

SECTEURS TÂCHE ET ORGANISATION DU TRAVAIL ET
RELATIONS DE TRAVAIL

Rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins : quel en est le portrait en 2008?

présenté au conseil fédéral
des 18, 19 et 20 mars 2008

RESPONSABILITÉ POLITIQUE

Sylvie Savard, 4^e vice-présidente

Daniel Gilbert, 2^e vice-président

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 Relations de travail

RÉVISION

Marie Eve Lepage, conseillère syndicale, service Communication-Information

SECRÉTARIAT

Francine Parent, secrétaire, service Communication-Information

Table des matières

Introduction	1
1. Méthodologie	3
1.1 Limites méthodologiques	3
2. Environnement externe	5
2.1 Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90).....	5
2.1.1 Le plan thérapeutique infirmier	6
2.2 La pénurie	6
2.3 Restructuration du réseau	8
3. Portrait dressé à partir des informations recueillies	10
3.1 Pénurie	10
3.2 Fluctuation de la main-d'œuvre	11
3.3 Le travail à taux supplémentaire et le recours au personnel d'agence	12
3.4 Les professionnelles en soins et la Loi 90	13
3.4.1 Formation sur la Loi 90	13
3.4.2 Formation sur le plan thérapeutique infirmier	14
3.4.3 La pratique professionnelle dans les différents milieux depuis l'entrée en vigueur de la loi.....	15
3.4.3.1 Inhalothérapeutes	15
3.4.3.2 Infirmières auxiliaires	16
3.4.3.3 Infirmières	18
3.4.4 Réorganisation des soins et du travail	19
3.4.4.1 Tendance marquée vers des modes de distribution de soins « en équipe »	20
3.4.4.2 Évolution des modes de gestion de soins	21
3.4.4.3 Des équipes recomposées.....	22
3.4.4.4 Développement de nouveaux rôles, tâches, fonctions et responsabilités.....	23
3.4.4.5 De nouveaux partages de tâches	24
3.4.4.6 Migration ou concentration de titres d'emploi dans des domaines ou des secteurs particuliers	25
3.4.4.7 Perception de l'utilisation du plein potentiel des professionnelles en soins.....	25

4.	Analyse : des obstacles à l’implantation de la Loi 90.....	27
4.1	Difficultés budgétaires et pénurie de main-d’œuvre	28
4.2	Culture, valeurs et philosophie de gestion	28
4.3	Formation.....	29
4.4	Réorganisation structurelle à compléter.....	29
4.5	« Nouveaux » modes de distribution de soins et composition des équipes de soins.....	30
4.6	Champ de pratique professionnelle/modification des rôles, tâches, fonctions et responsabilités.....	30
4.7	Relations interpersonnelles/interprofessionnelles et climat de travail	31
4.8	Conditions de travail.....	31
5.	Des défis à relever collectivement	33
	Annexe 1 Définitions	35
	Annexe 2 Cadre intégré d’intervention en organisation du travail.....	39
	Annexe 3 Tableau ILOT	43

Introduction

1

Lors du conseil fédéral de décembre dernier, les déléguées ont confié à la FIQ le mandat d'établir un portrait des rôles, tâches, fonctions et responsabilités des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes dans les établissements de santé du Québec. Ce portrait doit permettre, avec les discussions soulevées lors des commissions du 19 mars 2008, de dégager une position syndicale sur la pratique des professionnelles en soins et d'établir un plan d'action. Le libellé de ce mandat est :

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 et perfusionnistes et d'échanges en commissions, au plus tard au conseil fédéral des 18-19 et 20 mars 2008.

Dès janvier, une équipe de travail, composée d'une conseillère du secteur Tâche et Organisation du travail et d'une autre du secteur Relations de travail, a été mise sur pied. Le portrait que l'équipe propose sera divisé en quatre parties distinctes. La première partie portera sur la méthodologie utilisée afin d'accomplir le mandat. La deuxième partie s'attardera à l'environnement externe des établissements et à leur réalité depuis l'adoption du projet de loi 90 en 2002. Ensuite, la troisième partie du document dressera le portrait des rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins. Dans la partie suivante, une analyse succincte des facteurs ayant pour effet de ralentir ou de restreindre l'implantation de la Loi 90 sera présentée. Finalement, l'équipe de travail conclura en interpellant les professionnelles en soins de la FIQ sur l'importance de relever les défis identifiés.

1. Méthodologie

3

Dans cette section, la méthodologie et les différentes étapes ayant mené à la réalisation de ce mandat seront présentées. Les méthodes reconnues de recherche, impliquant un vaste échantillon et l'observation directe dans les établissements, ne pouvaient pas être retenues ici compte tenu du temps qu'elles nécessitent. Les présidentes et les responsables locales, qui connaissent bien la réalité de leur milieu, ont donc été interpellées afin d'aider à dresser ce portrait.

Premièrement, l'équipe de travail a conçu un document préparatoire qui a été envoyé dans tous les établissements affiliés à la FIQ dans la semaine du 3 février 2008. Au total, 180 documents ont été envoyés. Le document visait à permettre aux présidentes et aux responsables locales d'amorcer une réflexion sur la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé¹ (Loi 90) et de recueillir des informations sur son application dans les établissements. Ce document d'une cinquantaine de pages comprenait plusieurs définitions théoriques de même qu'un questionnaire à remplir.

De plus, les 180 présidentes et responsables locales, par groupe d'environ 15, ont été invitées à rencontrer l'équipe de travail afin d'échanger sur la Loi 90 et ainsi, de lui permettre de recueillir les informations nécessaires à l'élaboration d'un portrait sur les rôles, tâches, fonctions et responsabilités des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes et des perfusionnistes. Dans les semaines du 17 et du 24 février 2008, l'équipe de travail a tenu douze rencontres, principalement à Québec et à Montréal. Au total, une centaine de personnes de 84 établissements différents ont été rencontrées. L'équipe de travail a donc pu récupérer 89 documents préparatoires complétés, soit près de 50 % de ceux envoyés.

Ainsi, à partir des informations recueillies lors des rencontres et des documents préparatoires, l'équipe de travail a été en mesure d'élaborer ce portrait et en a fait l'analyse dans les semaines du 2 et du 9 mars 2008.

1.1 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

La principale limite de ce portrait, liée à la méthodologie retenue, tient du fait qu'elle est fondée sur des faits, des perceptions et des opinions. Il faut noter que les présidentes et les responsables locales n'ont eu que très peu de temps pour colliger les informations demandées.

¹ L.R.Q, 2002, c.33.

Ainsi, tant dans les documents préparatoires que lors des rencontres, les présidentes et les responsables locales étaient conviées à faire part de leur évaluation personnelle et de leur expérience des situations vécues dans leur milieu. L'équipe de travail est cependant confiante que les données recueillies permettent de faire ressortir les grandes tendances observables dans le réseau de la santé.

2. Environnement externe

5

Les rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles dans les différents établissements de santé du Québec ne sont plus ce qu'ils étaient il y a 10 ou 20 ans. Plusieurs facteurs, développements et tendances peuvent expliquer l'évolution des pratiques professionnelles au fil du temps. Dans cette partie, l'équipe de travail tentera de clarifier quelques éléments-clés pour la compréhension du contexte entourant l'application de la Loi 90. Successivement, il sera question de la Loi 90 elle-même (incluant le plan thérapeutique infirmier), de la pénurie de personnel dans le milieu de la santé, de la restructuration du réseau et de la création des réseaux intégrés de soins et de services.

2.1 LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ (LOI 90)

Cette loi, adoptée en 2002 et en vigueur depuis janvier 2003 (certains articles sont entrés en vigueur en juin de la même année seulement), définit et actualise le champ d'exercice de onze professions du domaine de la santé physique, notamment les professions d'infirmière, d'infirmière auxiliaire et d'inhalothérapeute² afin de mieux les adapter au contexte actuel. La loi a reconnu des pratiques déjà en cours dans les milieux de soins et enrichi certains champs d'exercice. Le législateur a réservé certaines activités à des professions spécifiques en raison des risques de préjudice pour le-la patient-e. Toutefois, certaines de ces activités réservées peuvent être partagées par plusieurs professions.

En assouplissant les barrières professionnelles et en permettant le partage d'activités entre divers-es professionnel-le-s de la santé, cette loi soutient donc le développement d'une pratique professionnelle enrichie et interdisciplinaire. Elle permet également aux employeurs de dégager une marge de manœuvre, réclamée depuis longtemps, pour une utilisation plus flexible des professionnel-le-s dans l'organisation du travail. Les arguments à l'appui de leur demande portaient principalement sur les impacts des divers changements dans le réseau de la santé : réorganisations successives, développements technologiques, nouveaux modèles d'organisation des soins et des services ainsi que pénurie de certaines catégories de professionnel-le-s.

² Les autres professions visées sont : médecins, pharmaciens, technologues en radiologie, technologues médicaux, diététistes, orthophonistes, audiologistes, physiothérapeutes et ergothérapeutes. Il est important de noter que les professions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines font également l'objet d'une telle révision. Le projet de loi 50 poursuit les mêmes objectifs d'assouplissement et de modernisation que le projet de loi 90 et devrait être adopté au cours de l'hiver ou au début du printemps 2008.

2.1.1 LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

L'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec³ (L.I.I.) 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 sera consigné au dossier, ce qui 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 client. L'ensemble des infirmières qui interviendront auprès de celui-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 (OIIAQ) ont travaillé de concert dans ce dossier et, selon ces ordres, le PTI deviendrait 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 transmises. Il est donc raisonnable de penser qu'une nouvelle dynamique prendra place dans les équipes de soins.

