

Nouvelles conditions d'obtention du permis de pratique d'infirmière au Québec

La relève infirmière

Août 2011

Table des matières

Introduction	1
Transformation du système de santé	3
Vieillesse de la population, multi pathologies et chronicité	3
Évolution scientifique et technologique	4
Politique et orientation du gouvernement en matière de santé	5
Les centres de santé et de services sociaux (CSSS).....	6
Mission du CLSC	6
Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)	7
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et centre hospitalier universitaire (CHU).....	8
La pénurie de main-d’œuvre en soins infirmiers. Où en sommes-nous et où en serons-nous demain?.....	9
La place de l’infirmière et son nouveau rôle	12
La place de l’infirmière dans les soins au patient est au cœur de l’équipe multidisciplinaire.	14
Formation académique infirmière (actuelle et passée).....	15
Transmissions des connaissances et Inégalité de la formation de l’employeur.....	18
L’influence des autres professionnels sur notre profession	19
L’infirmière au Canada	19
Portrait des provinces canadiennes.....	21
Nous versus les pays de l’espace francophone	22
Les appréhensions d’une transition vers de nouveaux critères d’obtention du permis de pratique d’infirmière	23
Les avantages d’une transition vers de nouveaux critères d’obtention du permis de pratique d’infirmière ...	24
Conclusions/recommandations	25
Annexe	27
Compétences enseignées aux domaines collégial et universitaire	27
Définitions	32
Références	33

Introduction

Lors du conseil fédéral du 20 février 2009, la Fédération de la santé et des services sociaux–CSN partageait avec ses syndicats un premier rapport d'un comité *ad hoc*. Ce comité avait fait une première analyse concernant la révision des conditions d'obtention du permis de pratique d'infirmière au Québec suite à une proposition de réflexion commune que nous avait adressée l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Ce premier rapport fait état du portrait présent et futur de la profession d'infirmière, de la pérennité de la profession, de la promotion de l'expertise et de l'expérience du travail des infirmières, des perspectives permettant de répondre aux besoins réels et futurs du marché du travail dans un contexte de rareté de main-d'œuvre ainsi que de la perspective dans laquelle la Fédération devait poursuivre ses travaux de concertation avec les autres organisations syndicales concernées et l'OIIQ.

La Fédération a reçu comme mandat, au terme de ce premier rapport, de poursuivre les travaux d'échanges entamés avec les autres organisations syndicales et l'OIIQ en tenant compte de cinq éléments.

1. S'assurer de la reconnaissance de l'expérience et de l'expertise des infirmières étant déjà au service du réseau;
2. S'assurer d'avoir la main-d'œuvre infirmière disponible à travailler après trois ans d'études collégiales;
3. S'assurer que des mesures transitoires soient mises en place afin d'éviter toute exclusion;
4. S'assurer que ces nouvelles dispositions n'aggravent pas la pénurie de main-d'œuvre;
5. S'assurer que les maisons d'enseignement instaurent une passerelle qui permettra aux infirmières n'ayant pas d'expérience reconnue dans les trois domaines (soins critiques, soins de première ligne dans la communauté et soins en santé mentale) d'acquérir certaines connaissances, par exemple, en soins critiques.¹

¹ Rapport du comité *ad hoc* : Révision par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec de l'obtention des permis de pratique infirmière, présenté au Conseil fédéral sectoriel de la catégorie du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires, 20 février 2009 à Laval

La Fédération a donc poursuivi ses travaux d'échanges et de réflexion. La mandataire de ce dossier, Nadine Lambert, vice-présidente responsable du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires, a participé à sept rencontres, dont une d'échange interprovincial avec l'Ontario et le Nouveau-Brunswick.

Un deuxième comité *ad hoc* a été formé afin de poursuivre la réflexion en y incluant les nouveaux éléments recueillis au cours des sept dernières rencontres sur la révision des conditions d'obtention du permis de pratique d'infirmière.

La FSSS a convoqué un groupe de travail formé par des infirmières et des infirmiers provenant de différents milieux et de différentes régions du Québec. Les infirmières et infirmiers qui composaient ce groupe avaient un niveau d'études diversifié; collégial, universitaire et une formation outre-mer. Ce groupe avait pour mandat d'analyser l'ensemble des informations reçues, de saisir les enjeux concernant l'avenir de la profession d'infirmière, d'analyser les effets positifs ou négatifs d'une telle révision et enfin d'engager des recommandations.

Le comité *ad hoc* était composé de : **Valérie Alain** : infirmière technicienne ayant poursuivi ses études au baccalauréat, exerçant depuis 2000 dans les secteurs d'activités comme l'hémodialyse et les maladies chroniques au CSSS d'Arthabaska-Érable, au Cœur-du-Québec; **Claudie Figaro** : infirmière détentrice d'un diplôme d'État en France, exerçant au Québec dans les secteurs d'activités suivants : urgence, psychiatrie, soins à domicile et soins ambulatoires au CSSS des Collines en Outaouais; **Claude Vonkerckbuer** : infirmière détentrice d'un diplôme d'infirmière en Belgique et 10 crédits universitaires québécois, exerçant depuis 10 ans au Québec au service de l'équipe volante du CSSS de Memphrémagog en Estrie; **Wilgod Dagrín** : infirmier bachelier issu de la formation DEC-bac. Il a débuté sa carrière à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et exerce maintenant au CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, principalement en CHSLD à titre d'infirmier-chef d'équipe et d'infirmier assistant du supérieur immédiat; **David Pelosse** : infirmier bachelier issu de la formation collégiale en Sciences de la nature et titulaire d'un bac en soins infirmiers, exerçant aux soins intensifs de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal; **Sylvain Fournier** : infirmier titulaire d'un diplôme d'études collégiales, ses études au bac sont en cours. Il exerce aux

soins intensifs du CHU Sainte-Justine; **Noémie Pilon** : infirmière exerçant en santé mentale au Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal; **Samira Harakat** : infirmière titulaire d'un diplôme d'études collégiales, d'un baccalauréat en soins infirmiers et en cours de maîtrise, exerçant aux soins intensifs du CHU Sainte-Justine; **Claude Bouthillier**, conseiller syndical à la FSSS; **Nadine Lambert**, vice-présidente responsable du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires, titulaire d'un diplôme d'études collégiales et de 15 crédits universitaires, ayant exercé en chirurgie, en cardiologie, en multispécialités, en équipe volante et exerçant aux soins intensifs du CHU Sainte-Justine.

