

Mémoire

OIIQ

Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence !

*Déposé à la Table de concertation visant à répondre
à la situation de la pénurie de main-d'œuvre
en soins infirmiers*

*Adopté par les membres du Bureau de l'OIIQ
à sa réunion du 26 octobre 2007*



**Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

MÉMOIRE

**Une nouvelle approche de planification
des effectifs infirmiers : des choix à faire
de toute urgence !**

*Déposé à la Table de concertation visant à répondre à la situation de la pénurie de
main-d'œuvre en soins infirmiers*

Adopté par les membres du Bureau de l'OIIQ à sa réunion du 26 octobre 2007

Distribution**Ordre des infirmières et infirmiers du Québec****Centre de documentation**

4200, boulevard Dorchester Ouest

Westmount (Québec) H3Z 1V4

Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048

Télécopieur : 514 935-5273

cdoc@oiiq.org

www.oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

ISBN : 978-2-89229-439-2

ISBN : 978-2-89229-440-8 (version PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007

La reproduction d'extraits de ce document est autorisée à la condition qu'il soit fait mention de la provenance.

Note — Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le féminin est utilisé seulement pour alléger la présentation.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES PROPOSITIONS.....	i
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 — La rareté des infirmières au menu du jour pour les 15 prochaines années.....	5
1.1 Un nombre inégalé d'infirmières qui augmentera peu et qu'il faut maintenir	6
1.2 Planifier autrement	8
CHAPITRE 2 — La Loi 90 : un levier pour mieux utiliser les compétences	11
2.1 Des rôles à choisir.....	12
2.2 Le Plan thérapeutique infirmier : au cœur de la collaboration avec les infirmières auxiliaires.....	13
2.3 L'ordonnance collective : un rendez-vous manqué!	14
2.3.1 Un processus à revoir	15
CHAPITRE 3 — La réforme de la formation infirmière : une clé pour exercer les rôles attendus.....	17
3.1 La réforme de la formation infirmière : le DEC-BAC	17
3.2 Un décalage entre les compétences attendues et les exigences à l'embauche	19
3.3 Le choix du Québec : un choix à gérer.....	20
CHAPITRE 4 — Des cibles de planification à prioriser	23
4.1 Les soins critiques.....	26
4.1.1 L'exemple des Hospices-CHUV : un centre hospitalier universitaire d'envergure européenne	26
4.1.2 L'exemple de l'Ontario	27
4.1.3 Une pratique qui dépasse largement la maîtrise des situations courantes	27
4.2 Les soins de première ligne dans la communauté	28
4.2.1 Un domaine qui sollicite des rôles infirmiers élargis et redéfinis	29

4.2.2	Les cliniciennes doivent demeurer dans le domaine des soins de première ligne dans la communauté	30
4.3	Les soins en santé mentale.....	31
4.3.1	Une pratique particulière en expansion.....	31
4.3.2	Une croissance de la demande anticipée	32
4.4	La formation existante et déterminée : une condition sine qua non pour la pratique infirmière dans trois domaines	33
4.4.1	Une orientation réaliste	34
4.5	Les soins périopératoires	35
4.6	La prévention et le contrôle des infections	36
4.7	L'infirmière praticienne spécialisée	37
CHAPITRE 5 — Garantir un environnement de travail compétitif		43
5.1	Un cadre de travail valorisant.....	44
5.1.1	La formation continue.....	45
5.1.2	Le soutien et l'encadrement cliniques auprès de la relève.....	46
5.1.3	La situation d'emploi	47
5.1.4	Des facteurs de rétention selon les cycles de vie et les années d'expérience dans la profession.....	49
5.2	Les conditions de travail.....	51
5.2.1	Le salaire des infirmières au Québec.....	51
5.2.2	Le temps supplémentaire obligatoire	53
5.3	Maintenir et attirer à tout prix.....	54
CONCLUSION		57
RÉFÉRENCES.....		59
ANNEXE		63

SOMMAIRE DES PROPOSITIONS

La rareté des infirmières au menu du jour pour les 15 prochaines années

Il faut sortir de la logique de la pénurie pour planifier autrement, et plus particulièrement :

1. Développer, dans les approches de planification et dans les pratiques de gestion, une cohérence adaptée à une situation permanente de rareté des ressources.
2. Passer des stratégies d'augmentation de l'offre d'infirmières à celles de gestion de la demande par niveau de formation (DEC, BAC, maîtrise) en lien avec les rôles attendus.
3. Développer des stratégies de rétention efficaces.
4. Tenir compte des particularités régionales dans le développement de ces stratégies.

La Loi 90 : un levier pour mieux utiliser les compétences

Quatre ans après l'entrée en vigueur de la Loi 90, un leadership ministériel s'impose pour accélérer sa mise en place. Le ministère doit mobiliser tout le réseau pour que la réforme du système professionnel soit menée à son aboutissement et plus particulièrement :

5. Déployer les nouvelles activités et responsabilités confiées aux infirmières par la Loi 90.
6. Départager les rôles entre les médecins et les infirmières pour améliorer l'accessibilité aux soins et aux services à la population.

7. Revoir le processus d'élaboration des ordonnances collectives pour permettre de les développer au maximum.
8. Basculer dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* certaines activités de prescriptions, notamment pour les médicaments d'usage courant, ceux liés aux soins de plaie et à la contraception hormonale.
9. Quant à l'OIIQ, il prend l'engagement de poursuivre les travaux conjoints OIIQ/OIIAQ sur le partage des activités.

La réforme de la formation infirmière : une clé pour exercer les rôles attendus

Six ans après la mise en place de la formation DEC-BAC, le MSSS et le réseau des établissements de santé doivent prendre tous les moyens pour articuler formation et structure d'emploi. Pour ce faire, il faut :

10. Adopter une structure d'emploi qui respectera le partage des compétences entre les niveaux d'enseignement et assurer son implantation dans le réseau public de la santé.
11. Créer un permis d'infirmière clinicienne aux termes du DEC-BAC ou du baccalauréat en formation initiale.

Des cibles de planification à prioriser

Afin d'assurer la gestion du développement de l'effectif infirmier par niveau de formation, c'est-à-dire en lien avec les rôles attendus, il devient pressant :

- 12.** De délivrer un permis d'infirmière clinicienne à toutes les infirmières détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières et à toutes les infirmières ayant deux ans d'expérience et plus dans un ou plusieurs des domaines suivants : soins critiques, soins de première ligne dans la communauté et soins en santé mentale.
- 13.** D'exiger ce permis pour exercer la profession d'infirmière dans ces domaines.
- 14.** De reclassifier dans le titre d'emploi d'infirmière clinicienne prévu aux conventions collectives les infirmières ayant obtenu ce permis et exerçant dans ces trois domaines.
- 15.** De prévoir une période de transition de trois à cinq ans en rendant accessibles les crédits universitaires pour les infirmières qui ont moins de deux ans d'expérience dans ces domaines.
- 16.** Pendant cette période, d'aménager des passerelles de transition, y compris des stratégies de formation particulières, permettant aux infirmières qui travaillent dans d'autres domaines et qui ne répondent pas aux nouveaux critères d'embauche de s'y conformer si elles le souhaitent.
- 17.** Dans les soins de première ligne dans la communauté, d'augmenter le ratio d'infirmières cliniciennes dans les groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques-réseau.
- 18.** De garantir pour les autres domaines de pratique un nombre suffisant d'infirmières cliniciennes pour assurer le suivi systématique de clientèles et les rôles d'infirmières pivot.

19. D'assurer la relève infirmière dans les salles d'opération¹ :

- reconnaître le rôle particulier des infirmières de salle d'opération. Plus précisément :
 - o intéresser les jeunes infirmières à l'exercice en salle d'opération;
 - o uniformiser la formation en soins infirmiers périopératoires;
 - o délivrer un permis pour exercer en salle d'opération;
 - o reconnaître le titre d'infirmière en soins périopératoires et première assistance;
- améliorer la polyvalence des infirmières de salle d'opération en formant toutes les infirmières à accomplir la première assistance en chirurgie, en plus du service interne, du service externe et du service en salle de réveil;
- réorganiser le travail au bloc opératoire en assurant une utilisation judicieuse de l'infirmière comme première assistante en chirurgie et en introduisant des infirmières auxiliaires en service interne;
- élaborer des lignes directrices pour assurer la sécurité dans les blocs opératoires.

20. De créer la spécialité infirmière en prévention et en contrôle des infections, plus particulièrement :

- compléter, dans les meilleurs délais, la démarche de création de cette spécialité en soumettant, entre autres, un projet de règlement à cet effet à l'Office des professions du Québec (OPQ);

¹ Pour plus de détails, se référer au mémoire conjoint OIIQ-CIISOQ d'octobre 2007, *Plan de relève et de rétention des infirmières de salle d'opération*.

- viser le ratio d'une infirmière spécialisée en PCI/ 100 lits pour les soins ultraspécialisés, 1/133 lits pour les soins généraux et spécialisés et 1/250 lits pour les soins de longue durée;
- adopter en conséquence les stratégies nécessaires liées à la promotion, à la formation et à la garantie de postes, pour y parvenir.

21. D'accélérer et d'intensifier l'introduction d'infirmières praticiennes spécialisées. Pour ce faire :

- établir des plans de développement en lien avec les plans d'effectifs médicaux des domaines concernés;
- déterminer et former le nombre d'infirmières praticiennes requises dans les domaines de la néphrologie, de la cardiologie et de la néonatalogie;
- établir un ratio d'infirmières praticiennes dans ces départements;
- viser l'introduction de 500 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.

Garantir un environnement de travail compétitif

Il est grand temps d'assurer le caractère concurrentiel du réseau public et de passer à l'action pour retenir et attirer le plus grand nombre d'infirmières :
--

- 22.** Réviser tous les indicateurs de performance du MSSS qui ont un impact négatif sur la rétention du personnel et ajouter un indicateur de rétention des infirmières par établissement.
- 23.** Garantir à chaque infirmière ayant une situation d'emploi de temps complet régulier 35 heures de formation continue par année.
- 24.** Développer une formation systématique à l'échelle du réseau public visant l'ajustement des compétences liées à la Loi 90.

- 25.** Confier à chaque établissement du Québec une enveloppe protégée en soins infirmiers pour assurer le soutien clinique requis par la relève, particulièrement le soir, la nuit et la fin de semaine.
- 26.** Afin de stabiliser les équipes de soins, viser à offrir à 70 % des effectifs infirmiers de toutes les catégories un poste à temps plein régulier.
- 27.** Offrir des conditions particulières qui sauront retenir le plus longtemps possible les infirmières expérimentées (+ de 50 ans) en poste.
- 28.** Développer des stratégies qui tiennent compte des particularités régionales et déployer des conditions qui favorisent, entre autres, la rétention des infirmières dans leurs régions d'origine.
- 29.** Ramener la rémunération des infirmières du Québec à la moyenne canadienne.
- 30.** Réajuster dans de brefs délais la base salariale de l'infirmière clinicienne et rétablir son salaire en concordance avec sa formation et son rôle.
- 31.** Abolir le temps supplémentaire obligatoire en augmentant, entre autres, les équipes de base.

INTRODUCTION

Il ne se passe à peu près pas une journée sans que ne soit rappelée dans les médias la pénurie des infirmières, tantôt pour évoquer les délais dans les listes d'attente en chirurgie, tantôt pour expliquer les débordements à l'urgence ou encore des fermetures de lits temporaires, etc. Toujours, le message implicite envoyé est que les ruptures de services dans le système de santé seront réglées quand il y aura plus d'infirmières. Or, il n'y a rien de moins vrai.

À cause du renversement de la pyramide des âges, toutes les études sur les effectifs infirmiers confirment que le nombre d'infirmières au Canada et au Québec n'augmentera que très peu dans les quinze prochaines années. En effet, on ne pourra pas augmenter l'effectif infirmier aux dépens de tous les autres domaines d'emploi. Les projections que nous faisons à partir des données du Tableau de l'OIIQ vont dans le même sens. Il y a aujourd'hui près de 70 000 infirmières au Québec² et ce nombre variera à peine dans les prochaines années. Et qui plus est, pour maintenir ce nombre il faudra redoubler d'efforts si on veut retenir le plus longtemps possible les infirmières expérimentées et attirer des jeunes.

Il est donc plus que temps que nous sortions de la logique de la pénurie pour nous dire que ce nombre de 70 000 est la cible à maintenir et nous demander quelle est la meilleure façon d'utiliser les compétences des infirmières aujourd'hui et demain de manière à garantir les services essentiels à la population du Québec, quel soutien leur donner et comment, dans un tel contexte de rareté de ressources, les attirer et les retenir.

² Au 31 mars 2007, il y avait 69 765 membres inscrits au Tableau de l'OIIQ dont 65 892 exerçant la profession. Il s'agit de tous les effectifs infirmiers incluant les gestionnaires, les enseignants et les chercheurs du réseau public et du secteur privé.

Il y a des situations qui forcent à passer à l'action de toute urgence! Peu de mesures sont actuellement mises en place pour gérer la rareté des infirmières alors que les sombres scénarios d'aujourd'hui et de demain, avec des chiffres plus catastrophiques les uns que les autres, sont prévus depuis une dizaine d'années. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) procède à chaque année au monitoring de l'évolution des effectifs infirmiers et détermine le nombre d'infirmières manquant globalement dans le réseau pour l'année en cours et pour celles qui suivront. Tout ceci, indépendamment des rôles stratégiques et nouveaux confiés aux infirmières avec l'entrée en vigueur de la Loi 90, de leur profil de formation, des domaines cliniques et des contextes de soins dans lesquels elles œuvrent. Sans tenir compte non plus des conditions de travail qui leur sont offertes et du bassin de recrutement propre à chaque région du Québec.

Pour la sécurité des soins, pour un accès de la population à des services de santé de qualité dans des délais acceptables, pour garder et attirer le personnel compétent requis, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) est fermement convaincu qu'il faut enclencher, rapidement et de front, quatre types de mesures structurantes pour lesquelles nous avons les outils et qu'il est plus que temps de déployer. C'est l'objet du présent mémoire.

Les deux premières mesures sont indissociables. Il faut mener à leur aboutissement deux réformes majeures : celle du système professionnel (Loi 90) et celle de la formation infirmière (DEC-BAC). Ces réformes visent à recentrer les infirmières dans des rôles et des responsabilités où elles seront les plus utiles et pour lesquels elles ont, en raison de leur formation, des compétences distinctes des autres professionnels et des non-professionnels. Un nouveau partage de responsabilités entre les membres des équipes de soins doit s'ensuivre.

Comme troisième type de mesure, tout en utilisant au mieux les compétences de chacune des infirmières dans tous les domaines cliniques, il faut, par ailleurs, prioriser de toute urgence des cibles de planification de l'effectif infirmier. Il faut d'abord établir une priorité de planification dans cinq domaines de pratique, soit les soins critiques, les soins dans la communauté, la santé mentale, les soins périopératoires et la prévention et le contrôle des infections. Les domaines de la santé mentale et des soins

périopératoires sont particulièrement touchés par la courbe démographique du Québec et le vieillissement de la main-d'œuvre. Dans le domaine des soins critiques, nous observons le phénomène inverse, soit un rajeunissement accéléré des effectifs qui crée aussi un mouvement de main-d'œuvre intense et de la difficulté à combler les postes requis. De plus, dans les cinq domaines, on assiste à des réorganisations de services importantes ou à des difficultés d'accès majeures, voire à des ruptures de services. C'est le cas notamment, en soins critiques et dans les salles d'opération. Puis, dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections, il s'agit de remédier à des carences jugées importantes. Enfin, les cinq domaines représentent des contextes de soins complexes et particuliers pour lesquels les infirmières sont appelées à exercer des rôles stratégiques, exigeant des niveaux de formation en conséquence.

Par ailleurs, l'introduction des infirmières praticiennes spécialisées dans les domaines de la néphrologie, de la cardiologie, de la néonatalogie et des soins de première ligne doit aussi être une priorité de planification. Actuellement, leur introduction dans les domaines ciblés avance à pas de tortue de telle manière qu'à ce rythme, on n'arrivera jamais à créer l'effet recherché, soit aider à débloquer l'accès aux soins et aux services médicaux dans ces secteurs.

Dans tous les cas, dans le contexte de rareté générale des professionnels de la santé, cela nous impose de planifier les effectifs infirmiers en lien avec la planification des effectifs médicaux. En effet, les besoins en soins infirmiers doivent être analysés dans la perspective globale des besoins de services de santé et en interdépendance avec le rôle qu'y jouent les médecins et les autres professionnels. Cela est particulièrement évident pour les infirmières praticiennes.