2.2 LA PÉNURIE

Les pénuries de personnel ne sont pas exclusives au milieu de la santé. Toutefois, dans ce domaine d'activités, la situation de pénurie revêt un caractère particulier eu égard aux impacts négatifs sur les soins et les services de santé à la population. Dans le passé, le réseau a connu des périodes de pénurie de certain-e-s professionnel-le-s de la santé. Cependant, depuis le milieu des années 90, il ne s'agit plus d'un phénomène cyclique, mais bien d'une pénurie persistante et sévère, notamment chez les infirmières.

³ L.R.Q., chapitre I-8.

Il n'existe pas de solutions miracles. Par contre, comme le disait la présidente de la FIIQ en 2001, « des changements majeurs et significatifs sont nécessaires dans l'organisation du travail et les pratiques professionnelles actuelles, dans la formation, dans les facteurs d'attraction et de rétention (...) »⁴. À l'époque, une pénurie de 17 000 infirmières par rapport aux besoins anticipés était prévue pour 2015, et ce, de façon conservatrice.

Les travaux du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (2000) ainsi que le rapport et le plan d'action (2001), auxquels la FIIQ a activement participé, visaient à identifier des moyens de résorber la pénurie en cours et, au-delà d'objectifs à court terme, d'assurer l'attraction et la rétention des infirmières dans un horizon plus large.

Sept ans plus tard, la situation demeure critique. Si rien ne change, le ministère de la Santé des Services sociaux prévoit un déficit de 7 300 infirmières en 2012 et de 23 000 en 2022. Certaines mesures du plan d'action national ont pu porter leurs fruits puisque les projections pour 2012 sont moins pessimistes. Il faut cependant mentionner que bien peu d'établissements se sont engagés dans le plan d'action national. Il n'en demeure pas moins que la pénurie persiste. Le recours massif au travail à taux supplémentaire (TS) et au personnel d'agence, dans certaines régions, témoigne des difficultés à assurer la continuité des soins à la clientèle. En 2000-2001, le recours au TS représentait, pour les infirmières, 3,58 % des heures travaillées; en 2005-2006, ce taux était de 4,55 %⁵. La pénurie explique-t-elle à elle seule cet état de fait?

Du côté des infirmières auxiliaires, la situation est moins alarmante. Dans une étude réalisée en 2007, le ministère prévoit qu'il y aura, en 2016, un surplus d'environ 1 000 infirmières auxiliaires⁶. Les mesures du plan d'action national ont certainement contribué au redressement de la situation puisque l'exercice de planification de main-d'œuvre national prévoyait, en 2001, une pénurie de 8 552 infirmières auxiliaires en 2016⁷. Depuis 2000, le recours au TS est en mince progression pour les infirmières

⁴ FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (FIIQ), (2001), *Planification de la main-d'œuvre. Pour que l'action porte!*, secteur Tâche et Organisation du travail et service Communication-Information.

⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Soins infirmiers, données statistiques*. 27 septembre 2007.

⁶ *Ibid.*

⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Planification de la main-d'œuvre infirmières et infirmières auxiliaires*. Novembre 2001.

auxiliaires. Il représentait, en 2000-2001, 1,7 % des heures travaillées et se situait, en 2005-2006, à 2,54 %⁸.

Par ailleurs, en 2001, une pénurie de 144 inhalothérapeutes existait déjà et l'exercice national de planification de main-d'œuvre prévoyait une pénurie de 535 inhalothérapeutes pour 2016, si rien n'était fait⁹. En 2004, dans ses prévisions révisées, le ministère prévoyait que la pénurie d'inhalothérapeutes allait se résorber complètement en 2010 pour réapparaître à partir de 2016. Il prévoyait finalement une pénurie de 226 inhalothérapeutes en 2020¹⁰. Le recours au TS était de l'ordre de 5,2 % des heures travaillées en 2000-2001¹¹ et représentait, en 2004-2005, 6,23 %, une hausse d'un peu plus de 1 %¹².

Dans ce contexte, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, a décidé de créer, en septembre dernier, la Table de concertation sur les soins infirmiers dont le rapport doit être déposé à la fin de mars 2008.

2.3 RESTRUCTURATION DU RÉSEAU

L'arrivée au pouvoir du Parti libéral du Québec, en 2003, a conduit à une restructuration majeure du réseau de la santé et des services sociaux fondée sur une idéologie néolibérale.

Cette réorganisation visait l'amélioration du système en le rendant plus efficace, plus efficient et performant. Les façons d'y parvenir impliquent, toujours selon ce gouvernement libéral, la création de réseaux locaux de services pour toutes les régions du Québec, la réduction du nombre

⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Soins infirmiers, données statistiques*. 27 septembre 2007.

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Planification de la main-d'œuvre des techniciens des domaines de la médecine et des laboratoires*. Novembre 2001, p. 130.

¹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme de soutien à l'organisation du travail*. Novembre 2006.

¹¹ *Ibid* p. 122.

¹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, direction de la planification des soins infirmiers. Présentation Powerpoint, 3 novembre 2006, 25 pages.

d'unités d'accréditation syndicale et le déplacement de la négociation de l'organisation du travail au niveau local¹³.

Un réseau de services intégrés est un ensemble de services de santé et de services sociaux de qualité à court, à moyen et à long terme, indépendants, organisés et coordonnés sur le territoire du réseau local.

Les services sont offerts en concertation, en partenariat, en collaboration et en complémentarité grâce à un continuum complet d'interventions préventives, curatives, de réadaptation et palliatives par des ressources publiques et privées du réseau de la santé et des autres secteurs publics, communautaires, bénévoles et privés.

Les services sont offerts en vue de mieux répondre à l'ensemble des besoins sociosanitaires d'une clientèle ciblée, de manière personnalisée et adaptée à ses besoins, à ceux de sa famille et de ses proches, dans un souci de gestion optimale des ressources¹⁴. Les deux grands principes qui découlent de la création des réseaux intégrés sont la hiérarchisation des services et la responsabilité populationnelle¹⁵.

¹³ Thérèse LAFOREST, Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), (2005), *L'organisation du travail au cœur d'une mouvance*, secteur Tâche et Organisation du travail, document D3, conseil fédéral des 30 novembre, 1^{er} et 2 décembre 2005, p. 16 et 17.

¹⁴ ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, (2002), *Réseaux de services intégrés : cadre conceptuel*, p. 16.

¹⁵ Voir l'annexe 1.

3. Portrait dressé à partir des informations recueillies

10

Cette section vise à établir le portrait général des rôles, tâches, fonctions et responsabilités des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes en regard de l'application de la Loi 90, du PTI, etc. L'équipe de travail s'intéressera d'abord à l'environnement interne des établissements. Il sera donc question de la situation de la pénurie, de la fluctuation de la main-d'œuvre ainsi que du recours au TS et au personnel d'agence dans les établissements. Ensuite, l'implantation de la Loi 90 et les modifications à l'organisation du travail en lien avec les changements législatifs seront traitées :

- ♦ formation sur la Loi 90 et sur le PTI;
- ♦ activités réservées aux inhalothérapeutes, aux infirmières auxiliaires et aux infirmières;
- ♦ organisation du travail.

3.1 PÉNURIE

La situation de pénurie des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes et des perfusionnistes est très variable d'une région à l'autre et d'un type d'établissements à l'autre. Par exemple, dans les centres hospitaliers universitaires, dans les centres hospitaliers affiliés ainsi que dans les instituts du Québec (CHU, CHA et instituts), la pénurie d'infirmières est généralement sévère alors que les postes vacants et le TS sont monnaie courante. Par contre, dans ce type d'établissements, les infirmières auxiliaires ne semblent pas touchées par la pénurie alors que les inhalothérapeutes vivent une pénurie plutôt modérée. Les perfusionnistes œuvrant au sein de ces établissements connaissent quant à elles une pénurie allant de modérée à sévère, leur petit nombre rendant les remplacements difficiles, voire impossibles.

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les établissements privés conventionnés (EPC) n'ont cependant pas tous la même réalité. Dans les régions de Québec et de Montréal, la pénurie d'infirmières va de modérée à sévère, les établissements les plus touchés se retrouvant principalement à Montréal. Pour les infirmières auxiliaires, la pénurie est quasi inexistante dans ces établissements, hormis dans deux petits établissements de la région de Montréal. Finalement, dans les établissements où elles sont présentes, les inhalothérapeutes connaissent une pénurie allant de modérée à sévère.

Pour ce qui est des CSSS et des EPC des autres régions du Québec, la pénurie revêt différents visages. La région du Saguenay—Lac-St-Jean, par exemple, est plus ou moins épargnée par la pénurie de professionnelles. Il y manque très peu d'infirmières et il n'y a pas de pénurie d'infirmières auxiliaires, d'inhalothérapeutes ou de perfusionnistes. Cependant, plusieurs

régions connaissent une pénurie sévère d'infirmières : Outaouais, Laval-Laurentides-Lanaudière, Mauricie, Montérégie et Côte-Nord. Finalement, la pénurie d'infirmières est plutôt modérée dans les régions de l'Abitibi, de Chaudière-Appalaches et du Bas-St-Laurent.

Les infirmières auxiliaires semblent en pénurie importante dans les régions de la Mauricie, de l'Outaouais, de la Montérégie, de la Côte-Nord et de Lanaudière, alors que les autres régions sont épargnées. Pour les inhalothérapeutes, la pénurie est sévère dans la région de l'Outaouais. Dans les régions de la Montérégie, de l'Abitibi et de Laval-Laurentides-Lanaudière, la pénurie est plutôt modérée.

