacts de la pénurie de professionnelles en soins au niveau local, la réorganisation du travail devra se faire avec la participation des syndicats locaux. Ceux-ci auront certes du pain sur la planche au cours des prochains mois pour prendre la place qui leur revient, participer aux décisions sur l'organisation du travail en utilisant les leviers dont ils disposent, notamment le comité de soins. Des barrières de toutes sortes doivent être levées et les professionnelles en soins doivent

être écoutées : elles sont les expertes en ce qui concerne leur organisation du travail et leur voix privilégiée demeure la voie syndicale. La communication entre les membres et les équipes locales devra réserver une place de plus en plus importante à la discussion sur les problèmes découlant de l'organisation du travail.

2. L'ÉVITEMENT SYNDICAL

L'économie d'aujourd'hui est dominée et contrôlée par les tenants du néolibéralisme. Les relents de cette doctrine se ressentent aussi bien sur le plan des décisions des grandes institutions financières internationales que sur celui de la gestion quotidienne des établissements de la santé. La FIQ et plusieurs acteurs sociaux soutiennent qu'un réseau public de la santé ne devrait pas être géré de la même façon qu'une entreprise privée. Toutefois, les problèmes économiques actuels laissent croire que rien ne changera à brève échéance dans le réseau de la santé.

Il faut alors évaluer les objectifs de la gestion néolibérale vis-à-vis de la pénurie de professionnelles en soins et les moyens utilisés jusqu'à maintenant pour y faire face. De cette façon, il sera possible d'orienter les actions syndicales futures afin d'améliorer réellement les conditions d'exercices des membres de la FIQ.

Le premier objectif des employeurs dans les exercices de réorganisations est de mettre « *la bonne personne à la bonne place* » selon les possibilités qu'offre la loi 90. Toutefois, si l'analyse de l'organisation du travail est incomplète, les risques sont grands de tomber dans la substitution pure et simple. Il faut cependant noter que si le but officiel des employeurs est de respecter, avec les ressources disponibles, leur obligation de fournir une gamme de services diversifiés et de qualités, les buts officieux sont de maintenir l'équilibre budgétaire en améliorant la performance, entre autres, par l'ajout de flexibilité.

Il est primordial de comprendre les impacts négatifs d'une telle approche pour des professionnelles en soins. Les principaux problèmes se situent dans la recherche de performance. Dans le milieu des soins de santé, l'évaluation de la performance se concilie difficilement avec la nature du travail qui est effectué par des soignant-e-s. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada expliquait en février 2007 qu'il fallait traiter les professionnelles en soins infirmiers comme des actifs à protéger plutôt que des coûts à contrôler²⁷.

En regard de l'implantation de la loi 90 dans les milieux de soins, la gestion actuelle des établissements est parfois affligeante. Les gestionnaires considèrent la loi 90 comme un moyen intéressant de lutter contre la pénurie mais ne saisissent pas que son implantation nécessite un contexte favorable et des conditions préalables pour sa réussite. Les quelques ratés de l'implantation de la Loi proviennent en partie du fait que les gestionnaires font l'intégration des possibilités offertes par la loi sans revoir l'organisation du travail des milieux alors que le tout devrait aller de pair. Les syndicats doivent tenter de changer cette tendance en utilisant les outils à leur disposition afin de revoir l'organisation du travail des milieux dans lesquels la loi 90 est implantée.

De plus, lorsque les agences ou le MSSS mettent sur la table des montants enviés pour réaliser des projets en organisation du travail, sous des formes paritaires parfois douteuses, les pressions sont fortes sur les acteurs locaux pour accepter de dévier des processus classiques pour avoir accès au financement, souvent au détriment des résultats finaux. Ainsi, autant les agences que les employeurs cherchent à éviter les processus conventionnés. La principale conséquence est facilement observable : les syndicats jouent un rôle bien mince dans ces réorganisations. Par contre, le recours à des firmes ou des consultants externes est monnaie courante. Il y a donc, même si ce n'est pas toujours le cas, une tendance à l'évitement syndical en organisation du travail.

Dans les projets-pilotes actuellement en chantier, il en a été autrement alors que le MSSS, sous la menace de la FIQ qui était fortement appuyée par la solidarité des syndicats affiliés, a obligé voire forcé les employeurs à créer des comités réellement paritaires. La réussite de cette démarche de la FIQ est révélatrice du pouvoir de la solidarité dont peuvent faire preuve les syndicats. Il faut pouvoir bâtir sur cette réussite et utiliser les comités de soins à la disposition des syndicats pour faire avancer les dossiers d'organisation du travail en influençant les gestionnaires.

Les syndicats sont les mieux placés pour agir à titre d'interlocuteur auprès des employeurs dans les réorganisations. Par ailleurs, certains auteurs identifient un idéal à atteindre ou à viser en parlant de la participation des salarié-e-s : la gestion participative. Ils expliquent que la gestion participative ressort comme une solution à certains problèmes de pénurie du personnel infirmier avec un potentiel dans le développement de relations de collaboration, dans l'amélioration de la qualité des soins, dans le développement des connaissances ainsi que le recrutement et la rétention du personnel²⁸.

Cette participation est d'ailleurs l'une des pierres d'assises des *magnet hospitals* aux États-Unis. Bien qu'il soit utopique de parler de la gestion participative dans la philosophie de gestion actuelle des employeurs, il n'en

demeure pas moins que d'axer les actions syndicales vers la participation active des syndicats dans l'organisation du travail est une clé incontournable pour l'amélioration de la qualité de vie au travail dans un cadre de gestion en situation de pénurie.

3. LES TENDANCES EN ORGANISATION DES SOINS ET DU TRAVAIL

Plusieurs éléments militent actuellement en faveur d'une révision de l'organisation du travail : le vieillissement de la population, la complexification des problèmes de santé, la prévalence des maladies chroniques, la réduction des durées de séjours en établissement hospitalier, l'accentuation du développement des services dans la communauté qui, selon les tendances observées, pourraient atteindre 60 %, les développements technologiques et techniques, les modifications au système professionnel, la situation de pénurie et les contraintes budgétaires. Les pratiques professionnelles sont et seront davantage revisitées à l'avenir, afin de s'adapter aux nouveaux besoins des clientèles et aux limites organisationnelles et structurelles.

Une réorganisation partielle et souvent déficiente

Il existe plusieurs méthodes pouvant être utilisées afin d'analyser l'organisation du travail et des soins et de procéder ensuite à une réorganisation. Certaines d'entre elles peuvent toutefois comporter des vices importants, car elles ne tiennent pas compte de l'ensemble des composantes de l'organisation du travail. En situation de réorganisation urgente, sous la pression des contraintes de performance et d'efficacité ou de pénurie importante de personnel, les gestionnaires peuvent être tentés d'utiliser la voie rapide et de laisser de côté des aspects cruciaux relatifs au contexte et au contenu du travail pour se concentrer sur une recherche de solutions plus immédiates.