Quatrièmement, l'environnement du travail doit être significativement amélioré. En effet, les lois du marché sont intraitables. Les ressources rares ont une valeur et un prix élevés. La gestion de la rareté de la ressource infirmière, qui aura un caractère permanent, exige un changement radical de politique de gestion et de conditions de travail. Des investissements financiers s'imposent pour redresser la situation, à défaut de quoi le système de santé sera en crise permanente pour encore 20 ans.

Par sa prise de position, l'OIIQ veut renverser l'approche traditionnelle de planification des effectifs infirmiers de façon à permettre aux 70 000 infirmières de répondre aux besoins de santé de la population du Québec. Cela est possible, à la condition expresse de changer leurs rôles dans le sens attendu par la réforme du système professionnel (2002) et par celle de la formation infirmière (2001). Il y a maintenant plusieurs années que le Québec dispose de ces moyens de développement de la profession. Il est urgent de les déployer tout de suite pour les cinq prochaines années si on veut diminuer la pression qui est devenue intenable sur le personnel infirmier!

CHAPITRE 1 — LA RARETÉ DES INFIRMIÈRES AU MENU DU JOUR POUR LES 15 PROCHAINES ANNÉES

Au 31 mars 2007, 65 892 infirmières exerçaient la profession. À partir de l'année 2001-2002, le nombre de permis d'exercice délivrés annuellement par l'OIIQ a augmenté rapidement jusqu'en 2003-2004. Depuis, ce nombre oscille autour de 2 800 par an. Ainsi, l'effectif infirmier a crû de 5,6 % au cours des six dernières années³. Dans tous les cas, il s'agit de sommets inégalés qui montrent d'ores et déjà des signes d'essoufflement.

En effet, l'important déclin démographique des jeunes anticipé à compter de 2009 et qui se poursuivra tout au cours de la décennie suivante a déjà commencé à se faire sentir, notamment dans les inscriptions globales aux programmes des collèges. Quant aux programmes de formation infirmière initiale, depuis 2004-2005, il y a moins de 4 000 nouvelles inscriptions par an alors qu'elles s'étaient maintenues autour de 4 500 au début des années 2000⁴.

Ce bassin de jeunes de moins en moins nombreux ne suffira donc pas à combler le nombre imposant de départs à la retraite. Ceux-ci s'accéléreront jusqu'en 2015 pendant que les besoins de la population en services de santé, liés à son vieillissement et à l'augmentation de l'espérance de vie, ne cesseront de croître pendant les quinze prochaines années.

³ OIIQ, Tableau des membres au 31 mars 2007.

⁴ Selon les données colligées par l'OIIQ auprès des établissements d'enseignement en 2007.

1.1 Un nombre inégalé d'infirmières qui augmentera peu et qu'il faut maintenir

En dépit des efforts sans précédent que nous devons poursuivre, nous ne réussirons donc pas à augmenter de façon significative le nombre d'infirmières. Toutes les projections sur la main-d'œuvre, indépendamment des méthodologies utilisées, le confirment. Au mieux, on estime qu'en 2022⁵, il y aura 66 000 infirmières en exercice au Québec, alors qu'on en aurait besoin, selon les prévisions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de 89 000 si tous les éléments demeuraient inchangés.

Au Canada, le ratio actuel des infirmières par rapport à la population s'établit à environ 10 000 par million d'habitants. Si on établit des projections jusqu'en 2020, avec environ 38 millions d'habitants, le Canada aurait besoin de 380 000 infirmières. Or, lorsqu'on compare les études canadiennes sur les effectifs possibles, on ne peut espérer pouvoir compter que sur environ 280 000 infirmières⁶. Ainsi, la compétition pancanadienne pour attirer et retenir les infirmières sera féroce.

Au Québec, le MSSS estimait, dans ses projections de main-d'œuvre mises à jour en mars 2005⁷, qu'il manquerait en 2007 plus de 2 000 infirmières pour combler les besoins. Il estimait qu'il en manquerait 6 629 en 2012 et 17 119 en 2020. En octobre 2007, le MSSS révisait ses données de la manière suivante : le Québec manquerait de 1 867 infirmières en 2007, de 7 300 dans cinq ans et de 23 000 dans quinze ans⁸, soit 41 % des effectifs actuels du réseau public.

Toujours selon les projections du MSSS, l'attrition de l'effectif infirmier croîtra annuellement jusqu'en 2015 pour afficher une décroissance à partir de 2016. La grande part de l'attrition est attribuable aux départs à la retraite dans l'ordre de 80 à 90 %. Cette part prendra de plus en plus de place jusqu'en 2020. Les départs à la retraite atteindront toutefois leur sommet en 2015. Entre 2007 et 2015, les prises de retraite varieront de

⁵ MSSS (2007).

⁶ Association des infirmières et infirmiers du Canada (2006).

⁷ MSSS (2005b).

⁸ MSSS (2007).

1 600 à 2 220 par an⁹. En guise de comparaison, en 1997, il est parti plus de 4 200 infirmières¹⁰ et le réseau a pris dix ans à s'en remettre. Le degré de désorganisation qui s'en est suivi plaide en faveur d'une gestion immédiate de la rareté des ressources.

En effet, nous avons atteint un nombre d'infirmières qui restera, à toutes fins pratiques, stable pour les quinze prochaines années. D'autant plus qu'une certaine compétition s'installera entre les professions puisque la plupart d'entre elles seront en pénurie. Dans le contexte du déclin démographique du Québec, il serait illusoire de penser augmenter de manière importante notre part d'inscriptions dans les programmes de formation postsecondaire.

Du côté de l'immigration, bien que l'OIIQ soit favorable à l'intégration d'infirmières étrangères et qu'il ait adopté des dispositions en conséquence, tout en ayant comme pierre d'assise la protection du public, le nombre d'infirmières étrangères qui ont joint les rangs du Québec se solde autour d'un peu plus d'une centaine par année depuis 2002. Des efforts importants devront continuer d'être consentis pour attirer des infirmières formées à l'étranger, mais on ne peut pas considérer que leur apport constituera la solution pour augmenter significativement le nombre d'infirmières recherché. D'autant plus que le phénomène des migrations internationales des infirmières au sein de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) s'accroît et fait l'objet d'une vive concurrence. La situation est même devenue une préoccupation pour les pays d'origine et d'accueil¹¹. Les États-Unis sont, selon l'OCDE, le seul pays au monde affichant un solde migratoire net positif pour les médecins et les infirmières. En 2005, au Canada, la moyenne d'infirmières immigrées était de 7,9 % contre 2,4 % pour le Québec¹².

⁹ MSSS (2007).

¹⁰ MSSS (2001).

¹¹ OCDE (2007) ; Organisation mondiale de la santé (2006).

¹² Institut canadien d'information sur la santé (2007).

1.2 Planifier autrement

Il est donc urgent de sortir de la logique de la pénurie en cessant de se demander comment faire pour aller chercher 20 000 infirmières de plus alors que nous savons que les sommets d'aujourd'hui sont presque impossibles à dépasser. Il faut plutôt se demander comment les quelque 70 000 infirmières peuvent être mieux déployées pour répondre aux besoins de santé de la population du Québec et aussi pour exercer leur profession à la hauteur de leurs aspirations et de leurs compétences. Nous devons donc aborder la planification des effectifs autrement en nous polarisant sur les questions suivantes :

- avec un effectif de quelque 70 000 infirmières, quels modes d'organisation clinique des services seraient les plus appropriés pour répondre aux besoins de santé de la population?
- quels rôles correspondant à leurs compétences doivent jouer ces infirmières pour relever le défi des besoins anticipés?
- quels autres rôles doivent-elles délaissier puisqu'elles ne pourront pas tout faire?
- quels liens et quel partage d'activités doit-on établir entre les membres des équipes de soins?

Concurremment à cette nouvelle approche de planification des effectifs, il faut redoubler d'efforts pour encourager les infirmières à rester dans la profession et en attirer de nouvelles.

« Il est essentiel d'améliorer le milieu de travail [...]. Les infirmières ont besoin d'une charge de travail raisonnable, de gestionnaires qui les appuient, d'horaires de travail flexibles, de milieux de travail sécuritaires et de possibilités d'exercer pleinement leur profession¹³. »

¹³ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006, p. 2).

À cet effet, les environnements de gestion doivent être transformés pour permettre avant tout de stabiliser les équipes de soins. Les politiques administratives doivent être cohérentes avec les mesures identifiées pour retenir et attirer les infirmières dans les rôles et les responsabilités attendus. Actuellement, tous remarquent qu'il faut traverser des embûches administratives quasi insurmontables pour favoriser l'ouverture ou l'attribution des postes requis, pour faire reconnaître le niveau de formation approprié et pour fournir le soutien clinique adéquat.

Il faut également ajouter que la pénurie d'infirmières se manifeste différemment d'une région à l'autre du Québec. Par exemple, entre 1999 et 2007, les régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent et du Saguenay-Lac-Saint-Jean affichent des variations de leur effectif infirmier allant de -1 % à 3,6 %, alors que le taux de croissance de l'ensemble du Québec pour la même période est de 10,6 %. Concomitamment, on remarque que 52 % à 73 % des infirmières de la relève de ces régions occupent des postes à temps partiel occasionnel, comparativement à 24 % pour l'ensemble du Québec. Dans ces régions qui se vident de leurs jeunes, on peut se questionner sur l'offre d'une aussi grande proportion de postes précaires alors qu'on sait pertinemment qu'ils ne sont pas de nature à retenir qui que ce soit. En Outaouais, autre région où le taux de croissance des effectifs est parmi les plus faibles (1,8 %), on peut penser que la compétition avec les conditions salariales offertes en Ontario est en cause¹⁴. Toujours pour la même période, à Montréal, là où la diminution de l'effectif infirmier est la plus importante du Québec, soit une décroissance de 365 infirmières alors que les effectifs infirmiers globaux du Québec ont crû de 6 300, on rapporte que les environnements de travail sont particulièrement difficiles. En l'occurrence, des stratégies diverses devront être déployées pour s'assurer qu'elles répondent à la réalité de chaque région.

¹⁴ OIIQ, *Nombre d'infirmières exerçant la profession au 31 mars 1999 et au 31 mars 2007, et taux de croissance pour la période, selon la région administrative de l'employeur principal*, tableau non publié, octobre 2007.

Bref, il faut sortir de la logique de la pénurie pour planifier autrement, et plus particulièrement :

- 1.** Développer, dans les approches de planification et dans les pratiques de gestion, une cohérence adaptée à une situation permanente de rareté des ressources.
- 2.** Passer des stratégies d'augmentation de l'offre d'infirmières à celles de gestion de la demande par niveau de formation (DEC, BAC, maîtrise) en lien avec les rôles attendus.
- 3.** Développer des stratégies de rétention efficaces.
- 4.** Tenir compte des particularités régionales dans le développement de ces stratégies.

CHAPITRE 2 —

LA LOI 90 : UN LEVIER POUR MIEUX UTILISER LES COMPÉTENCES

Déjà, il est de notoriété publique que les infirmières devront désormais recentrer leurs rôles et leurs responsabilités cliniques. Il en va d'une meilleure gestion de la demande d'infirmières. On évoque à ce sujet la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90)¹⁵ et de nouveaux rôles rendus nécessaires par les réorganisations cliniques, dans un contexte de rareté d'infirmières et de médecins. Le ministre de la Santé et des Services sociaux ne cesse d'inciter les infirmières à emprunter la voie de ces nouveaux rôles et à délaisser les activités non reliées à ces derniers.

De quoi parle-t-on au juste? En effet, les commissions et les groupes de travail qui se sont penchés ces dernières années sur la réorganisation du système de santé ou sur l'organisation clinique ont à peu près tous recommandé de nouveaux rôles pour les infirmières, qu'il s'agisse de la Commission Clair sur les services de santé et les services sociaux (2000), de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002), du Forum sur la situation dans les urgences (1999), du Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer (2005), du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2005), du Comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines de l'Office des professions du Québec (2005). Dans tous les cas, la perspective mise de l'avant était double : utiliser les infirmières comme ressource pour dénouer des problèmes d'accessibilité aux services et les ramener dans des rôles qu'elles seules peuvent exercer dans la prestation des services infirmiers et médicaux.

¹⁵ Le projet de loi n° 90, sanctionné par l'Assemblée nationale en juin 2002 (L.Q. 2002, c. 33), est désigné dans le présent document « Loi 90 ».

2.1 Des rôles à choisir

Il est devenu évident que, dans le contexte de rareté des ressources médicales que nous connaissons aujourd'hui, les experts qui se penchent sur l'organisation clinique postulent que les rôles des médecins et des infirmières devront être complémentaires et s'inscrire dans une dynamique d'équipe interdisciplinaire dont ils seront le noyau central. Concrètement, cela veut dire que si nous voulons répondre aux besoins de santé de la population d'aujourd'hui et de demain, nous devons d'abord choisir les rôles infirmiers en fonction des services cliniques qui requièrent prioritairement leur présence. À cet effet, il faudra s'assurer que les médecins et les infirmières départagent leurs rôles dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services de santé. Ainsi, en toute cohérence, il y aura lieu d'arrimer la planification des effectifs infirmiers et la planification des services médicaux. D'autre part, il y aura une évolution nécessaire des responsabilités dévolues aux infirmières auxiliaires et aux autres techniciens de la santé.

Ce nouveau partage des activités est donc au cœur de la réorganisation du système de santé et de la réorganisation clinique qu'impose la nécessité de répondre aux besoins de la population dans un contexte de rareté des ressources professionnelles.

En 2002, le gouvernement du Québec a doté les ordres professionnels du domaine de la santé du levier juridique requis pour effectuer ce nouveau partage d'activités. En effet, il a adopté la Loi 90, qui en modifiait huit autres, dont celle des infirmières et des médecins, et qui a permis de mettre à jour les compétences distinctives ou partagées de onze professions de la santé. Les infirmières ont ainsi hérité d'une législation qui confère à leur champ d'exercice une portée plus large, reconnaissant du coup toute leur expertise et leur rôle central en matière de soins de santé.

Cette loi a redéfini, entre autres, les activités des infirmières en s'appuyant sur la reconnaissance de leur jugement clinique. Sur cette base, elle leur confiait un rôle majeur au regard de l'évaluation, de la surveillance clinique et du suivi infirmier des clientèles. Elle leur permettait aussi d'aller plus loin dans les traitements médicaux invasifs. Au niveau de l'évaluation, elle leur attribuait de nouvelles activités telle l'initiation de tests diagnostiques et de mesures thérapeutiques à partir d'ordonnances collectives. Dans le cadre du suivi des patients, elle reconnaissait aux infirmières la

possibilité d'ajuster la médication et de traiter de façon autonome les plaies des patients. En matière de contribution aux politiques de santé publique, la profession s'est vu reconnaître deux activités importantes, à savoir le pouvoir de décider d'effectuer des tests de dépistage pour les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et aussi de procéder à la vaccination sans ordonnance. Autant d'activités pertinentes pour l'intervention en première ligne et en soins aigus. De plus, la loi permettait de créer la fonction d'infirmière praticienne spécialisée.

2.2 Le *Plan thérapeutique infirmier* : au cœur de la collaboration avec les infirmières auxiliaires

La Loi 90, en modifiant le champ d'exercice infirmier, a introduit une activité réservée aux infirmières, à savoir de déterminer et ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI) en lien avec les activités d'évaluation, de surveillance et de suivi infirmier. L'OIIQ a amendé, en avril 2005, les lignes directrices sur le PTI et en 2006, a établi la norme de documentation du PTI au dossier du patient. Toutes les infirmières du Québec ont reçu le document intitulé *Le plan thérapeutique infirmier : la trace des décisions cliniques de l'infirmière*. L'OIIQ a cédé au MSSS la licence d'utilisation du formulaire. Afin de rencontrer l'objectif de mise en vigueur généralisée fixé à avril 2009, les programmes de formation initiale ont intégré la formation sur le PTI et l'OIIQ déploie, dans l'ensemble des établissements de santé, un programme de formation à l'intention de toutes les infirmières.

Le PTI, élaboré par l'infirmière, permet de recentrer l'équipe de soins infirmiers et l'équipe interdisciplinaire sur les besoins prioritaires du client. Les directives de surveillance inscrites au PTI permettent de mieux établir et coordonner la collaboration des infirmières auxiliaires avec les infirmières, tel que convenu entre l'OIIQ et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). L'implantation du PTI dans tous les établissements s'avère donc une priorité.

2.3 L'ordonnance collective : un rendez-vous manqué!

Par ailleurs, à l'exception de l'infirmière praticienne qui a obtenu le droit de prescrire, la plupart des activités infirmières évoquées précédemment ne peuvent s'actualiser qu'au moyen d'une ordonnance collective médicale. C'est effectivement celle-ci qui permet aux infirmières de procéder aux tests diagnostiques, d'administrer et d'ajuster des médicaments, d'effectuer des traitements médicaux à des groupes particuliers et d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, sans attendre une ordonnance individuelle. Par ce mécanisme, on visait, entre autres, à réduire le temps d'attente dans les services d'urgence et à favoriser les consultations auprès des infirmières dans les GMF ou les CLSC.

