

Libérer les talents



Gyslaine Desrosiers
Présidente de l'OIIQ,
de la FRESIQ et du SIDIIEF.

Sous le titre évocateur *Libérer les talents*, Madame Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, présente ses réflexions et propose des avenues pour contrer la pénurie et améliorer l'accès aux soins de santé au Québec en mettant en valeur la contribution des infirmières.

Libérer les talents reproduit le texte de la conférence prononcée le 4 novembre 2008 par Madame Desrosiers, à l'occasion du Congrès annuel 2008 de l'OIIQ qui a eu lieu au Palais des congrès de Montréal.

SOMMAIRE

LA PÉNURIE	35
Politiques de gestion locale contre la pénurie	37
Politiques gouvernementales contre la pénurie	39
L'ORGANISATION DES SOINS	40
LIBÉRER LES TALENTS	44
La formation	44
CONCLUSION	46
Références	47

Perspective
infirmière



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

En conséquence, le défi premier du système de santé au cours des prochaines années sera de surmonter cette pénurie de main-d'œuvre. Nous ne pourrons le faire qu'en redéfinissant la façon de travailler et en créant des modèles de travail encore inédits. La médecine de première ligne et la médecine de famille n'y échapperont pas. Malgré la résistance aux changements et les réflexes défensifs de chaque groupe concerné, il faudra revoir les façons de travailler et la façon de répartir les responsabilités pour arriver à créer des modèles de soins plus efficaces. De tels changements, bien qu'absolument nécessaires, auraient semblé impossibles à réaliser il y a encore quelques années parce qu'ils auraient rencontré beaucoup trop de résistance¹.

DR^h FRANÇOIS DESBIENS
Libre opinion
Le Devoir, octobre 2008

Libérer les talents

Réflexions sur la pénurie et sur la mise en valeur de la contribution des infirmières à l'amélioration de l'accès aux soins de santé au Québec.

PAR Gyslaine Desrosiers, INF., MBA
Présidente de l'OIIQ

L'avenir de notre profession est intimement lié à celui du système de santé (et vice versa). Divers experts et commissions d'études ont déjà indiqué que pour transformer un système de soins de santé, il faut agir sur les médecins et les infirmières. Les médecins parce qu'ils influencent directement l'offre thérapeutique et les infirmières parce qu'elles influencent la performance du système de soins et l'efficacité des politiques de santé publique. Sans enlever d'importance aux autres professionnels de la santé, les médecins et les infirmières représentent les deux professions sur lesquelles repose notre système de santé.

La plupart des pays connaissent présentement des pénuries plus ou moins importantes de médecins et d'infirmières. Ceux qui espèrent que le temps va arranger les choses et qu'il n'y a rien de particulier dans la situation actuelle se trompent. L'OMS² considère que cette pénurie a un caractère durable et qu'elle menace l'accès aux soins dans plusieurs pays. Par ailleurs, la pénurie touche tous les secteurs d'emplois.

Une récente campagne du gouvernement du Québec affichait que 700 000 emplois seront à combler d'ici 2011 tant dans le secteur public que privé, ce qui représente pour l'État un défi global de main-d'œuvre sans précédent.

Quelles sont les caractéristiques du marché du travail aujourd'hui ?

1. À l'instar des sociétés occidentales, la population du Québec vieillit. Les baby-boomers ont commencé à partir à la retraite et cela va s'accélérer.
2. La portion du bassin démographique composée par des jeunes rétrécit. Toutes les professions rivaliseront pour se les attirer, d'où l'importance de pouvoir offrir des conditions de travail attirantes.
3. Les mesures visant à favoriser la mobi-

lité professionnelle entraînent une concurrence canadienne et internationale qui touche l'ensemble des professions.

4. L'intégration des personnes formées à l'extérieur du Québec présente des défis, telle l'harmonisation des compétences.
5. Les valeurs privilégiées par les nouvelles générations (qualité de vie, mobilité, goût des défis, etc.) imposent au marché du travail de s'adapter.

En conséquence des pénuries dans le domaine de la santé, l'État connaît un échec dans son offre de services de soins de santé. L'accessibilité est devenue un casse-tête : un million et demi de personnes n'ont pas de médecin de famille et les listes d'attente pour les chirurgies et les traitements spécialisés perdurent. Cette situation met en cause non seulement la performance du réseau de la santé mais également son fondement même, l'accès universel aux soins.

Pour corriger la crise, deux écoles de pensée s'affrontent :

- La première prône de concentrer ses efforts uniquement sur l'organisation du travail, et ainsi, on corrigera à la fois la pénurie et les problèmes d'accès.
- La deuxième, dont je suis, croit qu'on doit travailler sur deux fronts :
 - en apportant, d'un côté, des correctifs pour améliorer les conditions de travail et assurer l'attraction et la rétention des professionnels ;
 - et de l'autre, en réorganisant les services et en changeant les rôles de façon à ne plus gaspiller les compétences et à pouvoir répondre aux problèmes d'accès aux services et aux exigences croissantes découlant des maladies chroniques.

La pénurie

Qu'en est-il de la pénurie d'infirmières au Québec ?

Même s'il y a un contexte global de pénurie de main-d'œuvre, il faut bien comprendre les aspects spécifiques à chaque profession.

Une pénurie résulte d'un déséquilibre entre l'offre et la demande : soit l'offre diminue, soit la demande augmente, ou pire, les deux se produisent en même temps. Une pénurie est essentiellement un phénomène économique de marché. Dans le cas actuel des infirmières, même s'il y a une tendance à la hausse de la demande, l'offre rétrécit. Donc, il faut agir sur l'offre.

L'offre, c'est-à-dire le nombre d'infirmières prêtes à offrir leurs services, dépend de l'attraction des jeunes vers la profession et de la rétention des infirmières d'expérience. Au Québec, nous avons un problème de rétention plutôt que d'attraction. Les entrées à la profession des cinq dernières années ont battu des records. Comme il n'y a pas de contingentement, sauf au niveau universitaire, le nombre de places dans la filière de formation n'est pas en cause. La pénurie de professeurs peut toutefois réduire les capacités de formation dans certains établissements collégiaux ou universitaires.

Pour les jeunes qui veulent choisir une profession, une situation de pénurie s'avère toujours avantageuse, car le marché du travail déroulera le tapis rouge pour les recruter. Il ne s'agit donc pas d'une maladie incurable et la bonne nouvelle est que le traitement est connu : il faut agir essentiellement sur les conditions de travail.

LA CONCURRENCE NATIONALE ET INTERNATIONALE

Le marché de l'emploi des professions de la santé au Québec est maintenant un marché ouvert à la concurrence canadienne et internationale. Ainsi, le réseau de la santé ne devrait plus se comporter en monopole. C'est peut-être là sa plus grande faiblesse ! En effet, une situation de monopole crée une philosophie de gestion où l'employeur n'a pas pris l'habitude de bien traiter ses employés, d'en prendre soin, car, après tout, « ils n'ont pas

le choix de travailler ailleurs que chez nous ! »

Les pénuries de professionnels, dans tous les pays développés, provoquent une concurrence des conditions de travail. On a vu d'ailleurs la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) obtenir un rattrapage de la rémunération de ses membres par rapport à celle offerte dans les autres provinces.

Le Québec n'est pas un ghetto et les nouvelles générations sont beaucoup plus mobiles que les précédentes. Dans un marché aussi ouvert que celui d'aujourd'hui, et dans un contexte de rareté de ressources aussi aigu, les infirmières auront de plus en plus de choix devant elles. Il importe de se le rappeler.