Ce type de comportement managérial risque toutefois d'avoir des impacts tels que l'augmentation du rythme de travail et de la charge mentale. À titre d'exemple, le toyotisme, dont le ministre de la santé, Yves Bolduc, semblait faire l'apologie lors de son entrée en fonction. L'adoption de ce modèle, une application du « juste-en-temps ».

(...) vise à « produire seulement les quantités demandées par le marché, dans un délai minimum et qualité irréprochable. Afin de réduire les coûts et de lutter contre les gaspillages, l'objectif des cinq zéros est avancé : zéro stock, zéro défaut, zéro papier, zéro panne, zéro délai. La qualité est donc privilégiée, de même que l'enrichissement des tâches des

salariés. Le toyotisme est parfois qualifié de post-taylorisme. Les limites du toyotisme sont doubles : premièrement, la pression temporelle est la contrainte du temps qui pèse sur les salariés (il faut faire vite et respecter les délais pour être concurrentiel), deuxièmement, la charge mentale nécessite une vigilance accrue (état d'alerte, obligation de se concentrer sur des sources d'information différentes, stress).²⁹

Trop souvent les responsables pilotant certains exercices de réorganisation du travail ne tiennent pas compte du « prendre soin » ou du *caring* puisque ce type d'activité est difficilement quantifiable. Lorsque le côté invisible des soins n'est pas pris en compte dans une évaluation de la performance et dans la réorganisation du travail, c'est la charge mentale et le rythme de travail qui augmentent.

La tournée des blocs opératoires entreprise au printemps dernier par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le MSSS, tournée qui se poursuit cet automne, a utilisé ce type de méthode d'analyse, ce qui a permis d'identifier la non-productivité et de la chiffrer. En observant les pertes de temps dans le processus de circulation des patient-e-s au bloc opératoire, il a été possible d'identifier et de quantifier les gains de productivité potentiels par une accélération de la cadence au bloc opératoire. Selon le président de la FMSQ qui prenait la parole lors du dernier congrès de l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux (AQESSS), deux chirurgies par jour et par salle pourraient être ajoutées au programme opératoire, ce qui aurait pour effet de diminuer les listes d'attente. Un tel résultat serait tout à fait positif pour la clientèle.

Cependant, rien ne dit que les ressources professionnelles seront ajustées en conséquence. D'où les préoccupations à l'égard des impacts de l'augmentation de la cadence et de la charge de travail sur les professionnelles en soins oeuvrant dans les blocs opératoires. À la fin de cette tournée, un rapport sera déposé au MSSS. Il sera intéressant de prendre connaissance des modifications proposées à l'organisation du travail et d'évaluer les recommandations.

Les auteurs s'entendent généralement sur les effets des réorganisations faites dans le but d'augmenter la performance : détérioration de la qualité de vie au travail, augmentation de la charge de travail et de la cadence, perte de contrôle et d'autonomie, accroissement du stress physique et affectif, inquiétude au niveau de la santé au travail³⁰. Les conséquences sur la santé des professionnelles sont alors prévisibles : burn-out, dépressions, découragement, désengagement envers la profession, etc. Dans une situation de pénurie, ces conséquences sont doublement négatives puisque les absences au travail qui en découlent risquent d'entraîner une instabilité des équipes de soins, une augmentation de la charge de travail et,

ultimement, par manque de ressources disponibles, une hausse des heures supplémentaires.

Un système d'équipe revisité

Le portrait sur les rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins a mis en évidence une tendance très marquée dans le réseau : le retour au système d'équipe. Les présidentes locales de toutes les régions du Québec rapportaient des exemples de réorganisation des soins dans le but de modifier le mode de distribution de soins. Les dyades, les triades ou les modèles avec leader clinique sont autant d'appellations qui recouvrent la réalité du travail d'équipe.

La loi 90 permet aux infirmières auxiliaires d'accomplir de nouvelles activités, réservées jusque-là à l'infirmière, et de collaborer à l'éducation et à la collecte de données servant à l'évaluation de l'état de santé. Cette collaboration interprofessionnelle avec les infirmières auxiliaires offre une piste de solution intéressante face aux défis que pose la pénurie de la main-d'œuvre. Aujourd'hui, tout en respectant les champs d'exercice de chaque professionnelle, il est possible de dégager les infirmières de nombreuses tâches afin d'utiliser de façon plus efficiente et efficace leurs compétences. Les exemples sont déjà nombreux. Le plus récent est sans doute l'intégration des infirmières auxiliaires au bloc opératoire et au soutien à domicile. Cette intégration, si elle est bien réalisée, c'est-à-dire en analysant l'organisation du travail avec la rigueur nécessaire, ne représente pas un recul pour les infirmières, mais bien une opportunité d'offrir de meilleurs soins à la population en utilisant plus judicieusement leurs compétences.

Une réorganisation du travail et des soins prometteuse

Il faut prendre le temps d'évaluer et d'analyser de multiples dimensions et variables afin que la réorganisation du travail et des soins atteigne des objectifs qui dépassent la simple performance de l'établissement ou la recherche de productivité à court terme.

Entre autres, les effets récurrents de la satisfaction des infirmières ont fait l'objet de plusieurs études qui démontrent un lien évident entre la satisfaction au travail et le taux de roulement en période de pénurie, le taux d'absentéisme, l'impact sur la qualité des soins et, par surcroît, sur une meilleure productivité. *A contrario*, l'insatisfaction au travail serait l'une des variables les plus révélatrices parmi les facteurs prédictifs de l'intention de quitter la profession. « *De ce fait, il apparaît que la variable satisfaction au travail est une composante importante de la rétention des infirmières dans les unités de soins et plus largement dans la profession, qui connaît une pénurie chronique.* »³¹

Que font les décideurs afin d'éviter les départs de l'ensemble des autres infirmières? Elles constituent un important groupe au plan numérique et au plan de l'expérience et de l'expertise développées. Le réseau ne peut se permettre de les perdre. À moins d'améliorer leur satisfaction au travail ou, du moins, de chercher à réduire significativement leurs sources d'insatisfaction, les risques de départ, et de maladie sont bien réels et, si rien ne change rapidement, des stratégies de désertion ou de défection sont à prévoir.