Toutefois, c'est à chaque établissement de santé qu'on a laissé l'initiative d'élaborer et d'adopter des ordonnances collectives¹⁶. Si bien qu'aujourd'hui, quatre ans après l'adoption de la Loi 90, nous constatons que celles-ci se développent trop lentement, et ce, malgré la contribution financière du MSSS à un projet conjoint de formation de l'OIIQ et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) à l'intention des médecins et des infirmières. Cela, à tel point que les infirmières ne peuvent pas actualiser toutes les activités confiées par la Loi 90 et qui visaient à alléger l'activité médicale et à désengorger le système de santé.

En effet, l'actualisation des ordonnances collectives repose entièrement sur un processus local exigeant. Concrètement, cela veut dire que chaque établissement de santé doit faire le travail d'identifier les activités infirmières pour lesquelles il juge utile d'élaborer des ordonnances collectives, de dégager les ressources et le temps nécessaires pour les rédiger et ensuite de les faire adopter par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement. Dans les faits, actuellement, tout repose sur l'initiative de quelques médecins qui décident, avec les infirmières, de s'engager dans l'élaboration d'une ordonnance collective, puis de suivre le processus local avec toutes les énergies et le temps en ressources que cela implique. Sans compter que l'influence défavorable d'un seul médecin au détriment des autres, peut

¹⁶ Le Collège des médecins du Québec a révisé son règlement sur les normes relatives aux ordonnances médicales afin d'inclure l'ordonnance collective. Le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* est entré en vigueur en mars 2005.

faire avorter le processus. Il s'agit d'un travail colossal qu'il faut répéter pour chaque activité ou type d'activité identifié par chacun des établissements de santé. Donc, tant et aussi longtemps que les établissements ne détermineront pas d'activités prioritaires pour lesquelles il faut élaborer des ordonnances collectives, la bonne volonté des médecins et des infirmières risque fort de rester lettre morte. Sans compter que certains CSSS ne disposent pas de médecins au sein de leurs équipes de travail.

Par ailleurs, il faut mentionner qu'il s'est développé une initiative à caractère provincial propulsée par le leadership de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), soit l'ordonnance collective pour la contraception hormonale. Bien que cette ordonnance ait pris deux ans à être élaborée, elle a le mérite d'avoir fait l'objet d'un consensus entre les médecins, les infirmières et les pharmaciens, d'avoir été créée de manière centralisée, une seule fois donc, et de pouvoir s'appliquer partout dans la mesure où l'établissement se l'approprie selon le processus local. Sur ce dernier point, on nous informe que localement, certains médecins ne partagent pas cette priorité de santé publique.

2.3.1 Un processus à revoir

Bref, il est utopique de penser que la façon actuelle de procéder permettra de réaliser les nouveaux rôles infirmiers à l'échelle du Québec en laissant à la bonne foi et à la discrétion de chacun et selon ses moyens respectifs, l'élaboration d'ordonnances collectives. Il faut penser à un processus centralisé pour éviter les chevauchements inutiles et permettre de concrétiser les rôles attendus. Par exemple, on devrait inclure dans les politiques ministérielles, telles celles adoptées en oncologie ou pour les urgences, les propositions d'ordonnances collectives jugées appropriées. De plus, il pourrait être possible de faire basculer dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* certaines activités infirmières sans qu'une ordonnance collective soit requise comme cela a été fait pour l'usage de la contention ou pour la vaccination.

Dans le contexte actuel, tous s'entendent pour dire qu'il faut une certaine dose de courage pour s'attaquer à améliorer les services de santé au moyen de la Loi 90. Aussi, l'OIIQ est convaincu que la complexité de l'élaboration des ordonnances collectives

constitue un frein majeur à l'évolution des rôles infirmiers et à l'amélioration des services à la population. Il est donc urgent de revoir l'ensemble de ce mécanisme.

Quatre ans après l'entrée en vigueur de la Loi 90, un leadership ministériel s'impose pour accélérer sa mise en place. Le ministère doit mobiliser tout le réseau pour que la réforme du système professionnel soit menée à son aboutissement et plus particulièrement :

1. Déployer les nouvelles activités et responsabilités confiées aux infirmières par la Loi 90.
2. Départager les rôles entre les médecins et les infirmières pour améliorer l'accessibilité aux soins et aux services à la population.
3. Revoir le processus d'élaboration des ordonnances collectives pour permettre de les développer au maximum.
4. Basculer dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* certaines activités de prescriptions, notamment pour les médicaments d'usage courant, ceux liés aux soins de plaie et à la contraception hormonale.
5. Quant à l'OIIQ, il prend l'engagement de poursuivre les travaux conjoints OIIQ/OIIAQ sur le partage des activités.

CHAPITRE 3 —

LA RÉFORME DE LA FORMATION INFIRMIÈRE : UNE CLÉ POUR EXERCER LES RÔLES ATTENDUS

Dans le contexte où les rôles à confier aux infirmières deviennent un enjeu majeur pour le bon fonctionnement du système de santé, la question de la formation des infirmières devient tout aussi cruciale.

Le champ d'activité octroyé aux infirmières par la Loi 90 est étendu et exige des connaissances différenciées selon les contextes de soins et la complexité des clientèles. S'inspirant de cette même vision, la formation initiale des infirmières a fait l'objet d'une réforme en l'an 2000 qui a pris son assise sur la formation infirmière intégrée, communément appelée DEC-BAC. Cette formation est déployée depuis septembre 2001.

3.1 La réforme de la formation infirmière : le DEC-BAC

En effet, les 42 cégeps et 9 universités de la province, regroupés en neuf consortiums, offrent la formation DEC-BAC échelonnée sur cinq ans et menant à l'obtention d'un baccalauréat, avec droit de pratique aux termes de l'étape de trois ans du DEC, sous réserve de la réussite à l'examen de l'OIIQ. Ce programme DEC-BAC est issu d'un mandat du ministère de l'Éducation (MEQ) qui visait à établir un cadre d'intégration des programmes d'études collégiales et universitaires pour la formation infirmière. Ce renouvellement était rendu nécessaire pour rehausser la formation infirmière à la hauteur des nouveaux besoins reliés aux changements scientifiques, technologiques et organisationnels, et aussi pour étaler les apprentissages sur cinq ans au lieu de trois, le DEC ne parvenant plus à préparer à exercer la profession dans tous les domaines de pratique.

Pour réaliser ce mandat, le MEQ s'est appuyé sur un Comité directeur qui, lui-même, a eu recours à un Comité des spécialistes sur la formation infirmière intégrée. Ce dernier s'est vu confier la tâche de :

- mettre en œuvre un continuum de compétences pour la pratique infirmière;
- préparer une formation qui lui est propre;
- identifier des compétences fondamentales.

Il en est résulté un cadre pour l'harmonisation des formations collégiales et universitaires, précisant les compétences dont lesquelles chaque niveau d'enseignement est responsable. Plus précisément, voici ce qui en est ressorti¹⁷ :

- la formation aux termes du programme collégial prépare l'étudiante à intervenir dans des situations courantes de soins, en utilisant principalement une intervention orientée vers les individus. Cette infirmière sera donc préparée à des activités cliniques de type soins généraux;
- la formation aux termes du programme universitaire prépare l'étudiante à intervenir dans des situations complexes de soins, en utilisant des interventions orientées vers les individus, la famille, la communauté et les clientèles spécifiques, avec un pouvoir de décisions cliniques élargi. Cette infirmière a la capacité de s'imposer dans les situations de collaboration intra et interprofessionnelle. Concrètement, cela impliquait, pour les experts, une formation universitaire pour les domaines de pratique des soins critiques, des soins de première ligne dans la communauté et de la santé mentale;
- dans le cadre de la formation infirmière intégrée, le niveau collégial demeure une voie de sortie sanctionnée après trois ans et qui donne accès au droit de pratique.

¹⁷ Comité directeur sur la formation infirmière intégrée (2000).

Ainsi, pour assurer une pratique autonome aux termes de l'un ou l'autre niveau de formation, il a été primordial de départager ce qui est réalisable dans le temps imparti à chacun des programmes d'études. En conséquence, le nombre d'heures d'enseignement requis par le degré d'approfondissement qu'exigent certains domaines cliniques fait que certaines compétences ne sont enseignées qu'aux 4^e et 5^e années du DEC-BAC. Tant et si bien qu'aujourd'hui, il n'y a pas de formation spécifique pour certains rôles exercés dans certains contextes de soins et auprès de certaines clientèles au niveau collégial. Il a été décidé de laisser plus de place dans le cursus collégial aux apprentissages liés aux soins en médecine et en chirurgie hospitalière.

Ce n'est pas nouveau que la formation des infirmières soit différenciée en fonction des rôles que celles-ci auront à exercer. Toutefois, la formation DEC-BAC est venue combler un besoin d'apprentissage approprié à un niveau de complexité de soins antérieurement mal couvert sur le plan de l'approfondissement des connaissances que nécessitent certaines clientèles et certains domaines de pratique. Pour assurer la sécurité des soins, il est donc fondamental de respecter le partage des compétences convenu entre les deux niveaux d'enseignement (collégial, universitaire) lors de la réforme de la formation infirmière.

3.2 Un décalage entre les compétences attendues et les exigences à l'embauche

Or, on a laissé à la discrétion des employeurs, sans qu'ils ne soient nécessairement informés de ce partage du développement des compétences entre les niveaux d'enseignement, les conditions d'embauche liées à la formation. Résultat : l'articulation entre la formation et la structure d'emploi est largement déficiente.

Par exemple, alors qu'il a été convenu, dans le cadre de la réforme de la formation infirmière, que les compétences en soins critiques, en soins dans la communauté et en santé mentale seraient désormais enseignées dans les 4^e et 5^e années du DEC-BAC, les milieux cliniques n'exigent pas le baccalauréat pour ces champs cliniques. Ils engagent chaque année des jeunes infirmières qui ne sont pas toujours préparées pour faire face aux situations complexes qu'elles vont devoir affronter dans ces trois

domaines de pratique. Par exemple, en soins critiques, plusieurs des 13 % de jeunes qui y commencent leur pratique témoignent de leur difficulté à exercer dans ce domaine étant donné le rythme, la complexité et l'intensité des activités cliniques qu'on y retrouve.

3.3 Le choix du Québec : un choix à gérer

La question de la formation des infirmières dans un contexte de pénurie où les professionnels doivent se concentrer sur les rôles qu'eux seuls peuvent exercer est névralgique. Sur cette question, deux écoles de pensée s'affrontent. Certains prétendent qu'en période de pénurie de personnel, la priorité devrait être mise à former des infirmières le plus rapidement possible, maintenant ainsi le niveau de formation au plus bas possible. D'autres, devant la complexification de la demande de services, optent pour un niveau de formation rehaussé afin de faire face aux défis de la pratique d'aujourd'hui et de demain.

Le Québec et le Canada ont fait le choix de la deuxième école de pensée. Ils ont toutefois opté pour des stratégies différentes. Alors que le Canada a fait globalement le choix du baccalauréat comme seule formation initiale pour accéder à la profession d'infirmière¹⁸, le Québec a fait le choix d'une formation rehaussée de cinq ans mais en maintenant la délivrance d'un permis après trois ans.

Plus difficile à gérer, le choix du Québec demeure approprié à condition qu'il y ait une extrême cohésion entre la formation et les conditions d'embauche, ce qui n'est pas le cas actuellement. En effet, aucun permis n'est associé au fait que le baccalauréat est le seul à préparer aux domaines des soins critiques, des soins de première ligne dans la communauté et des soins en santé mentale. Dans le contexte des départs massifs à la retraite, la nécessité du bon niveau de qualification dès l'entrée dans la profession est d'autant plus élevée que la transmission des connaissances par le personnel expérimenté est limitée, et les conditions d'intégration et d'encadrement nécessairement

¹⁸ Actuellement, seules les infirmières du Québec, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut et certaines du Manitoba peuvent entrer dans la profession avec une formation collégiale (AIIC et ACESI, 2007, p. 36).

diminuées. Le décalage actuel entre les compétences attendues et les exigences à l'embauche ne peut plus durer; il est nuisible pour tous. Le partage des compétences entre les niveaux d'enseignement doit se refléter dans la structure d'emploi! Il en va de la protection du public et d'un exercice compétent et satisfaisant de la pratique infirmière. Il en va aussi de la rétention de la relève qui doit arriver dans la pratique avec une préparation adéquate pour qu'elle ait confiance en sa compétence, ce qui la conduira à être satisfaite de son travail et à rester dans la profession. En conséquence, l'OIIQ propose de créer un permis d'infirmière clinicienne aux termes du DEC-BAC ou du baccalauréat en formation initiale.

Six ans après la mise en place de la formation DEC-BAC, le MSSS et le réseau des établissements de santé doivent prendre tous les moyens pour articuler formation et structure d'emploi. Pour ce faire, il faut :

1. Adopter une structure d'emploi qui respectera le partage des compétences entre les niveaux d'enseignement et assurer son implantation dans le réseau public de la santé.
2. Créer un permis d'infirmière clinicienne aux termes du DEC-BAC ou du baccalauréat en formation initiale.

CHAPITRE 4 — DES CIBLES DE PLANIFICATION À PRIORISER

Tant et aussi longtemps que l'exercice de planification des effectifs infirmiers se fera de façon globale sans distinction des domaines de pratique et des rôles attendus, des compétences requises par ces domaines et ces rôles, nous ne trouverons pas de solutions spécifiques pour gérer la rareté des effectifs infirmiers.

En conséquence, outre les recommandations générales proposées précédemment concernant l'application de la Loi 90 et les recommandations subséquentes sur les conditions de travail qui visent l'ensemble des infirmières, il faut prioritairement planifier, à court terme, les effectifs infirmiers dans cinq domaines de pratique, soit : **les soins critiques, les soins de première ligne dans la communauté, la santé mentale, les soins périopératoires et la prévention et le contrôle des infections**. Il faut aussi planifier d'accélérer l'introduction des infirmières praticiennes spécialisées dans les domaines de la néphrologie, de la cardiologie, de la néonatalogie et des soins de première ligne.

Pourquoi ces cinq domaines de pratique?¹⁹

D'abord, la plupart de ces domaines sont très touchés par la courbe démographique du Québec. Dans les domaines des soins de première ligne dans la communauté, de la santé mentale et des soins périopératoires, la moyenne d'âge, au 31 mars 2007, est plus élevée que la moyenne générale de 43,2 ans pour l'ensemble des infirmières qui exercent la profession. Elle est respectivement de 44,5 ans, 46,7 ans et 46,1 ans. En santé mentale et en soins périopératoires, plus de 42 % des infirmières sont âgées de 50 ans ou plus.

¹⁹ Pour une définition détaillée de chaque domaine de pratique, voir Annexe, Fiche 1.

Dans le domaine des soins critiques nous assistons au phénomène inverse, soit à un rajeunissement accéléré : 26 % des infirmières ont moins de trente ans et 51 % ont moins de cinq ans d'expérience. De plus, 13 % des infirmières y commencent leur pratique. Le problème réside dans l'intégration de ces jeunes et dans la difficulté de les y retenir. Nous assistons dans ce secteur à un mouvement de main-d'œuvre intense et à la difficulté de combler les postes disponibles.

Les soins dans la communauté sont, quant à eux, l'objet d'une réorganisation qui amène à redéfinir les rôles et les responsabilités des différents professionnels y œuvrant. En première ligne, par exemple, le réseau s'organise pour garantir l'accès aux soins sur une base territoriale et le suivi des clientèles les plus vulnérables. Le suivi des personnes présentant des maladies chroniques sollicitera à lui seul un grand nombre d'infirmières dans les années à venir et les stratégies d'accès aux soins requerront un nombre important d'infirmières cliniciennes et aussi de praticiennes de première ligne. Les responsabilités de prise en charge et de suivi exercées en première ligne se déploient dans un cadre exigeant de l'infirmière une très grande autonomie professionnelle. Plus particulièrement, l'infirmière œuvrant dans le domaine des soins de première ligne dans la communauté est appelée à prendre plusieurs décisions cliniques d'importance.

Nous assistons à un phénomène de réorganisation de même nature dans le secteur de la santé mentale où les instances ministérielles ont décidé de faire de la première ligne la voie d'entrée dans le système de soins, pour le suivi des patients et leur rétablissement, réservant la deuxième et la troisième lignes pour les activités spécialisées ou surspécialisées. Ces mêmes orientations sont accompagnées d'un partage des responsabilités professionnelles qui exigeront des infirmières qu'elles puissent effectuer des évaluations, y compris des troubles mentaux et du retard mental²⁰, agir en intervenantes pivot et établir une interface efficace avec les autres professionnels impliqués dans le suivi d'un patient.