Nous vous présentons l'analyse de l'évolution du réseau de la santé, de la profession d'infirmière ainsi que son avenir selon les constats conjoncturels, les défis et enjeux auxquels cette profession est confrontée et les recommandations du comité.

Transformation du système de santé

Vieillesse de la population, multi pathologies et chronicité

Depuis les 20 dernières années, le système de santé québécois a subi de multiples transformations. On a pu observer, de façon marquée, un vieillissement de la population. Avec le vieillissement et l'augmentation de l'espérance de vie, on a vu apparaître des pathologies multiples et chroniques chez une même personne. Cette nouvelle complexité entraîne une augmentation des besoins de santé de ces personnes et, par le fait même, une augmentation de l'intensité et de la complexité des soins qui leur sont dispensés dans la communauté, en institution, en ressources intermédiaires, etc.

Selon Statistiques Canada, les personnes âgées sont de grandes consommatrices de soins et de services de santé. Une étude menée par *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) rapporte qu'en 2003, 88 % des Canadiens âgés de plus de 85 ans ont consulté un omnipraticien, 92 % ont déclaré avoir pris au moins un médicament, 14 % ont eu recours à une hospitalisation et 15 % ont bénéficié des soins à domicile. De plus, cette étude met en lumière que chez la population des personnes âgées de 65 ans et plus, le tiers des hospitalisations ainsi que plus de la moitié des durées de séjour à l'hôpital sont attribuables à cette classe de personne. D'autres données de cette étude révèlent que le taux d'hospitalisation est trois fois supérieur

comparativement aux personnes âgées de 65 ans et moins. Aussi, cette clientèle fait appel à des hospitalisations répétées et de longs séjours. Les données de cette présente étude démontrent que la probabilité que des personnes âgées aient recours à l'hospitalisation est étroitement liée à leur état de santé chronique.

La chronicité de la maladie et la perte d'autonomie qui accompagnent l'avancement en âge amènent les personnes âgées à se retourner vers différents services de soins pour pallier à leur manque d'autonomie. Si leur autonomie et leur capacité d'autosoins le permettent, elles font appel aux soins à domicile pour pallier à leurs capacités de prise en charge qui sont déficientes. Sinon, elles résident dans les CHSLD, les ressources intermédiaires (RI) et les ressources non institutionnelles (RNI) et occupent une grande place des lits hospitaliers et des civières à l'urgence lorsque leur état de santé le requiert. En fait, nous constatons que les personnes âgées sont présentes dans bien des secteurs du système de santé québécois.

Évolution scientifique et technologique

L'augmentation du savoir scientifique et les avancées technologiques ont généré un développement des méthodes diagnostiques et thérapeutiques. Pour illustrer cette affirmation, nous n'avons qu'à penser à l'hémodialyse, l'hémofiltration, l'ECMO² et les appareils sophistiqués que requiert la pratique dans ces secteurs. Pensons aussi au milieu des soins intensifs qui intègre le *monitorage* cardiaque, les diverses méthodes diagnostiques et thérapeutiques invasives (électrophysiologie, l'hémodynamie, les différents respirateurs, etc.) ou en soins à domicile avec la dialyse péritonéale, les multiples thérapies intraveineuses avec accès central, etc. La poussée du savoir empirique du monde médical a amené des progressions énormes au niveau de l'espérance de vie. Par exemple, dans les années 80, un des rares traitements disponibles pour un usager hospitalisé pour un infarctus était la nitroglycérine ou la xylocaïne et le risque de mortalité était très grand. Aujourd'hui, nous faisons appel à une panoplie de médicaments antiarythmiques, antiischémiques et des interventions chirurgicales comme l'angioplastie et des pontages aorto-coronariens qui font en sorte que les patients se relèvent facilement d'un infarctus. L'avancée de la technologie augmente

² ECMO : Oxygénation par membrane extra-corporelle

l'espérance de vie de nos patients mais, du même coup, entraîne la prise en charge et le suivi de personnes atteintes de maladies complexes et de pathologie qui étaient exceptionnelles dans le passé.

De plus, l'accessibilité aux avancées de la technologie a permis une diminution des séjours hospitaliers. Le virage ambulatoire est arrivé en coordination à ces changements. Par cette vision, les patients sont directement impliqués dans la prise en charge de leur état de santé, de leur convalescence et, par conséquent, ils entraînent une modification des types de services disponibles.

Politique et orientation du gouvernement en matière de santé

Au milieu des années 90, le ministère des Affaires sociales a instauré le virage ambulatoire. On parle ici de « déshospitalisation ». Non seulement les nouvelles technologies permettaient de réduire considérablement le besoin de temps et le nombre d'hospitalisations des usagers, mais propulsaient ces personnes nécessitant encore des soins vers les soins à domicile, vers les CLSC ou vers des services plus près des milieux de vie, et ce, tant dans le domaine des soins de santé physique, de santé mentale ou de services sociaux.

Cette réorganisation des soins de santé a amené plusieurs répercussions et plusieurs changements dans la façon de prodiguer des soins. Il y a eu une désinstitutionnalisation des patients, une diminution de la durée des séjours à l'hôpital et une augmentation des soins donnés à la maison ainsi que le développement de diverses ressources telles que les ressources intermédiaires, les ressources de type familial et les résidences privées (RNI). Ce n'est plus seulement l'équipe médicale (médecin, infirmière, pharmacien) qui gère l'épisode de soin, mais plutôt toute une équipe multidisciplinaire en y incluant le patient et sa famille.

Parallèlement à l'augmentation de la complexité et de l'intensité des soins et de la transformation des établissements de santé, l'infirmière est appelée à évaluer les besoins de santé, à coordonner les interventions avec les professionnels et les différents autres intervenants dans les différents milieux de soins institutionnalisés et dans la communauté. Elle doit mieux soutenir les gens à risques, les milieux cliniques et la communauté.