Les différentes approches de révision des processus telles les analyses de temps-mouvement, le toyotisme et autres méthodes inspirées de l'ingénierie, n'apporteront sûrement pas de solutions durables sur ce plan. En plus de la satisfaction, il y a d'autres facteurs important à considérer comme l'autonomie, la possibilité d'un plan de carrière, le stress au travail, le salaire, le climat dans l'équipe de travail et la possibilité de participer aux décisions.

Une recherche, effectuée par Alderson, dans un grand CHSLD de la région de Montréal en situation de pénurie et où les problèmes de santé mentale du personnel infirmier étaient en augmentation, illustre bien l'importance de dépasser les objectifs de performance et de se pencher sur ce qui, en organisation du travail, constitue les sources même de la souffrance au travail.

(...) On note également la perception d'une sous-utilisation de l'expertise infirmière, d'un accomplissement professionnel insatisfaisant, d'une polyvalence perçue comme humiliante, d'une interchangeabilité trop vaste des diverses catégories de soignants et d'une charge de travail augmentée, privant du sentiment structurant de travail bien fait. L'ensemble de ces éléments induit une perte de sens du travail, porte atteinte à l'identité professionnelle des infirmières et fragilise ainsi leur santé mentale. Une perte d'estime de soi et un questionnement existentiel sur les valeurs de la profession, ainsi que sur son avenir, émergent de l'expérience des infirmières. (...)

Une importante souffrance des infirmières découle du fait que leurs désirs de reconnaissance professionnelle, d'autonomie et de pouvoir sur les actes infirmiers, pour lesquels elles ont été formées et en regard desquels elles sont responsabilisées, ne sont pas satisfaits ou rencontrés. Il ressort ainsi de l'enquête qu'en l'absence de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie professionnels, les infirmières ressentent les responsabilités attribuées non pas comme des sources de valorisation professionnelle mais comme des fardeaux générant anxiété et souffrance.

Outre ce fait, les participantes perçoivent le contenu significatif de leurs tâches comme étant inadéquat : elles disent faire l'expérience d'un sous-emploi de leurs habiletés, connaissances, compétences, savoir-faire expérientiel et créativité, en un mot, de leur potentiel psychique. L'image d'elles-mêmes que leur renvoient alors les tâches accomplies blesse profondément leur identité, induit un sentiment de dévalorisation, de déqualification et génère l'insatisfaction.

Les infirmières déplorent aussi d'une part, le manque de transparence et de communication des gestionnaires en regards des projets de réorganisation du travail, d'autre part, l'absence de véritable consultation ainsi que de réelle participation aux prises de décisions en lien avec leur pratique. Il va sans dire que cette situation ne crée pas un sentiment d'appartenance très fort à l'endroit de l'institution.³²

Contrairement à l'exemple qui précède, les stratégies utilisées par les hôpitaux attractifs *magnet hospitals* visent à créer des milieux de travail de haute qualité. « *Plusieurs auteurs établissent un lien direct entre la qualité des milieux de travail des infirmières et la satisfaction au travail, la productivité, le maintien des effectifs, la qualité des soins et, en fin de compte, les résultats pour les patients* »³³. La culture organisationnelle de ces hôpitaux est porteuse de satisfaction alors qu'il y a du soutien de la part des cadres, une valorisation de l'éducation et du développement professionnel des infirmières et une structure organisationnelle décentralisée, etc. Le résultat de cette approche est une meilleure qualité de soins et une meilleure qualité de vie au travail.

Les consensus obtenus à la Table de concertation en soins infirmiers peuvent être aussi considérés comme des éléments importants à intégrer dans l'organisation du travail : l'accès à la formation continue, le soutien clinique, les ordonnances collectives, le préceptorat/mentorat, l'aménagement du temps de travail pour les quarts de soir et de nuit, la stabilité des équipes de travail. Évidemment, en ce qui concerne les aspects relatifs à la rémunération, les parties locales ne peuvent modifier les paramètres négociés au niveau national. La prochaine ronde de négociation offrira l'occasion d'en discuter.

Par ailleurs, l'utilisation optimale des compétences des professionnelles dans le respect des champs de pratique définis par la loi devrait faire partie des discussions au plan local quand il s'agit de réviser l'organisation du travail. Les infirmières sont actuellement la catégorie vivant la pénurie la plus sévère et pourtant, cette catégorie tarde à pouvoir mettre en pratique les possibilités d'enrichissement professionnel de l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers.

Le nouveau partage d'activités engendré par la loi 90 et son application variable selon les professions, de même que les réorganisations du travail effectuées dans certains établissements dont l'objectif visant à contrer les problèmes de pénurie et de contraintes budgétaires produisent des effets négatifs chez les professionnelles en soins. Certains constats dégagés à partir du portrait sur les rôles, tâches, fonctions et responsabilités, validés lors des commissions tenues en mars 2008, n'étonnent pas.

Le malaise exprimé quant au sentiment de perte découle d'une part, du décloisonnement résultant de la révision du système professionnel et, d'autre part, des décisions qu'ont pris les établissements dans l'application de la nouvelle réglementation.

Il est essentiel de redonner aux infirmières la possibilité d'exercer leurs rôles, tâches, fonctions et responsabilités de manière à les attirer dans la profession et surtout, à les y maintenir. Malgré le développement de nouveaux rôles et fonctions d'infirmière en suivi de clientèles chroniques, infirmière pivot en oncologie, infirmière en GMF, il n'en demeure pas moins que pour la majorité d'entre elles, les gains se font toujours attendre.

Il faudra donc que le recentrage des activités qui leur sont réservées soit facilité et que ces activités puissent devenir une source de satisfaction tant professionnelle que personnelle. Le sentiment de perte, de deuil, de démoralisation qui les habite peut et doit faire partie des préoccupations de l'ensemble des établissements et des équipes locales. La mise en œuvre des changements législatifs au plan professionnel ne peut guère attendre davantage. Les employeurs doivent impérativement mettre en place les conditions facilitant une pratique professionnelle valorisante et satisfaisante.

Des actions locales devront être entreprises pour faire pression sur les employeurs afin d'exiger l'accès à la formation continue et à l'appropriation de ces activités centrales dans la pratique. Il faut revoir le Plan de développement des ressources humaines (PDRH) à la lumière des nouveaux besoins et du processus de planification de la main-d'œuvre (PMO).

Pour ce faire, la formation sur les activités réservées et sur le plan thérapeutique infirmier doit être considérée comme une condition essentielle, urgente et incontournable à la réalisation et au développement des infirmières, une catégorie professionnelle dont le système de santé ne peut se passer.