LA MAIN-D'ŒUVRE : *une dépense ou un investissement pour l'État ?*

Malgré la crise des finances publiques qui secoue la plupart des pays, la 59^e Assemblée mondiale de la santé, en mai 2006, a demandé aux pays de prendre des mesures pour soutenir et renforcer leur main-d'œuvre en santé³.

« Toutes ces prises de position mettent en avant la nécessité pour les États d'envisager leurs ressources humaines pour la santé comme un véritable investissement et non comme un simple centre de coûts. Elles soulignent enfin l'importance de valoriser la contribution des infirmières aux systèmes de santé³. »

LISA LITTLE et JAMES BUCHAN

Des citoyens en meilleure santé constituent une force économique non négligeable. La crise des finances publiques donne lieu à des situations de non-qualité qui engendrent des coûts supplémentaires non seulement pour le système de santé mais pour la société en général.

Malgré ces évidences, l'investissement dans les soins infirmiers ne va pas de soi.

Ainsi, les infirmières et la population se posent la question suivante : Ce qui est bon pour le patient l'est-il aussi pour l'établissement de soins⁴ ? Malheureusement, la réponse est non. Les experts économiques^{5,6} considèrent que le mode de



financement des centres de santé et les indicateurs de performance freinent carrément l'amélioration de la qualité des soins infirmiers et des conditions de travail.

Dans les faits, le budget des soins infirmiers, à cause de son importance financière, fait toujours l'objet de tentatives de rationalisation, indépendamment des résultats immédiats sur les soins, et encore moins de ceux à long terme pour la société (notion de bénéfice social net). Il faut une crise telle que l'épidémie de *Clostridium difficile* pour obliger le recentrage sur des pratiques préventives et assurer les investissements requis.

Les contraintes budgétaires dans les soins infirmiers ont entraîné la réduction des équipes de base, la fragmentation des postes et la diminution des postes à temps complet. Ces contraintes, au fil du temps, ont détérioré les conditions de travail en engendrant notamment le temps supplémentaire.

Les médecins et les infirmières représentent les deux professions sur lesquelles repose notre système de santé.

TABLEAU 1

SALAIRE DES INFIRMIÈRES AU CANADA ⁸								
Province	Du 1 ^{er} avril 2008 au 31 mars 2009				À compter du 1 ^{er} avril 2009			
	Salaire horaire		Salaire annuel		Salaire horaire		Salaire annuel	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
Ontario	27,67 \$	40,00 \$	53 956 \$	78 000 \$	28,50 \$	41,20 \$	55 575 \$	80 340 \$
Nouveau-Brunswick	25,60 \$ 28,00 \$*	30,56 \$ 33,42 \$*	50 112 \$ 54 810 \$*	59 821 \$ 65 419 \$*	28,00 \$* 28,42 \$**	33,42 \$* 33,92 \$**	54 810 \$* 55 632 \$**	65 419 \$* 66 398 \$**
Québec – Infirmières	20,99 \$	31,26 \$	39 702 \$	59 128 \$	21,41 \$	31,89 \$	40 497 \$	60 320 \$
Québec – Infirmières cliniciennes	21,20 \$	37,77 \$	40 100 \$	71 442 \$	21,62 \$	38,53 \$	40 894 \$	72 879 \$

* Salaires au 1^{er} janvier 2009 ** Salaires au 1^{er} juillet 2009

Il faut donc protéger les budgets de soins infirmiers pour garantir la sécurité des soins. Plusieurs études ont déjà démontré les risques pour les patients dans un contexte de pénurie d'infirmières. Il faut également assurer une marge de manœuvre budgétaire suffisante qui permette de réorganiser le travail et de corriger adéquatement le fardeau de tâches.

LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Contrairement à ce que plusieurs croient, nous constatons une arrivée importante de recrues dans la profession depuis cinq ans. En effet, l'Ordre a émis plus de 14 000 nouveaux permis durant cette période, engendrant un apport net de 1 729 infirmières. On doit quand même s'interroger sur les stratégies que mettra de l'avant le réseau public pour établir des conditions de travail attrayantes afin de maintenir l'arrivée des jeunes infirmières. Mais plus spécifiquement, il faut se demander comment il compte garder en poste les infirmières de plus de 50 ans. Pourquoi attirer l'attention sur ce groupe d'âge ? C'est parce qu'il y a urgence d'agir ! 33,4 % des infirmières ont plus de 50 ans, approximativement 25 000 personnes. Selon un sondage interne de l'OIIQ, 15 000 infirmières pourraient prendre leur retraite au cours des trois prochaines années. Si l'on compare ce nombre aux 3 500 infirmières soignantes qui sont parties à la retraite pendant l'été 1997, on prend la mesure de la crise qui se prépare.

Selon les statistiques de l'Ordre, il semble que le nombre d'infirmières qui prennent leur retraite du réseau aug-

mente proportionnellement plus vite que le nombre de celles qui atteignent l'âge de la retraite. En d'autres termes, cela veut dire que les infirmières dans la cinquantaine partent prématurément.

Les conditions de travail sont influencées par les politiques de gestion locale et par les politiques gouvernementales. Mais pour orienter adéquatement les deux niveaux d'action, il importe de connaître les facteurs qui vont retenir les infirmières.

Pourquoi une infirmière quitte-t-elle la profession ou passe-t-elle vers une agence de placement ?

Une enquête CROP⁷ menée en mars 2008 a révélé que les infirmières de 50 ans et plus valorisent la flexibilité des horaires, tandis que les jeunes ayant moins de cinq ans d'expérience sont plus nombreuses à citer le salaire. Signalons que 89 % des répondantes ont déclaré que le salaire offert par les agences était une motivation importante pour travailler pour ces dernières.

Le Québec est la province canadienne qui rémunère le moins bien ses infirmières (voir tableau 1). Le gouvernement du Québec ne semble pas vouloir tenir compte de la concurrence externe et j'estime que c'est une erreur. L'analyse de la concurrence salariale est complexe. En effet, dans toutes les provinces à l'exception du Manitoba, le baccalauréat est un

préalable à l'obtention du permis d'infirmière. Cette exigence se répercute sur l'échelle de salaires. Le Québec préfère gérer deux classes d'infirmières généralistes. En refusant de rehausser la formation initiale des nouvelles infirmières, il cherche à éviter la hausse de la classe salariale de toutes les infirmières. Dans les faits, l'Ontario recrute des infirmières québécoises diplômées des cégeps et ces nouvelles graduées peuvent travailler à meilleur salaire dans une classe de transition où elles ont quatre ans pour terminer leur baccalauréat. Celles ayant gradué avant 2005 bénéficient d'une clause de droits acquis. Le Québec fait donc face à une importante concurrence externe. À l'intérieur du Québec, la concurrence provient des agences privées de personnel qui offrent un salaire sensiblement plus élevé.

Le salaire n'est pas tout, il faut regarder les conditions de travail dans leur ensemble. Des enquêtes⁹ américaines démontrent que le stress au travail et l'incapacité à donner des soins de qualité ainsi qu'une pauvre satisfaction au travail sont les motifs de 28 % des infirmières qui désirent quitter la profession. Pour permettre aux infirmières de réaliser leurs projets d'études, de famille ou de pré-retraite, l'OIIQ recommande aux établissements du réseau d'instaurer un cadre de gestion des horaires suffisamment flexible pour permettre la conciliation travail-études et travail-famille.