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS)

En 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développements de réseau locaux de services de santé et des services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région, basé sur des réseaux locaux de services (RLS). La création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec avait pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on trouve un établissement appelé *centre de santé et de services sociaux* (CSSS). Né de la fusion de centres locaux de services communautaires, de centre d'hébergement et de soins de longue durée et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CHSGS ou CHU). Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de son territoire local.

À l'intérieur de cette organisation, le CSSS doit coordonner les activités et les services offerts par les intervenants du réseau local de services. Par définition, un RLS regroupe, selon chaque CSSS, des cliniques médicales, des GMF, des organismes communautaires et d'autres ressources privées.

Mission du CLSC

Un CLSC offre des services de première ligne préventifs, curatifs, de réadaptation, de réinsertion et palliatifs. Ces services sont offerts à la population d'un territoire donné, dans les milieux de vie, dans les écoles, à domicile ou à l'intérieur même du CLSC.

En raison du grand virage ambulatoire des années 90, de l'augmentation de l'espérance de vie d'une population vieillissante et de l'avancement technologique et médical, les soins offerts en CLSC ont changé.

Les infirmières en CLSC ont vu, depuis les années 90, leur travail évoluer à une vitesse vertigineuse. On parle aujourd'hui de suivi systématique pour des personnes ayant des maladies chroniques complexes (par exemple : SS, insuffisance cardiaque, rénale ou maladies pulmonaires obstructives chroniques), d'antibiothérapie à domicile avec accès veineux central, de soins palliatifs qui

impliquent divers traitements qui, autrefois, ne se faisaient qu'en centre hospitalier, etc. De plus, le travail se fait en collaboration avec une diversité d'intervenants et l'infirmière en est le dénominateur commun.

Tous ces nouveaux besoins ont fait en sorte que les soins à domicile sont devenus partie intégrante des soins au Québec. L'infirmière est appelée à soigner le patient dans sa globalité. Ce type de soins demande à l'infirmière d'aiguiser davantage son autonomie et son jugement clinique.

En fait, l'infirmière, dans l'exercice de ses fonctions, doit faire de la surveillance précoce, du dépistage de complications, de l'ajustement de soins médicaux selon une ordonnance collective ainsi que soutenir l'utilisateur et la famille aux moyens de soutien et d'éducation. Elle doit faire l'évaluation des besoins de la clientèle qui se retrouve dans le programme d'évaluation et d'orientation en résidence privée qui n'a pas les mêmes structures organisationnelles que le réseau public de santé. Par conséquent, l'infirmière doit, en plus d'évaluer les soins nécessaires à son client, s'assurer que le milieu répond adéquatement aux besoins de celui-ci et peut être confrontée à faire la formation d'une personne non professionnelle travaillant pour le compte de la résidence privée, etc. Il est évident que le niveau d'autonomie de l'infirmière est passé à un deuxième et troisième rang dans sa pratique et le projet de loi 90 a contribué à cette réalité. Dans l'exercice de ses fonctions décrites ci-haut, on constate que l'infirmière doit avoir le contrôle de sa pratique et de l'environnement de son client. Elle doit coordonner non seulement les soins prévus à son champ de pratique, mais aussi voir aux soins qui sont dispensés par d'autres professionnels ou non-professionnels tels que l'ergothérapeute, l'assistante en santé et services sociaux (auxiliaire familiale), l'infirmière auxiliaire, etc. Pour répondre aux besoins du réseau de la santé, l'infirmière novice doit acquérir beaucoup plus de connaissances qu'auparavant et la formation collégiale ne répond plus en totalité à cette nouvelle réalité.

Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)

Les CHSLD constituent un autre milieu où les infirmières ont vu évoluer leur pratique, passant d'une participation aux soins directs aux patients en y incluant les actes prévus à son champ de pratique à la coordination des besoins de santé et aux actes réservés aux infirmières pour cette clientèle qui, elle aussi, a grandement évolué.

Tout d'abord, l'infirmière en CHSLD coordonne les soins de l'équipe pluridisciplinaire (infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, etc.). Elle coordonne les activités de soins en milieu de vie en collaboration avec les autres professionnels, la famille et les ressources externes.

Les CHSLD des années 90 n'ont plus rien à voir avec ceux des années 2000. Cette nouvelle clientèle nécessite un niveau et une intensité de soins beaucoup plus élevés. En CHSLD, 46 % de la clientèle a plus de 85 ans. Elle est atteinte non seulement de maladies neurodégénératives, mais de maladies physiques concomitantes. Nous sommes loin de la personne n'ayant que des problèmes de santé liés uniquement au vieillissement. Encore là, l'infirmière doit prendre en charge la clientèle dans sa globalité.³

Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et centre hospitalier universitaire (CHU)

Les CHSGS et les CHU ont eu, eux aussi, leur part de revirement. L'évolution technologique, médicale associée à une pénurie de main-d'œuvre chez les médecins et les infirmières ainsi que la loi 90 sont venus modifier les soins, le niveau de soins et les équipes de travail.

L'infirmière a, encore une fois, vu son rôle évoluer, prendre de l'expansion.

De surcroît, la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers est venue à elle seule rehausser de façon importante l'obligation d'autonomie de l'infirmière. Nous n'avons qu'à regarder le nombre d'années d'expérience des infirmières travaillant de nuit. Les infirmières de la relève sont souvent seules ou en compagnie de collègues ayant peu d'expérience, auprès d'une clientèle lourde, dans une phase aiguë de leur maladie et elles assument la coordination des soins avec d'autres professionnels tels que l'infirmière auxiliaire et de plus, en raison du manque de ressources médicales, elles doivent offrir des soins et des traitements en se référant en toute autonomie à différentes ordonnances collectives.

D'ailleurs, nous retrouvons la relève dans les unités de hautes intensités de soins tels l'urgence, les soins intensifs, et ce, même à titre de candidates à l'exercice de la profession!

³ *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, Orientations ministérielles, octobre 2003, p.8, p.14

La pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers. Où en sommes-nous et où en serons-nous demain?