Tant et aussi longtemps que les infirmières n'auront pas intégré ces activités dans leur travail quotidien, elles continueront de se sentir lésées. La seule façon d'y arriver est de saisir les opportunités qu'offre la Loi et de

s'assurer que les activités d'évaluation, de surveillance clinique et de suivi s'exercent dans le respect des valeurs fondamentales des infirmières, soit dans le *caring*.

*La réconciliation du
care et du cure*

Les principales activités réservées aux infirmières par la Loi sur les infirmières et les infirmiers (art. 36) : évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier, effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes recentrent la pratique sur les activités que seule l'infirmière peut assumer. L'obligation faite à l'infirmière d'élaborer et d'ajuster le plan thérapeutique en lien avec ces activités vient renforcer la portée de ce changement.

Plusieurs infirmières ne perçoivent actuellement pas l'évaluation, la surveillance clinique, le suivi et l'élaboration du PTI comme un gain. Les conditions n'étant pas encore mises en place dans les établissements, il n'y a rien de très étonnant. Outre les modifications législatives au plan professionnel les visant particulièrement, l'enrichissement du rôle des infirmières auxiliaires permet à ces dernières de faire nombre d'activités autrefois réservées aux infirmières. L'intégration des infirmières auxiliaires aux équipes de soins, à la suite de réorganisations du travail, participe sans doute aussi, dans certains cas, à cette perception. L'infirmière assume davantage des fonctions de chef d'équipe et de coordination et doit délaisser des soins de base et d'assistance, de même que des soins techniques, au profit des infirmières auxiliaires et des préposé-e-s aux bénéficiaires. Mais le déplacement et le recentrage de leur rôle signifient-ils obligatoirement une perte du *care* au profit du *cure*?

Bien que la notion de *care* ait été développée par les infirmières, Hesbeen soutient que toutes les professionnelles en soins sont interpellées par l'essentiel du soin : la démarche entre deux personnes. Ainsi, inhalothérapeutes, infirmières auxiliaires, et infirmières partagent un objet, un espace et un sens commun.

[...]l'essence du métier de tous les soignants s'inscrit dans une démarche interpersonnelle que ces soignants soient médecins ou kinésithérapeutes...Chacun de ces soignants a à sa disposition un accessoire issu plus particulièrement de la spécificité de son métier. Tous ces professionnels, s'ils limitent leur perspective d'actions au seul accessoire ne sont que bien peu aidants pour les personnes auxquelles elles s'adressent; ils sont, dans ce cas, bien peu soignants.

À partir d'une logique soignante pluriprofessionnelle, une autre formulation peut alors être envisagée :

Ce qui fait l'essence de la pratique soignante qui permet de prendre soin d'une personne, c'est la démarche interpersonnelle entre une personne soignée, qui nécessite de l'aide, et une personne soignante qui a pour mission d'être aidante et ce, dans une situation de vie dans laquelle le soignant est appelé à intervenir.

Ce qui fait l'accessoire de la pratique soignante, ce sont les différents moyens plus ou moins spécifiques à un groupe de professionnels et qui servent de support à l'action soignante. Ces moyens sont de natures diverses et variées et relèvent tant des aspects techniques que scientifiques. Éducatifs, organisationnels...

Ainsi, si l'essence est commune à tous les soignants, leur accessoire peut être très différent.³⁴

Dans tous les domaines de soins, l'infirmière est appelée à utiliser ses habiletés de *caring*. Ainsi, [q]uel que soit le soin prodigué, qu'il soit dans le champ préventif, curatif, de réhabilitation ou palliatif, il nécessite, pour être de qualité, que l'infirmière utilise simultanément des compétences relationnelles, techniques et éducatives.³⁵

À titre d'exemple le projet de rehaussement des pratiques cliniques mené au CSSS de la Vieille-Capitale³⁶ semble démontrer que l'intégration des nouvelles activités prévues à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec et l'implantation du PTI, lorsque bien planifiées et soutenues, permettent aux infirmières d'améliorer leur pratique et leur satisfaction au travail. Les résultats font état d'un sentiment de valorisation de leur profession, de l'acquisition des compétences liées à l'examen clinique de l'abdomen et à l'utilisation du PACSLAC³⁷, d'une augmentation du « temps infirmier » par le transfert des soins d'assistance à d'autres catégories de personnel. Le temps ainsi dégagé permet de se concentrer sur les soins pour lesquels les compétences de l'infirmière sont requises. Cela lui donne aussi l'occasion d'établir une relation de *caring* à travers l'ensemble des soins, notamment lors de l'examen : auscultation, palpation, percussion, inspection, intervention. Tout ce qui n'était pas relié aux soins infirmiers ayant pu être retiré de leurs tâches, les infirmières ont davantage de temps à consacrer au patient. Ce projet démontre la possibilité d'obtenir des gains avec la mise en œuvre des nouvelles activités et du PTI, sans perte du *care* au profit du *cure*.

Le sentiment de perte exprimé pourra s'estomper au rythme de l'intégration des nouveaux rôles, tâches, fonctions et responsabilités lorsque toutes les infirmières auront reçu des formations adéquates pour

exercer l'ensemble des activités prévues à l'article 36 de la Loi, pour compléter le PTI et, finalement, lorsque l'organisation du travail révisée leur permettra une pratique professionnelle optimale et satisfaisante. Tout ceci participera certainement à la rétention des infirmières dans le réseau public de santé, peu importe la catégorie d'âge.

Bien sûr, même avec les meilleures conditions de mise en œuvre au plan local, le temps passé auprès de certain-e-s client-e-s a tendance à diminuer, particulièrement en soins critiques, en médecine et en chirurgie. En effet, le passage d'un système de soins globaux à un système d'équipe génère un partage du temps de présence auprès du-de la patient-e entre les membres de l'équipe. Le travail de collaboration interprofessionnelle y prend toute sa signification. De l'avis de Pawel Krul, *« il n'y a pas que le temps passé auprès du patient qui compte en relation de caring, mais également le fait pour ce patient de savoir que l'infirmière est et sera là pour lui. C'est la qualité et l'intentionnalité de la relation avec le patient qui importe en caring. »*³⁸

V- L'organisation du travail : une priorité de la FIQ en 2009

34

1. UNE ACTION SYNDICALE ORGANISÉE ET CIBLÉE

Pour la FIQ, l'année 2009 s'annonce comme une année charnière en organisation du travail. Les problèmes de main-d'œuvre des dernières années ont amené, lentement mais sûrement, le MSSS et les employeurs à prendre conscience du potentiel que représente l'organisation du travail pour solutionner de nombreux problèmes. Les projets-pilotes financés en 2008 par le MSSS, de même que les nombreux projets financés par les agences ou par les employeurs depuis 2002, démontrent que ces derniers prennent l'organisation du travail au sérieux et qu'ils y voient d'importantes opportunités de la modifier en vue d'atteindre leurs objectifs de performance.