Dans toutes les provinces à l'exception du Manitoba, le baccalauréat est un préalable à l'obtention du permis d'infirmière.

*Je suis une infirmière clinicienne en soins critiques, pédiatriques et variés de 15 ans d'expérience. De plus, je forme la relève au cégep. Je suis présentement en congé parental. Pour l'été 2008, je planifiais offrir trois jours par semaine à l'urgence {...} L'hôpital {...} refuse ma proposition {...} La raison du refus ? Je ne donne pas assez de disponibilités {...} N'ayez crainte, je me trouverai bien une autre activité très plaisante {...} Je voulais "dépanner" et me permettre de rester une excellente infirmière pour former adéquatement la relève {...}*¹².

ELISABETH CHOUINARD, INF.
 Commentaire
 Le Soleil, mai 2008

POLITIQUES DE GESTION LOCALE CONTRE LA PÉNURIE

Comment répartir la responsabilité de l'État et celle des établissements de santé pour contrer la pénurie d'infirmières ?

Sur le plan local, la priorité absolue est l'abolition des heures supplémentaires obligatoires pour les infirmières. La conscription dans le système de santé doit cesser ! (Voir mon éditorial de mai/juin 2007¹⁰.) Tous les efforts de dialogue entre les parties syndicales et l'administration doivent converger vers cet objectif. Il faut cesser de se lancer la balle de part et d'autre. Le Centre de santé et de services sociaux de Papineau a réussi ce tour de force¹¹. La directrice des soins infirmiers, Jocelyne Villeneuve-Morin, dès sa nomination en 2006, en a fait sa priorité et a rétabli le climat de confiance. Ainsi, aujourd'hui, non seulement le recours aux agences est dix fois moins élevé, mais les infirmières offrent, sur une base volontaire, une plus grande disponibilité et obtiennent deux fins de semaine de congé sur trois.

La rigidité des horaires de travail est dépassée. Il est inadmissible qu'au Québec, on refuse d'offrir des horaires flexibles ou d'abolir le temps supplémentaire sous prétexte qu'il y a une pénurie, alors que cette rigidité EST une cause de la pénurie. Les témoignages abondent comme en fait foi cette lettre ouverte :

« Je suis une infirmière clinicienne en soins critiques, pédiatriques et variés de 15 ans d'expérience. De plus, je forme la relève au cégep. Je suis présentement en congé

TABLEAU 2

RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION AU PLAN LOCAL
■ gestion d'une ressource rare
■ abolition des heures supplémentaires
■ flexibilité des horaires
■ valorisation des rôles
■ formation continue
■ satisfaction au travail

parental. Pour l'été 2008, je planifiais offrir trois jours par semaine à l'urgence d'un centre hospitalier de la région de Québec. Donner trois jours par semaine en disponibilité pour désengorger, favoriser les vacances des infirmières et mettre mon expertise en pratique. [...] L'hôpital [...] refuse ma proposition [...] La raison du refus ? Je ne donne pas assez de disponibilités... [...] N'ayez crainte, je me trouverai bien une autre activité très plaisante du genre : vélo, camping et canot ! Je voulais "dépanner" et me permettre de rester une excellente infirmière pour former adéquatement la relève qui commence à devenir une denrée rare, mais "l'offre est r-e-f-u-s-é-e". [...]

Sur le plan local, la priorité absolue est l'abolition des heures supplémentaires obligatoires.

On ne peut pas s'arrêter à parler de pénurie. Si on ne parle que du négatif, on ne peut attirer des gens. Il faut mettre l'emphase sur ce qui fait notre différence comme les meilleures pratiques, les meilleurs équipements, le travail d'équipe, le perfectionnement professionnel et la reconnaissance. (...) On doit donc recruter partout et la compétition est là par la force des choses. C'est la réalité¹⁶.

GÉRALD R. SAVOIE
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE
L'HÔPITAL MONTFORT D'OTTAWA
Le Droit, juillet 2008

Donc, il ne nous reste que l'agence privée comme seul et possible employeur pour faire du dépannage l'été¹². »

ELISABETH CHOUINARD, INF.

Qu'en est-il des efforts consacrés à l'organisation du travail ?

Il s'agit là d'un exercice nécessaire qui doit permettre de recentrer les infirmières sur les activités professionnelles prévues à notre champ d'exercice. C'est un exercice de meilleure utilisation des compétences.

En guise d'exemple, une étude menée par Philippe Voyer¹³, professeur à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, démontre qu'en milieu de soins de longue durée, les compétences infirmières sont très mal utilisées : 40 % à 70 % du temps des infirmières est relié à l'administration et aux soins d'assistance comme par exemple, la prise de rendez-vous, la réservation des transferts, les problèmes d'entretien, la gestion des téléphones des résidents, les commandes de matériel, etc.

L'administration locale doit poursuivre l'exercice de révision des processus de soins (réingénierie) pour tenir compte localement des clientèles et des compétences en présence. À cet égard, la littérature abonde d'exemples inspirés des *Magnet Hospitals* américains qui réussissent contre vents et marées à maintenir des taux de rétention élevés de leurs infirmières en se centrant sur la mise en valeur des compétences professionnelles. Plus près de nous, l'Hôpital d'Ottawa a réussi à abaisser son taux de roulement de personnel de 20 % à 2 % pour se maintenir autour de 6 %, en mettant de l'avant une approche de valorisation des compétences infirmières¹⁴. On pourrait sans doute faire de même au Québec¹⁵.

« On ne peut pas s'arrêter à parler de pénurie. Si on ne parle que du négatif, on ne peut attirer des gens. Il faut mettre l'emphase sur ce qui fait notre différence comme les meilleures pratiques, les meilleurs équipements, le travail d'équipe, le perfectionnement professionnel et la reconnaissance. (...) On doit donc recruter partout et la compétition est là par la force des choses. C'est la réalité¹⁶. »

GÉRALD R. SAVOIE

Cette déclaration de Gérald R. Savoie, directeur général de l'Hôpital Montfort d'Ottawa, nous rappelle le bon vieux proverbe « qu'on ne peut attirer des mouches avec du vinaigre » ! Dans un contexte de pénurie, le dénigrement d'un hôpital sur la place publique ne contribue certainement pas au recrutement de personnel. Ce gestionnaire chevronné qui était conférencier à notre congrès 2008 a raconté que, pendant la période où planait la menace de fermeture de l'Hôpital Montfort d'Ottawa, il y avait un taux de roulement de 85 % dans son établissement. Aujourd'hui, cet hôpital capitalise sur des méthodes de gestion humaniste selon lesquelles chaque personne, patient et soignant, vient dans cet hôpital pour vivre une expérience humaine exceptionnelle. Cet établissement est devenu un lieu attractif où les décisions se prennent vite, en 24 ou 48 heures, et où la génération Y se voit offrir des défis qui l'interpellent. Ainsi, il y a de l'espoir sur le plan local pour les gens de bonne volonté et les gestionnaires à succès qui ne veulent pas plier l'échine devant la pénurie.

Les infirmières veulent être considérées à leur juste valeur et se faire offrir des défis à la mesure de leurs compétences.

POLITIQUES GOUVERNEMENTALES CONTRE LA PÉNURIE

Que fait donc le Québec pour améliorer la situation et contrer la pénurie ?