Au moment du grand l'objectif du *déficit zéro* visé par le gouvernement de monsieur Bouchard en 1996, il y a eu une augmentation des départs à la retraite. Environ 4 000 infirmières expérimentées ont quitté le réseau de la santé. Parallèlement à ces départs à la retraite, il y a eu un contingentement au niveau de la formation des cégeps et des universités. Ces changements ont fait apparaître une pénurie de main-d'œuvre infirmière qui n'a fait qu'augmenter au cours des années.

Au début des années 2000, on observe une pénurie de main-d'œuvre dans plusieurs des secteurs et de façon beaucoup plus importante dans certaines régions. Depuis les départs à la retraite, plusieurs autres facteurs de pénurie se sont ajoutés : le déclin démographique, les conditions de travail difficiles, la grande variété d'opportunité d'emplois dans différents domaines et, bien entendu, le futur départ à la retraite bien mérité des baby-boomers. Un pic de pénurie est appréhendé pour 2013.

En février 2010, 14 680 infirmières ont plus de 55 ans et 10 900 ont entre 50 et 54 ans. Nous sommes loin de la réalité de 1996 dont 4 000 départs à la retraite nous avaient grandement affectés. Qu'en sera-t-il lorsque ces 25 580 infirmières quitteront le réseau? Mais au-delà du nombre, sur lequel nous n'avons pas grand pouvoir, il y a toute cette expertise qui disparaîtra. Cette expertise si précieuse sur laquelle la novice pouvait autrefois s'appuyer afin de parfaire son apprentissage et développer son autonomie, nos futures infirmières ne peuvent déjà plus y compter.

Nombre d'infirmières selon leur groupe d'âge travaillant dans le réseau public de santé au 15 février 2010⁴

Âge (l'âge moyen de la retraite dans le réseau est 58 ans)	Nombre dans le réseau de la santé	% du nombre d'infirmières qui travaillent dans le réseau	Nombre d'infirmières au total inscrites au tableau de l'Ordre par groupe d'âge, sans emploi ou travaillant dans le réseau public de santé et de services sociaux ou dans d'autres domaines
54 ans	1 875	86 %	2181
55 ans	1 819	84 %	2166
56 ans	1 501	76%	1976
57 ans	1 410	75 %	1881
58ans	1 160	71%	1 634
59 ans	967	65 %	1 489
60 ans	700	62 %	1 129
61 ans	458	51 %	899
62 ans	398	48 %	831
63 ans	278	48 %	581
64 ans	214	45 %	476
65 ans et plus	533	33 %	1 618
Total de 58 à 65 ans	4 708	54 %	8 657
Total	11 313	67 %	16 861

⁴ OIIQ, nombre d'infirmières de 54 ans ou plus et pourcentage par situation et secteur d'emploi selon l'âge au 15 février 2010, *infostats*, volume 2 no 3, avril 2010, graphique n° 2.

Infirmières âgées de 55 ans et plus et leur secteur d'activité	
Secteurs d'activités	% d'infirmières âgées de 55 ans ou plus
Santé mentale	23,2 %
Géronto-gériatrie	24,5 %
Soins périopératoires	22,1 %

Dans tous les secteurs d'activités et dans presque toutes les régions du Québec, la charge de travail et le manque déjà existant de ressources font en sorte que les jeunes infirmières ne peuvent compter que sur elles-mêmes pour bien des situations. De plus, la pénurie grandissante des ressources médicales et professionnelles augmente le fardeau des maladies chroniques sur la société et le système de santé.

Certaines personnes diront : « nous avons qu'à mieux les encadrer dans les milieux de travail, nous n'avons qu'à leur donner de la formation en cours d'emploi ». Bien sûr, cela paraît être une bonne idée. Par contre, est-ce réalisable dans une conjoncture où le gouvernement met la hache dans les budgets de formation et que certains employeurs ne trouvent pas nécessaire de donner plus que quelques jours de formation à une jeune infirmière en salle d'urgence?

Jusqu'à ce jour, ces avenues n'ont pas été suffisantes et concluantes. Dans le contexte actuel, elles sont nécessaires, mais on doit faire davantage puisque plusieurs infirmières expérimentées quitteront le réseau de la santé dans les prochaines années. Dans son mémoire publié en juillet 2005, le Comité jeunesse de l'OIIQ a soulevé deux inquiétudes majeures sur la réalité des nouvelles infirmières, « la relève », qui arrive sur le marché du travail. Une de ces inquiétudes concerne le transfert de l'expertise clinique. Il y a moins de main-d'œuvre et il en aura encore moins pour assurer le transfert des connaissances.

Comment faire autrement? Où se trouve la ou les solutions pour assurer le transfert de connaissances nécessaires à la relève dans une optique de pratique professionnelle optimale, de qualité et sécuritaire pour la population du Québec dans un réseau de santé en grande mutation?

La place de l'infirmière et son nouveau rôle

L'arrivée, en 2002, de la Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (loi 90) ainsi que sa mise en application au fil des années ont permis de clarifier et de modifier les rôles et de rehausser les activités et les champs de pratique des différents professionnels de la santé, dont ceux de l'infirmière.

Voici les 14 activités réservées à l'infirmière qui découlent de cette loi.

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI);
3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (chapitres 2.2);
5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
7. Déterminer le plan de traitements relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
8. Appliquer des techniques invasives;
9. Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
11. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
12. Procéder à la vaccination, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*;
13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
14. Décider de l'utilisation des mesures de contention.

Et voici celles découlant de la Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (loi 21).⁵

1. Évaluer les troubles mentaux, à la condition de détenir une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques, qui seront déterminées dans le cadre d'un règlement adopté par l'OIIQ;
2. Décider de l'utilisation des mesures d'isolement;
3. Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Avant la loi 90, l'infirmière avait un rôle au niveau de la collecte de données, et ce, pour permettre au médecin d'évaluer l'état de santé de la personne. Par la suite, l'infirmière contribuait à l'évaluation des signes et symptômes dans le continuum du traitement du patient. Depuis l'arrivée de la loi, ce qui définit la pratique infirmière, **c'est le rôle d'évaluation globale**. Selon l'OIIQ (2011) « évaluer, signifie poser un jugement clinique sur la condition physique et mentale d'une personne et en communiquer les conclusions. Le jugement clinique peut mener à exécuter des interventions complexes, voire à initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques et à ajuster des médicaments et autres substances selon une ordonnance ».