²⁰ Sous réserve d'une attestation de formation de deuxième cycle délivrée par l'OIIQ (OPQ, 2005).

Les soins critiques, comme les soins périopératoires, constituent à court terme les pierres d'achoppement du système en termes d'accès et de suivi des patients. Régulièrement la population du Québec est confrontée à des ralentissements de services — pour ne pas dire à des ruptures de services dans ces secteurs — faute de personnel suffisant. Or, il importe de bien définir de quel type d'infirmières ces deux domaines de pratique ont besoin pour assurer la sécurité des soins pour des patients ayant un état de santé souvent précaire et complexe.

Enfin, la prévention et le contrôle des infections deviennent des priorités de haute importance pour le système de santé québécois face à l'ampleur et aux conséquences dramatiques qu'ont prises ces dernières années les infections transmises lors de soins de santé en centre hospitalier ou dans la communauté. Les événements liés au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), au *Clostridium difficile* (*C. difficile*), à la hausse constante des agents multirésistants (SARM-AC, SARM et ERV) ainsi qu'à l'anticipation d'une pandémie d'influenza exigent un redressement significatif du système québécois de prévention et de contrôle des infections et de surveillance pour lui permettre de détecter et de gérer rapidement les éclosions. Tous ces événements ont révélé le rôle clé des infirmières en prévention et contrôle des infections et les autorités gouvernementales confirment celles-ci dans ce rôle de premier plan pour lequel l'activité et l'expertise se développeront et s'intensifieront.

Au 31 mars 2007, 21 904 infirmières exerçaient dans quatre des cinq domaines de pratique, soit 33 % des 65 892 membres de l'OIIQ qui exercent la profession. Cet effectif se répartit comme suit : 13 % (8 633) en soins critiques; 10 % (6 564) en soins de première ligne dans la communauté; 6 % (4 087) en santé mentale et 4 % (2 620) en soins périopératoires. De plus, selon l'INSPQ²¹, 320 infirmières exerceraient dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections en 2007. On s'attend à ce que ce nombre augmente dans les prochaines années puisqu'il s'agit d'un domaine de pratique en émergence et qu'on prévoit consolider de manière importante.

²¹ Données de l'INSPQ.

4.1 Les soins critiques²²

Toutes les études de tendance convergent pour dire que le domaine des soins critiques qui fait référence aux unités de soins intensifs, de soins intensifs en néonatalogie, aux unités réservées aux grands brûlés et aux salles d'urgence va constituer dans les prochaines années le domaine où l'on risque de trouver les plus grands besoins ainsi qu'une concentration importante d'infirmières formées pour répondre à des besoins complexes. La clientèle en soins critiques se retrouve souvent entre la vie et la mort et nécessite des interventions à la fine pointe des techniques invasives et des méthodes de réanimation et de surveillance clinique. D'ores et déjà, des provinces canadiennes et d'autres pays exigent des formations poussées pour les infirmières qui travaillent en soins critiques.

4.1.1 L'exemple des Hospices-CHUV : un centre hospitalier universitaire d'envergure européenne

Par exemple, le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) de Lausanne, qui joue un rôle de pointe dans le domaine de la formation et de la recherche dans de nombreux domaines cliniques et qui tient lieu de référence à travers la Suisse et l'Europe, a développé une formation en soins intensifs d'une durée de deux ans (800 heures) en cours d'emploi et qui inclut des stages aux soins intensifs de chirurgie et aux soins intensifs de médecine. Le CHUV exige qu'au moins 35 % de son personnel infirmier en soins intensifs ait réussi cette formation. Selon cet institut, un tel niveau de formation est requis devant les spécificités accrues du travail en soins critiques, comme des patients dont les pronostics vitaux sont en jeu, un environnement technologique sophistiqué, des situations de stress et d'urgence fréquentes et des examens et traitements invasifs.

²² Définition : unités de soins qui regroupent des activités de soins spéciaux pour des patients présentant, majoritairement, une instabilité hémodynamique exigeant une surveillance continue et requérant une présence constante du personnel infirmier (MSSS, communication personnelle, juin 2007).

4.1.2 L'exemple de l'Ontario

Plus près de nous, l'Ontario déploie depuis 2004 une stratégie de renouvellement complète des soins aux malades en phase critique axée sur l'accès, la qualité et la gestion des ressources à l'échelle du système²³. Bien que comportant sept volets, les mesures liées à la formation et à l'acquisition des compétences en soins critiques occupent une place prépondérante, soit un système de perfectionnement et d'encadrement pour le personnel en place; l'implantation d'équipes de « coachs » visant la responsabilisation de chacun et l'atteinte des standards de pratique; un plan de dotation des ressources humaines comportant des standards de pratique en soins infirmiers et des programmes de formation correspondants, dont un programme de 15 crédits spécifiques à l'intérieur du baccalauréat en sciences infirmières.

4.1.3 Une pratique qui dépasse largement la maîtrise des situations courantes

Il vaut la peine de relater quelques motifs sortis des études de l'Ontario qui l'ont mené à implanter une telle stratégie spécifique. Ils offrent à eux seuls un plaidoyer puissant pour une formation propre aux soins critiques : les patients qui ont besoin de soins critiques sont dans un état précaire et leur vie est menacée; les soins à ces patients exigent l'utilisation d'une ventilation mécanique, de technologies sophistiquées et d'une médication complexe; la demande de soins critiques est sans cesse croissante en raison du vieillissement de la population, du développement des hautes technologies et des médicaments et aussi des attentes de nos sociétés envers « la vie à tout prix »; des soins intenses et constants doivent être prodigués 24 heures durant; lorsque les services en soins critiques ne sont pas disponibles de manière appropriée, cela a une conséquence sur les autres services de l'hôpital tels que les chirurgies et les transplantations d'organes. Bref, une situation de crise dans les soins critiques a un impact important sur les autres services de l'hôpital.

²³ Ministry of Health and Long-Term Care (s.d.) ; Ontario Critical Care Steering Committee (2005) ; Secrétariat des soins infirmiers (2006).

Ainsi, l'expertise en soins critiques dépasse largement la maîtrise des situations cliniques courantes et des aspects techniques inhérents à ce domaine de pratique. L'expertise se développe par l'intégration d'une quantité considérable de connaissances théoriques et cliniques, de plus en plus variées et complexes. Le rôle crucial de l'infirmière pour la survie du patient requiert une grande habileté à détecter et à prévenir la détérioration du patient, à dépister les crises et à les gérer avec efficacité. Indéniablement, ces compétences sont absolument requises pour la sécurité des soins, dès l'entrée dans ce domaine de pratique. Sans compter les liens qu'elle doit établir avec les familles qui sont aux prises avec de grandes inquiétudes. Au Québec, les soins critiques ne s'enseignent qu'au niveau universitaire, pour lesquels 15 crédits sont offerts à l'intérieur du baccalauréat et qui incluent des périodes de stage et de laboratoire.

Pour le personnel infirmier et pour la sécurité des patients, le décalage entre la formation et les compétences attendues dans le domaine des soins critiques n'est plus soutenable. Il faut demander le bon niveau de formation pour celles qui entrent dans le domaine et offrir à celles qui y œuvrent depuis peu un soutien clinique adéquat, car les infirmières expérimentées n'ont pas la capacité d'intégrer adéquatement un nombre aussi important de nouvelles infirmières.

4.2 Les soins de première ligne dans la communauté²⁴

« Aujourd'hui, environ 70 % des infirmières travaillent dans les hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée. En 2020, [...] environ 75 % travailleront dans la collectivité²⁵. »

²⁴ Pour les fins du mémoire, nous excluons des soins dans la communauté les soins liés à la santé mentale, car nous les traitons dans un ensemble particulier qui inclut tous les niveaux et les lieux de services de santé mentale et de psychiatrie. Cela correspond à l'organisation spécifique des services de santé mentale du réseau de la santé et des services sociaux.

²⁵ Sibbald (1995), cité dans AIIC (2006, p. 87).

4.2.1 Un domaine qui sollicite des rôles infirmiers élargis et redéfinis

Plusieurs des soins dispensés dans les collectivités sont et seront requis à la suite d'une chirurgie ou d'une hospitalisation, et il s'agit de services ponctuels qui impliquent la plupart du temps l'application de techniques dispensées de plus en plus à domicile ou en clinique externe. Toutes les infirmières peuvent intervenir auprès de ces patients et les infirmières auxiliaires pourraient y contribuer plus largement.

Une autre partie des soins dans la communauté et à domicile relève des services de première ligne et ils répondront avant tout aux besoins de suivi et de prise en charge des clientèles vulnérables, dont les personnes âgées avec de multiples pathologies et les personnes avec maladies chroniques. À elles seules, les maladies chroniques contribuent pour 87 % des incapacités et englobent 67 % des coûts directs des soins de santé au Québec²⁶. Devant ces maladies permanentes présentant des conditions pathologiques irréversibles, il n'est pas étonnant qu'on essaie, d'une part, d'en prévenir une grande proportion et, d'autre part, d'offrir des approches cliniques intégrées de suivi dans les communautés. Ces approches de prévention, de suivi systématique et de continuité des soins offrent le plus grand potentiel pour améliorer la qualité des services, la qualité de vie des patients et pour mieux maîtriser les coûts²⁷. Le succès de ces approches repose pour une bonne part sur l'intégration des infirmières cliniciennes à une équipe médicale et multidisciplinaire. Plusieurs analyses de ces modèles de soins, que ce soit à l'étape de leur planification ou de leur évaluation, confirment la pratique infirmière comme un enjeu majeur de leur efficacité²⁸.

Ces services se déploient au Québec principalement à partir des groupes de médecine familiale (GMF), des cliniques-réseau et des CSSS (mission CLSC). Ces services occupent et occuperont de plus en plus de place, car ils représentent les approches d'avenir sur lesquelles on compte pour désengorger le système de santé. D'ailleurs, le ratio actuel de deux infirmières cliniciennes par GMF est jugé insuffisant. Ce qui présume d'une augmentation des infirmières dans ces organisations dans les prochaines années.

²⁶ *PRIISME info* (2005, mars).

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Institut de recherche et documentation en économie de la santé (2006).

Les soins infirmiers de première ligne dans la communauté se réalisent sur la base d'une grande autonomie professionnelle, en interdisciplinarité, à domicile, dans les milieux de vie et en contexte ambulatoire. Ils comprennent :

- l'évaluation des problèmes de santé courants, y compris l'évaluation téléphonique d'Info-Santé;
- le suivi et la prise en charge de clientèles vulnérables, de personnes souffrant de maladies chroniques, de personnes vieillissantes ayant des déficits cognitifs et de personnes en fin de vie;
- les activités de promotion et de prévention liées au dépistage de problèmes de santé, à la contraception, aux infections transmissibles sexuellement et par le sang, à la petite enfance-famille et à la santé scolaire.

4.2.2 Les cliniciennes doivent demeurer dans le domaine des soins de première ligne dans la communauté

Dans de tels contextes de soins, on compte donc sur les infirmières cliniciennes pour exercer ces rôles et activités. Ces infirmières, détentrices d'un baccalauréat, composent déjà 46 % de l'effectif de ce secteur. Toutefois, les employeurs n'exigent plus nécessairement la formation universitaire pour y entrer, en raison de difficultés budgétaires et de recrutement. Le maintien de cette exigence de formation est nécessaire si on veut relever les défis des services de première ligne qui sont en expansion et qui exigent une latitude exceptionnelle de la part de l'infirmière. Comme en soins critiques, la formation en santé communautaire se donne au niveau universitaire par quinze crédits de formation spécifique dont trois prévus pour les stages. Seule la formation universitaire prépare à exercer dans le domaine des soins de première ligne dans la communauté, sur lequel on fonde le désengorgement du système de santé.

4.3 Les soins en santé mentale

Dans le domaine de la santé mentale, les infirmières détiennent une expertise spécifique qu'elles ont acquise au fil de leur expérience et de leurs activités de perfectionnement. Il n'y a plus ou presque plus d'infirmières sur le marché qui détiennent un diplôme en soins psychiatriques. Ce programme existait dans les années 70. Il existe toutefois une variété de certificats universitaires connexes au domaine de la santé mentale. En effet, ce secteur se caractérise par un vaste champ de connaissances tant sur le plan scientifique — psychopathologie, psychopharmacologie, neurobiologie — que sur le plan du savoir-faire — habiletés relationnelles, approche thérapeutique, réadaptation psychosociale et rétablissement. Si bien que les infirmières qui choisissent d'exercer dans ce domaine de soins y demeurent pendant une bonne partie de leur vie professionnelle. 37 % des infirmières qui exercent en santé mentale ont quinze ans et plus d'expérience²⁹, ce qui en fait les infirmières ayant le nombre le plus élevé d'années d'expérience dans un domaine clinique donné. Signalons que dans quatre provinces de l'Ouest canadien³⁰, les soins infirmiers psychiatriques autorisés constituent un domaine d'activités réglementées distinct de celui de l'infirmière généraliste.

4.3.1 Une pratique particulière en expansion

Face à cette réalité, le remplacement en bon nombre des infirmières en santé mentale, qui aura lieu de manière accélérée en raison de leur moyenne d'âge élevée (la plus élevée des domaines de pratique), doit nécessairement être comblé par de nouvelles infirmières qui auront reçu une formation spécifique en santé mentale. D'autant que cette pratique bien particulière est en train de s'intensifier et de s'approfondir au Québec dans le cadre de la mise en œuvre du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du MSSS. Ce plan repose sur une équipe de première ligne en CSSS qui donnera des soins et des services à des personnes souffrant de divers troubles mentaux ou à des personnes dont l'état de santé mentale est stabilisé après qu'on ait eu recours à des

²⁹ Parce que les fichiers de données du Tableau de l'OIIQ remontent à l'année 1991-1992, il n'est pas possible d'identifier les infirmières qui auraient exercé plus de 16 ans dans un même secteur d'activité.

³⁰ Les quatre provinces sont : le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique.

services spécialisés de deuxième ligne. En plus, des services de réadaptation et de rétablissement y seront offerts. L'équipe de santé mentale de première ligne est la voie d'accès privilégiée aux services de deuxième et de troisième lignes.

Ainsi, le domaine de la santé mentale fait référence à toute la gamme de services de santé mentale offerte par le réseau de la santé et des services sociaux : la promotion et la prévention, les services généraux et spécifiques de première ligne, les services de crise, les services spécialisés de deuxième ligne, les urgences psychiatriques, le suivi intensif, les services d'intégration sociale, etc. Ces services sont offerts dans la communauté, dans les hôpitaux, dans les cliniques spécialisées et sont organisés en un véritable continuum de services reliant tous les niveaux de services : première, deuxième et troisième lignes.

Les infirmières y exerceront des fonctions d'évaluation de la santé physique et mentale, de suivi intermédiaire et intensif, d'enseignement aux patients et à leur famille, de liaison avec les autres professionnels et entre les établissements de santé. Elles dépisteront aussi les risques de rechute et de problèmes connexes. Les infirmières pourront aussi être demandées en consultation ou en supervision auprès de leurs collègues des unités de soins physiques ou d'autres secteurs tels que la santé scolaire, de même que les soins à domicile où des personnes présentant des troubles mentaux reçoivent déjà des services en raison de leur condition physique. Ces activités s'exerceront donc dans tous les milieux de pratique et plusieurs activités seront partagées avec d'autres professionnels. Il est aussi prévu que les infirmières pourront évaluer les troubles mentaux et le retard mental, sous réserve d'un certificat de spécialiste de l'OIIQ qui serait délivré à cet effet.

4.3.2 Une croissance de la demande anticipée

De plus, on s'attend à ce que la prévalence des problèmes de santé mentale s'accroisse dans nos sociétés modernes. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la demande de services en santé mentale ira en grandissant puisqu'on estime que 20 % de la population souffrira de problèmes de santé mentale au cours de sa vie. Toujours selon l'OMS, la dépression majeure est le premier problème de santé à travers le monde. « Au Québec, à tout moment, une personne sur six souffre d'une forme ou d'une

autre de maladie mentale. De plus, le Québec détient le triste record du plus haut taux de suicide au Canada³¹. »

Nous aurons donc besoin d'un bon nombre de nouvelles infirmières ayant des connaissances spécifiques en santé mentale, étendues et solides. Dans le cadre du DEC-BAC, le niveau de formation qui permet l'acquisition de ces connaissances est le premier cycle universitaire³². Si on veut intéresser et orienter un plus grand nombre d'infirmières dans ce domaine de soins, il faudra exiger cette formation pour y œuvrer. Il en va du maintien des infirmières dans le domaine de la santé mentale et il s'agit d'une condition pour apporter une pleine contribution aux approches de soins prometteuses du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du MSSS.