3.2 FLUCTUATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Lors des rencontres avec les présidentes et les responsables locales, la question de la fluctuation de la main-d'œuvre était abordée. Ainsi, l'équipe de travail demandait si d'importantes fluctuations des différents titres d'emploi avaient été observées dans les dernières années. Fait intéressant, les CHU, les CHA et les instituts arrivent tous, ou presque, au même constat d'une augmentation marquée du nombre de postes de cliniciennes et d'une hausse des quotas de cliniciennes dans les centres d'activités spécialisés. Aussi, hormis dans les instituts à vocation psychiatrique, une hausse du nombre d'infirmières auxiliaires dans la majorité des centres d'activités, de même que leur réintégration dans des centres d'activités spécialisés d'où elles avaient été retirées, sont clairement discernables. En ce qui a trait au nombre d'infirmières, une certaine stabilité est observable. Par ailleurs, dans la prochaine année, le nombre de professionnelles en soins risque d'augmenter sensiblement au CHUS, en raison d'un important développement.

Maintenant, dans les CSSS et les EPC des régions de Montréal et de Québec, les fluctuations sont moins marquées et moins significatives. Alors que le nombre de cliniciennes semble être généralement stable ou en légère hausse dans une ville comme dans l'autre, la diminution du nombre d'infirmières semble une réalité à Montréal, mais pas à Québec. Dans le même ordre d'idée, les infirmières auxiliaires connaissent une hausse à Montréal alors que des postes sont abolis dans la région de Québec.

Dans les différentes régions du Québec, la réalité est étonnamment semblable. Pratiquement partout, une hausse du nombre de cliniciennes et d'infirmières auxiliaires est observée. Pour ce qui est des infirmières, il est plutôt question d'une stabilité dans la majorité des régions hormis peut-être une baisse dans certains établissements de l'Outaouais et des Laurentides et une hausse dans deux établissements en Montérégie et en Estrie.

Finalement, pour l'ensemble des établissements, le nombre d'inhalothérapeutes demeure généralement stable, à l'exception de quelques établissements en légère hausse.

3.3 LE TRAVAIL À TAUX SUPPLÉMENTAIRE ET LE RECOURS AU PERSONNEL D'AGENCE

Un constat indubitable peut être associé à l'ensemble des établissements du réseau et est un symptôme d'une pénurie importante : le recours au TS est généralisé. Les rencontres ont permis à l'équipe de travail de constater que plusieurs professionnelles en soins semblent bien s'accommoder de la situation puisqu'elle contribue à rehausser leurs revenus. Le travail à taux supplémentaire obligatoire (TSO) est aussi utilisé, particulièrement dans les régions où la pénurie de personnel est sévère. Fait à noter, de plus en plus d'employeurs planifient le TS à l'avance dans les horaires, camouflant ainsi le recours au TSO.

En ce qui concerne le recours au personnel d'agence, les réalités sont beaucoup plus variées. Dans les CHU, les CHA et les instituts, l'utilisation de personnel d'agence est plutôt une réalité montréalaise, l'Estrie et Québec étant moins familières avec le phénomène. Dans les CSSS et les EPC des régions de Montréal et de Québec, le même constat est possible : le personnel d'agence est surtout utilisé à Montréal alors qu'à Québec, il s'agit d'un phénomène plutôt marginal. Pour les CSSS, le recours au personnel d'agence est une réalité pour les régions de l'Outaouais, de la Montérégie et de Laval-Laurentides-Lanaudière. Les employeurs des autres régions y ont parfois recours, mais de façon peu significative.

Les employeurs ont développé, au fil des ans, de nombreux moyens afin d'éviter le recours au TS et au personnel d'agence. Par exemple, la substitution de personnel (comme le remplacement d'une infirmière par une infirmière auxiliaire ou par plusieurs préposées aux bénéficiaires ou encore d'une infirmière auxiliaire par une préposée aux bénéficiaires), le non-remplacement et le déplacement sont maintenant monnaie courante dans les établissements. Par ailleurs, le « tricotage » d'horaire fait maintenant partie du quotidien dans de nombreux établissements à travers la province. Au CHUS, il a été fait mention d'un projet pilote de quarts de 12 heures et d'augmentation des équipes volantes dans le but avoué de pouvoir procéder à des déplacements. L'augmentation du nombre de postes d'équipe volante des centres d'activités a été mentionnée à quelques reprises au cours des discussions, mais semblait être un terrain où très peu d'employeurs veulent s'aventurer.

3.4 LES PROFESSIONNELLES EN SOINS ET LA LOI 90

Cette section aborde les questions relatives à l'implantation de la Loi 90 dans les milieux de travail des professionnelles en soins.

Le développement de nouveaux rôles, tâches, fonctions et responsabilités en lien avec une révision et un enrichissement des champs de pratique professionnelle doit s'appuyer sur une formation adéquate des professionnelles en soins afin que l'exercice professionnel redéfini se traduise sur le terrain organisationnel. Dans un premier temps, l'équipe de travail a donc questionné les répondantes sur la formation reçue au sujet de la Loi 90 et du plan thérapeutique infirmier.

Des informations ont ensuite été recueillies sur la possibilité qu'ont les professionnelles en soins de poser les actes réservés, selon leur champ d'exercice respectif, dans les établissements.

L'équipe de travail a finalement voulu savoir si des exercices de réorganisation du travail avaient été effectués dans les établissements et si ces réorganisations avaient intégré les nouvelles possibilités offertes par le cadre professionnel, tel que redessiné par la Loi 90. De même, l'équipe de travail a demandé aux répondantes si les réorganisations en cours et les réorganisations annoncées dans les établissements semblent favoriser l'utilisation optimale des compétences des professionnelles en soins.

3.4.1 FORMATION SUR LA LOI 90

Cinq ans après l'entrée en vigueur de la Loi 90, la formation offerte dans la presque totalité des établissements du réseau n'a pas dépassé le stade embryonnaire. La majorité des professionnelles en soins n'ont reçu que peu ou pas de formation sur les modifications apportées à leur champ d'exercice et sur les activités leur étant désormais réservées qui sont inscrites dans la loi.

Sauf dans quelques établissements, tels l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) où il semble que la formation ait été plus largement donnée, les informations recueillies démontrent que l'information et la formation sur la Loi 90 débutent à peine ou se sont limitées à quelques activités seulement. Les possibilités d'enrichissement et d'élargissement des champs de pratique sont donc peu connues et ne se sont pas traduites par une appropriation des nouveaux rôles, tâches, fonctions et responsabilités, particulièrement pour les infirmières.

Indépendamment du type d'établissements ou des régions, la formation sur la Loi 90 a rarement fait l'objet de programmes structurés. Les formules retenues semblent variables : des capsules d'information, de la formation restreinte pour certaines activités et de la formation par les pairs.

Jusqu'à maintenant, les activités de formation ont été davantage déployées auprès des infirmières auxiliaires, ce qui leur a permis, plus rapidement que dans le cas des autres professionnelles en soins, d'exercer les nouvelles activités leur ayant été réservées.

3.4.2 FORMATION SUR LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

L'information et la formation sur le PTI débutent à peine dans la majorité des établissements.

Certains projets pilotes sur l'introduction du PTI sont en cours ou vont débiter bientôt (par exemple à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, au CHUM, au Centre hospitalier Robert-Giffard, au CHUQ, au CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska, en Estrie et dans Pontiac).

Quelques établissements ont implanté le PTI dans certains centres d'activités (comme à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont) ou s'apprêtent à le faire d'ici peu (par exemple au CSSS Vallée-de-l'Or, au CHA de Québec, au CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska, en Estrie, à Dolbeau et à Chicoutimi).

Le manque d'information et de formation sur le PTI génère des perceptions plutôt négatives à l'égard de cette norme documentaire qui deviendra obligatoire en avril 2009. Face à l'implantation prochaine du PTI, des infirmières anticipent une augmentation de leur charge de travail, l'ajout de « paperasse », le manque de soutien pour intégrer cette nouvelle responsabilité et le risque de voir des employeurs réserver le PTI aux seules infirmières cliniciennes ou aux infirmières pivots. Pour plusieurs, le PTI représente un risque d'éloignement des soins de type *care* alors que d'autres y voient une façon de clarifier les rôles et un moyen pour l'infirmière de prendre sa place.

Par ailleurs, les informations recueillies sur des établissements ayant implanté le PTI sous forme de projet pilote sont de nature plus positive. De l'avis des répondantes provenant du CSSS de Lanaudière-Nord et de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ), le PTI clarifie les rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles, favorise la collaboration infirmière/infirmière auxiliaire, promeut l'expertise infirmière dans l'équipe multidisciplinaire, permet de faire ressortir les spécificités du champ d'exercice de l'infirmière et diminue les

dédouplements. L'expérience est qualifiée de très positive. Il faut cependant s'assurer que l'organisation du travail soit revue afin de mettre en place des conditions favorables à l'implantation du PTI, telles que la stabilité des équipes de base et une formation adéquate.

3.4.3 LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DANS LES DIFFÉRENTS MILIEUX DEPUIS L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA LOI

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

3.4.3.1 INHALOTHÉRAPEUTES

Tout d'abord, voici les activités réservées aux inhalothérapeutes par la Loi 90 :

1. Effectuer l'assistance ventilatoire, selon une ordonnance;
2. Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance;
3. Effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire, selon une ordonnance;
4. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation-analgésie, ou sous assistance ventilatoire;
5. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
6. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
7. Introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle ou dans et au-delà du pharynx ou au-delà du vestibule nasal.

Lors des rencontres, les présidentes et les responsables locales des CHU, CHA et instituts ont affirmé que les inhalothérapeutes pouvaient exercer toutes leurs activités réservées. Les seuls problèmes concernent les gaz artériels, activité que les médecins se réservent parfois, et certains actes pouvant être confiés aux médecins résidents afin de parfaire leur formation. Quelques conflits de rôles subsistent avec les infirmières dans certains centres d'activités, mais cette situation semble de plus en plus marginale.