Par exemple, illustrons ce nouveau rôle de l'infirmière dans un contexte d'insuffisance cardiaque. Cette pathologie amène souvent de l'insuffisance rénale et les personnes sont aux prises avec deux atteintes sévères de leur santé. Une concomitance de pathologies distinctes amène une complexité de l'état de santé et d'usage additionnel de médicaments qui peuvent interagir entre eux. Ce phénomène demande à l'infirmière d'avoir de solides connaissances au niveau de la physiopathologie, de la pharmacologie et des moyens pour atténuer les signes et symptômes de la maladie et des effets secondaires des médicaments.

Dans ce cas, l'infirmière doit donc être en mesure de développer son jugement clinique et son autonomie professionnelle pour assurer la surveillance et le suivi de ses patients. L'infirmière doit maintenant analyser les données qu'elle collecte avant de communiquer ses conclusions aux autres

⁵ OIIQ, *Le journal*, novembre, décembre 2009, Adoption de la loi 21

professionnels. **Elle a maintenant un rôle dans le processus décisionnel. Elle influence le plan thérapeutique et les autres professionnels par son jugement clinique.**

Sans compter que l'infirmière doit maintenant faire preuve d'une grande autonomie professionnelle, c'est-à-dire d'avoir la liberté d'agir en connaissance de cause en prenant des décisions cliniques indépendantes et ce, dans le meilleur intérêt de l'usager.

L'infirmière doit aussi avoir un contrôle sur la pratique. Elle doit constamment s'actualiser et savoir où aller chercher les données probantes qui lui permettront de garder sa pratique à jour. Elle doit être en mesure d'effectuer un suivi des patients avec des pathologies complexes et de dépister les complications possibles.

Selon le document *Perspective infirmière* de l'OIIQ, les quatre principales fonctions de l'infirmière sont : la promotion de la santé, le processus thérapeutique, la réadaptation fonctionnelle, la prévention des maladies, des accidents, des problèmes sociaux et du suicide. Ce qui signifie que l'infirmière doit autant travailler en amont et en aval de l'état de santé de ses patients. Elle joue un rôle primordial dans toutes les sphères d'un continuum qui débute par la santé et qui se termine par la mort. Elle assure une continuité au niveau de la prévention primaire (protection/éducation/promotion), de la prévention secondaire (dépistage) et de la prévention tertiaire (diagnostic/traitement).

En plus des rôles que lui confère la loi 90 et les fonctions qu'elle exerce, l'infirmière doit développer des habiletés au niveau de la communication avec les autres professionnels, au niveau du soutien à l'éducation des clients et leur famille, démontrer et développer son expertise dans différents milieux et acquérir des habiletés au niveau de la recherche de données probantes.

La place de l'infirmière dans les soins au patient est au cœur de l'équipe multidisciplinaire.

Elle joue un rôle pivot puisque c'est elle qui assure le suivi du patient. C'est aussi elle qui fait appel à d'autres intervenants lorsqu'elle juge que le patient nécessite certains types de soins. L'infirmière est présente tout au long du processus de soins; au début pour l'évaluation et durant l'épisode de soins pour assurer le suivi.

Avec la pénurie d'expertise et la surcharge de travail, on met les infirmières novices dans des situations difficiles dès leur entrée sur le marché du travail. Par exemple, il n'est pas rare de voir :

- Une infirmière de six mois d'expérience et deux candidates à l'exercice à la profession (CEPI) sur un département de nuit;
- Une jeune infirmière avec 70 patients, quatre infirmières auxiliaires et huit préposé-es aux bénéficiaires en CHSLD;
- Une jeune infirmière qui se retrouve avec plus de patients en raison de déficit de personnel.

Auparavant, ces situations étaient exceptionnelles. Elles font maintenant partie de la réalité courante. On demande à l'infirmière novice d'arriver non seulement bien préparée, mais de plus elle doit être fonctionnelle comme si elle avait déjà plusieurs années d'expérience. Cette situation met une énorme pression sur les épaules de la jeune relève infirmière.

Elles peuvent se sentir découragées face à la grande charge de travail, ressentir de l'insatisfaction au travail, ressentir de l'anxiété (manifestée sous différents symptômes physiques et psychologiques) et même subir un épuisement professionnel en début de carrière. Ces situations qui découragent les jeunes infirmières peuvent même les amener à quitter la profession.

Formation académique infirmière (actuelle et passée)

En 2001, la formation DEC-bac fait son apparition au Québec suite à une révision du programme de formation en soins infirmiers entériné par le ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport⁶ (MELS) afin de mieux préparer les infirmières au marché actuel de l'emploi et simultanément permettre une passerelle à la formation universitaire. En concomitance, la formation technique au collégial a été révisée et ajustée. Le MELS, suite à cette révision de programme, stipule que le programme d'études collégiales constitue une formation initiale et que certaines activités professionnelles de l'infirmière telles que les activités en soins critiques, d'enseignement des soins, de gestion et de recherche, demandent des habilités et connaissances cliniques plus poussées qui relèvent de la

⁶ Orientation relative à la révision des programmes de formation en soins infirmiers présenté par Pauline Marois et Jean Rochon, Québec 4 mars 1998, www.mels.gouv.qc.ca/press/cprss98

formation universitaire⁷. Donc, certaines formations données jadis au niveau collégial ont migré vers le niveau universitaire pour permettre le développement et l'enrichissement d'autres, de niveau collégial, encore là, en raison de l'évolution et de la réalité des milieux de travail. Il ne faut pas oublier que la responsabilité des milieux d'enseignement est de former des personnes qui pourront répondre adéquatement aux besoins du marché du travail, et ce, à la sortie de l'école. De plus, un des rôles des ordres professionnels est d'assurer la protection du public donc, par le fait même, de s'assurer que les infirmières qui débudent dans leur profession sont en mesure de répondre aux besoins de santé de la population du Québec.