4.4 La formation existante et déterminée : une condition *sine qua non* pour la pratique infirmière dans trois domaines

Dans les domaines des soins critiques, des soins de première ligne dans la communauté et de la santé mentale, l'offre de formation n'existe qu'au niveau universitaire et ne peut se concevoir qu'en sus d'une formation infirmière générale de base. Ce niveau de formation doit absolument être respecté et il doit devenir une condition *sine qua non* pour l'embauche des nouvelles infirmières. Il doit aussi être vu comme une mesure des plus structurantes pour stabiliser les équipes.

Ainsi, l'OIIQ propose qu'un permis d'infirmière clinicienne soit requis pour travailler dans ces trois domaines de pratique. Il en va de la qualité des soins, de l'attrait et de la rétention des infirmières dans ces domaines de pratique! En effet, à la lumière de l'expérience passée, l'OIIQ est d'avis que seule l'exigence d'un permis garantira le respect du partage des compétences dans la structure d'emploi, car jusqu'à maintenant aucune autorité concernée n'a respecté ni montré de détermination à respecter ce partage par ses exigences d'embauche.

³¹ MSSS (2005a, p. 8).

³² Le Rapport Trudeau sur la *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines* exige toutefois le deuxième cycle universitaire pour deux nouvelles activités que se verraient bientôt octroyer les infirmières, à savoir : évaluer les troubles mentaux et évaluer le retard mental (OPQ, 2005).

En vertu de cette orientation, l'OIIQ octroierait un permis d'infirmière clinicienne à toutes les infirmières ayant deux ans d'expérience et plus dans ces secteurs et prévoirait des mesures transitoires pour permettre à celles ayant moins de deux ans d'expérience d'acquérir les crédits de formation nécessaires. Des passerelles de transition y compris des mesures de formation particulières devront aussi être planifiées pour toutes les infirmières provenant des autres secteurs et qui souhaiteraient travailler dans les trois domaines ciblés.

De même, il faudra s'assurer d'aménager des mécanismes de transition adaptés aux régions éloignées afin de tenir compte des bassins spécifiques de recrutement d'infirmières qui peuvent différer passablement de ceux des autres régions du Québec, notamment en raison de leurs infrastructures d'enseignement.

4.4.1 Une orientation réaliste

Selon les données actuelles de l'OIIQ sur le nombre de bachelières, les projections de nouvelles bachelières et les mouvements de main-d'œuvre dans les trois domaines de pratique, il est réaliste d'avoir le nombre de cliniciennes requises sans dépouiller les autres secteurs où des rôles d'infirmières — par exemple, les rôles « pivot » ou de coordination — requièrent aussi l'apport des cliniciennes. En effet, malgré le nombre imposant de sorties observées chaque année — notamment dans les domaines cliniques des soins critiques et des soins de première ligne dans la communauté — il est possible et réaliste, avec le bassin de recrutement actuel et des durées de transition adaptées, de demander un permis d'infirmière clinicienne pour œuvrer dans les trois domaines cliniques ciblés tout en réussissant à pourvoir les postes qui demandent des cliniciennes dans les autres domaines de pratique, tels que l'oncologie et la gériatrie. Ces calculs sont détaillés à l'Annexe, Fiche 2.

4.5 Les soins périopératoires³³

L'accès et les délais d'attente pour les chirurgies sont des préoccupations de tous les instants dans notre système de santé, si bien que la situation des salles d'opération demeure une priorité de très haut niveau pour la population et le gouvernement du Québec.

Dans ce contexte, l'OIIQ, en concertation avec la Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec (CIISOQ), s'est attelé à trouver des solutions structurantes à la situation. Ces solutions ancrées dans la réalité du Québec, tout en étant inspirées d'expériences étrangères, surtout de l'Amérique du Nord, ont été regroupées dans une proposition de plan de relève infirmière dans les salles d'opération.

Au cours des travaux, quatre constats se sont imposés :

- 42 % des infirmières en soins périopératoires ayant 50 ans et plus, le départ à la retraite des infirmières dans ce secteur s'accélérera au cours des prochaines années et le transfert de l'expertise aux nouvelles infirmières sera de plus en plus difficile;
- depuis déjà plusieurs années, la formation initiale, tant de niveau collégial que de niveau universitaire, ne prépare pas les nouvelles infirmières à travailler en soins périopératoires. Il devient donc difficile d'intéresser les infirmières à ce secteur clinique et d'assurer une relève;
- les établissements mobilisent des ressources financières et professionnelles importantes pour développer chacun leur programme-maison d'une durée de six à neuf mois, sans garantie de rétention. Ces programmes ne sont pas standardisés à l'échelle du Québec et ne sont pas agréés par une instance externe;

³³ Cette section réfère au mémoire conjoint OIIQ-CIISOQ d'octobre 2007, *Plan de relève et de rétention des infirmières de salle d'opération*.

- le règlement régissant la formation des infirmières premières assistantes devient de plus en plus difficile d'application pour les établissements, tant et si bien que cette fonction est occupée par des médecins ou par des infirmières non formées à cette fin. Il s'ensuit un glissement des activités de service interne vers la première assistance.

Face à ces constats, les principaux éléments de solutions proposés, qui pourront s'appliquer tant dans le secteur public que privé, sont les suivants :

- reconnaître le rôle particulier des infirmières de salle d'opération;
- améliorer la polyvalence des infirmières de salle d'opération en formant toutes les infirmières pour accomplir la première assistance en chirurgie, en plus du service interne, du service externe et du service en salle de réveil;
- réorganiser le travail au bloc opératoire en assurant une utilisation judicieuse des infirmières, notamment comme première assistante en chirurgie et en introduisant des infirmières auxiliaires en service interne;
- élaborer des lignes directrices pour assurer la sécurité dans les blocs opératoires.

4.6 La prévention et le contrôle des infections

En 2005, le Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales reconnaît d'emblée, dans son rapport de recommandations — appelé le « Rapport Aucoin » — que l'infirmière joue un rôle clé dans la lutte aux infections nosocomiales. Il propose, à travers la mise en place d'un important programme de prévention et de contrôle des infections (PCI), de confirmer l'autorité de l'infirmière dans ce domaine; il enjoint également les autorités concernées à la soutenir dans l'exercice de ces fonctions par de la formation continue et par une mise à jour constante de ses connaissances. Compte tenu de l'expertise de pointe que requiert ce domaine de pratique, il recommande aussi « que toutes les infirmières en PCI possèdent ou acquièrent dans les meilleurs délais la formation spécialisée requise pour l'exercice de

leurs fonctions³⁴. » De plus, un ratio est établi, à savoir : 1 infirmière spécialisée en PCI/ 100 lits pour les soins ultraspécialisés, 1/133 lits pour les soins généraux et spécialisés et 1/250 lits pour les soins de longue durée.

Dès lors, l'OIIQ s'engage dans la création d'une spécialité infirmière en PCI. En effet, l'infirmière qui se consacre à la prévention et au contrôle des infections doit avoir des connaissances scientifiques, notamment en microbiologie, en infectiologie ainsi qu'en épidémiologie et en statistique pour exercer dans ce domaine. Ces connaissances nécessaires n'étant pas enseignées dans les programmes de soins infirmiers de formation initiale, la spécialité en PCI requerra l'obtention d'un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) dans cette spécialité.

La création de la spécialité en PCI est appuyée par l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec (AMMIQ), par la Direction générale de la santé publique du MSSS et récemment par le Bureau du coroner, à la suite de son enquête sur les seize décès survenus à l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe. La formation de deuxième cycle en PCI existe déjà à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal depuis l'automne 2005 et d'autres universités pourraient emboîter le pas pour développer un programme adéquat. Mentionnons le DESS offert par la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

4.7 L'infirmière praticienne spécialisée

Recommandée par la Commission Clair et la Commission Romanow, l'introduction d'infirmières praticiennes spécialisées dans le réseau de la santé visait à augmenter l'accessibilité aux soins et services de santé et à répondre aux besoins de la population qui, en raison de son vieillissement, présente des conditions de santé de plus en plus complexes et des pathologies multiples. En effet, les données probantes révèlent que les infirmières praticiennes améliorent l'accès aux soins de santé, notamment parce qu'elles peuvent prodiguer, en plus de soins infirmiers complexes, certains soins médicaux en toute autonomie, dont la prescription de médicaments. Au moment où la demande de suivis médicaux reliés au vieillissement de la population et aux maladies

³⁴ Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2005).

chroniques augmente, on voit cette nouvelle professionnelle comme le chaînon manquant aux solutions nécessaires pour remédier à la rareté des ressources médicales et infirmières.

Au Québec, la Loi 90 a modifié la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* pour permettre leur introduction. Quatre domaines de pratique ont été choisis pour ces nouveaux rôles, soit la néphrologie, la cardiologie, la néonatalogie et les soins de première ligne. Présentement, l'arrivée d'infirmières praticiennes spécialisées dans les trois premiers domaines de pratique se fait au compte-gouttes : elles sont un peu moins d'une vingtaine à y travailler. Quant à l'infirmière praticienne en soins de première ligne, l'entrée en vigueur récente du règlement permettant le développement de ce rôle nous situe à l'étape de la planification des besoins.

Pour les quatre domaines ciblés, cette étape est cruciale puisqu'à la lumière de ce qui se passe dans les domaines de la néphrologie, de la cardiologie et de la néonatalogie, on constate qu'un développement sans cible significative nous entraîne dans un rythme de croisière tellement lent qu'on n'arrivera jamais à créer l'effet recherché, soit aider à débloquer l'accès aux soins et aux services médicaux dans les secteurs concernés. Cette planification doit se faire en lien avec la planification des effectifs médicaux puisqu'il s'agit pour l'essentiel d'introduire dans ces secteurs un nouveau mode de pratique fondé sur un tandem médecin-infirmière. À l'instar de l'Ontario, l'OIIQ pense que seule l'introduction d'une masse critique d'infirmières praticiennes est porteuse de succès, d'une part, pour attirer des candidates dans cette profession et d'autre part, pour combler les besoins de la population à un niveau jugé satisfaisant. Le temps de formation qu'exigent ces nouveaux rôles commande qu'on accélère et intensifie tout de suite leur développement si on veut atteindre les buts visés dans les bons délais. Une planification comprenant cible et échéancier de développement s'impose donc à court terme. Les ratios déterminés serviront aussi à établir le « plancher » de postes requis, car tant et aussi longtemps qu'il n'y aura pas de garantie de postes pour ces fonctions, nous n'arriverons pas à intéresser des candidates à ces formations.

Pour l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, il est possible d'établir tout de suite une cible précise et structurante. Nous savons que l'introduction des infirmières praticiennes en soins de première ligne vise à mieux répondre aux

besoins des 1,5 million de Québécois qui n'ont pas d'omnipraticiens et que les soins dans la communauté et le suivi systématique de clientèles ne cesseront de prendre de l'ampleur. Par comparaison, l'Ontario dispose actuellement de 800 infirmières praticiennes en soins de première ligne³⁵ pour une population de 12,5 millions. En conséquence, l'OIIQ suggère une cible équivalente de 500 pour le Québec à atteindre dans les cinq prochaines années.

Afin d'assurer la gestion du développement de l'effectif infirmier par niveau de formation³⁶, c'est-à-dire en lien avec les rôles attendus, il devient pressant :

1. De délivrer un permis d'infirmière clinicienne à toutes les infirmières détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières et à toutes les infirmières ayant deux ans d'expérience et plus dans un ou plusieurs des domaines suivants : soins critiques, soins de première ligne dans la communauté et soins en santé mentale.
2. D'exiger ce permis pour exercer la profession d'infirmière dans ces domaines.
3. De reclassifier dans le titre d'emploi d'infirmière clinicienne prévu aux conventions collectives les infirmières ayant obtenu ce permis et exerçant dans ces trois domaines.
4. De prévoir une période de transition de trois à cinq ans en rendant accessibles les crédits universitaires pour les infirmières qui ont moins de deux ans d'expérience dans ces domaines.
5. Pendant cette période, d'aménager des passerelles de transition, y compris des stratégies de formation particulières, permettant aux infirmières qui travaillent dans d'autres domaines et qui ne répondent pas aux nouveaux critères d'embauche de s'y conformer si elles le souhaitent.

³⁵ College of Nurses of Ontario (2007, 29 août).

³⁶ Illustré dans *L'offre des infirmières des cinq prochaines années* à l'Annexe, Fiche 3.

6. Dans les soins de première ligne dans la communauté, d'augmenter le ratio d'infirmières cliniciennes dans les groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques-réseau.
7. De garantir pour les autres domaines de pratique un nombre suffisant d'infirmières cliniciennes pour assurer le suivi systématique de clientèles et les rôles d'infirmières pivot.
8. D'assurer la relève infirmière dans les salles d'opération³⁷ :
 - reconnaître le rôle particulier des infirmières de salle d'opération. Plus précisément :
 - o intéresser les jeunes infirmières à l'exercice en salle d'opération;
 - o uniformiser la formation en soins infirmiers périopératoires;
 - o délivrer un permis pour exercer en salle d'opération;
 - o reconnaître le titre d'infirmière en soins périopératoires et première assistance;
 - améliorer la polyvalence des infirmières de salle d'opération en formant toutes les infirmières à accomplir la première assistance en chirurgie, en plus du service interne, du service externe et du service en salle de réveil;
 - réorganiser le travail au bloc opératoire en assurant une utilisation judicieuse de l'infirmière comme première assistante en chirurgie et en introduisant des infirmières auxiliaires en service interne;
 - élaborer des lignes directrices pour assurer la sécurité dans les blocs opératoires.
9. De créer la spécialité infirmière en prévention et en contrôle des infections, plus particulièrement :

³⁷ Pour plus de détails, se référer au mémoire conjoint OIIQ-CIISOQ d'octobre 2007, *Plan de relève et de rétention des infirmières de salle d'opération*.

- compléter, dans les meilleurs délais, la démarche de création de cette spécialité en soumettant, entre autres, un projet de règlement à cet effet à l'Office des professions du Québec (OPQ);
- viser le ratio d'une infirmière spécialisée en PCI/ 100 lits pour les soins ultraspécialisés, 1/133 lits pour les soins généraux et spécialisés et 1/250 lits pour les soins de longue durée;
- adopter en conséquence les stratégies nécessaires liées à la promotion, à la formation et à la garantie de postes, pour y parvenir.

10. D'accélérer et d'intensifier l'introduction d'infirmières praticiennes spécialisées. Pour ce faire :

- établir des plans de développement en lien avec les plans d'effectifs médicaux des domaines concernés;
- déterminer et former le nombre d'infirmières praticiennes requises dans les domaines de la néphrologie, de la cardiologie et de la néonatalogie;
- établir un ratio d'infirmières praticiennes dans ces départements;
- viser l'introduction de 500 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.

CHAPITRE 5 — GARANTIR UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL COMPÉTITIF

Dans un contexte de rareté de ressources et de vieillissement des effectifs, la rétention des infirmières constitue une stratégie incontournable d'un plan global de planification. Or, là-dessus, nous constatons une diminution de la proportion des infirmières exerçant dans le réseau public. De même, on constate l'augmentation du nombre d'infirmières en agences privées de placement et l'augmentation de retraites prématurées.

En effet, selon le Tableau de l'OIIQ, la proportion d'infirmières exerçant dans le réseau public n'a cessé de diminuer. Alors qu'en 2001, elles étaient 87 % de l'effectif à exercer dans le réseau public, au 31 mars 2007, elles ne sont plus que 83 %. En corollaire, les membres déclarant avoir une agence privée comme employeur principal n'a cessé de croître depuis 2001-2002. En 2006-2007, près de 2 000 membres déclarent une agence privée comme employeur principal. Il s'agit d'une augmentation de 17 % par rapport à l'année précédente et d'une augmentation de 81 % depuis 2001-2002. Toujours selon le Tableau de l'OIIQ, dans le groupe d'âge des infirmières de 54 ans et plus, la proportion de celles qui arrêtent de travailler dans le réseau de la santé a augmenté, passant de 12 % en 1999-2000 à 16 % en 2006-2007.

De toute évidence, nous n'avons plus le choix de créer un environnement de travail compétitif, c'est-à-dire qui attire et retient les infirmières dans le réseau public. Un environnement compétitif implique un cadre de travail valorisant et stimulant sur le plan professionnel et des conditions de travail attrayantes. Cela exige des pratiques de gestion cohérentes avec l'établissement d'un tel environnement et adaptées à diverses réalités, dont les particularités des régions.