Par ailleurs, depuis 2006, les négociations nationales, et surtout locales, ont monopolisé les ressources de la FIQ et celles des syndicats locaux. Il faut impérativement reprendre les rênes de l'organisation du travail afin d'éviter que les transformations ne soient plus initiées, décidées et implantées unilatéralement par nos vis-à-vis et que la « couleur » de l'organisation du travail locale s'harmonise avec ce que les professionnelles en soins identifient comme une organisation du travail qui les satisfasse au plan personnel, professionnel et collectif.

Dans le contexte créé par la loi 90, miser en priorité sur l'organisation du travail, afin d'utiliser de façon optimale les compétences des professionnelles en soins et d'assurer une meilleure qualité de vie au travail, constitue un incontournable. La décision de prioriser l'organisation du travail en 2009 à la FIQ est donc plus qu'à propos. Afin que les employeurs du réseau mettent enfin en place les conditions nécessaires à l'implantation de la loi 90 et du PTI, la voie de l'organisation du travail doit être privilégiée et devenir, tant pour les militantes que pour les membres, une pratique syndicale forte et intégrée dans leur quotidien syndical. Lors du conseil fédéral de décembre 2007, la recommandation à l'effet de produire un plan d'action sur les rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins reflétait un malaise à l'égard du retard dans l'implantation de la loi 90, du PTI, etc. Le portrait des rôles, tâches, fonctions et responsabilités présenté au conseil fédéral de mars 2008 et les commissions qui ont validé ce portrait ont permis de recueillir suffisamment d'informations et de pistes pour développer une réflexion critique sur les changements souhaités.

2. UN PLAN D'ACTION PORTEUR ET EFFICACE

La réalisation du plan d'action en organisation du travail demandera aux équipes locales d'y consacrer des efforts. L'effort et l'engagement sont nécessaires de la part de toutes les militantes des équipes locales. Les canaux de communication avec les membres doivent être efficaces, et les problèmes vécus dans les milieux de soins bien orientés dès le départ. Bref, il faut être proactive et aller au devant des problèmes et être en mesure de convaincre les membres sur le terrain des possibilités bien réelles qu'offre l'organisation du travail.

Il faut donc s'assurer de demeurer très vigilantes et de faire valoir, au plan local, l'importance d'utiliser des outils d'analyse qui tiennent compte de l'ensemble des facteurs et des dimensions de l'organisation du travail, les éléments de contenu et de contexte du travail. Pour ce faire, les équipes locales auront besoin de développer ou de maintenir une vision critique des choix organisationnels portant sur les outils utilisés.

À cet égard, le secteur Tâche et Organisation du travail développera un outil de référence sur les diverses méthodes utilisées afin de soutenir les équipes locales dans leur représentation auprès des employeurs et dans leur capacité d'influencer leurs décisions. L'organisation du travail relevant historiquement du droit de gérance des employeurs, la difficulté de les convaincre de la participation des syndicats et ensuite du bien-fondé des solutions proposées est un travail exigeant, mais réalisable et très satisfaisant.

La FIQ a développé, il y a une dizaine d'année, un cadre intégré en organisation du travail, soit un modèle conceptuel couvrant tous les aspects et toutes les dimensions de l'organisation du travail. Ce cadre demeure toujours aussi pertinent et valable aujourd'hui. Il a servi de base à l'élaboration de l'outil *Intervention locale en organisation du travail* (ILOT). Une actualisation de la grille d'analyse ILOT, dans sa forme, rendrait certes son utilisation plus simple et conviviale.

Des membres des équipes locales auront la possibilité d'assister aux formations sur l'organisation de travail dans le but d'être en mesure d'élaborer des dossiers d'organisation du travail et d'y affirmer un leadership syndical. Il faut aussi pouvoir assurer un suivi des résultats obtenus dans les différents projets et dresser un bilan de ces résultats.

Les équipes locales pourront compter sur le support et l'appui de la Fédération dans leurs interventions en organisation du travail au niveau local. Par l'élaboration d'outils efficaces, le développement de formations pertinentes et la diffusion d'informations utiles, les différents secteurs de la FIQ démontreront leur engagement envers l'organisation du travail

considérée comme un moyen indispensable à l'amélioration de la qualité de la vie au travail de l'ensemble des membres des syndicats affiliés à la FIQ.

Six grands axes sont proposés afin de structurer les actions :

- ♦ Affirmation du leadership syndical en organisation du travail par le comité de soins.
- ♦ Déploiement de la loi 90 et du PTI.
- ♦ Développement d'outils et soutien aux équipes locales en organisation du travail.
- ♦ Développement des connaissances pour une intervention locale en organisation du travail basée sur une analyse critique.
- ♦ Pénurie des professionnelles en soins, attraction/rétention.
- ♦ Évolution de la pratique professionnelle.

Axe 1

Affirmation du leadership syndical en organisation du travail par le comité de soins

L'un des éléments importants maintes fois repris dans ce document est d'utiliser, en organisation du travail, tout le potentiel du comité de soins, un puissant outil conventionné. Le but visé est de faire du comité de soins un lieu de discussion avec l'employeur, où tous les sujets en organisation du travail peuvent être amenés. Bien souvent, les comités de soins sont utilisés uniquement pour discuter de dossiers de fardeau de tâche.

Afin d'être proactive, de reprendre le leadership syndical et de faire des gains en organisation du travail, le comité de soins demeure la structure toute désignée. Toutefois, pour devenir proactive en organisation du travail, la communication entre le syndicat et ses membres doit être fluide, bidirectionnelle et structurée. Cette communication permet au syndicat de demeurer continuellement informé des problématiques d'organisation du travail sur le terrain.

LE COMITÉ EXÉCUTIF RECOMMANDE :

RECOMMANDATION 1

« Que le comité de soins soit réactivé dans chacun des établissements et que chaque syndicat l'utilise régulièrement;

Qu'une structure de communication entre le syndicat et ses membres soit mise en place. »

ACTIONS	NIVEAU		
	National	Régional	Local
Réactiver les comités de soins			✓
Utiliser régulièrement les CS			✓
Créer des mécanismes de communication avec les membres			✓
Diffuser de l'information sur l'organisation du travail			✓

Axe 2
Déploiement de la loi 90 et du PTI

La recommandation ayant conduit à ce plan d'action était intimement liée aux difficultés dans le déploiement complet de la loi 90 et du PTI. Ce deuxième axe du plan d'action répond à cet objectif. Les conditions essentielles pour un déploiement rapide et optimal résident dans la mise en place d'une formation adéquate et d'une réorganisation du travail basée sur une analyse rigoureuse.