Vous trouvez, en annexe, le tableau qui démontre la délimitation des compétences qui sont propres aux domaines des enseignements collégial et universitaire.⁸

D'année en année, le nombre d'infirmières cliniciennes au Québec augmente. Certaines études mettent en lumière ces affirmations. En 2008-2009, 29,7 % des infirmières qui pratiquent au Québec détiennent un baccalauréat. De plus, 34,8 % des infirmières qui détiennent un DEC poursuivent leurs études au niveau universitaire.

En 2001, un passage facilité vers les études universitaires a été créé au Québec. Le DEC-bac est une entente mutuelle entre les cégeps et universités pour assurer la continuité de la formation collégiale. Cette passerelle « facilitante » a eu pour effet de motiver les étudiantes à poursuivre leurs études et de faciliter l'obtention d'un diplôme universitaire. Plusieurs motivations poussent les infirmières à poursuivre leurs études à un niveau universitaire.

- Augmenter les connaissances;
- Être à jour dans sa formation;
- Élargir le champ de pratique;
- Accéder à plus de postes;
- Augmenter le jugement clinique;
- Augmenter l'autonomie professionnelle;
- Augmenter le leadership au sein de l'équipe interdisciplinaire.

⁷ Orientation relative à la révision des programmes de formation en soins infirmiers présenté par Pauline Marois et Jean Rochon, Québec 4 mars 1998, www.mels.gouv.qc.ca/press/cprsss98

⁸ Rapport du comité des spécialistes soumis au comité directeur sur la formation infirmière intégrée, décembre 2000, ministère de l'Éducation du Sport et des Loisirs. P. 20, 21, 22, 23, 24, 25.

Selon quelques faits tirés du document de l'OIIQ intitulé *Évolution de l'effectif infirmier au Québec*, depuis 2000-2001 la proportion des infirmières titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières (excluant celles ayant complété des études supérieures en sciences infirmières) augmente d'environ 0,7 % par année.

Toutefois, quelques lacunes ont été observées au niveau de la nouvelle formation en soins infirmiers du DEC. Selon le document de l'OIIQ publié en octobre 2009, *La pratique de l'infirmière en santé mentale*, il y aurait moins d'heures consacrées au volet psychiatrie. En 2000-2009, la formation en santé mentale est laissée à l'initiative locale. On observe une disparité dans les heures consacrées aux stages entre les différents établissements. Le nombre d'heures varie entre 0 et 144 heures. Comment pouvoir exercer selon les lois 90 et 21? Comment répondre et être capable de faire l'évaluation de la condition mentale ou l'évaluation des troubles mentaux avec peu ou pas de référence en la matière?

La formation initiale doit répondre aux activités réservées et le domaine de la santé mentale ne peut faire mesure d'exception, car, autant dans les soins courants que spécifiques, nous traitons des personnes ayant des troubles mentaux et d'autres maladies.

L'article 17 du Code de déontologie des infirmières stipule que : *L'infirmière ou l'infirmier doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles. À cette fin, l'infirmière ou l'infirmier doit notamment tenir compte des limites de ses habiletés et connaissances.* Si l'infirmière, par son manque de connaissances, ne peut faire cette évaluation, un autre professionnel habilité le fera. Peut-on perdre cette expertise et même, peut-on risquer de perdre ces actes réservés?

Dans un même ordre d'idée, les volets des soins critiques et de la santé familiale ont été transférés au programme de formation universitaire DEC-bac. Ce qui signifie que l'infirmière ne reçoit que très peu de formation dans ces domaines de pratique au niveau collégial. Pourtant, la famille fait partie intégrante du patient. De plus, il n'est pas nécessaire d'avoir une formation universitaire pour travailler dans un milieu de soins critiques ou dans toute autre spécialité. La relève infirmière qui arrive sur le marché du travail se retrouve bien moins préparée pour affronter la réalité de plusieurs

milieux de soins qui deviennent de plus en plus à risque en raison du manque d'infirmières expérimentées, de la charge de travail et de l'augmentation du niveau des soins dans tous les centres d'activités.

Transmissions des connaissances et Inégalité de la formation de l'employeur

Dans le contexte actuel des soins infirmiers du Québec, la charge de travail devenue très lourde empêche les infirmières expérimentées de transmettre leurs connaissances aux nouvelles infirmières. Elles manquent de temps pour orienter les nouvelles infirmières. Les infirmières novices doivent arriver bien préparées pour faire face à cette réalité. Nous devons donc regarder une autre alternative pour améliorer la transmission des connaissances et assurer son uniformité et sa pérennité.

Selon le mémoire de 2005 du Comité jeunesse de l'OIIQ, peu de mesures ont été mises en place par l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux pour favoriser le transfert des expertises cliniques.

La formation donnée par les employeurs diffère pour chacun des établissements de santé. La formation varie de quelques jours à quelques semaines. Par exemple, au CHU Sainte-Justine qui est un centre tertiaire ultraspécialisé, la formation sur les unités de chirurgie-trauma est de 15 jours. On donne le même nombre de jours de formation au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable qui lui, est un centre de santé de soins généraux et spécialisés. Avec d'aussi grandes variations en termes de temps d'orientation, il est impossible de transmettre la même quantité d'informations et de connaissances. La formation infirmière doit donc être complète et uniforme à la sortie des bancs d'école. Les CEPI ne peuvent se fier à la formation de l'employeur, elles doivent être autonomes dès leur entrée sur le marché du travail. La formation donnée par l'employeur est en lien avec les spécificités du milieu, on ne peut pas demander aux établissements de donner de la formation générale sur les soins infirmiers. La pénurie de main-d'œuvre et l'aspect financier empêchent de donner une plus grande formation que celle déjà offerte.

L'influence des autres professionnels sur notre profession

Lorsque l'on se compare aux autres professionnels qui ont eux aussi des activités réservées, on remarque que la majorité d'entre eux doivent détenir un diplôme d'études de niveau universitaire, soit 14 sur 19 professionnels.

Dans sa pratique courante, l'infirmière collabore et interagit avec différents professionnels. Mis à part les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes, la plupart d'entre eux détiennent un diplôme universitaire. On parle ici de nutritionnistes, d'ergothérapeutes, de médecins, de pharmaciens, de physiothérapeutes, de psychologues, de travailleurs sociaux, etc. L'infirmière se trouve au centre de tous ces professionnels et on lui demande, dans ses fonctions, d'avoir des habiletés qui touchent un peu chacune des professions avec lesquelles elle travaille.