5.1 Un cadre de travail valorisant

Qu'est-ce qu'un cadre de travail valorisant? C'est un environnement qui reconnaît la compétence et l'appuie, favorise la stabilité des équipes, investit dans le soutien, l'encadrement clinique et la formation continue et crée un sentiment d'appartenance. Pour ce faire, les employeurs doivent considérer leurs employés comme un investissement et non comme une dépense. Ils doivent avoir la ferme conviction que le succès de toute entreprise dépend ultimement des connaissances, de la compétence et de la loyauté des employés³⁸. En période de rareté de ressources, investir dans le personnel infirmier représente, selon plusieurs études, une stratégie « gagnant-gagnant » parce qu'elle permet de maintenir le personnel infirmier en place et d'obtenir de meilleurs résultats en matière de qualité des soins et de satisfaction des patients. Certaines études ont même démontré une corrélation entre la satisfaction des infirmières et la mortalité des patients³⁹. Cette stratégie demeure toutefois peu empruntée.

En effet, plusieurs gestionnaires du réseau public de la santé confirment les uns après les autres ne pas disposer des conditions propices à l'instauration d'un tel cadre compétitif, dont des politiques budgétaires et de gestion cohérentes avec les facteurs de rétention et d'attrait. Ils font le plus souvent référence à des règles administratives ou syndicales contraignantes. Pire, les indicateurs de performance énoncés par le MSSS font souvent obstacles à l'investissement dans des mesures de rétention. Même l'embauche estivale des externes (étudiantes de deuxième année), qui s'était avérée une mesure efficace d'attraction, fait l'objet de coupes budgétaires. Des régions complètes n'en embauchent pas. Par ailleurs, la rigidité des conditions de travail ne permet pas la modulation de mesures pour la rétention du personnel. Par exemple, la rétention des moins de 30 ans ne passe pas nécessairement par les mêmes mesures que celles pour les plus de 55 ans.

³⁸ Fitz-Enz (2000), cité dans Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand Leclerc (2002, p. 31).

³⁹ Section inspirée de Viens *et al.* (2002).

5.1.1 La formation continue

Le soutien à la formation continue se révèle un facteur stratégique de la sécurité des soins. Tous les organismes professionnels en Amérique du Nord font du maintien et du développement des compétences la pierre d'assise de la protection du public et de la qualité des services. En effet, l'évolution rapide des connaissances dans le domaine des soins infirmiers et les changements de rôles, rappelés tout au long du présent mémoire, exigent que l'on poursuive le développement de l'expertise et la mise à jour constante des connaissances par des formations d'appoint.

En période de pénurie, les infirmières se plaignent de ne pas être libérées pour la formation continue. Selon le Tableau de l'OIIQ au 31 mars 2007, un peu plus de 34 % des infirmières exerçant dans le réseau public déclarent n'avoir eu aucune heure de formation continue dans la dernière année, 27 % moins de 15 heures, 22 % entre 16 et 30 heures. Seulement 17 % auraient reçu plus de 30 heures de formation.

Cette approche de gestion s'avère contre-indiquée pour assurer une rétention efficace à moyen et long termes, d'autant plus que, dans le contexte de l'application de la Loi 90 qui induit la mise en place d'équipes de soins infirmiers où l'infirmière joue un rôle de chef d'équipe, une mise à jour systématique des compétences s'avère indispensable pour exercer les activités confiées aux infirmières, particulièrement sur le plan de l'évaluation physique, des soins de plaie et de la gestion d'équipes. À noter que l'enseignement de ces dernières compétences devra être introduit dans les programmes de formation initiale.

De plus, pour avoir un effet positif sur l'attraction et la rétention, il faut voir la formation continue comme une opportunité de favoriser le cheminement professionnel et de carrière.

« Le fait d'offrir aux infirmières un perfectionnement professionnel rémunéré semble être l'une de mesures évidentes et fondamentales à mettre en œuvre pour faire renaître la satisfaction des infirmières et, surtout, contribuer à améliorer la santé de leurs patients (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002)⁴⁰. »

Pour répondre aux besoins de formation continue des infirmières, il faut déterminer des priorités de formation en fonction des rôles attendus et du contexte de soins et prévoir le financement approprié pour permettre le déploiement des activités de formation et le transfert des connaissances. Chacune des infirmières du réseau devrait avoir droit à 35 heures de formation continue pour laquelle les établissements devraient avoir une enveloppe budgétaire protégée sur une base annuelle⁴¹. Déjà, tous les établissements du Québec doivent investir un minimum de 1 % de leur masse salariale dans la formation continue. Si cette obligation était appliquée rigoureusement, les infirmières travaillant à temps plein pourraient déjà bénéficier de 18 heures de formation continue par année.

5.1.2 Le soutien et l'encadrement cliniques auprès de la relève

Le soutien et l'encadrement cliniques s'inscrivent dans les mêmes objectifs de sécurité des soins, de développement des compétences, d'attrait et de rétention que vise la mesure de la formation continue.

Soulignons d'abord que les infirmières et leurs supérieurs du réseau public de la santé estiment que le soutien clinique auprès de la relève doit être fortement renforcé au quotidien et, plus particulièrement, pendant les soirs, nuits et fins de semaine où les effectifs sont extrêmement réduits⁴².

⁴⁰ Viens, Hamelin Brabant, Lavoie-Tremblay et Brabant (2005, p. 43).

⁴¹ En vertu de l'Entente concernant les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens dans le cadre du régime d'assurance-maladie, les médecins ont droit à 10 jours de perfectionnement par année et à 20 jours pour ceux qui ont une pratique active dans les territoires déterminés par arrêté du Ministre.

⁴² Comité jeunesse (2006).

En effet, les gestionnaires du réseau ont maintes fois exprimé leur difficulté de fournir, pour les postes de soir, de nuit et de fin de semaine, un nombre suffisant d'infirmières expérimentées et d'obtenir les ressources nécessaires pour garantir une équipe de soins adéquate ainsi que l'encadrement clinique requis. L'intégration dans la profession exige le jumelage avec une infirmière expérimentée qui peut prendre différentes formes (encadrement, soutien clinique, mentorat, préceptorat, etc.).

Compte tenu de ce constat, nous insistons sur l'importance de confier à chaque établissement du Québec une enveloppe protégée lui permettant d'assurer le soutien clinique requis auprès de la relève, particulièrement le soir, la nuit et la fin de semaine et de mettre de l'avant des programmes de mentorat ou de préceptorat auprès des nouvelles graduées (CEPI).

5.1.3 La situation d'emploi

Plusieurs études établissent une corrélation entre le statut d'occasionnel et les taux de départ des infirmières. Par exemple, une étude de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit que « les infirmières employées à titre occasionnel affichent un taux de départ environ deux fois plus élevé que celui des infirmières à temps partiel ou à temps plein⁴³. »

Il en va de même, lorsqu'on observe les données du Tableau de l'OIIQ des cinq dernières années sur ce sujet, en moyenne 11,5 % des infirmières à temps partiel occasionnel quittent leur région d'emploi comparativement à 6 % des infirmières qui ont un emploi à temps partiel régulier ou à temps complet⁴⁴.

Or, il y a encore une bonne proportion de postes à temps partiel occasionnel pour les infirmières du réseau de la santé, particulièrement dans certaines régions. Parmi les nouvelles infirmières⁴⁵, 40 % déclarent, au 31 mars 2007, avoir un emploi à temps complet régulier, 36 % un emploi à temps partiel régulier et 24 % à temps partiel

⁴³ ICIS (2006).

⁴⁴ Ces infirmières obtiennent un emploi dans une autre région ou cessent de travailler ou cessent de s'inscrire au Tableau.

⁴⁵ Les nouvelles infirmières sont celles qui ont obtenu leur permis entre 2001 et 2006.

occasionnel. Dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac St-Jean, de la Mauricie et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, c'est de 52 à 73 % des nouvelles infirmières qui déclarent avoir un emploi à temps partiel occasionnel⁴⁶. Dans l'ensemble de l'effectif infirmier qui exerçait la profession au 31 mars 2007, 56 % des infirmières déclarent avoir un emploi à temps plein régulier, 32 % à temps partiel régulier et 12 % à temps partiel occasionnel⁴⁷. En comparaison, les enseignants, les ingénieurs et les architectes occupent des postes à temps plein dans des proportions allant de 85 % à 94 %⁴⁸.

Il faut renverser l'idée trop répandue que les infirmières, principalement des femmes, apprécient un statut d'emploi précaire. L'attraction à une carrière exigeante et requérant des études universitaires et collégiales, comme celle des infirmières, ne peut reposer sur le temps partiel. Le temps partiel répond à des impératifs budgétaires des établissements de santé qui ont réduit les équipes de base et qui s'appuient sur une vision industrielle de la production des soins. Les années 90 où des milliers d'infirmières attendaient d'être appelées au travail sont définitivement révolues.

Un des effets pervers de la fragmentation et de la réduction des équipes est celui de la popularité grandissante des agences privées de personnel où l'infirmière, plutôt que d'être contrainte de travailler les jours choisis par l'employeur, décide de son offre de journées, sans compter que le taux horaire est supérieur dans ces agences. La situation s'est tellement dégradée qu'aujourd'hui, à défaut de garantir à une infirmière de ne pas être sujette au temps supplémentaire, les postes à temps complet régulier demeurent souvent vacants.

Dans les scénarios d'avenir privilégié dressés dans le document de l'AIIC *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers*, on fixe à 70 % des effectifs la proportion des infirmières de toutes les catégories qui devraient détenir un poste à temps plein régulier pour

⁴⁶ Pour le détail de la situation d'emploi de la relève par région administrative, voir Annexe, Fiche 4.

⁴⁷ En vertu du dernier décret régissant les conditions de travail des infirmières, il est à noter que le statut d'occasionnel sera remplacé par du temps partiel régulier. Ce qui n'élimine pas par ailleurs la fragmentation du travail et une très grande diversité dans le nombre d'heures de travail octroyées.

⁴⁸ AIIC (2006, p. 55).

stabiliser les équipes de soins, créer un sentiment d'appartenance, augmenter leur synergie et la satisfaction de ces infirmières. Tous ces éléments sont autant de facteurs de maintien et d'attrait des infirmières et se répercutent sur la qualité des soins.

5.1.4 Des facteurs de rétention selon les cycles de vie et les années d'expérience dans la profession

Faisons d'abord ressortir de la *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec* du Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre, que toutes les infirmières, indépendamment de leur âge, « aiment toujours la profession et valorisent le contact direct avec les patients » si bien qu'elles sont prêtes à offrir plus de disponibilité si des améliorations sont apportées à leurs conditions de travail. Entre autres, « environ le cinquième des infirmières occupant un poste à temps partiel permanent et plus de la moitié de celles ayant le statut de temps partiel occasionnel accepteraient de donner plus de disponibilité, ceci pour une moyenne de deux jours additionnels par quinzaine⁴⁹. » À elle seule, cette donnée, dans un contexte de rareté de ressources, n'est pas négligeable. De quoi les infirmières parlent-elles lorsqu'elles disent vouloir améliorer leurs conditions de travail? Pour l'essentiel, elles parlent de leur satisfaction au travail et des facteurs qui les attirent ou les retiennent au travail et qui influencent leurs décisions à donner plus de disponibilité. À cet égard, la recherche sur les facteurs d'attrait et de rétention fait ressortir que les raisons de satisfaction et les attentes varient selon les cycles de vie et le nombre d'années d'expérience. Il est plus qu'important de tenir compte de ces besoins et aspirations variés puisque nous cherchons tout autant à attirer la relève qu'à maintenir le plus longtemps possible les infirmières expérimentées en poste. En contexte de recherche de main-d'œuvre, les définitions globales des aspirations de toutes les infirmières, tout âge et toute expérience confondus, ne suffisent plus. Il faut être attentif aux aspirations distinctes liées aux générations.

⁴⁹ Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (2003, p. 1).

5.1.4.1 L'attraction à la profession

Ainsi, le réseau public de soins de santé devrait être davantage sensible aux facteurs d'attraction des jeunes face au marché du travail. Selon un sondage Léger Marketing effectué en 2004 auprès des jeunes, ceux-ci cherchent à combler cinq attentes principales lorsqu'ils recherchent un emploi⁵⁰. Ce sont, par ordre d'importance :

- des perspectives de cheminement professionnel intéressantes;
- des défis à relever;
- la reconnaissance des compétences individuelles;
- un juste équilibre entre le travail et la vie privée;
- une rémunération motivante.

À cela s'ajoutent d'autres attentes, soit des milieux de travail qui encouragent l'initiative et l'autonomie, axés sur l'innovation et la créativité et où le travail d'équipe est valorisé. Ainsi, on peut en conclure que la nouvelle génération veut un plan de carrière en soins infirmiers et pas seulement un job.

5.1.4.2 Le maintien en poste des infirmières les plus expérimentées

Par ailleurs, toutes les mesures qui favorisent le maintien en poste des infirmières expérimentées et plus âgées doivent être explorées et des mesures de retraite progressive, comme celles qui ont été adoptées dernièrement au Nouveau-Brunswick, doivent être mises en œuvre rapidement. Cet élément avait fait consensus au Forum des générations convoqué par le premier ministre Jean Charest à l'automne 2004.

Or, jusqu'à maintenant, peu de progrès a été fait concernant la rétention des infirmières de 54 ans et plus. En effet, selon les données de l'OIIQ, la proportion de celles-ci qui arrêtent de travailler dans le réseau de la santé a augmenté, passant de 12 % en 1999-2000, à 16 % en 2006-2007.

⁵⁰ Conseil interprofessionnel du Québec (2007).

Pourtant, toujours selon la *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec*, près des deux tiers des infirmières de 50 ans et plus envisageraient de prolonger leur carrière si des améliorations étaient apportées à leurs conditions de travail⁵¹. Elles pourraient aussi être motivées à prolonger leur carrière pour transmettre leurs connaissances et expertise.

Il faut se coller à ces considérations que le personnel expérimenté⁵² et la relève nous indiquent si on veut compter sur eux. Délaisser les gestes et les solutions d'hier qui sont de réelles embûches à sortir de l'impasse et considérer les lois du marché qui s'imposent comme des voies de solutions des plus efficaces.

5.2 Les conditions de travail

Au chapitre des conditions de travail, un premier constat s'impose. Les infirmières du Québec sont les moins bien rémunérées au Canada. Elles deviennent alors extrêmement sensibles aux campagnes de recrutement venant de l'extérieur, incluant celles des États-Unis, qui sont très agressives et qui misent justement sur le fait que leurs conditions de travail ne sont pas avantageuses.

Un deuxième constat est à l'effet que les heures supplémentaires ne cessent de croître. Ces heures ont augmenté de 17 % depuis 1997 et incluent du temps supplémentaire obligatoire.

5.2.1 Le salaire des infirmières au Québec

Le plus bas des provinces canadiennes

Selon les échelles salariales de 2007⁵³, le salaire de base des infirmières du Québec est le plus bas, soit 19,88 \$ de l'heure. En comparaison, le deuxième salaire horaire le plus bas est celui de Terre-Neuve-et-Labrador qui s'élève à 22,79 \$, soit 14,6 % plus élevé. Ainsi, les écarts du salaire de base entre les infirmières du Québec et celles des autres

⁵¹ Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (2003, p. 1).

⁵² Pour plus de détails, voir Annexe, Fiche 5.

⁵³ Manitoba Nurses Union (2007).

provinces canadiennes sont de l'ordre de 5 500 \$ (Terre-Neuve-et-Labrador) à 13 000 \$ (Manitoba) annuellement⁵⁴. Dans la province de l'Ontario, proche voisine de la région de l'Outaouais, à nombre égal d'heures de travail, les infirmières de l'Ontario commencent avec un salaire annuel de 46 360 \$ comparativement à 37 603 \$ au Québec, soit un écart de 8 757 \$ par an, ce qui représente un salaire annuel plus élevé de 23 %⁵⁵. Au maximum de l'échelle salariale, l'écart entre l'Ontario et le Québec est de 15 000 \$ par an.

Un salaire plus bas pour les infirmières cliniciennes

Il importe également de signaler l'affront ressenti par les infirmières cliniciennes (détentrices d'un baccalauréat) suite à l'entente conclue en matière d'équité salariale⁵⁶. En effet, cette entente ne contient aucun ajustement salarial pour ces dernières. Qui plus est, elle a eu pour résultat de leur accorder en débutant un salaire moindre que celui de *l'infirmière* et de creuser un écart d'au moins 4 % avec les autres professionnels⁵⁷ de la santé pour lesquels est exigé un baccalauréat comme condition d'exercice. Et ceci, dans un contexte où l'on doit tout faire pour retenir les infirmières et où le MSSS s'était lui-même doté, en juillet 2004, d'une cible de 900 à 1 400 infirmières de formation universitaire par année⁵⁸.