Le gouvernement a surtout travaillé à la création « du nouvel espace économique » qui favorise la mobilité de la main-d'œuvre au Canada et il a proposé l'Entente France-Québec. Le Québec veut favoriser l'immigration et c'est bien. Mais de toute évidence, l'immigration ne remplacera pas une politique de main-d'œuvre cohérente. L'ou-

centre de santé. L'État fait du micro-management. Hélas !

En guise de mesure de planification, le MSSS demande aux CSSS de faire de la réorganisation du travail. Or, la stratégie nationale de réduction de la pénurie se fait toujours attendre. J'estime que le MSSS se réserve un rôle de gérant d'estrade. De plus, en insistant sur



Le ministre de la Santé et des Services sociaux, le D^r Yves Bolduc, sous l'œil attentif de Madame Desrosiers.

TABLEAU 3

RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION GOUVERNEMENTALE

- augmentation et protection des budgets de soins infirmiers
- stratégie nationale de rétention des infirmières de 50 ans et plus
- planification des effectifs infirmiers
- soutien à l'émergence des nouveaux rôles
- politique salariale concurrentielle
- révision des lois professionnelles

verture des frontières signifie aussi plus de concurrence sur le plan des conditions de travail, à moins de ne recruter que dans les pays en voie de développement ! À cet égard, les problèmes éthiques reliés au recrutement dans le tiers-monde sont dénoncés par l'OMS.

QUE FAIT LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ?

Des comités de planification qui ne planifient rien du tout¹⁷ ! Les travaux de la Table nationale furent extrêmement décevants¹⁸.

L'appareil d'État s'inquiète de l'organisation du travail et des coûts ! Il se demande s'il n'y a pas trop d'infirmières dans les unités de soins, s'il n'y a pas trop d'infirmières cliniciennes au Québec, si, par hasard, il n'y aurait pas assez d'infirmières auxiliaires au 3^e Ouest de tel

l'organisation du travail, et notamment sur l'introduction des infirmières auxiliaires, le MSSS envoie le message qu'il veut réduire la demande d'infirmières au lieu d'annoncer qu'il faut transformer cette demande pour faire face aux nouveaux défis du système de santé¹⁹ ! Cela lance un message démobilisateur. Les infirmières veulent être considérées à leur juste valeur et se faire offrir des défis à la mesure de leurs compétences. Enfin, le MSSS devrait soutenir activement l'introduction des infirmières praticiennes spécialisées en soins de

première ligne et une augmentation substantielle des infirmières cliniciennes œuvrant dans les groupes de médecine de famille (GMF).

L'Australie a su faire revenir 5 000 infirmières en allégeant le fardeau de leurs tâches au moyen d'une garantie de ratio infirmière/patients²⁰. Au-delà des salaires, l'Ontario mise sur le mentorat pour les infirmières soignantes de plus de 55 ans qui peuvent y consacrer 20 % de leur temps²¹. L'Ontario a annoncé aussi 89 millions de dollars pour garantir des emplois à plein temps aux nouvelles diplômées (Nursing Graduate Guarantee program)²². Le Québec avance timidement sur cette voie, notamment avec une initiative de préceptorat, mais elle est malheureusement financée « avec des peanuts » ! Au Québec, la pénurie est devenue un prétexte pour ne pas agir ou pour freiner le repositionnement des infirmières dans de nouveaux rôles... et pourtant, il nous faut revoir l'organisation des services de santé.

Dans un marché aussi ouvert que celui d'aujourd'hui, et dans un contexte de rareté de ressources aussi aigu, les infirmières auront de plus en plus de choix d'emplois.

L'organisation

Les hôpitaux serviront uniquement au court séjour et aux services externes, aux soins intensifs et d'urgence, ainsi qu'aux transplantations. (...) Les hôpitaux seront plus petits dans l'ensemble, plus régionaux ou tertiaires, et ce seront essentiellement des milieux de soins intensifs de court séjour²⁵.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DU CANADA

Tous les pays occidentaux font actuellement face à une escalade des coûts liée à la prise en charge des maladies chroniques ainsi qu'aux problèmes de santé mentale. Au Canada, les coûts médicaux directs des sept principales catégories de maladies chroniques sont estimés à 38,9 milliards de dollars. En 2004, les coûts indirects (arrêt de travail, décès prématurés) atteignent près de 54,4 milliards de dollars²³.

« L'OMS a demandé aux gouvernements de réagir sérieusement à l'épidémie mondiale "invisible" imminente de maladies chroniques et de réduire le taux de mortalité attribuable aux maladies chroniques de 2 % par an jusqu'en 2015²⁴. »

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS DU CANADA

Le tableau 5 présente la pyramide des priorités de dépenses en santé qui se renversera d'ici 2020 pour accorder la plus large part en pourcentage aux soins de santé primaires dans la communauté en s'appuyant sur un modèle plus efficace de dépistage, de prévention et de suivi des maladies chroniques. Ainsi, il y a dix ans, 70 à 80 % des infirmières travaillaient dans les hôpitaux, aujourd'hui tous les experts prédisent qu'en 2020, 75 % des infirmières travailleront dans la collectivité.

Tous les pays occidentaux qui ont des systèmes de santé supportés par l'État sont à l'œuvre pour renverser la pyramide. La Commission Romanow²⁷ avait bien présenté l'urgence de revoir les soins de santé primaires au Canada. Au Québec, on utilise davantage les expressions « soins de première ligne » ou « réseaux intégrés »

TABLEAU 4

LES PATIENTS DE DEMAIN :

- 50 % des décès reliés au cancer et aux cardiopathies
- 23 % d'obésité et 36 % de surcharge pondérale
- 50 % des adultes auront une maladie chronique
- 40 % des maladies chroniques seraient évitables
- 20 % de la population aura un problème de santé mentale

Source : Statistique Canada 2004

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, dans son dossier intitulé *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers* (2006) présenté l'an dernier au congrès de l'OIIQ par Michael Ville-neuve, fait état des tendances mondiales de transformation des systèmes de santé et des conséquences pour les rôles attendus des infirmières.

mais, dans tous les cas, on vise le « modèle de gestion des maladies chroniques »²⁸.

Le Québec s'inscrit dans ces tendances internationales, notamment, la réforme de 2004²⁹ qui met de l'avant l'intégration des soins par territoire, des projets cliniques par clientèle, ainsi que les GMF et les cliniques-réseau (CR) et bientôt les groupes de médecins spécialistes (GMS)

Il y a dix ans, 70 à 80 % des infirmières travaillaient dans les hôpitaux ; en 2020, 75 % des infirmières travailleront dans la collectivité selon les prédictions des experts.

des soins

rattachés aux CSSS. Toutefois, à la différence des autres provinces et d'autres pays, le médecin demeure le guichet d'entrée, il détermine le plan thérapeutique global et décide de référer aux autres professionnels. L'intégration des infirmières praticiennes de première ligne ne fait pas l'objet d'une orientation claire. On peut quand même affirmer que le virage vers des modèles renouvelés de soins primaires ou de soins aigus dans la communauté se met en place.