Afin de soutenir ou d'appuyer les démarches locales en organisation du travail, un bilan succinct de l'état d'avancement du déploiement de la loi 90 et du PTI doit être rapidement réalisé. Un tel bilan permettra à la FIQ de prendre le pouls de la situation et d'évaluer la nécessité d'intervenir auprès de l'OIIQ (PTI), du MSSS et des agences (loi 90).

Dans les situations particulièrement évidentes de résistance ou de laxisme des employeurs dans l'implantation du PTI, des interventions auprès de l'OIIQ peuvent aussi être faites par les équipes locales afin de dénoncer les employeurs récalcitrants.

LE COMITÉ EXÉCUTIF RECOMMANDE :
RECOMMANDATION 2

« Qu'un bilan succinct de l'état d'avancement du déploiement de la loi 90 et du PTI soit réalisé rapidement;

Que des interventions soient faites auprès de l'OIIQ ou du MSSS si nécessaire. »

ACTIONS POUR LA LOI 90	NIVEAU		
	National	Régional	Local
Dresser un bilan rapide du déploiement	✓		
Intervenir auprès du MSSS et des agences	✓	✓	
Identifier, dans le cadre du PDRH, les formations nécessaires à l'appropriation des nouveaux rôles et activités			✓

ACTIONS POUR LE PTI	NIVEAU		
	National	Régional	Local
Dresser un bilan rapide du déploiement	✓		
Intervenir auprès de l'OIIQ	✓		✓

 Axe 3

Développement d'outils et soutien aux équipes locales en organisation du travail

Reprendre les rênes de l'organisation du travail, affirmer son leadership syndical et développer des actions efficaces en organisation du travail nécessitent le soutien de la FIQ à l'égard des équipes locales. À cette fin, la Fédération élaborera des outils de formation en organisation du travail et offrira des sessions de formation aux militantes.

Au besoin, la FIQ organisera ou mettra sur pied des activités spécifiques, tel que des conférences lors de la tenue de tables régionales d'action et de concertation (TRAC), afin de répondre à des problématiques en organisation du travail.

Dans le but de soutenir les équipes locales, les secteurs RLT, en première ligne, et TOT, en deuxième ligne, seront particulièrement mis à contribution.

LE COMITÉ EXÉCUTIF RECOMMANDE :

RECOMMANDATION 3

« Que soient révisés les différents outils de formation en organisation du travail;

Que des sessions de formation soient offertes aux militantes;

Que des activités spécifiques soient organisées en réponse à des problématiques particulières en organisation du travail;

Que les secteurs RLT et TOT assurent un soutien en organisation du travail aux équipes locales. »

ACTIONS	NIVEAU		
	National	Régional	Local
Revoir les outils et la formation en organisation du travail	✓		
Offrir les formations	✓		
Développer des activités spécifiques en organisation du travail	✓		
Assurer une présence et un soutien aux équipes locales en organisation du travail (RLT, TOT)	✓	✓	✓

Axe 4

Développement des connaissances pour une intervention locale en organisation du travail basée sur une analyse critique

Afin de développer une meilleure connaissance de l'organisation du travail à tous les niveaux de la Fédération, le secteur TOT produira de la documentation sur différents sujets relatifs à l'organisation du travail. De plus, l'organisation du travail étant une priorité, des activités seront régulièrement planifiées et se tiendront lors des conseils fédéraux.

Afin de sensibiliser, d'informer, de conscientiser et de mobiliser les membres sur l'importance de s'inscrire et de participer localement aux démarches syndicales en organisation du travail, la FIQ utilisera, au besoin, plusieurs voies de communication écrite.

Dans le même ordre d'idée, des activités d'information, d'échange et de discussion sont essentielles à l'appropriation collective de l'organisation du travail comme priorité syndicale.

LE COMITÉ EXÉCUTIF RECOMMANDE :

RECOMMANDATION 4

« Que soit produit régulièrement des documents d'information succincts sur des sujets précis en organisation du travail;

Que des activités ou conférences sur l'organisation du travail soient régulièrement tenues lors des conseils fédéraux;

Que les outils de communication de la FIQ soient utilisés dans le but de sensibiliser, d'informer, de conscientiser et de mobiliser les membres sur l'importance de s'inscrire et de participer localement aux démarches syndicales en organisation du travail;

Que le secteur TOT organise, au besoin, des activités d'information, d'échange et de discussion à tous les niveaux de la FIQ. »

ACTIONS	NIVEAU		
	National	Régional	Local
Produire des fascicules traitant d'organisation du travail (ex : méthodes d'analyse en organisation du travail, types de gestion, modes de distribution de soins etc.)	✓		
Utiliser au besoin les publications FIQ, FIQ Actualité, FIQ en Action, FIQ Express, site Internet	✓		
Organiser des activités au niveau des syndicats, des syndicats régionaux, des TRAC, des conseils fédéraux	✓	✓	✓

Pénurie des professionnelles en soins, attraction/rétention

La pénurie actuelle et anticipée est un problème majeur. Des mesures structurantes au plan de l'attraction et de la rétention doivent impérativement être mises en œuvre. Comme organisation syndicale, il est indispensable de se préoccuper de cette situation qui mine la qualité de vie et la santé des membres.

La vigilance s'impose. Mais au-delà d'un rôle de vigie, la participation active et l'apport de solutions qui répondent aux problématiques des professionnelles en soins lors de tables nationales doivent se poursuivre.

La prochaine ronde de négociations sera l'occasion de travailler à l'amélioration des conditions de travail susceptibles de favoriser l'attraction et la rétention des professionnelles en soins dans le réseau public de la santé.

Les équipes locales doivent aussi interpellier les employeurs et les convaincre de la nécessité de procéder à une planification de la main-d'œuvre incluant une analyse qualitative et quantitative.

LE COMITÉ EXÉCUTIF RECOMMANDE :**RECOMMANDATION 5**

« Que les équipes locales interpellent à chaque occasion les employeurs sur la nécessité de procéder à une planification de la main-d'œuvre. »

ACTIONS	NIVEAU		
	National	Régional	Local
Participer aux tables nationales (ex : Groupe de pilotage)	✓		
Interpeller les employeurs sur l'importance de la PMO et du PDRH			✓
Établir une collaboration entre le secteur TOT et le secteur Négociation dans la préparation des priorités de négociation relatives à l'organisation du travail (ex : PDRH au national)	✓		

Évolution de la pratique professionnelle

Dans le but de s'assurer que les professionnelles en soins de la FIQ puissent développer une pratique professionnelle qui corresponde à leurs aspirations, il est essentiel de maintenir le dialogue avec les différents ordres professionnels (OIIQ, OIIAQ, OPIQ) et avec le MSSS.