Le salaire des infirmières cliniciennes doit être ajusté afin de leur accorder une base salariale adéquate et équitable par rapport aux autres professionnels de la santé à qui est exigé le même niveau de formation.

⁵⁴ Le calcul des écarts salariaux est effectué sur la base d'heures de travail annuelles égales, soit les 1891.50 heures de travail annuelles du Québec multipliées par le taux horaire des autres provinces.

⁵⁵ Pour le détail, voir *Comparaison des salaires des infirmières entre les provinces canadiennes*, Annexe, Fiche 6.

⁵⁶ Les échelons salariaux des infirmières cliniciennes sont plus bas que ceux des infirmières et le rattrapage pour un salaire identique est de 24 mois. Le Gouvernement du Québec et les syndicats se sont engagés à corriger cette situation à l'automne 2007.

⁵⁷ À l'exception des diététistes.

⁵⁸ MSSS (2004).

5.2.2 Le temps supplémentaire obligatoire

En 2005-2006, c'est près de trois millions d'heures supplémentaires que les infirmières du Québec ont consenties aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Dans la seule région de Montréal, c'est 84 millions de dollars que les centres hospitaliers auraient consacré au temps supplémentaire en 2005-2006, soit 12 millions de dollars de plus qu'en 2003-2004⁵⁹. Dans l'ensemble du Québec, le nombre moyen d'heures supplémentaires a continué d'augmenter. Entre 2004-2005 et 2005-2006, l'augmentation annuelle moyenne des heures supplémentaires a été de 6 %. Dans les régions de Lanaudière, Laurentides, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et Montréal, elles ont augmenté de 11 % à 22 %. Aussi, le temps supplémentaire s'effectue dans certains domaines de pratique plus que dans d'autres. Par exemple, au cours de l'année 2005-2006, 31 % des heures supplémentaires effectuées dans les établissements du Québec dispensant des soins critiques ont été concentrées dans ce secteur alors que celui-ci accapare 19,5 % des heures régulières de travail⁶⁰. Ce haut niveau d'utilisation du temps supplémentaire, dont une bonne partie est rendue obligatoire et qui devait être une mesure exceptionnelle et temporaire, perdure depuis sept ans. Entre 1997-1998 et 2005-2006, l'augmentation annuelle moyenne des heures supplémentaires a d'ailleurs été de 17 % pour l'ensemble du Québec.

Par-dessus tout, des liens indus ont été faits par des établissements entre le refus des infirmières de faire du temps supplémentaire planifié et le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ces liens ont nourri l'insatisfaction et le découragement des infirmières, voire les ont indignées. Aux yeux de l'OIIQ, cette pratique de reporter sur des individus la responsabilité collective d'un problème systémique constitue une pression morale abusive. Dans les rapports du projet *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada*⁶¹, il est clairement affirmé et documenté que la surutilisation du personnel infirmier pour contrer la pénurie d'infirmières est un problème et constitue une stratégie inefficace dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

⁵⁹ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2007).

⁶⁰ Données fournies par le MSSS sur les heures effectuées par les infirmières en soins critiques, 2007.

⁶¹ Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers (2005, 2006).

5.3 Maintenir et attirer à tout prix

D'évidence, sans les compétences et l'expérience de plusieurs dizaines de milliers d'infirmières, il serait impossible de donner les services de santé au Québec, toutes les provinces et tous les pays occidentaux comptent sur leur offre de services. Il faut donc à tout prix garantir des environnements de travail compétitifs pour retenir les infirmières expérimentées et en attirer de nouvelles. Nous n'avons pas les moyens d'en perdre!

Selon les plus récentes prévisions du Centre d'étude sur l'emploi et la technologie (CETECH), 680 000 emplois seront à combler au Québec au cours de la période 2006-2010. De plus, d'ici 2015, « la plus grande rareté de la main-d'œuvre sera la cause première du ralentissement de la création d'emplois⁶². » C'est donc dire que les professions et les milieux de travail seront en forte concurrence pour recruter et garder la main-d'œuvre nécessaire à leurs activités.

Dans ce contexte, les employeurs du réseau devront savoir offrir des conditions de travail ajustées aux lois du marché et aussi se poser la question si les horizons de développement de la profession correspondent aux aspirations professionnelles et personnelles de ceux et celles qu'on veut retenir et attirer. Ils devront également développer des stratégies qui tiennent compte des particularités régionales en déployant des conditions qui favorisent, entre autres, la rétention des infirmières dans leurs régions d'origine.

Déjà en 2003, le MSSS concluait dans son document sur la *Planification de la main-d'œuvre infirmière : Bilan des travaux réalisés et mise à jour du plan d'action* :

« Les résultats préliminaires des études menées actuellement par le sous-comité de la recherche mandaté par le Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière pour identifier et proposer certaines pistes d'action afin d'accroître la rétention d'infirmières sur le marché du travail, font très clairement ressortir que l'amélioration des conditions de travail et de vie au travail des infirmières devra être la voie

⁶² CETECH (2007).

à privilégier pour remédier à cette crise majeure générée par la pénurie d'infirmières⁶³. »

Pourquoi ne pas investir dès maintenant dans les infirmières actuelles, ce que coûtent à l'État le temps supplémentaire, les agences privées et la masse salariale des 7 300 infirmières manquantes prévues pour 2012 si rien n'est fait?

En conséquence, il est grand temps d'assurer le caractère concurrentiel du réseau public et de passer à l'action pour retenir et attirer le plus grand nombre d'infirmières :

1. Réviser tous les indicateurs de performance du MSSS qui ont un impact négatif sur la rétention du personnel et ajouter un indicateur de rétention des infirmières par établissement.
2. Garantir à chaque infirmière ayant une situation d'emploi de temps complet régulier 35 heures de formation continue par année.
3. Développer une formation systématique à l'échelle du réseau public visant l'ajustement des compétences liées à la Loi 90.
4. Confier à chaque établissement du Québec une enveloppe protégée en soins infirmiers pour assurer le soutien clinique requis par la relève, particulièrement le soir, la nuit et la fin de semaine.
5. Afin de stabiliser les équipes de soins, viser à offrir à 70 % des effectifs infirmiers de toutes les catégories un poste à temps plein régulier⁶⁴.
6. Offrir des conditions particulières qui sauront retenir le plus longtemps possible les infirmières expérimentées (+ de 50 ans) en poste.

⁶³ MSSS (2003, p. 24).

⁶⁴ Ratio jugé adéquat (AIIIC, 2006, p. 112).

- 7.** Développer des stratégies qui tiennent compte des particularités régionales et déployer des conditions qui favorisent, entre autres, la rétention des infirmières dans leurs régions d'origine.
- 8.** Ramener la rémunération des infirmières du Québec à la moyenne canadienne.
- 9.** Réajuster dans de brefs délais la base salariale de l'infirmière clinicienne et rétablir son salaire en concordance avec sa formation et son rôle.
- 10.** Abolir le temps supplémentaire obligatoire en augmentant, entre autres, les équipes de base.

CONCLUSION

Les changements qui s'imposent ne s'opéreront pas par magie. La situation est plus complexe qu'elle ne l'était dans le passé. Nous sommes actuellement devant une pénurie structurelle qui va durer au moins deux décennies. Elle touche non seulement les infirmières mais met en concurrence l'ensemble des professions de la santé, le réseau public et le réseau privé, le Québec et l'ensemble des pays de l'OCDE.

Notre mémoire vise à mettre en œuvre une approche globale de planification des effectifs infirmiers touchant autant la gestion de l'offre d'infirmières que la gestion de la demande de services, autant la rétention que l'attraction. Toute solution qui ne prendrait en compte que l'augmentation de l'offre ne saurait aborder le vrai visage de la pénurie d'aujourd'hui, marquée au sceau du déclin démographique et des besoins croissants de soins liés au vieillissement de la population.

De la même façon, quelques mesures isolées ou une multitude de solutions disparates ne sauraient donner les résultats escomptés. Un certain nombre de principes directeurs s'imposent dans la recherche de solutions concrètes et structurantes, à savoir la nécessité absolue :

- requérir les services des infirmières selon leurs compétences et leurs formations, les activités reliées à leurs champs d'exercice et les rôles attendus d'elles;
- de développer un environnement de travail et de gestion centré sur l'attraction et la rétention assurant le développement professionnel des infirmières et leur satisfaction au travail;
- de mettre en place des conditions de travail compétitives qui les amènent à se diriger là où nous avons le plus besoin d'elles;
- de consentir les investissements requis pour permettre d'effectuer le virage rendu nécessaire.

Seuls ces principes directeurs nous permettront de déployer des stratégies de planification basées sur une évidence combien trop ignorée, à savoir la rareté de cette ressource pourtant névralgique dans l'octroi des services de santé à la population.

RÉFÉRENCES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2007). *Enjeux et défis du réseau montréalais quant à la disponibilité de la main-d'oeuvre*, Montréal, l'Agence.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (2006). *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers*, Ottawa, AIIC.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et ASSOCIATION CANADIENNE DES ÉCOLES DE SCIENCES INFIRMIÈRES (2004). *Exigences de formation à l'entrée dans la pratique infirmière : Énoncé de position commun*, Ottawa, AIIC, ACESI.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et ASSOCIATION CANADIENNE DES ÉCOLES DE SCIENCES INFIRMIÈRES (2007). *Statistiques sur la formation d'infirmières et d'infirmiers au Canada*, Ottawa, AIIC, ACESI.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (2007). *Planification des ressources humaines de la santé fondée sur les besoins : le défi d'établir un lien entre les besoins de la population et les exigences en fournisseurs de soins*, Ottawa, AIIC, AMC.

CENTRE D'ÉTUDE SUR L'EMPLOI ET LA TECHNOLOGIE (2007). *Le marché du travail, l'emploi sectoriel et l'emploi professionnel au Québec : Perspectives de long terme 2006-2015*, Montréal, Emploi-Québec, CETECH.

Code des professions, L.R.Q., c. C-26.

COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO (2007, 29 août). *New Regulations for Nurse Practitioners*, communiqué de presse, Toronto, CNO.

COMITÉ DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER (2005). *Les équipes interdisciplinaires en oncologie : Avis*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la lutte contre le cancer.

COMITÉ D'EXAMEN SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (2005). *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*, Rapport Aucoin, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

COMITÉ DIRECTEUR SUR LA FORMATION INFIRMIÈRE INTÉGRÉE (2000). *Projet de formation infirmière intégrée : Rapport du Comité des spécialistes*, Québec, ministère de l'Éducation.

COMITÉ JEUNESSE (2206). *Sondage effectué auprès des candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) de la cohorte 2004*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Commission Clair) (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (Commission Romanow) (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada : Rapport final*, Saskatoon, la Commission.

CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (2007). *Tendances de l'environnement des ordres professionnels : Bilan, observations et prévisions*, présentation PowerPoint, journée de réflexion *Évolution des effectifs professionnels*, tenue par le CIQ, Montréal, 5 juin 2007.

FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ (2006). *Les maux qui affligent nos infirmières : Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*, Ottawa, FCRSS.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE (2003). *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec portant sur le choix du statut d'emploi, sur le potentiel de disponibilité et sur les perspectives de cheminement de carrière*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2006). *Évaluer le maintien en poste du personnel infirmier autorisé au Canada : étude des données sur les inscriptions de 2000 à 2004*, Ottawa, ICIS, coll. « Analyse en bref ».

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2007). *Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2006*, Ottawa, ICIS.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ (2006). *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières : L'apport d'expériences européennes et canadiennes*, Paris, IRDES.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé [Loi 90], L.Q. 2002, c. 33.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., c. I-8.

MANITOBA NURSES UNION (2007). *CFNU [Canadian Federation of Nurses Union] Contract Comparison Document*, [www.nursesunions.ca/content.php?doc=11].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'oeuvre infirmière*, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Planification de la main-d'oeuvre infirmière : Bilan des travaux réalisés et mise à jour du plan d'action*, Québec, MSSS, Direction générale du personnel réseau.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant le dossier de la main-d'œuvre infirmière de formation universitaire au Québec*, MSSS, Direction générale du réseau et ministériel.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005b). *Projection de la main-d'œuvre infirmière, de 2004-2005 à 2019-2020*, Québec, MSSS, Direction générale du personnel réseau et ministériel.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006a). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, document de consultation, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006b). *Personnel infirmier : Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux*, brochure, Québec, MSSS, Direction générale du personnel réseau et ministériel, Direction de la planification et des soins infirmiers.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Projection de la main-d'oeuvre infirmière de 2006-2007 à 2021-2022*, Québec, MSSS, Direction générale du personnel réseau et ministériel, Direction de la planification et des soins infirmiers.

MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE (s.d.). *About the Critical Care Strategy*, [www.health.gov.on.ca/english/providers/program/critical_care/cct_strategy.html].

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC (2005). *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines : Rapport du Comité d'experts : Sommaire*, Rapport Trudeau, Québec, OPQ.

ONTARIO CRITICAL CARE STEERING COMMITTEE (2005). *Final Report of the Ontario Critical Care Steering Committee*, Toronto, Ministry of Health and Long-Term Care.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2003a). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2003b). *Notre profession prend une nouvelle dimension : Des pistes pour mieux comprendre la Loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique*, Montréal, OIIQ.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2006). *Le plan thérapeutique infirmier : La trace des décisions cliniques de l'infirmière*, Montréal, OIIQ.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC et COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée*, Montréal, OIIQ, CMQ.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC et CORPORATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE SALLE D'OPÉRATION DU QUÉBEC (2007). *Plan de relève et de rétention des infirmières de salle d'opération : Mémoire*, Montréal, OIIQ.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2007). *Perspectives des migrations internationales : rapport annuel*, 31^e éd., Paris, OCDE.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Rapport sur la situation dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé*, Genève, OMS.

PRADA, G. (2006). « Mise en lumière de la voie vers les soins de santé primaires interdisciplinaires », *Healthcare Management Forum / Forum gestion des soins de santé*, vol. 19, n^o 4, p. 11-16.

PRIISME info (2005, mars). « Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois : Problématique, prévention, gestion », éd. spéciale.

Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, R.Q., c. M-9, r. 11.2.

SECRÉTARIAT DES SOINS INFIRMIERS (2006). « Stratégie de renouvellement des soins aux malades en phase critique », *Nouvelles du Secrétariat des soins infirmiers*, n^o 4, p. 4, [www.health.gov.on.ca/english/providers/program/nursing_sec/newsletters/nsnl_1106f.pdf].

SOCIÉTÉ DE L'ÉTUDE SECTORIELLE SUR LES SOINS INFIRMIERS (2005). *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada : Rapport final Phase I*, Ottawa, la Société.

SOCIÉTÉ DE L'ÉTUDE SECTORIELLE SUR LES SOINS INFIRMIERS (2006). *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada : Rapport final de la Phase II*, Ottawa, la Société.

VIENS, C., HAMELIN BRABANT, L., LAVOIE-TREMBLAY, M., et BRABANT, F. (2005). *Organisation des soins et du travail : Une revue de la littérature pour comprendre et réussir des transformations organisationnelles*, Cap-Rouge, Presses Inter Universitaires ; Montréal, Association des hôpitaux du Québec.

VIENS, C., LAVOIE-TREMBLAY, M., et MAYRAND LECLERC, M. (sous la dir. de) (2002). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*, Cap-Rouge, Presses Inter Universitaires.

ANNEXE

- **Fiche 1 :** Définition des cinq domaines de pratique priorités en matière de planification des effectifs
- **Fiche 2 :** Projection du nombre d'infirmières cliniciennes disponibles pour trois domaines de pratique ciblés
- **Fiche 3 :** L'offre d'infirmières des cinq prochaines années : adaptée aux besoins d'aujourd'hui et qui prépare l'avenir
- **Fiche 4 :** Situation d'emploi de la relève par région administrative
- **Fiche 5 :** Incitatifs les plus importants pour retarder la retraite
- **Fiche 6 :** Comparaison des salaires des infirmières entre les provinces canadiennes

FICHE 1

DÉFINITION DES CINQ DOMAINES DE PRATIQUE PRIORISÉS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DES EFFECTIFS

SOINS CRITIQUES

Les soins critiques se réfèrent aux unités de soins intensifs, de soins intensifs en néonatalogie, aux unités réservées aux grands brûlés et aux salles d'urgence. Ces unités de soins ont comme caractéristique commune de regrouper des activités de soins spéciaux pour des patients présentant, majoritairement, une instabilité hémodynamique exigeant une surveillance continue et requérant une présence constante du personnel infirmier¹.