Lorsque l'Office des professions autorise une personne à exercer une activité réservée ou partagée, c'est en raison d'une preuve de connaissance et d'habileté acquise au cours de sa formation et non en raison d'acquisition de son expertise au fil des années. De plus, le Code des professions permet maintenant des ajustements, des ajouts d'activités par règlement, sans être obligé de réviser ce code d'une couverture à l'autre. Un bel exemple de cela est le règlement octroyant aux infirmières auxiliaires une nouvelle activité, celle de la thérapie intraveineuse. Nous sommes de plus en plus confrontés la réalité de la place grandissante des professionnels autres que les infirmières et ce qui justifie cela, eh bien, c'est la formation de ceux-ci.

Nous devons maintenir notre place où elle a toujours été et donner aux futures infirmières les moyens de se maintenir à cette place. La pérennité de la profession, la crédibilité et le leadership au sein de l'équipe multidisciplinaire en dépendent.

L'infirmière au Canada

Ce n'est pas d'hier que l'on parle du baccalauréat comme préalable pour exercer la profession d'infirmière. Dans le document, *Le baccalauréat comme exigence d'entrée dans la profession*, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (l'AIC), on peut lire que les discussions autour de la formation universitaire ont débuté en 1918. C'est en 1982 que l'AIC s'est positionnée pour

que le baccalauréat soit la formation minimale exigée au Canada. **Dans l'ensemble du Canada, le Québec est la seule province qui n'exige pas le diplôme universitaire pour exercer la profession d'infirmière.**

On peut voir dans le document de 2010 de l'OIIQ : *Le baccalauréat comme condition d'obtention du permis d'exercice de la profession d'infirmière*, qu'à l'exception du Québec l'ensemble des provinces canadiennes ont, soit par la législation ou par démonstration de la nécessité d'augmenter le niveau de formation pour mieux répondre aux besoins de leur population, modifié la condition d'entrée dans la profession d'infirmière et ce, en respectant bien entendu, celles qui œuvraient déjà dans le réseau. Le Nouveau-Brunswick est la province canadienne qui s'apparente le plus à notre réalité.

Nadine Lambert, vice-présidente responsable du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires FSSS-CSN a, le 28 février 2011, participé à une journée d'échanges avec l'Ontario et le Nouveau - Brunswick. Des représentantes des ordres professionnels, des syndicats des deux provinces étaient présents ainsi que la présidente de l'AIIIC. L'objectif de cette journée était de comprendre le cheminement que les infirmières ont fait, les enjeux, les défis ainsi que les solutions qui ont mené au passage d'une formation à une autre comme exigence d'entrée dans la profession d'infirmière.

Au Nouveau-Brunswick, avant 1998, l'accès à la profession d'infirmière pouvait se faire de deux façons, sensiblement comme notre modèle d'éducation soit : via les écoles de nursing ou via les universités.

Le passage d'un vers l'autre s'est fait en tenant compte des appréhensions et des spécificités de chacun (tant pour les écoles de nursing qui ne sont pas disparues, mais qui sont parties intégrante du cursus d'études universitaires que pour les infirmières qui n'étaient pas détentrices d'un baccalauréat) en passant par la planification d'une période de transition pour rendre le processus harmonieux. Par exemple :

- Clause grand-père pour les non-détentrices d'un bac;
- aucune restriction de droit d'exercice pour les non-détentrices d'un bac;
- une résolution valorisant l'expertise acquise.

Ce changement s'est fait sur une période de sept ans. Deux années ont été consacrées à la consultation de l'ensemble des parties intéressées et cinq ans de transition.

Nous avons profité de cette rencontre pour questionner nos camarades sur nos propres préoccupations telles que la peur d'augmenter la pénurie de main-d'œuvre, de décourager les jeunes à poursuivre leurs études en soins infirmiers, la possibilité d'avoir moins de réussite scolaire, la reconnaissance des infirmières œuvrant déjà dans le réseau et n'ayant pas leur baccalauréat, etc. Ils ont répondu que ce changement n'avait pas provoqué une plus grande pénurie de main-d'œuvre, de diminution d'inscriptions aux études en soins infirmiers ou de diminution du nombre de finissantes par année et que l'expertise des infirmières était reconnue. Ils ont fait valoir auprès des employeurs et du gouvernement du Nouveau-Brunswick les avantages suivants :

- L'uniformisation de la formation;
- la facilité du travail multidisciplinaire;
- l'augmentation de la qualité et de la sécurité des soins;
- les infirmières sont mieux préparées et mieux outillées pour répondre dès l'entrée dans la profession au rôle, tâches et responsabilités qui les attendent aujourd'hui et dans le futur.

Portrait des provinces canadiennes

Passage de l'infirmière à l'infirmière bachelière

1998 : Île-du-Prince-Édouard	Processus terminé
1998 : Nouveau-Brunswick	Processus terminé
2000 : Saskatchewan	Processus terminé
2005 : Ontario	Processus terminé
2006 : Colombie-Britannique	Processus terminé
2011 : Manitoba	En période de transition
2011 : Alberta	En période de transition

Maintenant, au Canada, 89 % des infirmières sont détentrices d'un baccalauréat.

Nous versus les pays de l'espace francophone

Dans la toute récente publication *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones* fait par l'Université de Montréal pour le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF), nous sommes à même de constater que le Québec accuse un recul non négligeable par rapport aux autres pays en matière de formation en soins infirmiers.

Si l'on se compare à la France, le Diplôme d'État d'infirmier de la France comprend 1 395 heures de formation de plus que le Diplôme d'études collégiales (DEC) du Québec. Il ne faut pas oublier qu'ici, la formation en soins infirmiers du DEC, comprend 660 heures consacrées à des cours de formation générale tels que la philosophie, le français, etc.