En guise d'exemple, les orientations de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal³⁰ cherchent à répondre aux défis des maladies chroniques en implantant des équipes multidisciplinaires de soins de première ligne dans les GMF et les cliniques-réseau intégrés. La composition de l'équipe multidisciplinaire recommandée par l'Agence de la santé de Montréal ressemble étrangement aux « défunts » CLSC. De plus, l'Agence propose d'ouvrir des centres d'éducation pour la santé qui vont s'occuper de promotion et de prévention. Enfin, elle annonce la collaboration de « *l'infirmière en prévention clinique du CSSS* » à ces centres d'éducation pour la santé. Donc, les orientations de l'Agence, sans être particulièrement innovatrices, vont dans la bonne direction. Remarquez qu'à l'échelle de la province, la proposition de l'Agence de la santé de Montréal signifie des centaines, voire des milliers d'infirmières dans les GMF et les CR. D'ailleurs, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)³¹ demande un ratio dans les GMF d'une infirmière pour un médecin.

Tous les États (ou provinces) élaborent une planification du personnel infirmier compatible avec la transformation souhaitée de leur système de santé. Les mêmes tendances se dégagent partout. L'infirmière généraliste voit son rôle élargir et elle agit de plus en plus comme gestionnaire de cas. Les trois fonctions-clés des infirmières en première ligne sont l'évaluation des problèmes de santé courants, le suivi systématique de malades

TABLEAU 5

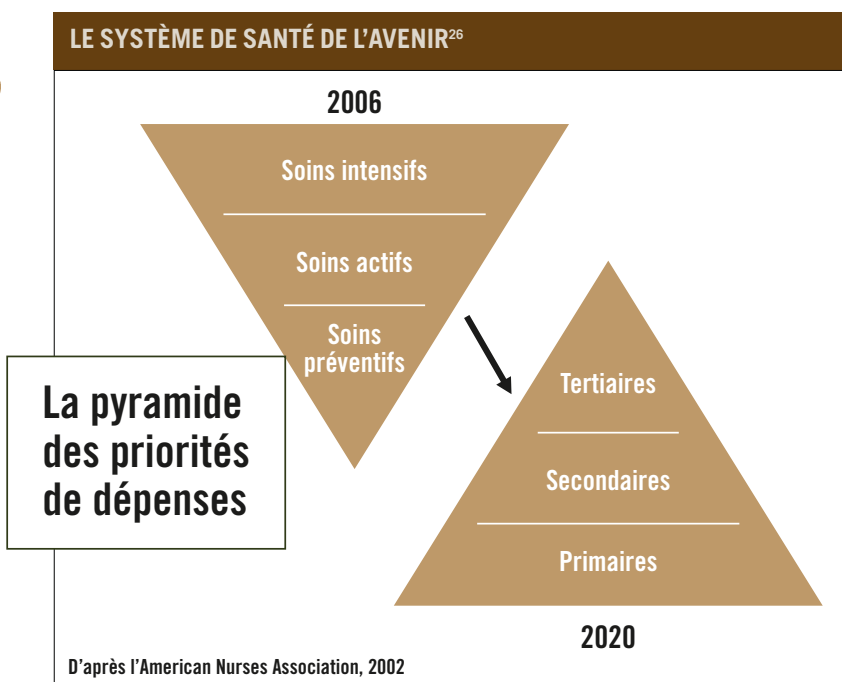


TABLEAU 6

PLANIFICATION DES EFFECTIFS INFIRMIERS : LES CIBLES

- augmentation du personnel de soutien
- élargissement du rôle des infirmières généralistes en 1^{re}, 2^e et 3^e lignes
- ajout d'infirmières spécialistes (domaines ciblés)
- augmentation importante du nombre d'infirmières praticiennes

chroniques et l'application de programmes de santé publique. Les infirmières généralistes de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes voient non seulement leurs activités réservées se développer, mais se voient aussi confier des responsabilités de gestion d'équipe de soins infirmiers ou de coordination d'équipes multidisciplinaires^{32,33,34}.

On peut voir au tableau 6 les effets de la transformation d'un système de santé hospitalo-centrique vers un réseau de soins de santé primaires qui se traduit par des constantes sur le plan des effectifs

infirmiers. Je m'inquiète qu'au Québec il n'y ait pas, ou peu, de lien entre les instances qui planifient les services cliniques et celles qui planifient les ressources professionnelles, tant au MSSS que dans les agences régionales.

Le cas des infirmières praticiennes de première ligne (IPS) traduit bien le retard du Québec à faire de la planification d'effectifs. Les départements régionaux de médecine générale (DRMG) n'ont pas été consultés par les directions de ressources humaines des agences de la santé pour

TROIS FONCTIONS-CLÉS DES INFIRMIÈRES EN PREMIÈRE LIGNE :

1. Évaluation des problèmes de santé courants
2. Suivi systématique de malades chroniques
3. Application de programmes de santé publique.

If patients and communities are to benefit from the investments in the NHS announced in the 2002 budget and the reforms, nurses in primary care will need to be at the forefront of change and innovation³⁵.

JOHN HUTTON
MINISTRE DE LA SANTÉ
DU ROYAUME-UNI,
(2001-2002)

déterminer le besoin en infirmières praticiennes de première ligne. D'ailleurs, on peut se demander pourquoi le MSSS interroge les agences à ce sujet, cette orientation relève davantage de la gouvernance nationale du système de santé.

En guise de comparaison, la lecture des orientations du gouvernement britannique m'a particulièrement réjouie. L'approche britannique met les infirmières et les sages-femmes au cœur des services de première ligne. Le ministre va très loin dans le partage avec les médecins, il s'est assuré que la rémunération des médecins serait incitative et il a revu les programmes de formation des infirmières.

Le virage vers les soins intégrés dans la communauté et les soins de première ligne est amorcé au Québec et il est irréversible. Le Québec fait face aux mêmes défis qu'ailleurs. La profession doit être capable de relever ces défis en formant, en nombre suffisant, des infirmières dont les profils de compétences sont recherchés dans toutes les régions du Québec.

Ce virage nous incite à nous interroger sur la capacité des professionnels à s'adapter à l'évolution du système de santé. Je veux parler de la collaboration interprofessionnelle, mais aussi de la formation des professionnels et en particulier de celle des infirmières.

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE AU CŒUR DES NOUVEAUX MODÈLES DE SERVICES ?

Le premier geste accompli dans tous les pays (et les provinces) a consisté à réviser la réglementation professionnelle pour

permettre plus de flexibilité dans l'organisation des services, mais aussi, et surtout, une redistribution des rôles.

Le Québec a adopté en 2002 le projet de loi n° 90 « qui vise à favoriser l'utilisation des compétences dans une perspective interdisciplinaire et, de ce fait, à améliorer l'efficacité globale du système de santé dans un contexte de rareté de ressources professionnelles³⁶. » Ainsi, toutes les professions ont été invitées à décloisonner leur pratique.

La Loi 90 a donné lieu au *plan thérapeutique infirmier* qui met l'accent sur l'évaluation clinique et qui favorisera, d'une part, la collaboration avec les infirmières auxiliaires et, d'autre part, le travail multidisciplinaire en rendant accessible l'évaluation de l'infirmière à tous les autres professionnels.

La Loi 90 élargit sensiblement l'éventail des activités cliniques des infirmières et, avec les ordonnances collectives, favorise le suivi des malades chroniques. Elle permet l'introduction des infirmières praticiennes au Québec. En principe, l'aspect légal du champ d'exercice de la profession est donc en grande partie réglé.