SOINS DE PREMIÈRE LIGNE DANS LA COMMUNAUTÉ²

Les soins dans la communauté relèvent des soins de première ligne et ils se réalisent sur la base d'une grande autonomie professionnelle, en interdisciplinarité, à domicile, dans les milieux de vie et en contexte ambulatoire. Ils impliquent de la part de l'infirmière de la gestion de cas, du counselling, des décisions cliniques, de l'enseignement aux clients, du soutien actif et du réseautage. Ils comprennent :

- l'évaluation des problèmes de santé courants, y compris l'évaluation téléphonique d'Info-Santé;
- le suivi et la prise en charge de clientèles vulnérables, de personnes avec maladies chroniques, de personnes vieillissantes avec déficits cognitifs et de personnes en fin de vie;

¹ Définition du MSSS (communication personnelle, juin 2007).

² Pour les fins du mémoire sur la planification des effectifs, nous excluons des soins dans la communauté les soins en santé mentale car nous les traitons dans un ensemble particulier qui inclut tous les niveaux et les lieux de services de santé mentale et de psychiatrie. Cela correspond à l'organisation spécifique et actuelle des services de santé mentale du réseau de la santé et des services sociaux.

- les activités de promotion et de prévention liées au dépistage de problèmes de santé, à la contraception, aux infections transmissibles sexuellement et par le sang, à la petite enfance-famille et à la santé scolaire.

SOINS EN SANTÉ MENTALE

Les soins en santé mentale se prodiguent à travers toute la gamme de services de santé mentale offerte par le réseau de la santé et des services sociaux : la promotion et la prévention, les services généraux de première ligne, les services de crise, les services spécialisés de deuxième ligne, les urgences psychiatriques, le suivi intensif, les services d'intégration sociale, etc. Ces services sont offerts dans la communauté, dans les hôpitaux, dans les cliniques spécialisées et sont organisés en un continuum de services reliant tous les niveaux de services : première, deuxième et troisième lignes.

Les infirmières y exercent des fonctions d'évaluation de la santé physique et mentale, de suivi, d'enseignement aux patients et à leur famille, de liaison avec les autres professionnels et entre les établissements de santé. Elles dépistent aussi les risques de rechute et de problèmes connexes. Il est prévu qu'elles puissent évaluer les troubles mentaux et le retard mental, sous réserve d'un permis de l'OIIQ qui serait délivré à cet effet.

SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

Les soins périopératoires couvrent le continuum de soins infirmiers offerts en salle d'opération, incluant le service externe, le service interne, le service en salle de réveil et l'assistance chirurgicale.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le domaine de la prévention et du contrôle des infections comprend l'élaboration et l'application du programme de surveillance des infections et les activités suivantes :

- l'identification de paramètres cliniques et environnementaux ayant une influence sur l'incidence des infections;
- le développement et la diffusion de stratégies, de normes de pratique, de politiques et procédures pour améliorer le contrôle des infections et la surveillance des infections en temps réel et de manière globale et ciblée;
- la décision de mettre en place des moyens de protection lors de l'éclosion de maladies infectieuses, présentes ou appréhendées;
- la réalisation d'enquêtes épidémiologiques;
- l'éducation, la formation et le counseling auprès des gestionnaires et des autres professionnels de la santé;
- la recherche et le développement.

FICHE 2

PROJECTION DU NOMBRE D'INFIRMIÈRES CLINIENNES DISPONIBLES POUR TROIS DOMAINES DE PRATIQUE CIBLÉS

NOMBRE D'INFIRMIÈRES BACHELIÈRES REQUIS DANS LES TROIS DOMAINES DE PRATIQUE ET BASSIN POTENTIEL - ESTIMATION SUR TROIS ANS

Écart entre le besoin de bacheliers et les bacheliers disponible

Total des bacheliers disponibles en exercice et aux études de baccalauréat	7 313
Besoins de bacheliers dans les trois domaines de pratique pour trois ans	7 274
Écart	39

1. Évaluation des besoins annuels d'infirmières bacheliers dans les trois domaines de pratique

À remplacer annuellement :

Nombre de sorties annuelles des domaines*

	pour retraite	autres sorties	proportion d'infirmières sortantes**	Total à remplacer
en 2007-2008				
- soins de première ligne dans la communauté	149	719	1/10	868
- santé mentale/psychiatrie	138	225	1/20	363
- soins critiques	92	1 074	1/8	1 166
Total à remplacer en 2007-2008	379	2 018		2 397
en 2008-2009				
- soins de première ligne dans la communauté	159	725		884
- santé mentale/psychiatrie	143	223		366
- soins critiques	98	1 078		1 176
Total à remplacer en 2008-2009	400	2 026		2 426
en 2009-2010				
- soins de première ligne dans la communauté	164	733		897
- santé mentale/psychiatrie	147	220		367
- soins critiques	106	1 081		1 187
Total à remplacer en 2009-2010	417	2 034		2 451
au cours des 3 prochaines années (total)				
- soins de première ligne dans la communauté	472	2 177		2 649
- santé mentale/psychiatrie	428	668		1 096
- soins critiques	296	3 233		3 529
Total à remplacer au cours des 3 prochaines années	1 196	6 078		7 274

* Les prévisions des sorties annuelles des domaines ont été estimées en prenant la moyenne annuelle des départs de chacun d'entre eux entre 1998-1999 et 2005-2006. Ce scénario de remplacement des infirmières sortantes serait le plus pessimiste puisque la mesure proposée dans le mémoire de l'OIIQ aurait pour effet de stabiliser les équipes dans les trois domaines de pratique.

** Il s'agit de la proportion d'infirmières qui sortent du domaine de pratique pour autres raisons que la retraite.

2. Bassin potentiel de bachelières pour les trois domaines de pratique

a) Bachelières actuellement disponibles :

infirmières inscrites au 31 mars 2007 déclarant avoir un bac		19 236
Moins (déjà dans un des 3 domaines) :		
- soins de première ligne dans la communauté	3 028	
- santé mentale/psychiatrie	1 138	
- soins critiques	1 971	6 137
Moins (autres domaines de pratique) :		
- Infirmières détenant un bac et exerçant des activités cliniques (ex.: conseillère, pivot, suivi systématique, clinicienne, clin. spéc.)	3 500	
- gestion	2 091	
- enseignement	1 062	
- recherche	270	
Total partiel	6 923	
4 % de remplacement de ces infirmières durant 3 ans	831	7 754
Moins les infirmières de 55 ans et +		1 519
Bachelières inscrites au Tableau potentiellement disponibles :		3 826

b) Futures bachelières :

i) Infirmières inscrites au 31 mars 2007 déclarant poursuivre des études de bac (perfect. ou DEC-BAC)

Moins (déjà dans un des 3 domaines) :		
- soins de première ligne dans la communauté	311	
- santé mentale/psychiatrie	137	
- soins critiques	758	1 206
Moins (autres domaines d'activité) :		
- Infirmières poursuivant un bac et exerçant des activités cliniques (ex.: conseillère, pivot, suivi systématique, clinicienne, clin. spéc.)	206	
- gestion	121	
- enseignement	78	
- recherche	19	424
Futures bachelières (perfect. ou DEC-BAC) restantes :		2 306

ii) Étudiantes (bac initial - selon les données de la session d'hiver 2007)

1ère année (en assumant que les admissions de l'automne 2007 seront identiques à l'automne 2006)	486
2e année	337
3e année	358
Total des étudiantes inscrites au bac initial	1181

Futures bachelières disponibles* :	3 487
---	--------------

Bassin total de bachelières (disponibles ou futures)	7 313
---	--------------

3. Nombre d'infirmières à former qui exercent actuellement dans les trois domaines ciblés :

		% parmi celles de 2 ans d'exp. ou moins	% sur l'ensemble du domaine
2 ans d'expérience ou moins (dans le domaine) et sans bac			
- soins de première ligne dans la communauté	1 098	61,1%	16,7%
- santé mentale/psychiatrie	462	73,4%	11,3%
- soins critiques	1 705	76,8%	19,7%
Total à former	3 265	70,3%	16,9%

FICHE 3

L'OFFRE D'INFIRMIÈRES DES CINQ PROCHAINES ANNÉES : ADAPTÉE AUX BESOINS D'AUJOURD'HUI ET QUI PRÉPARE L'AVENIR

RÔLES, FORMATION ET DROIT DE PRATIQUE

Infirmière

Déterminer et dispenser les soins infirmiers requis pour répondre aux besoins des patients et de leur famille dans un contexte de soins généraux de courte durée ou de longue durée auprès d'une clientèle hospitalisée ou hébergée, y compris les soins ambulatoires dispensés dans des unités de chirurgie d'un jour ou des centres de jour.

Diplôme d'études collégiales de trois ans en soins infirmiers.

Permis à la suite de la réussite de l'examen de l'OIIQ aux termes du DEC de trois ans en soins infirmiers et inscription annuelle au Tableau de l'OIIQ.

Infirmière clinicienne

Déterminer et dispenser les soins infirmiers requérant un leadership clinique en vue de répondre aux besoins complexes des patients et de leur famille dans un contexte de soins généraux ou spécialisés auprès d'une clientèle hospitalisée, hébergée, ambulatoire ou dans la communauté, ainsi qu'aux besoins de groupes ou de collectivités.

Domaines exclusifs : soins critiques, soins dans la communauté et santé mentale.

Baccalauréat en sciences infirmières obtenu aux termes de cinq ans d'études selon deux options :

- diplôme d'études collégiales en sciences de la santé de deux ans et un baccalauréat en sciences infirmières de trois ans;
- formation infirmière intégrée de cinq ans obtenue par un diplôme d'études collégiales de trois ans en soins infirmiers et un baccalauréat de deux ans.

Permis spécifique de clinicienne à la suite de la réussite de l'examen de l'OIIQ et inscription annuelle au Tableau de l'OIIQ.

Infirmière clinicienne spécialisée

Déterminer et dispenser les soins infirmiers spécialisés requérant une expertise clinique dans un domaine de spécialité en vue de répondre aux besoins complexes des patients et de leur famille dans ce domaine.

Domaines ciblés : prévention des infections et santé mentale.

Diplôme de deuxième cycle dans une spécialité.

Réussite de l'examen de spécialité de l'OIIQ et certificat de spécialiste délivré par l'OIIQ.

Infirmière praticienne spécialisée

Déterminer et dispenser, selon une approche globale et synergique, les soins infirmiers et les soins médicaux requis pour répondre aux besoins complexes des patients et de leur famille dans un domaine de spécialité, y compris la prescription d'examens diagnostiques et de traitements médicaux.

Domaines ciblés : cardiologie, néphrologie, néonatalogie et soins de première ligne.

Maîtrise en sciences infirmières (deuxième cycle) et diplôme complémentaire en sciences médicales dans une spécialité.

Réussite de l'examen de spécialité de l'OIIQ et du Collège des médecins du Québec (CMQ) et certificat de spécialiste délivré par l'OIIQ.

Un cas particulier — Infirmière de salle d'opération

Apte à exercer les fonctions de tout le continuum de soins infirmiers offerts en salle d'opération : service interne, service externe, assistance chirurgicale, salle de réveil et première assistante en chirurgie.

30 crédits supplémentaires au diplôme d'études collégiales de trois ans en soins infirmiers : alternance travail-études. Un an de formation.

Permis de l'OIIQ à la suite de la formation en soins périopératoires et inscription annuelle au Tableau de l'OIIQ.

FICHE 4

SITUATION D'EMPLOI DE LA RELÈVE PAR RÉGION ADMINISTRATIVE

**Nombre et pourcentage d'infirmières de la relève (permis 2001 à 2006)
selon la région administrative de l'employeur principal et le statut d'emploi, au 31 mars 2007**

Région de l'employeur principal	Statut d'emploi						Total	
	TCR		TPR		TPO			Sans réponse ¹
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	
Bas-Saint-Laurent	31	10,1%	104	33,8%	173	56,2%	2	310
Saguenay-Lac-St-Jean	25	4,8%	114	21,8%	383	73,4%	3	525
Capitale-Nationale	675	34,5%	712	36,3%	572	29,2%	10	1 969
Mauricie	91	18,4%	134	27,1%	269	54,5%	2	496
Estrie	221	36,1%	267	43,6%	125	20,4%	1	614
Montréal	2 355	53,6%	1 601	36,5%	434	9,9%	51	4 441
Outaouais	223	52,8%	151	35,8%	48	11,4%	4	426
Abitibi-Témiscamingue	60	25,5%	129	54,9%	46	19,6%	0	235
Côte-Nord	61	34,3%	51	28,7%	66	37,1%	2	180
Nord-du-Québec	64	52,9%	16	13,2%	41	33,9%	1	122
Gasp.-Î.d.Madeleine	13	11,2%	43	37,1%	60	51,7%	0	116
Chaudière-Appalaches	148	27,9%	196	37,0%	186	35,1%	1	531
Laval	232	50,1%	187	40,4%	44	9,5%	1	464
Lanaudière	158	32,2%	179	36,5%	154	31,4%	3	494
Laurentides	271	39,4%	236	34,4%	180	26,2%	7	694
Montréal	535	36,6%	583	39,9%	343	23,5%	12	1 473
Centre-du-Québec	36	13,8%	113	43,3%	112	42,9%	3	264
Ensemble du Québec	5 199	39,2%	4 816	36,3%	3 236	24,4%	103	13 354

1. Les pourcentages selon le statut d'emploi sont calculés sur le total des répondants seulement.

FICHE 5

INCITATIFS LES PLUS IMPORTANTS POUR RETARDER LA RETRAITE

Tableau 10 : Incitatifs les plus importants pour retarder la retraite (n : 397, total de 3 mentions)

	Total %	1 ^{er} choix %	2 ^e choix %	3 ^e choix %
▪ Améliorer salaire	42	18	15	9
▪ Réaménager temps complet pour le faire en quatre jours	28	11	9	8
▪ Bonifier et rendre plus flexibles les conditions du RREGOP	28	8	11	9
▪ Diminuer charge de travail quotidienne	26	14	7	5
▪ Meilleur soutien du supérieur et de la direction	19	6	7	6
▪ Donner primes significatives pour fins de semaine, quarts de soir et de nuit	19	3	6	10
▪ Donner plus d'autonomie professionnelle	18	7	6	5
▪ Permettre de donner de la formation	18	4	7	7
▪ Valoriser de façon concrète le travail	16	5	5	6
▪ Permettre de recentrer les activités sur le vrai « nursing »	15	5	4	6

Source : Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (2003).

FICHE 6

COMPARAISON DES SALAIRES DES INFIRMIÈRES ENTRE LES PROVINCES CANADIENNES

Union	Dollars Per Hour		Annual Income		Steps	Increment	Term Start End	Annual Hours
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum				
ONA	24.510	37.620	47794.500	73359.000	9	4/1/2006	3/31/2007	1950.00
UNA	27.934	36.668	53654.320	70430.061	9	4/1/2006	3/31/2007	1920.75
BCNU	26.250	34.460	49329.000	64757.232	9	4/1/2006	3/31/2007	1879.20
MNU	26.798	31.592	53997.222	63658.270	6	10/1/2006	9/30/2007	2015.00
SUN	26.240	31.520	51136.512	61426.176	5	4/1/2006	3/31/2007	1948.80
NSNU	26.281	30.715	51252.000	59895.000	6	5/1/2006	10/31/2006	1950.00
NBNU	25.600	30.560	50112.000	59821.200	6	7/1/2006	12/31/2006	1957.50
PEINU	24.510	29.870	47794.500	58246.500	6	10/1/2006	3/31/2007	1950.00
FIIQ	19.880	29.630	37603.020	56045.145	12	11/21/2006	3/31/2007	1891.50
NLNU	22.794	29.128	44448.300	56799.600	7	7/1/2006	6/30/2007	1950.00

The following affiliates denote the General Duty Registered Nurse classification as follows and may include Registered Psychiatric Nurse:

SUN - Nurse A, includes Registered Psychiatric Nurse
MNU - Nurse II, Registered Psychiatric Nurse
NLNU - Nurse I (NS-28)
PEINU - RN I
BCNU - Level 1, includes Registered Psychiatric Nurse
NSNU - RN 2
NBNU - Registered Nurse 2
UNA - includes Registered Psychiatric Nurse
PIPSC - Hospital Nursing NU-HOS-2 (Reported separately)

Légende :

BCNU : British Columbia Nurses Union
FIIQ : Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
MNU : Manitoba Nurses Union
NBNU : New Brunswick Nurses Union
NLNU : Newfoundland and Labrador Nurses Union
NSNU : Nova Scotia Nurses Union
ONA : Ontario Nurses Union
PEINU : Prince Edward Island Nurses Union
SUN : Saskatchewan Union of Nurses
UNA : United Nurses of Alberta

Source : Manitoba Nurses Union (2007).