Dans les CSSS et les EPC des régions de Montréal et de Québec, bien peu d'activités semblent causer problème. La majorité des représentantes des établissements rencontrés affirment qu'en salle d'opération, les inhalothérapeutes ont la liberté d'exercer pleinement les activités réservées par le législateur. Cependant, en dehors des salles d'opération et dans les CSSS où il n'existe pas de salles d'opération, les activités sont permises, mais souvent en partage avec les infirmières. Encore une fois, les gaz artériels sont un sujet de résistance de la part des médecins.

Pour ce qui est des CSSS des autres régions du Québec, la situation n'est pas tellement différente du portrait dressé jusqu'ici. Là encore, les gaz artériels sont un sujet de résistance de la part des médecins. Certains établissements, en Outaouais et en Abitibi, vont jusqu'à laisser des inhalothérapeutes seules en salle de réveil. Les seuls problèmes ont été recensés au CSSS de Rivière-du-Loup où, en raison de la résistance médicale et de la direction des soins, les inhalothérapeutes sont toujours absentes des salles d'opération.

3.4.3.2 INFIRMIÈRES AUXILIAIRES

Voici maintenant les activités réservées aux infirmières auxiliaires par la Loi 90 :

1. Appliquer des mesures invasives d'entretien du matériel thérapeutique;
2. Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance;
3. Prodiguer des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier;
4. Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques;
5. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;

6. Administrer, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
7. Contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
8. Introduire un instrument ou un doigt, selon une ordonnance, au-delà du vestibule nasal, des grandes lèvres, du méat urinaire, de la marge de l'anوس ou dans une ouverture artificielle du corps humain;
9. Introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une veine périphérique à des fins de prélèvement, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o) de l'article 94.

En ce qui a trait à l'application des activités réservées pour les infirmières auxiliaires, le bilan est plutôt positif. Dans une très large majorité des établissements, les infirmières auxiliaires exercent leurs nouvelles activités réservées. Les raisons pour lesquelles les infirmières auxiliaires de quelques établissements ne réalisent pas entièrement leurs activités réservées sont nombreuses et très semblables à la fois. L'une des raisons les plus importantes est le volume d'activités. Par exemple, lorsque le volume d'activités est très restreint, l'infirmière conserve souvent les ponctions veineuses. Ensuite, il y a un manque de leadership de certaines directions des soins infirmiers (DSI) et un manque d'uniformisation des pratiques entre les sites dans plusieurs CSSS. Dans de nombreux établissements, la résistance des infirmières ou des infirmières auxiliaires elles-mêmes empêche la pleine réalisation des activités réservées. Finalement, la place des infirmières auxiliaires est questionnée en santé mentale, dans des établissements comme Louis-H. Lafontaine et le Centre hospitalier Robert-Giffard.

La formation sur les nouvelles activités a été très largement dispensée depuis l'entrée en vigueur de la loi en 2003. La très grande majorité des infirmières auxiliaires ont reçu la formation sur les ponctions veineuses, les tubes nasogastriques et la vaccination. L'implantation est donc bien entamée dans le réseau, mais à poursuivre dans certains milieux. L'intégration des infirmières auxiliaires en spécialités est aussi à l'ordre du jour alors que de nombreux établissements ont commencé à introduire ces dernières à l'urgence, aux soins à domicile, au bloc opératoire, en santé courante, etc.

De nombreuses interventions, lors des rencontres avec les présidentes et les responsables locales, ont révélé une importante surcharge de travail, dans certains milieux, pour les infirmières auxiliaires. La situation est particulièrement préoccupante en centre hospitalier de soins de longue

durée (CHSLD) où les employeurs ajoutent les nouvelles tâches sans pour autant libérer de temps pour les réaliser.

Finalement, avec l'avènement prochain du PTI, plusieurs infirmières auxiliaires expriment une crainte de hiérarchisation professionnelle entre infirmières et infirmières auxiliaires.

3.4.3.3 INFIRMIÈRES

Voici finalement les activités réservées aux infirmières par la Loi 90.

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du PTI;
3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
8. Appliquer des techniques invasives;
9. Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
11. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
12. Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;

13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
14. Décider de l'utilisation des mesures de contention.

D'entrée de jeu, il faut mentionner que le principal problème lié aux activités réservées à l'infirmière est celui des ordonnances collectives. Même si de nombreux acteurs du milieu de la santé poussent depuis quelques années pour une utilisation plus large des ordonnances collectives, force est d'admettre que la réticence médicale est encore très importante. La majorité des établissements rencontrés indiquait que le recours aux ordonnances collectives était très peu développé.

Il semble qu'une majorité d'infirmières ne voit pas de changement dans leur pratique depuis l'entrée en vigueur de la Loi 90. Au surplus, un sentiment de perte lié aux nouvelles activités réservées confiées aux infirmières auxiliaires est très présent, en ce qui concerne les soins de base, surtout parmi les infirmières de formation collégiale. Ainsi, le recentrage du rôle de l'infirmière sur l'évaluation, la surveillance et le suivi de l'état de santé compris dans la Loi 90 et le PTI est perçu comme un éloignement du soin *care* versus le soin *cure*. Cependant, certaines présidentes et responsables locales exprimaient l'idée que le PTI allait rehausser le rôle de l'infirmière. D'ailleurs, sur ce plan, des expériences positives ont été réalisées au CSSS de Lanaudière-Nord et à l'IRDPQ, comme mentionné précédemment dans la section 3.4.2..202

3.4.4 RÉORGANISATION DES SOINS ET DU TRAVAIL

Dans la dernière section du document préparatoire, les présidentes et les responsables locales étaient invitées à fournir des informations sur les exercices de réorganisation des soins et du travail dans leur établissement et sur les motifs au soutien de ces réorganisations : réorganisations réalisées depuis deux ans, réorganisations en cours ou annoncées et objectifs poursuivis par leur employeur.

L'équipe de travail a également voulu savoir si les réorganisations des soins et du travail au niveau local s'accompagnent d'une révision des rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins en fonction des possibilités offertes par la Loi 90 et si elle se traduit par des modifications au niveau :

- ♦ des modes de distribution des soins;
- ♦ des modes de gestion des soins;
- ♦ de la recomposition des équipes de travail et du partage des tâches;

- ♦ du développement de nouveaux rôles, tâches, fonctions et responsabilités;
- ♦ d'une migration ou d'une plus grande concentration de certains titres d'emplois dans des centres d'activités spécifiques;
- ♦ de l'utilisation optimale du plein potentiel des professionnelles en soins en application de la Loi 90.

Les participantes aux rencontres ont échangé sur ces sujets lors d'ateliers. La synthèse de ces ateliers permet d'effectuer certains constats quant aux tendances actuelles en matière d'organisation des soins et du travail et du degré d'implantation de la Loi 90 dans les établissements du réseau.

Plusieurs changements ont été apportés ou sont annoncés, notamment en réponse à la situation de pénurie et à la situation budgétaire des établissements.

3.4.4.1 TENDANCE MARQUÉE VERS DES MODES DE DISTRIBUTION DE SOINS « EN ÉQUIPE »

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

Dans les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers affiliés et les instituts, l'intégration des infirmières auxiliaires dans les équipes de soins transforme radicalement l'approche généralement retenue des modèles de soins globaux et intégraux implantés depuis les années 80.

Au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) par exemple, les infirmières auxiliaires sont intégrées progressivement à l'intérieur des équipes. Toutefois, tout comme au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), les infirmières assumant le rôle de chef d'équipe au CHUM n'ont pas le titre d'emploi de chef d'équipe correspondant.

En 2005, la direction des soins infirmiers du CHUM a aussi élaboré et expérimenté un projet pilote d'implantation d'un modèle de pratique

professionnelle (IMPP) qui ajoute au système d'équipe traditionnel en confiant un rôle particulier à une infirmière ressource clinique de l'unité¹⁶.

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont adopte également le modèle d'équipe en y ajoutant cependant le rôle de leader clinique, mais en faisant disparaître les postes d'assistantes-infirmières-chefs (AIC). En plus de dispenser des soins à des clients et d'assumer les tâches d'AIC, la leader clinique prend la relève des autres membres de l'équipe pendant les pauses santé et la période de repas de toutes les membres de l'équipe, incluant les préposées aux bénéficiaires et les commis.

Dans les CHU, CHA et instituts de la région de Québec, les employeurs préfèrent abandonner le mode de soins globaux pour se tourner vers des soins en dyade ou en triade. Même s'ils retiennent les appellations de dyade et de triade, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un modèle équivalant au modèle de soins d'équipe, mais ce nouveau vocabulaire leur permet d'éviter d'avoir à reconnaître le rôle de chef d'équipe.

Les autres établissements de Montréal, de Québec et des régions ne font pas exception; le virage vers le système d'équipe est généralisé en centre hospitalier, en centre local de services communautaires (CLSC) et en CHSLD.

Sauf exception, la présence des infirmières auxiliaires s'accroît de façon importante dans tous les types d'établissements et dans des centres d'activités dont elles avaient été retirées il y a plusieurs années. Elles font également leur apparition dans de nouveaux domaines cliniques. Elles se retrouvent maintenant en salle d'opération, à l'urgence, dans les centres de prélèvements, aux soins à domicile, aux services courants et dans les unités spécialisées.

Des postes d'infirmières cliniciennes se développent en marge des nouveaux modes de distribution de soins et, dans certains établissements, des postes d'infirmières ont été coupés.

3.4.4.2 ÉVOLUTION DES MODES DE GESTION DE SOINS

Le suivi systématique et le fonctionnement en équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire étant déjà bien implantés dans les CHU, CHA et instituts,

¹⁶ L'IMPP vise notamment une meilleure utilisation des compétences du personnel infirmier, l'autonomie et l'imputabilité des membres de l'équipe, l'amélioration de la satisfaction du personnel et de la clientèle et l'amélioration du climat de travail.

les répondantes ne soulignent pas de différence marquée à cet égard depuis les deux dernières années.