Toutefois, le décloisonnement sur le terrain ne peut se faire que si un objectif global de réorganisation des services est mis de l'avant par l'État, tel le virage vers les soins de première ligne. Localement, les nouveaux partages de responsabilités entre les médecins et les infirmières doivent viser des objectifs cliniques : amélioration de l'accès, prévention des complications liées aux maladies chroniques, réduction de la prévalence des problèmes de santé publique, etc. En guise d'exemple, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) voulait réduire les grossesses indésirables chez les adoles-

L'ajustement des médicaments en soins de première ligne est un enjeu énorme : le plus important pour l'avenir du système de santé et pour le rôle des infirmières dans le suivi des malades chroniques.

centes. Il a, en conséquence, recommandé que les infirmières « *initient la contraception hormonale* ».

Localement, les professionnels peuvent faire des propositions d'amélioration des services en s'appuyant sur le potentiel de cette loi, mais l'État doit donner des orientations et aplanir certaines barrières dans l'application des ordonnances collectives. La pénurie générale devrait faciliter, en principe, la collaboration inter-

professionnels qui s'avèrent déterminants. Cela m'apparaît être le plus gros frein à la transformation des pratiques au Québec entre les médecins et les infirmières et, plus récemment avec les pharmaciens.

Les services des médecins étant financés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ils sont considérés comme « gratuits » par l'établissement de santé. Pourquoi le directeur général de l'établis-

certaines activités des infirmières aux infirmières auxiliaires signifie des responsabilités et des tâches plus complexes pour l'infirmière qui ne se reflètent pas dans sa rémunération.

La collaboration interprofessionnelle, ce n'est pas seulement une question de relations interpersonnelles, ça peut être parfois une question de gros sous ! Un exemple récent est celui des pharmaciens propriétaires qui reçoivent des honoraires de la RAMQ pour leurs services professionnels et qui tentent présentement d'obtenir de nouveaux honoraires pour faire le suivi de patients sous anticoagulants (un créneau appelé à devenir très payant). Ce que les infirmières de GMF ou de CSSS font déjà très bien et gratuitement. Pour aider ses membres, l'Ordre des pharmaciens prétend que l'ajustement de la médication est un acte exclusif aux pharmaciens. D'autres pharmaciens prétendent que nous n'avons pas la compétence. C'est extrêmement regrettable.

Je crois que « l'ajustement des médicaments en soins de première ligne » est un enjeu énorme : le plus important et dramatique pour l'avenir du système de santé. Dans certaines provinces et certains pays, les pharmaciens obtiennent des privilèges de prescription et d'ajustement de médicaments, mais jamais aux dépens de ceux des infirmières. Le suivi des malades chroniques par les infirmières comprend toujours l'ajustement de leur médication. Outre les médecins et les infirmières, plusieurs professions telles que les diététistes et les psychologues pourraient éventuellement procéder à l'ajustement de certains médicaments et aucune ne le fera en exclusivité. Réclamer l'exclusivité m'apparaît être une bataille du passé !

TABLEAU 7

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : LES FREINS³⁹

- des politiques gouvernementales incohérentes
- une mauvaise planification des ressources humaines
- les lois professionnelles qui maintiennent encore des silos
- la technologie d'informations cliniques insuffisantes
- le mode de rémunération des professionnels ou le mode de financement des services

professionnelle, car chaque professionnel étant surchargé de travail, il devrait avoir intérêt à partager ses activités ou à réexaminer ses activités par rapport à celles des autres.

Toutefois, dans les faits, la révision des lois professionnelles ne suffit pas. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario s'inquiète des barrières qui s'opposent encore à la mise en œuvre de sa réforme du système de santé adoptée en 2007, réforme qui s'appuie sur la collaboration interprofessionnelle³⁷. Ainsi, l'Ontario, qui nous avait devancés en changeant ses lois professionnelles pour éliminer la notion de champ d'exercice exclusif et soutenir la notion d'activités partageables, a publié en 2008 un dossier de réflexion sur les enjeux relatifs à la collaboration interprofessionnelle dans les professions de la santé^{38,39}. Le tableau 7 énonce les faits saillants de cette étude.

Je tiens à mettre en relief ces facteurs car, trop souvent, les professions sont montrées du doigt comme étant fautives ou trop corporatistes. Permettez-moi d'insister sur les modes de financement des services et de rémunération des

professionnels serait-il « motivé » à recruter des infirmières praticiennes qu'il devra payer à même le budget de son établissement en puisant dans la masse salariale des infirmières qui est déjà extrêmement réduite ? Il n'a aucun incitatif à le faire à moins de recevoir des directives ministérielles claires comme par exemple, celle portant sur les GMF par laquelle le CSSS DOIT fournir deux infirmières cliniciennes.

Par ailleurs, la rémunération à l'acte entraîne une tendance à accomplir des actes à grand volume. La redistribution des tâches entre médecins et infirmières peut signifier que le médecin aura des cas plus lourds, plus complexes auxquels le mode de rémunération n'est pas adapté. Dans une moindre mesure, le transfert de

Les modes de financement des services et de rémunération des médecins constituent le plus gros frein à la transformation des pratiques au Québec.

Libérer les talents

Le décloisonnement signifie la diversité des rôles, la liberté professionnelle basée sur la compétence : une libération des talents.

GYSLAINE DESROSIERS

La perte d'exclusivité peut devenir un facteur de démobilitation associé à une perte d'identité, au deuil même d'une certaine vision de sa profession : « *ce n'est pas ce que je voulais faire ! ...* » Parce qu'on s'identifiait à un territoire, on était enfermé dans un seul rôle. Le décloisonnement signifie la diversité des rôles, la liberté professionnelle basée sur la compétence : une libération des talents.

Le temps est venu de *Libérer les talents*⁴⁰. C'est en ces termes que le ministre de la Santé du Royaume-Uni, John Hutton, a incité les infirmières et sages-femmes à abandonner leurs rôles traditionnels pour déployer leur savoir-faire dans des services de première ligne mieux adaptés aux besoins de la population. Du même souffle, le ministre proposait aux agences locales de ne freiner aucune initiative voulant utiliser plus judicieusement les compétences des infirmières et des sages-femmes.

La façon dont le ministre du Royaume-Uni interpelle les infirmières est très inspirante. En effet, ce n'est pas la langue de bois. Au Québec, il faut apprendre à transposer les objectifs technocratiques ou de réingénierie en termes marketing et mobilisateurs. Il faut un projet transcendant, un projet porteur. J'aimerais entendre notre ministre de la Santé interpeller directement les infirmières à propos de ce grand défi qui consiste à renouveler les soins de santé primaires au Québec. Les infirmières doivent entendre que leur contribution fera la différence au Québec, notamment pour améliorer les services de santé mais aussi pour préserver le filet de solidarité sociale.

La formation

La profession est-elle prête à relever les défis de changement de rôles et de diversification des lieux de pratique ?

La profession d'infirmière, ici comme ailleurs, a toujours défendu une approche de soins de santé primaires ancrés sur les besoins des communautés et accessibles, intégrant des approches préventives et d'éducation pour la santé. En soins aigus, la profession a fait la preuve de sa capacité à agir tant à l'hôpital que dans la communauté. Dans les faits, dans tous les projets innovateurs en santé au Québec, il y a des infirmières qui y ont collaboré et même lancé de tels projets.

Les défis de formation sont très grands pour toutes les professions de la santé. Les

compétences recherchées pour les infirmières ne seront plus définies par le lieu de travail (hôpital, CLSC, CHSLD) mais plutôt par les clientèles (ex. gériatrie, oncologie, périnatalité, etc.) et par le niveau de soins (primaires, secondaires et tertiaires). En fait, les rôles attendus seront très diversifiés.