ACTIONS	NIVEAU		
	National	Régional	Local
Rencontrer l'OIIQ	✓		
Rencontrer l'OIIAQ	✓		
Rencontrer l'OPIQ	✓		
Rencontrer le MSSS	✓		

Annexe 1

Table nationale de concertation sur la main-d'œuvre infirmière

43

Le mandat ministériel visait à trouver des pistes de solution afin de faire face au défi de la pénurie de main-d'œuvre, au plan qualitatif et quantitatif, à répondre aux nombreux enjeux de la problématique de la main-d'œuvre, à offrir aux infirmières le soutien et les moyens nécessaires pour une pratique professionnelle, à répondre au besoin d'encadrement clinique des jeunes professionnelles et au besoin d'encadrement des gestionnaires. Les attentes du ministre étaient claires : identifier des solutions à la pénurie de personnel en soins infirmiers, diminuer le recours au travail à taux supplémentaire (volontaire ou obligatoire) ainsi que le recours à la main-d'œuvre indépendante (personnel d'agence).

Douze recommandations générales ont émané du rapport de la Table :

1. Assurer une organisation du travail efficace et performante; mobilisation générale à tous les niveaux, incluant une équipe d'experts mandatée par le MSSS pour encadrer les travaux.
2. Soutenir une application concrète de la loi 90, offrir les outils tangibles en appui et l'encadrement nécessaire.
3. Exiger un plan stratégique des effectifs infirmiers (infirmières cliniciennes, praticiennes, auxiliaires, et toutes autres catégories) : dans les institutions, les régions, et finalement pour la province.
4. Exiger un plan d'encadrement dans les milieux :
 - au plan clinique, incluant la préparation des précepteurs/mentors;
 - au niveau de la gestion, en assurant la formation des gestionnaires rapidement.
5. Inciter un meilleur encadrement clinique, surtout pour les infirmières en exercice de moins de 5 ans.
6. Garantir la sécurité de travail : pour toutes les jeunes recrues et encourager le développement de plans de carrière.
7. Introduire de la flexibilité dans les horaires de travail : par exemple, l'autogestion des horaires.
8. Stabiliser les équipes de travail : ajouter du personnel d'appoint dans les équipes de soins.
9. Promouvoir la formation continue : comme stratégie de développement professionnel.

10. Élaborer des programmes de valorisation des compétences : au niveau local et au niveau régional.
11. Mettre en place un programme d'acquisition annuel et de renouvellement d'équipements pour soutenir des environnements de travail à la fine pointe : incluant les équipements d'appui au travail, ainsi que le support technologique.
12. Fournir un budget de transition et des budgets récurrents : pour appuyer le changement de direction et la réorganisation du travail.

De plus, des recommandations spécifiques visent cinq cibles prioritaires : les soins critiques, le bloc opératoire, les soins à domicile, l'hébergement et, finalement, les quarts de travail de soir et de nuit.

Annexe 2 Plan d'action

45

AXES	ACTIONS	NIVEAU		
		National	Régional	Local
Axe 1 : Affirmation du leadership syndical en organisation du travail par le comité de soins	Réactiver les comités de soins			✓
	Utiliser régulièrement les CS			✓
	Créer des mécanismes de communication avec les membres			✓
	Diffuser de l'information sur l'organisation du travail			✓
Axe 2 : Déploiement de la loi 90	Dresser un bilan rapide du déploiement	✓		
	Intervenir auprès du MSSS et des agences	✓	✓	
	Identifier, dans le cadre du PDRH, les formations nécessaires à l'appropriation des nouveaux rôles et activités			✓
Axe 2 : Déploiement du PTI	Dresser un bilan rapide du déploiement	✓		
	Intervenir auprès de l'OIIQ	✓		✓
Axe 3 : Développement d'outils et soutien aux équipes locales en organisation du travail	Revoir les outils et la formation en organisation du travail	✓		
	Offrir les formations	✓		
	Développer des activités spécifiques en organisation du travail	✓		
	Assurer une présence et un soutien aux équipes locales en organisation du travail (RLT, TOT)	✓		

AXES	ACTIONS	NIVEAU		
		National	Régional	Local
Axe 4 : Développement des connaissances pour une intervention locale en organisation du travail basée sur une analyse critique	Produire des fascicules traitant de l'organisation du travail (ex : méthodes d'analyse en organisation du travail, types de gestion, modes de distribution de soins etc.)	✓		
	Utiliser au besoin les publications FIQ, FIQ actualité, FIQ en action, FIQ Express, site Internet	✓		
	Organiser des activités au niveau des syndicats, des syndicats régionaux, des TRACS, des conseils fédéraux	✓	✓	✓
Axe 5 : Pénurie des professionnelles en soins, attraction/rétention	Participer aux tables nationales (ex : Groupe de pilotage)	✓		
	Interpeller les employeurs et les agences sur l'importance de la PMO et du PDRH			✓
	Établir une collaboration entre le secteur TOT et le secteur Négociation dans la préparation des priorités de négociation relatives à l'organisation du travail (ex : PDRH au national)	✓		
Axe 6 : Évolution de la pratique professionnelle	Rencontrer l'OIIQ	✓		
	Rencontrer l'OIIAQ	✓		
	Rencontrer l'OPIQ	✓		
	Rencontrer le MSSS	✓		