Dans les autres établissements, suivant le rythme d'implantation des réseaux intégrés de soins, des CSSS, des projets cliniques et des programmes-clientèles, le travail en équipe multidisciplinaire déjà en place à plusieurs endroits se modifie, se raffine et tend de plus en plus vers une approche interdisciplinaire favorisée par l'application de la Loi 90.

L'approche par programme-clientèle s'accompagne également de l'utilisation du mode de gestion de cas et de suivi systématique des clientèles, particulièrement pour les clientèles vulnérables et au prise avec des pathologies multiples et complexes : personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV), maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), clientèle en santé mentale dans la communauté, etc.

3.4.4.3 DES ÉQUIPES RECOMPOSÉES

En général, le retour au système d'équipe se traduit par l'accroissement du nombre d'infirmières cliniciennes et d'infirmières auxiliaires.

Ainsi, les CHU, CHA et instituts de la région de Québec procèdent à des ajouts d'infirmières cliniciennes, de préposées aux bénéficiaires et d'infirmières auxiliaires, sauf au Centre hospitalier Robert-Giffard où aucune augmentation de postes d'infirmières auxiliaires n'a été notée. Les plans d'effectifs du CHUQ et de l'Hôpital Laval fixent un objectif de 50 à 100 % d'infirmières cliniciennes en soins ambulatoires.

Dans les CHU, CHA et instituts de la région de Montréal, les effectifs des catégories infirmière clinicienne et infirmière auxiliaire connaissent une augmentation marquée, à l'exception de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine où les postes d'infirmières auxiliaires ne connaissent pas d'augmentation.

Quand à l'Estrie, les établissements universitaires prévoient la présence d'une infirmière clinicienne sur chaque unité, la diminution des postes d'infirmières, l'accroissement des postes d'infirmières auxiliaires et de préposées aux bénéficiaires.

À quelques exceptions près, les mêmes tendances peuvent être remarquées dans les autres types d'établissements de l'ensemble des régions, soit l'ajout d'infirmières cliniciennes, d'infirmières auxiliaires et de préposées aux bénéficiaires. Un peu partout, les employeurs ont procédé ou semblent vouloir procéder à des transformations de postes d'infirmières en postes d'infirmières cliniciennes ou d'infirmières auxiliaires. À certains

endroits, comme à St-Jérôme, cette transformation peut être qualifiée de massive, surtout en ce qui concerne les transformations de postes d'infirmières en postes d'infirmières auxiliaires.

Dans l'ensemble, la situation des inhalothérapeutes demeure stable. À quelques endroits, de nouveaux rôles sont développés, surtout en CLSC.

Les infirmières connaissent une stabilité relative. Elles expriment un sentiment de perte lié à une perception de substitution de main-d'œuvre.

Les professionnelles en soins font état de difficultés liées au manque d'encadrement ou à l'instabilité du personnel d'encadrement dans leur milieu, créant des lacunes au plan du soutien professionnel.

3.4.4.4 DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX RÔLES, TÂCHES, FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS

Les réponses obtenues à ce chapitre font clairement ressortir que les infirmières auxiliaires sont les professionnelles en soins ayant le plus rapidement et largement connu des développements au plan de leur exercice professionnel. Dans la très grande majorité des cas, elles peuvent exercer les nouvelles activités réservées confiées par le législateur : vaccination, ponction veineuse et tube nasogastrique. La plupart des employeurs du réseau semblent vouloir utiliser leur plein potentiel dans divers milieux tels le bloc opératoire, l'urgence, les soins à domicile, les services courants et les centres de prélèvements. Certaines infirmières auxiliaires assument les fonctions de chef d'équipe.

Les répondantes évaluent que les infirmières cliniciennes jouent davantage leur rôle d'orientation, de formation, qu'elles sont largement présentes en GMF et en UMF, qu'elles sont de plus en plus présentes dans les secteurs spécialisés et qu'elles font de la gestion de lits.

Quant aux inhalothérapeutes, elles sont amenées à jouer un plus grand rôle dans les soins à domicile.

3.4.4.5 DE NOUVEAUX PARTAGES DE TÂCHES

De l'avis des répondantes, le retour au système d'équipe et les nouvelles possibilités de pratique professionnelle offertes aux infirmières auxiliaires auront pour effet de partager différemment les tâches dans les équipes de soins.

Les répondantes provenant des CHU, CHA et instituts de la région de Montréal s'expriment sur le partage de tâches à venir en insistant sur le sentiment de perte quant au rôle de l'infirmière. Selon elles, ce rôle sera concentré sur la supervision, l'évaluation et les fonctions de chef d'équipe. Par ailleurs, elles font aussi état de la méconnaissance des infirmières elles-mêmes à l'égard du potentiel de leur propre champ professionnel. Le manque de leadership des directions des soins infirmiers et leur opposition à l'utilisation de certaines compétences sont également rapportés.

Les autres centres universitaires (Québec et Estrie) font un lien entre le partage de tâches et l'implantation obligatoire des PTI en avril 2009. Même si, pour le moment, rien n'est encore fait, il semble que le PTI puisse clarifier les rôles et permettre aux infirmières d'assumer leurs fonctions et responsabilités.

Dans le même ordre d'idée, les établissements de la Montérégie et de l'Estrie évaluent qu'un nouveau partage de tâches ne se réalisera que lors de l'implantation du PTI.

Certains établissements ont procédé à un nouveau partage de tâches en fonction la Loi 90 alors qu'ailleurs le changement, motivé par des considérations strictement budgétaires, n'a pas conduit à un partage optimal.

En ce qui concerne le partage des tâches entre les infirmières et les infirmières auxiliaires depuis l'entrée en vigueur de la Loi 90, les répondantes ont largement identifié la vaccination et les ponctions veineuses comme principaux éléments.

Les infirmières expriment un sentiment de perte qu'elles expliquent par un déplacement de leur rôle. Elles ont le sentiment de s'éloigner du soin pour faire davantage un travail de bureaucrate et de s'éloigner du *care* pour ne faire que du *cure*.

Par ailleurs, les infirmières auxiliaires exercent leurs nouvelles activités sans que les milieux n'aient nécessairement ajusté l'organisation du travail en confiant plus de soins de base à d'autres catégories de personnel. Elles se sentent souvent en surcharge de travail et affirment être sous-rémunérées en fonction de leurs nouvelles tâches.

3.4.4.6 MIGRATION OU CONCENTRATION DE TITRES D'EMPLOI DANS DES DOMAINES OU DES SECTEURS PARTICULIERS

Les infirmières cliniciennes et les infirmières auxiliaires sont en croissance dans les CHU, CHA et instituts de Montréal et de l'Estrie. Les changements n'étant pas encore terminés, il est encore trop tôt pour en tirer des conclusions. Il semble que l'arrivée des infirmières auxiliaires dans des unités dont le mode de distribution n'a pas encore été modifié en système d'équipe puisse poser des problèmes d'ajustement et de surcharge de travail pour les infirmières.

Les établissements universitaires de la région de Québec prévoient, dans leur plan d'effectifs, une augmentation des infirmières cliniciennes et des infirmières auxiliaires dans des unités spécialisées, mais les répondantes soulignent la difficulté des employeurs à concentrer ou à diriger cette main-d'œuvre là où ils désirent l'utiliser. En effet, pour diverses bonnes raisons, les infirmières cliniciennes choisissent de travailler dans des centres d'activités correspondant au type d'exercice qui leur convient. Certaines préfèrent la gériatrie, d'autres les soins mère-enfant et d'autres encore, les soins critiques, peu importe les objectifs ou les quotas d'effectifs établis par l'employeur.

Dans les autres établissements, les infirmières auxiliaires se sont déplacées vers l'urgence, le bloc opératoire, les centres de prélèvements, les cliniques externes et ambulatoires et des postes se sont développés pour elles en CHSLD.

Généralement, les infirmières cliniciennes sont de plus en plus présentes dans les unités spécialisées et les infirmières auxiliaires y sont réintégrées. Aussi, de plus en plus d'employeurs établissent des objectifs (quotas) d'effectifs infirmière clinicienne et infirmière auxiliaire par centre d'activités.

Fait intéressant, la création des CSSS a mené à la reconnaissance, pour les cliniciennes, du baccalauréat en CLSC. Plusieurs répondantes ont parlé d'une fuite des infirmières cliniciennes travaillant en CHSLD vers les CLSC.

3.4.4.7 PERCEPTION DE L'UTILISATION DU PLEIN POTENTIEL DES PROFESSIONNELLES EN SOINS

Les informations recueillies permettent de constater que les employeurs utilisent de plus en plus largement le potentiel des infirmières auxiliaires. En effet, ces dernières effectuent les activités pour lesquelles elles ont été formées. La majorité des répondantes sont d'accord pour dire que les infirmières auxiliaires utilisent leur plein potentiel. Les raisons avancées

pour expliquer les difficultés d'application de la Loi 90 sont principalement liées à des freins administratifs et à une mauvaise gestion quant à l'utilisation du potentiel des infirmières auxiliaires. En effet, les gestionnaires jouissent d'une grande latitude dans l'évaluation des besoins du milieu et dans le choix des professionnel-le-s auquel-le-s ils autorisent les activités prévues à la loi.