La littérature pertinente sur le sujet est unanime. Les connaissances et les qualités nécessaires aux infirmières de demain seront étendues : évaluation physique et mentale, leadership, physiopathologie, biotechnologie (médecine génétique),

Il est paradoxal que le gouvernement ouvre ses frontières à l'expertise mondiale sans pour autant s'ajuster au standard européen qui établit la formation initiale à un niveau universitaire pour la prochaine génération d'infirmières.

pharmacologie, technologies de l'information, télésurveillance, robotique, problèmes socioculturels, toxicomanies, éthique, adaptation au changement, souffrance, deuil, et bien d'autres⁴¹.

Toutes les provinces, à l'exception du Manitoba, investissent plus d'heures que le Québec pour former leurs infirmières généralistes et elles exigent le baccalauréat. Saviez-vous que les diplômés des cégeps ne pourront bénéficier de l'Entente France-Québec ? La norme européenne est une formation universitaire de trois ans ou 4 600 heures⁴², soit 2 000 heures de plus que le programme DEC. Il est paradoxal que le gouvernement ouvre ses frontières à l'expertise mondiale sans pour autant s'ajuster au standard européen qui normalise la formation initiale à un niveau universitaire pour la prochaine génération d'infirmières. À vrai dire, la profession n'a jamais réussi à s'entendre sur cette question et, historiquement, ce sont les syndicats représentant les infirmières qui s'y sont opposés.

Pour nous les infirmières, la formation DEC-BAC a constitué une percée majeure en mettant de l'avant une formation de cinq ans tout en conservant une porte de sortie après le DEC. La question qui se pose aujourd'hui est comment composer avec le DEC-BAC tout en tenant compte de l'évolution du système de santé ? Plus précisément, faut-il maintenir un débouché après trois ans ? Est-ce raisonnable, est-ce acceptable de demander à de jeunes diplômées du DEC, formées pour soigner en médecine/ chirurgie générale, d'assurer l'encadrement des infirmières auxiliaires et d'intervenir aux soins intensifs ou à l'urgence ? À défaut de rehausser la formation initiale, devrions-nous accélérer le développement de formations spécialisées dans plusieurs domaines cliniques ?

La formation universitaire ne devrait-elle pas constituer un pré-requis pour accéder à l'exercice de la profession au Québec ? Pour les infirmières DEC déjà en exercice, il y aurait tout à gagner, il n'y aurait plus qu'une seule classe d'infirmières soignantes généralistes, sans compter le changement de classe salariale et les nouvelles ouvertures de postes, autrement réservés aux cliniciennes. Un des avantages de l'unification, et ce n'est pas le moindre, serait de permettre à chaque infirmière, sans exception, de jouer la carte de sa compétence personnelle sans égard à son diplôme. Par exemple, il




deviendrait possible d'inviter des infirmières non bachelières en fin de carrière à postuler des emplois dans les GMF qui ne sont actuellement ouverts qu'aux cliniciennes.

Certains prétendent qu'en contexte de pénurie, il serait inacceptable de rehausser la formation initiale des infirmières. Pourtant, devant l'imminence de départs massifs à la retraite, la nécessité d'une formation suffisante devient plus aiguë que jamais car les jeunes, au lieu de se joindre comme dans le passé à des équipes expérimentées, devront remplacer au pied levé les infirmières retraitées, et assumer des rôles qui leur sont encore inconnus et pour lesquels elles ne sont pas formées. Leur carte pour s'en sortir et se tailler une place sera leur formation. Afin de gérer

une transition acceptable dans le système de santé, nous pourrions envisager l'hypothèse de donner un statut légal aux nouvelles graduées DEC pour un nombre d'années déterminé afin de leur permettre de terminer leurs études universitaires et d'obtenir le titre d'infirmière ?

Le contexte de la pénurie d'infirmières et le débat sur l'accessibilité aux soins de santé sont propices à la réflexion sur notre profession. Les syndicats infirmiers et les autres groupes concernés vont devoir reconsidérer la formation au Québec si nous voulons que nos infirmières soient égales à leurs consœurs des autres pays occidentaux. Cette réflexion ne vise surtout pas à provoquer une scission. Au contraire, je crois que la formation pourrait devenir un enjeu rassembleur.

Ne devrait-on pas discuter publiquement des nouveaux rôles que pourraient jouer les infirmières plutôt que de mettre l'accent sur la pénurie ?



*La profession
d'infirmière a
toujours défendu une
approche de soins
de santé primaires
ancrés sur les besoins
des communautés
et accessibles, intégrant
des approches préventives
et d'éducation pour
la santé.*

GYSLAINE DESROSIERS



Conclusion

Concernant la pénurie, le gouvernement doit cesser de se cantonner dans des phrases creuses ou toutes faites, du genre « réorganiser le travail ». L'État doit non seulement prendre des mesures bien ciblées pour améliorer les conditions de travail de toutes les infirmières, mais surtout garder à son emploi les infirmières de plus de 50 ans, tout en prenant des mesures pour transformer la première ligne de soins et rendre évidentes et concrètes les attentes de rôles qu'il requiert des infirmières.

La population est de plus en plus impatiente devant les ruptures de services et le manque d'accès aux services ou inquiète face aux crises, telle l'épidémie de *Clostridium difficile*. La profession doit rappeler qu'elle est prête à aider la population et qu'elle fait partie de la solution pour améliorer les services de santé au Québec. Malheureusement, l'insistance sur la pénurie laisse croire que les infirmières sont devenues un problème dans le système de santé. Ne devrait-on pas discuter publiquement des nouveaux rôles que pourraient jouer les infirmières

plutôt que de mettre l'accent sur la pénurie? Par exemple, l'Ontario utilise les services de près de 800 infirmières praticiennes de première ligne contre seulement quelques-unes à l'heure actuelle au Québec. Il faut prendre la défense d'un meilleur système de santé au Québec, non seulement en menant un combat contre la privatisation mais en préconisant un meilleur accès aux services et un meilleur suivi.

Pour la première fois, la profession d'infirmière forge actuellement une alliance et une vision communes avec les médecins, tant spécialistes que généralistes, pour transformer les soins de santé au Québec. Cette transformation engendre la possibilité pour les infirmières d'exercer de façon plus autonome des rôles cliniques diversifiés, mais présente des défis au plan de la formation initiale et spécialisée qui exigeront une vision renouvelée de la profession. À cet égard, je ne ménagerai aucun effort pour que la profession infirmière au Québec évolue dans la même direction que les tendances canadienne et mondiale.

La transformation des soins de santé permettra aux infirmières d'exercer de façon plus autonome des rôles cliniques diversifiés mais elle présente des défis au plan de la formation initiale et spécialisée qui exigeront une vision renouvelée de la profession.