-
- ¹ SFAP COLLÈGE DES ACTEURS EN SOINS INFIRMIERS. (2005). *L'infirmier (e) et les soins palliatifs. « Prendre soin » : éthique et pratiques*, 3^e édition, Masson, Paris, p. 222.
 - ² FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (FIIQ). (1993). *L'organisation du travail. Du modèle traditionnel au modèle renouvelé*, 3^e congrès biennal, 6-7-8-9-10 décembre. Document thématique.
FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (FIIQ). (1996). *L'infirmière d'hier à demain. Des interventions clés*. 4^e congrès biennal, 23-24-25-26 janvier. Document D8.
 - ³ FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC – FIQ. (2008). *Rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins : quel en est le portrait en 2008?*, document D7, conseil fédéral des 18, 19 et 20 mars.
 - ⁴ L.R.Q., 2002. c. 33.
 - ⁵ FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC – FIQ. (2008). *Pour une pratique infirmière unifiée*, document D-6, conseil fédéral des 18-19 et 20 mars, p.5.
 - ⁶ Les difficultés et les variations dans l'application de la Loi 90 selon les professions et les milieux seront analysées et discutées dans la partie 4 du document.
 - ⁷ Le rôle d'évaluation consiste à porter un jugement clinique sur l'état de santé de la personne à partir des informations recueillies, souvent en collaboration avec l'infirmière auxiliaire, et à utiliser les conclusions de ce jugement en les communiquant et en les traduisant à l'intérieur du plan thérapeutique infirmier.
 - ⁸ L.R.Q., 2002, chapitre I-8.
 - ⁹ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC (OIIAQ). (mai 2004). *La capacité légale de l'infirmière auxiliaire : champ de pratique et activités réservées en vertu de la Loi 90*, p.8.
 - ¹⁰ FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC – FIQ. (2008). D7. *op. cit.*, p.6.
 - ¹¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (mai 2008). *Portrait de la main-d'œuvre inhalothérapeute*, p. 16.
 - ¹² *Ibid.*, p. 9.
 - ¹³ ST-ONGE, S., M. AUDET, V. HAINES et A. PETIT. (1998). *Relever les défis de la gestion des ressources humaines*, Montréal, gaëtan morin éditeur, p. 149.
 - ¹⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (2008). *Table nationale de concertation sur la main-d'œuvre en soins infirmiers. Rapport final*, 32 p.
 - ¹⁵ Le rapport final de la Table de concertation sur la main-d'œuvre en soins infirmiers est disponible sur le site du MSSS : [En ligne].
[Hhttp://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-514-01W.pdfH]. Madame Girard a également fait des recommandations indépendantes : p.28-29.
 - ¹⁶ Voir Annexe 1.
 - ¹⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2008). *Stratégie ministérielle sur la main-d'œuvre en soins infirmiers*, Cadre de référence. page 2.
 - ¹⁸ *Loc. cit.*

-
- ¹⁹ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ) ET ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC (OIIAQ). (2008). *Les soins infirmiers périopératoires. Lignes directrices pour les activités des infirmières auxiliaires en salle d'opération*, 20 p.
- ²⁰ Selon les chiffres du MSSS, 32 infirmières sont actuellement en formation d'infirmière praticienne spécialisée en première ligne. Voir : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS). (2008). *Stratégie en soins infirmiers, synthèse de la stratégie visant à faire face au défi de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, p.5.
- ²¹ FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ DE QUÉBEC – FIQ. (2008). *Bilan de la négociation nationale*, document D3, conseil fédéral extraordinaire des 20, 21 et 22 octobre. 44 p.
- ²² FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ DE QUÉBEC – FIQ. (2008). *Bilan des négociations locales première partie*, document D4, conseil fédéral extraordinaire des 20, 21 et 22 octobre, p 27-30.
- ²³ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). [En ligne]. [[Hhttp://www.oiiq.org/infirmieres/ordonnances/index.aspH](http://www.oiiq.org/infirmieres/ordonnances/index.aspH)] (Consulté le 18 novembre 2008).
- ²⁴ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. (11 septembre 2008). *Statistiques – Répondants et agents multiplicateurs en milieux cliniques et d'enseignement*, (non publié).
- ²⁵ ÉTUDES DE L'OCDE SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ (OCDE). (2008). *Les personnels de santé dans les pays de L'OCDE. Comment répondre à la crise*, OCDE, 104 p.
- DIRECTION GÉNÉRALE DU PERSONNEL RÉSEAU ET MINISTÉRIEL (MSSS). (2005). *Projection de la main-d'œuvre infirmière, de 2004-2005 à 2019-2020*, 47 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (2007). *Soins infirmiers. Données statistiques*, non paginé.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (mai 2008). *Portrait de la main-d' oeuvre inhalothérapeute*, 28 p.
- ²⁶ FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (FIIQ). (2008). Communiqué de presse, 3 novembre.
- ²⁷ ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU Canada (AIIC). (février 2007). *Améliorer les milieux de travail : poursuivre sur la lancée*. Zoom, n°22, p. 3.
- ²⁸ SYLVAIN, H., et S. LEBLANC. « L'empowerment en milieu de travail : de l'individuel à l'organisationnel. » dans DELMAS, P. et M. MAYRAND LECLERC (Sous la direction de). (2006). *Sortir du management panique tome 1: préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe*. Lamarre. Rueil-Malmaison, p. 87.
- ²⁹ FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (FIIQ). (2005). *op. cit.*, p.68.
- ³⁰ DAVID, H., S. VOLKOFF, E. CLOUTIER, et F. DERRIENNIC. (Mai 2001). *Vieillesse, organisation du travail et santé*, Pistes, vol. 3, n° 1, p. 6.
- ³¹ DELMAS, P., M. MAYRAND, et A.-M. PROVOST. (2006). « Le travail est-ce encore la santé pour les infirmières et les cadres gestionnaires infirmiers? Bilan des connaissances sur le sujet », dans P. Delmas et M. Mayrand Leclerc (sous la direction de). *Sortir du management panique Tome 1 : Préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe*. Éditions Lamarre, Rueil-Malmaison, p. 2-40.

-
- ³² ALDERSON, M. (2006). « Éclairage psychodynamique de l'expérience collective de travail des infirmières : un apport précieux pour un management avisé », dans P. Delmas et M. Mayrand Leclerc (sous la direction de). *Sortir du management panique Tome 1 : Préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe*. Éditions Lamarre, Rueil-Malmaison, p. 148.
- ³³ STORDEUR, S. et W. D'HOORE. (2006). « Stratégies d'amélioration des conditions de travail inspirées de l'expérience des hôpitaux attractifs », dans P. Delmas et M. Mayrand Leclerc (sous la direction de). *Sortir du management panique Tome 1 : Préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe*. Éditions Lamarre, Rueil-Malmaison, p. 94.
- ³⁴ HESBEEN, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin dans une perspective soignante*, Paris, InterÉditions, Masson, p. 64.
- ³⁵ SFAP Collège des acteurs en soins infirmiers. (2005). *L'infirmier(e) et les soins palliatifs. « Prendre soin » : éthique et pratiques*, 3^e édition, Masson, Paris, p.29.
- ³⁶ VOYER, P., et al., (2007-2008). *Loi 90 et soins infirmiers en CHSLD : résultats du projet de rehaussement clinique au CSSS de la Vielle-Capitale*, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Affiche.
- ³⁷ PACSLAC : Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate ou Grille d'évaluation de la douleur pour les aînés ayant des habiletés de communication limitées (traduction libre).
- ³⁸ PAWEL KRUL, Étudiant au doctorat en Sciences infirmières, Université de Montréal, propos recueillis lors d'un échange téléphonique, le 13 novembre 2008.