Par ailleurs, les infirmières de formation collégiale semblent connaître une certaine stagnation, voire dans certains cas un recul, depuis l'entrée en vigueur de la Loi 90. Plusieurs ne perçoivent pas d'avantages concrets ou une meilleure utilisation de leur potentiel depuis les cinq dernières années. Alors que leurs collègues infirmières auxiliaires ont été rapidement formées à la pratique des nouvelles activités autorisées par la loi, le recentrage de la pratique infirmière sur l'évaluation, la surveillance clinique et le suivi du-de la patient-e n'a pas été soutenu par une formation structurée et l'introduction rapide du PTI. Cette situation amène un sentiment de perte, de deuil, de stagnation, tel que les répondantes l'ont exprimé.

Certaines infirmières pensent que la Loi 90 aurait dû permettre, théoriquement, un enrichissement de leur pratique professionnelle, mais des conditions liées à l'organisation du travail ne le permettent pas pour le moment : augmentation des tâches sans augmentation de personnel de soutien, mauvaise utilisation ou surutilisation de leurs compétences, clivage entre infirmières cliniciennes et infirmières de formation collégiale, manque d'information et de formation sur les nouveaux rôles, tâches, fonctions et responsabilités sur la Loi 90 et le PTI ainsi que méconnaissance des rôles de chacun.

Paradoxalement, des répondantes ont souligné certains faits pour le moins étonnants : des infirmières cliniciennes exécutent des tâches qui pourraient être confiées à des commis, des infirmières distribuent encore les cabarets et donnent des bains et autres soins de base. Par ailleurs, d'autres répondantes ont exprimé que, dans leur établissement, le fait d'avoir laissé tomber des choses comme elles le devaient a eu des effets positifs sur l'utilisation de leur plein potentiel professionnel.

Quant aux inhalothérapeutes, elles semblent pouvoir bien occuper leur champ professionnel. Sauf exception, il n'existe pas de difficulté majeure à l'utilisation de leur plein potentiel.

4. Analyse : des obstacles à l'implantation de la Loi 90

27

Les rencontres avec les présidentes et les responsables locales ont permis d'établir le portrait des rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins, tel qu'il se dessine en 2008.

Un premier constat se dégage assez clairement : 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. Comment cela s'explique-t-il?

Afin de mieux comprendre les obstacles ou les lacunes qui ralentissent ou empêchent une application large et optimale de la Loi 90 et le développement d'une pratique professionnelle enrichie et élargie pour l'ensemble des professionnelles en soins, l'équipe de travail a utilisé le cadre intégré en organisation du travail et le tableau ILOT¹⁷.

Les difficultés rencontrées relèvent à la fois d'éléments appartenant à l'environnement interne des établissements eux-mêmes et d'éléments liés au contexte et au contenu du travail des professionnelles en soins.

Les principaux éléments de l'environnement interne des établissements influençant l'implantation de la Loi 90 sont :

- ♦ la situation budgétaire;
- ♦ la pénurie de main-d'œuvre;
- ♦ la culture, les valeurs et la philosophie de gestion;
- ♦ la restructuration des services et des centres d'activités.

Quant aux divers éléments de contenu et de contexte du travail, l'équipe de travail a retenu :

- ♦ le développement des ressources humaines (formation);
- ♦ les modes de distribution de soins, le partage de tâches et la composition des équipes de soins;
- ♦ les champs de pratique professionnelle : modifications des rôles, tâches, fonctions et responsabilités;
- ♦ les relations interpersonnelles, interprofessionnelles et le climat de travail;
- ♦ le rythme de travail;
- ♦ les conditions de travail.

¹⁷ Voir annexes 2 et 3.

4.1 DIFFICULTÉS BUDGÉTAIRES ET PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE

Les considérations budgétaires et la situation de pénurie de main-d'œuvre, surtout infirmière, constituent des obstacles importants à l'utilisation du plein potentiel des professionnelles en soins. Les employeurs du réseau semblent avoir réorganisé ou vouloir réorganiser le travail non pas dans le but de mettre en œuvre la Loi 90, mais bien dans le but d'éviter ou de réduire leur déficit budgétaire et de faire face à la pénurie de personnel en soins. Les considérations budgétaires, la pénurie et l'instabilité de la main-d'œuvre apparaissent donc comme des éléments majeurs à la base des décisions des employeurs de recomposer les équipes et de revoir l'organisation du travail en utilisant la Loi 90 en réponse à leurs besoins. Toutefois, ces changements s'effectuent souvent sans analyse préalable de l'organisation du travail et des champs professionnels.

4.2 CULTURE, VALEURS ET PHILOSOPHIE DE GESTION

La culture et les valeurs développées dans chacun des établissements expliquent en partie les difficultés rencontrées par les professionnelles en soins au plan de l'utilisation de leur plein potentiel. Dans l'ensemble des établissements, des résistances professionnelles, personnelles ou organisationnelles font en sorte de retarder l'application de la Loi 90.

À cet égard, certaines directrices de soins infirmiers, infirmières-chefs et gestionnaires de programmes refusent ou ralentissent l'intégration de certaines professionnelles dans des domaines cliniques, ne favorisent pas la mise en place de conditions nécessaires à un exercice large de leur pratique professionnelle ou ne les autorisent pas à effectuer des activités que la loi leur réserve. Le manque de leadership des directrices de soins infirmiers apparaît comme un frein important dans plusieurs établissements. De plus, les conseils des infirmières et infirmiers (CII) et les comités des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) sont peu fonctionnels dans certains milieux. De telles structures peuvent pourtant être utiles lorsqu'il s'agit de faire des recommandations sur l'organisation des soins. Le comité de soins (CS) prévu au décret tenant lieu de convention collective pourrait également examiner toute question relative au soins et, dans ce cadre, influencer la mise en place des conditions favorisant une meilleure utilisation des professionnelles en soins.

Par ailleurs, la résistance médicale est également présente. En effet, des médecins des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) tardent ou refusent carrément d'adopter des ordonnances collectives permettant aux professionnelles en soins d'initier des mesures diagnostiques ou thérapeutiques ou d'effectuer des activités de nature

invasive. Les professionnelles elles-mêmes démontrent aussi de la résistance à l'égard des nouvelles activités confiées à d'autres catégories de professionnelles et démontrent parfois de la résistance à effectuer les activités qui leur sont désormais permises par la loi.

Certains gestionnaires refusent de considérer les résistances culturelles qui freinent les changements. Dans plusieurs établissements, des gestionnaires semblent gommer le terme « système d'équipe », pervertissant alors une réalité de travail en utilisant de nouvelles appellations : système en dyade, en triade, modèle de pratique professionnelle, soins globalisés, etc.

Dans certains milieux, il semble que le choix des ressources relève d'une substitution injustifiée qui ne s'appuie pas sur une analyse en profondeur de l'organisation du travail et du potentiel de la Loi 90. Les changements sont imposés sans planification rigoureuse ni implication des représentantes des professionnelles concernées.

4.3 FORMATION

Il semble que le manque de formation constitue un autre frein majeur à la mise en œuvre de la Loi 90 et du PTI, de même qu'au développement de nouveaux rôles, tâches, fonctions et responsabilités pour les professionnelles en soins. Les lacunes concernant l'information, la formation et le suivi de formation sont importantes et assez généralisées. Toutefois, des résultats positifs sont observés au plan de la clarification des rôles, tâches, fonctions et responsabilités dans les quelques établissements où la formation a été complétée, où le PTI a été implanté et où les infirmières auxiliaires exercent les activités qui leurs sont réservées. Qu'y a-t-il à apprendre de ces expériences?

4.4 RÉORGANISATION STRUCTURELLE À COMPLÉTER

La création des réseaux intégrés de soins et de services et des CSSS amène des changements importants au plan de l'organisation des soins et du travail des professionnelles en soins. L'instabilité de l'encadrement apparaît importante, tant à la direction des soins infirmiers qu'en ce qui concerne les gestionnaires de premier niveau (supérieurs immédiats). Le taux de roulement des cadres est parfois élevé et les nouvelles structures éloignent les cadres de premier niveau des centres d'activités. Cette situation ne privilégie pas la mise en place de conditions favorisant un exercice professionnel large et l'optimisation de l'utilisation de la Loi 90.

4.5 « NOUVEAUX » MODES DE DISTRIBUTION DE SOINS ET COMPOSITION DES ÉQUIPES DE SOINS

Les divers changements apportés à l'organisation des soins et du travail peuvent créer des obstacles à l'utilisation du plein potentiel des professionnelles en soins. Le sentiment de perte ressenti par les infirmières de formation collégiale s'explique en partie par la substitution de ressources imposée par les employeurs, sans qu'une analyse sérieuse ne la justifie. Le *care* serait confié à certaines professionnelles et les infirmières se sentent dorénavant confinées à des tâches relevant davantage du *cure* et à des tâches cléricales. Une réflexion sur la notion de soins infirmiers (*care* et *cure*) permettrait-elle de clarifier les nouveaux rôles, tâches, fonctions et responsabilités et d'évaluer si les modifications apportées au champ d'exercice de l'infirmière évacuent le *care*?

L'instabilité de la main-d'œuvre est un autre facteur important à considérer afin de mieux comprendre certains retards dans l'application de la Loi 90 ou son implantation sous-optimale. À cet égard, le recours au personnel d'agence, la pénurie sévissant actuellement et la substitution de ressources sans analyse ou justification sérieuse constituent des éléments conjoncturels et organisationnels importants à considérer.

4.6 CHAMP DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE/MODIFICATION DES RÔLES, TÂCHES, FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS

Cinq ans après l'entrée en vigueur de la Loi 90, une certaine confusion dans les rôles persiste. Une clarification s'impose. Le sentiment de perte d'identité et la démobilisation des membres, surtout chez les infirmières, semblent majeurs. Celles-ci ne perçoivent aucune amélioration tangible de leur exercice professionnel depuis les changements législatifs apportés en 2003.