Références

1. Desbiens, F. « Repenser la médecine familiale » (Libre opinion), *Le Devoir*, 22 octobre 2008, p. A8.
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé*, Genève, OMS, 2006.
3. Little, L. et J. Buchan. *L'autosuffisance en personnel infirmier dans le contexte de la mondialisation*, Genève, Centre international des migrations d'infirmières, 2007, p. 22.
4. Needleman, J. « Is what's good for the patient good for the hospital? Aligning incentives and the business case for nursing », *Policy, Politics, & Nursing Practice*, vol. 9, n° 2, mai 2008, p. 80-87.
5. Unruh, L.Y., S.B. Hassmiller et S.C. Reinhard. « The importance and challenge of paying for quality nursing care », *Policy, Politics & Nursing Practice*, vol. 9, n° 2, mai 2008, p. 68-72.
6. Aiken, L.H. « Economics of nursing », *Policy, Politics & Nursing Practice*, vol. 9, n° 2, mai 2008, p. 73-79.
7. CROP. *Sondage auprès des infirmières d'agences* (rapport présenté à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), févr. 2008. [En ligne : www.oiiq.org/uploads/communiqués/pdf/rapportCROP_Agences.pdf].
8. Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). *Équité salariale—Nouvelles échelles salariales* (Décret tenant lieu de convention collective), février 2008 (édition révisée).
Ontario Nurses' Association. « How do salaries compare based on expertise and education versus seniority? », *FAQS—Salary*, 2009. [En ligne : www.ona.org/faq#f15]
Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. [Convention collective], février 2009.
9. Letvak, S. et R. Buck. « Factors influencing work productivity and intent to stay in nursing », *Nursing Economics*, vol. 26, n° 3, mai/juin 2008, p. 159-165.
10. Desrosiers, G. « Le travail supplémentaire obligatoire a trop duré ! » (Éditorial), *Perspective infirmière*, vol. 4, n° 5, mai/juin 2007, p. 8-9.
11. Papineau, J.M. « Une formule gagnante », *Perspective infirmière*, vol. 5, n° 8, nov./déc. 2008, p. 41.
12. Chouinard, E. « L'offre de travailler refusée » (Commentaire), *Le Soleil*, 22 mai 2008, p. 38.
13. Voyer, P., A. Gaudreault, N. Cyr, D. Langlois, J. Gilbert et S. Coulombe. *Loi 90 et soins infirmiers en CHSLD : résultats du projet de rehaussement des pratiques cliniques au CSSS de la Vieille-Capitale*, Québec, Université Laval—Faculté des sciences infirmières et CSSS de la Vieille-Capitale, 2007. [Affiche présentée dans le cadre du Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Inventer l'avenir ensemble : le défi des générations*, Montréal, 11, 12 et 13 novembre 2007].
14. Laucius, J. « Made-in-Ottawa nursing plan takes off », *Ottawa Citizen*, 30 juin 2008, p. A1.
15. Brunelle, Y. *Une source d'enseignements : les hôpitaux « magnétiques » américains*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux—Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, 2008.
16. Barrière, C. « Pénurie de main-d'œuvre—On est condamné à l'excellence », *Le Droit*, 10 juillet 2008, p. 2.
17. Table nationale de concertation sur la main-d'œuvre en soins infirmiers. *Rapport final*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008.
18. Desrosiers, G. « Table nationale sur la main-d'œuvre en soins infirmiers—La montagne a-t-elle accouché d'une souris ? », *Le Journal*, vol. 5, n° 5, mai/juin 2008, p. 2.
19. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence !*, Montréal, OIIQ, 2007. [En ligne : www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/Effectifs.pdf]
20. Little, L. et J. Buchan. *L'autosuffisance en personnel infirmier dans le contexte de la mondialisation*, Genève, Centre international des migrations d'infirmières, 2007, p. 20.
21. Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). *Guidelines for Application to the Late Career Nurse Initiative*, Toronto (ON), MOHLTC—Nursing Secretariat, mai 2007. [En ligne : www.health.gov.on.ca/english/providers/program/nursing_sec/docs/late_nurse_gd_01_20070523.pdf]
22. McGillis Hall, L. et al. *Canadian Nurses in the U.S.*, Toronto, University of Toronto—Faculty of Nursing, avril 2007, p. 32.
23. Mirolla, M. *The Cost of Chronic Disease in Canada*, Ottawa, Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, 2004. [cité dans AIIC, 2006, p. 41]
24. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers*, Ottawa, AIIC, 2006, p. 101.
25. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers*, Ottawa, AIIC, 2006, p. 101.
26. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers*, Ottawa, AIIC, 2006, p. 101.
27. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada [Commission Romanow]. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada—rapport final*, Saskatoon (SK), La Commission, 2002.
28. Levesque, J.F., D. Feldman, C. Dufresne, P. Bergeron et B. Pinard. *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : barrières et éléments facilitant*, Montréal/Québec, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal—Direction de santé publique / Institut national de santé publique du Québec, 2007.
29. St-Pierre, M. « La structuration des pratiques professionnelles et étatiques dans le système de santé québécois », in C. Dallaire (ss la dir. de), *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*, Montréal, Gaétan Morin, 2008, p. 317-340.
30. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ADLSSSM). *Orientations pour le développement des GMF et cliniques réseaux intégrés*, Montréal, ADLSSSM, 2008.
31. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). *Énoncé de principes en faveur d'une politique nationale sur la médecine familiale*, Montréal, FMOQ, 2008.
32. Longley, M., C. Shaw et G. Dolan. *Nursing: Towards 2015—Alternative Scenarios for Healthcare, Nursing and Nurse Education in the UK in 2015*, commissioned by the Nursing and Midwifery Council for the Review of pre-registration nursing education, Pontypridd (UK), University of Glamorgan—Welsh Institute for Health and Social Care, oct. 2007. [En ligne : www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=3550]

33. Department of Health (DH). *Modernising Nursing Careers: Setting the Direction*, Londres, DH, 2006. [En ligne: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4138756]
34. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). *Vers 2020: Visions pour les soins infirmiers*, Ottawa, AIIC, 2006.
35. Department of Health (DH). *Liberating the Talents: Helping Primary Care Trusts and nurses to deliver The NHS Plan*, Londres, DH, 2003, p. 6. [En ligne: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007473].
36. St-Pierre, M. « La structuration des pratiques professionnelles et étatiques dans le système de santé québécois », in C. Dallaire (ss la dir. de), *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*, Montréal, Gaëtan Morin, 2008, p. 333.
37. *Health System Improvements Act*, L.O. 2007, c. 10.
38. Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC). *Interprofessional Collaboration: A Summary of Key Reference Documents & Selected Highlights from the Literature*, Toronto, HPRAC, février 2008.
39. Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC). *Consultation Discussion Guide on Issues Related to the Ministerial Referral on Interprofessional Collaboration among Health Colleges and Professionals*, Toronto, HPRAC, février 2008.
40. Department of Health (DH). *Liberating the Talents: Helping Primary Care Trusts and nurses to deliver The NHS Plan*, Londres, DH, 2003. [En ligne: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007473]
41. Thorne, S.E. « Nursing education: key issues for the 21st century », *Nurse Education Today*, vol. 26, n° 8, 2006, p. 614-621.
42. Longley, M., C. Shaw et G. Dolan. *Nursing: Towards 2015—Alternative Scenarios for Healthcare, Nursing and Nurse Education in the UK in 2015*, commissioned by the Nursing and Midwifery Council for the Review of pre-registration nursing education, Pontypridd (UK), University of Glamorgan—Welsh Institute for Health and Social Care, oct. 2007, p. 55. [En ligne: www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=3550]



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Libérer les talents

suscite des réflexions que vous aimeriez nous faire partager. Vous avez des commentaires ? *Perspective infirmière* vous invite à nous les transmettre à l'adresse revue@oiiq.org

Cahier détachable : détachez les pages 33 à 48 pour conserver ce cahier.