Le faible développement au plan des ordonnances collectives qui permettraient une pratique enrichie et élargie fait en sorte que les infirmières et même les inhalothérapeutes ne voient que peu de changements significatifs dans leur pratique. Les médecins sauront-ils prendre le virage de la Loi 90 et accepter de mettre en place les ordonnances collectives? Le décroisement souhaité par le législateur sera-t-il bientôt réalisé entre médecins et autres professionnel-le-s?

Même si des fonctions de liaison sont maintenant confiées à des infirmières au niveau des équipes de soins et malgré le recentrage du rôle d'évaluation, de surveillance clinique et de suivi des infirmières ayant intégré le PTI dans leur pratique dans quelques établissements, les gains au plan professionnel

ne sont guère encore visibles. Que réserve l'avenir à cet égard? L'introduction des PTI en avril 2009 permettra-t-elle aux infirmières de s'approprier leur champ de pratique professionnelle et de récolter les fruits des changements législatifs?

4.7 RELATIONS INTERPERSONNELLES/INTERPROFESSIONNELLES ET CLIMAT DE TRAVAIL

Les résistances face à l'application de la Loi 90, la méconnaissance et la confusion des rôles, de même que l'instabilité de la main-d'œuvre affectent également le climat de travail.

La concrétisation de la Loi 90 s'est effectuée différemment pour les infirmières et les infirmières auxiliaires. Pendant que le rehaussement de la profession d'infirmière auxiliaire allait bon train, la situation de l'infirmière semblait plutôt stagner. Il existe donc, en ce moment, une situation hybride où l'utilisation des infirmières auxiliaires s'optimise de plus en plus alors que l'utilisation de l'infirmière reste bien en deçà des possibilités. De là l'important sentiment de perte que ressentent les infirmières et qui, à maintes reprises, a teinté les discussions lors des rencontres avec les présidentes et les responsables locales.

La mise en œuvre plus rapide de la Loi 90 pour les infirmières auxiliaires et les perceptions plutôt négatives des infirmières à l'endroit du PTI et des nouveaux rôles qui leur sont dévolus participent au sentiment de perte et de stagnation ressenti par les infirmières. La démoralisation, le sentiment de deuil et la démobilisation des infirmières, tels que rapportés lors des rencontres, peuvent influencer leur désir d'investir de nouveaux rôles, d'exercer de nouvelles tâches et d'occuper de nouvelles fonctions.

4.8 CONDITIONS DE TRAVAIL

La surcharge de travail dans les milieux ne facilite pas une appropriation des nouveaux rôles, tâches, fonctions et responsabilités par les professionnelles en soins.

Par ailleurs, plusieurs employeurs modifient l'organisation des soins et du travail dans le but de répondre à des impératifs budgétaires et aux problèmes générés par la pénurie de professionnelles en soins.

L'organisation du travail se transforme souvent sans procéder à une analyse permettant une meilleure adéquation entre les compétences professionnelles et les impacts sur la qualité et la sécurité des soins dispensés à la clientèle. Dans un contexte de substitution de ressources basée sur une approche strictement mathématique, les employeurs passent trop souvent outre certaines conditions de travail contenues dans le décret tenant lieu de convention collective ou dans les conventions collectives locales. Les transformations de postes sont fréquentes, les coupures dans certains titres d'emploi également. À titre d'exemple, les postes d'assistantes-infirmières-chefs sont abolis et une nouvelle appellation maison de « leader clinique » est créée; le système d'équipe est réinstauré sans reconnaître à la professionnelle qui exerce le rôle de chef d'équipe le droit au titre d'emploi correspondant.

5. Des défis à relever collectivement

33

Il devient plus que nécessaire d'accélérer la mise en place de conditions permettant à l'ensemble des professionnelles en soins d'exercer pleinement leur pratique professionnelle et de s'épanouir au travail. La motivation, la satisfaction au travail, de même que la capacité des établissements d'attirer et surtout de retenir les professionnelles en soins à leur emploi dépendent largement de l'organisation du travail, incluant les conditions de travail. La pénurie persiste, mais cette situation ne doit pas devenir un prétexte justifiant des changements unilatéraux de la part des employeurs, ni l'occasion de substituer des ressources en réponse aux difficultés budgétaires.

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

Le portrait des rôles, tâches, fonctions et responsabilités en lien avec la Loi 90 et les PTI constitue une première étape. Toutefois, l'équipe de travail a, d'ores et déjà, pu constater que les changements organisationnels qui accompagnent l'implantation, parfois chaotique, des changements législatifs sont majeurs, multiformes et rapides. Ces changements ne respectent pas toujours l'esprit de la Loi 90 et il faut donc relever le défi de se réapproprier le champ de l'organisation du travail.

Les commissions infirmière, infirmière auxiliaire et inhalothérapeute auxquelles les déléguées sont conviées seront une occasion de partager et d'échanger sur le portrait des rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins en 2008.

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

Annexe 1

Définitions

DES DÉFINITIONS UTILES

Le principe de hiérarchisation des services

La hiérarchisation des services est un principe qui garantit une meilleure complémentarité des services et facilite le cheminement de l'utilisateur entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne suivant des mécanismes de référence entre les producteurs. Une meilleure accessibilité aux services sera assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces derniers¹⁸.

On vise à confier à chaque établissement du réseau, qu'il soit local, régional ou à vocation suprarégionale, un rôle dans la chaîne des services et à instaurer entre eux des mécanismes bidirectionnels pour assurer le passage de l'utilisateur d'un niveau de référence à l'autre¹⁹.

LES DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ACCÈS²⁰

Les services de première ligne

Le premier niveau d'accès est celui des services de première ligne qui sont destinés à l'ensemble de la population et à des clientèles ayant des besoins particuliers. Cet accès est généralement direct et les conditions qui permettent le recours à ces services sont faciles, prévisibles, clairement identifiées et connues des usagers. Ces services visent à répondre à des problématiques de santé ou à des problématiques sociales usuelles et variées. Ceux-ci doivent être disponibles près du milieu de vie des personnes.

Les intervenants de première ligne possèdent des compétences professionnelles générales et diversifiées. Les services de première ligne s'appuient également sur des infrastructures et des technologies légères. Ces services correspondent aux services généraux qui s'adressent à toute la population (ex. : services de prévention, services médicaux, services infirmiers, services psychosociaux et Info-Santé) et aux services spécifiques

¹⁸ ASSOCIATION DES CLSC ET CHSLD DU QUÉBEC ET ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, (2005), *Fiche sur le concept de hiérarchisation des services*, p.1.

¹⁹ ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, (2004), *Guide d'implantation des Centres de santé et de services sociaux, Volume 1*, p.1.10.

²⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), (2004), *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, p.19-20.

qui s'adressent à des clientèles vulnérables et particulières, on pense notamment aux services de soutien à domicile.

Les services de deuxième ligne

Le deuxième niveau d'accès regroupe les services de deuxième ligne qui agissent en soutien à ceux de première ligne. Sauf exception, ces services requièrent une référence pour y accéder. Ils font référence à des services permettant de résoudre des problèmes de santé et des problématiques sociales complexes, mais répandues.

Ils exigent des expertises spécialisées, regroupées en masses critiques. Ces services s'appuient habituellement sur une infrastructure particulière et une technologie avancée, toutefois courante. Les services de deuxième ligne font souvent référence aux services spécialisés.

De plus, certains services médicaux spécialisés et d'autres services sociaux et de réadaptation spécialisés devront être rendus disponibles le plus près possible du milieu de vie des individus. Cette déconcentration des services pourra se réaliser si des masses critiques, favorisant une bonne pratique professionnelle, sont suffisantes et si les standards de qualité sont respectés, et ce, à des coûts raisonnables.

Les services de troisième ligne

Le troisième niveau d'accès, soutenant le premier et le deuxième niveaux, est celui des services de troisième ligne. Ces derniers sont offerts sur une base nationale, concentrés dans un nombre limité d'endroits et accessibles habituellement sur référence. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé et des problématiques sociales très complexes, dont la prévalence est souvent plus faible.

Ils requièrent des intervenant-e-s très spécialisé-e-s ayant des compétences rares dans un champ d'intervention de pointe. Ces services s'appuient sur des expertises, des équipements et des technologies sophistiqués et rares, qui ne peuvent pas être disponibles partout. Les services de troisième ligne correspondent généralement aux services surspécialisés ²¹.

La responsabilité populationnelle (CSSS)

Outre la hiérarchisation des services, la responsabilité populationnelle est le second principe à la base de la création des CSSS. Selon ce principe, « les

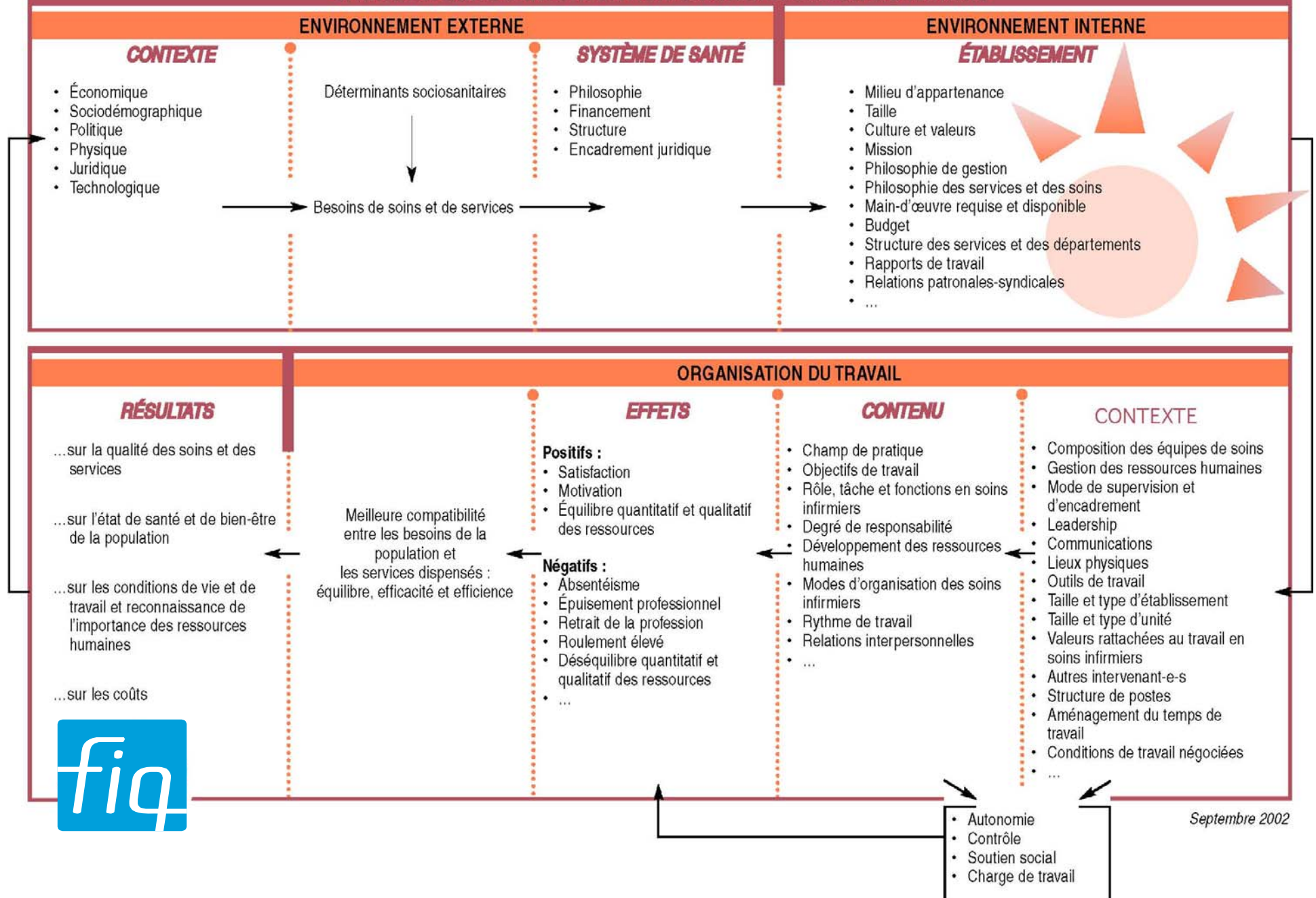
²¹ La troisième ligne inclut aussi les activités de recherche; la recherche devient un élément majeur de distinction entre la deuxième et la troisième ligne.

différents intervenants dispensant des services à la population d'un territoire seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible²² ».

²² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), (2004), *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, p. 2.

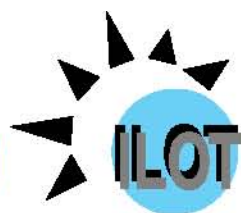
Annexe 2
Cadre intégré d'intervention en
organisation du travail

CADRE INTÉGRÉ D'INTERVENTION EN ORGANISATION DU TRAVAIL



Annexe 3

Tableau ILOT



CHAMP DE PRATIQUE

- connaissance
 - du champ de pratique et des activités réservées aux professionnelles en soins (lois professionnelles, Code des professions, codes de déontologie, etc.)
 - de la réglementation des candidates à l'exercice professionnel
- exercice
 - chevauchement d'activités avec d'autres professions
 - pratique en intra / inter / multi / -disciplinarité

OBJECTIFS DE TRAVAIL

- détermination des objectifs de travail
- transmission de directives ou de mandats

RÔLES, TÂCHES ET FONCTIONS DES PROFESSIONNELLES EN SOINS

- description de tâches :
 - des professionnelles en soins
 - d'autres intervenant-e-s
- répartition des tâches :
 - entre les différents titres d'emploi
 - dans chaque titre d'emploi
 - entre les différentes catégories de salarié-e-s
 - entre les professionnelles en soins et les stagiaires
 - entre les quarts de travail
 - entre les unités de soins et les services
- polyvalence
- réalisation de la partie la plus autonome de leur rôle (enseignement, prévention, promotion de la santé)

DEGRÉ DE RESPONSABILITÉ

- responsabilités exercées par :
 - l'assistante-infirmière-chef / assistante du supérieur immédiat / infirmière
 - l'infirmière auxiliaire assistante chef d'équipe / infirmière auxiliaire
 - l'assistante-chef inhalothérapeute / inhalothérapeute
- latitude décisionnelle
- autonomie
- utilisation des compétences des professionnelles en soins

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

- reconnaissance de :
 - la formation acquise
 - l'expérience
 - l'expertise
- élaboration, mise en œuvre et suivi d'un plan de développement des ressources humaines
- dispensation de la formation par des ressources :
 - internes
 - externes
- analyse des besoins de formation

MODE D'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES

- introduction de nouveaux modes d'organisation de soins et de services (réseaux intégrés, GMF)
- présence de diverses approches de soins et de services (approche populationnelle, milieux de vie)
- présence de divers modèles de prestation de soins (suivi systématique de clientèles, travail en équipe)

RYTHME DE TRAVAIL

- constitution des équipes de base
- ratio bénéficiaires / professionnelles
- utilisation des heures supplémentaires
- réalisation de toutes les tâches sur un quart de travail
- travail réel / travail prescrit
- travail visible / travail invisible
- octroi de personnel
- taux :
 - d'absences maladie
 - d'erreurs de médicaments
 - d'accidents de travail
- prise des pauses (repos, repas)

RELATIONS INTERPERSONNELLES

- sentiment d'appartenance à l'équipe
- collaboration :
 - intraprofessionnelle
 - interprofessionnelle
 - avec d'autres catégories de salarié-e-s
- tension / intolérance / agressivité / violence / harcèlement de la part de bénéficiaires, visiteur-euse-s, collègues, médecins, supérieur-e-s, etc.
- soutien des pairs

TABLEAU



ÉLÉMENTS D'ANALYSE : CONTEXTE

■ COMPOSITION DES ÉQUIPES DE SOINS

- nombre de salarié-e-s dans un titre d'emploi
- stabilité des équipes de base
- présence
 - d'une équipe interdisciplinaire / multidisciplinaire
 - d'une équipe volante
 - de différentes catégories de professionnel-le-s (infirmière, infirmière auxiliaire, inhalothérapeute, médecin, travailleur-euse social-e, etc.)
 - de différentes catégories de salarié-e-s (préposé-e aux bénéficiaires, téléphoniste, auxiliaire familiale, commis, etc.)
 - d'un-e chef d'unité / d'un-e chef de programme
 - de nouvelles embauchées
 - d'infirmières d'expérience
 - de stagiaires
 - de salariées avec des limitations fonctionnelles

■ GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- style de gestion (centralisée, décentralisée, participative)
- outils de gestion
- planification de la main-d'œuvre

■ MODE DE SUPERVISION ET D'ENCADREMENT

- supérieure immédiate autre que professionnelle en soins
- plus d'une coordonnatrice sur le même centre d'activités (gestion par programme)
- supérieure immédiate responsable de plus d'une unité
- soutien de la supérieure immédiate

■ LEADERSHIP

- leadership de la supérieure immédiate (autocratique, laisser-faire)
- capacité pour les professionnelles en soins d'exercer un leadership

■ COMMUNICATIONS

- réseau formel de communications
- mécanismes structurés de communication (écrits / oraux)
- mécanismes de communication entre :
 - les quarts de travail
 - les sites
 - les professionnel-le-s (de l'équipe, de l'établissement, interétablissement)

■ LIEUX PHYSIQUES

- aménagement ergonomique
 - point de service, poste de travail, chambre des bénéficiaires, salle de bain, couloirs (grandeur, accessibilité, fonctionnalité);
- salubrité (propreté, ventilation)
- sécurité (physique, psychologique)

■ OUTILS DE TRAVAIL

- matériel (absent, non ergonomique, vétuste, inadéquat)
- informatique (dossiers informatisés)
- nouvelles technologies

■ TAILLE ET TYPE D'ÉTABLISSEMENT

- établissement fusionné dans un CSSS
- vocation de l'établissement (unique, multiple)
- plusieurs pavillons / installations / sites

■ TAILLE ET TYPE D'UNITÉ

- nombre de lits sur le centre d'activités
- nombre de spécialités ou programmes sur le même centre d'activités
- type de clientèle (autonome, semi-autonome, non autonome, multiethnique, défavorisée, etc.)

■ VALEURS RATTACHÉES AU TRAVAIL EN SOINS INFIRMIERS ET CARDIORESPIRATOIRES

- différences de valeurs
 - entre les professionnelles en soins
 - entre les professionnelles en soins et la supérieure immédiate
 - entre les membres de l'équipe de soins
 - avec la direction
 - avec les médecins

■ AUTRES INTERVENANTS

- autres professionnel-le-s de la santé (pharmacien-ne, diététiste, psychologue, etc.)
- services auxiliaires et de soutien (auxiliaire familiale, bénévole, etc.)
- médecins (généraliste, spécialiste, itinérant)

■ STRUCTURE DE POSTES

- statut d'emploi de l'équipe de travail
 - temps complet
 - temps partiel
 - liste de disponibilité
- stabilité des postes

■ AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

- alternance entre des sections d'un centre d'activités
- répartition :
 - des fins de semaine
 - des congés fériés
- horaire :
 - comprimé
 - autogéré
- rotation entre les quarts de travail
- introduction de la semaine de 4 jours
- remplacement des absences
- aménagement des vacances

■ CONDITIONS DE TRAVAIL NÉGOCIÉES

- application du décret tenant lieu de convention collective
- application de la convention collective locale