En faisant l'analyse du tableau, *Synthèse de la formation infirmière de base dans différents pays francophones, SIIDIEF 2008, 2011*, on constate que pour plusieurs pays, le diplôme universitaire représente la norme pour l'entrée dans la profession d'infirmière. En voici quelques exemples⁹

Pays	Nombre d'années de scolarité précédant la formation	Durée de la formation d'infirmière	Diplôme exigé	Nombre total d'années d'études donnant accès à un 2 ^e cycle
Algérie	12 ans	3 ans	Infirmière diplômée d'État (IDE)	15 ans
Liban	10-13 ans	3 ou 4ans	Baccalauréat technique (brevet), diplôme de T.S, licence	16-17ans
Luxembourg	11 ans	4 ans	Diplôme luxembourgeois d'infirmière en soins généraux	14 ans
France	12 ans	3 ans	Licence	15 ans
Suisse francophone	12-13 ans	4 ans	Bachelor en soins infirmiers	15-16ans

⁹ *Analyse comparative et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones*, Université de Montréal, faculté des sciences infirmières, Secrétariat national des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, bibliothèque et Archives nationales du Québec 2011, p.13,p.16

Depuis octobre 2008, le gouvernement du Québec a conclu une entente de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles avec la France. Cette entente permet de reconnaître que la formation de différents professionnels, tels que les infirmières, est adéquate pour exercer en tant que professionnel au Québec pour les infirmières françaises et en France pour les infirmières du Québec.

Dans l'entente France-Québec, l'infirmière bachelière québécoise est reconnue et peut exercer la profession d'infirmière en France contrairement à l'infirmière détentrice d'un diplôme d'études collégiales qui elle, n'y a pas accès.

Voici un exemple des contraintes auxquelles les infirmières de la relève seront de plus en plus confrontées. Nous ne voulons pas faire la promotion de l'exil de nos futures infirmières, au contraire! Nous avons toujours été fières d'être reconnues comme ayant une formation égale et je dirais même à une certaine époque supérieure aux autres, ce qui n'est plus le cas.

Les appréhensions d'une transition vers de nouveaux critères d'obtention du permis de pratique d'infirmière

Une transition vers le baccalauréat comme diplôme pour pratiquer la profession d'infirmière amènera certaines appréhensions, quelques-unes ont déjà été nommées. On doit s'attendre que les infirmières détentrices d'un diplôme d'études collégiales déjà sur le marché du travail craignent pour leur poste, appréhendent de devoir retourner à l'école ou d'être restreintes dans leurs activités réservées, etc. De l'autre côté de la médaille, les infirmières cliniciennes pourraient s'opposer à la reconnaissance des infirmières techniciennes sans qu'elles aient un niveau d'études universitaires.

On pourrait voir un désenchantement pour la profession d'infirmière ou une pénurie de personnel en raison d'un manque de finissantes sur une période d'un an, de deux ans.

Les avantages d'une transition vers de nouveaux critères d'obtention du permis de pratique d'infirmière

Malgré les appréhensions décrites plus haut, auxquelles d'ailleurs ont fait face les autres provinces canadiennes, nous pouvons prévoir plusieurs avantages qui découleront de cette transition menant à un rehaussement des connaissances à l'entrée de la profession.

↑ de la satisfaction au travail;

↓ de l'épuisement professionnel;

↓ des intentions de quitter la profession;

↑ de leadership;

↑ de l'autonomie professionnelle;

↑ du contrôle de la profession et de l'environnement;

↔ du maintien des activités réservées à l'infirmière;

↑ de la collaboration avec une équipe interdisciplinaire;

↑ de l'expertise, connaissance et jugement clinique;

↑ de la relève mieux préparée à répondre au besoin du marché de travail donc, plus de plaisir au travail;

↑ de l'augmentation de la qualité des soins offerts par la relève;

↑ des inscriptions au programme de formation;

- Uniformisation de la formation;
- À moyen terme, une seule catégorie d'infirmière à l'entrée dans la profession;
- Une uniformité de reconnaissance interprovinciale et auprès des pays francophones;

Conclusions/recommandations

En conclusion, le système de santé québécois a connu multiples transformations au cours des dernières décennies. Plusieurs facteurs influencent le contexte de soins actuels, tel que le vieillissement de la population, l'avancée technologique, le virage ambulatoire et la pénurie de main-d'œuvre. Suite à l'apparition de ces facteurs, nous avons vu apparaître les lois 90 et 21 qui ont rehaussé les tâches, les activités et les responsabilités des professionnels de la santé. Les nouvelles infirmières doivent être mieux formées, et ce, dès leur arrivée sur le marché du travail.

Suite à nos lectures concernant les rôles de l'infirmière, les formations actuellement données au Québec, comparativement à la formation des autres provinces et des autres pays, nous sommes forcés de constater que la formation d'infirmière donnée au niveau collégial n'est plus suffisante dans le contexte actuel. Cela est dû à un manque important du nombre d'heures de formation spécifique en soins infirmiers. Une solution complémentaire, uniforme à tous les niveaux est nécessaire pour permettre aux futures infirmières d'acquérir ces connaissances jugées de base, de remplir les rôles, les tâches et les responsabilités que le réseau de santé québécois et la santé de la population québécoise exigent.

En raison des formations d'infirmières disponibles présentement au Québec, nous concluons que la formation au niveau universitaire pourrait être une solution puisque les connaissances manquantes y sont déjà enseignées. Cette formation deviendrait ainsi la condition d'obtention du permis de pratique d'infirmière au Québec (soit par le cursus du DEC en soins infirmiers et le bac de deux ans (DEC-bac) ou le cursus DEC, deux ans en sciences et le bac en soins infirmiers, sans éliminer la possibilité du bac par un cumul de certificats).

Il ne faut pas oublier qu'ici, nous ne visons aucunement les infirmières qui sont à pied d'œuvre présentement dans le réseau de la santé et qui, par l'expérience acquise en cours d'emploi, ont su développer au même rythme que l'évolution technologique et toutes les autres modifications du réseau les connaissances et les habilités nécessaires. En raison des multiples difficultés d'intégration dans les milieux de travail rencontrées par les infirmières des dernières cohortes, nous pensons plutôt qu'il faut donner plus de moyens à la relève infirmière. Depuis plusieurs années, nous

sommes confrontés, soit par un manque de vision de ceux qui nous gouverne, ou par de l'incompréhension, de la peur ou des appréhensions par d'autres, à éteindre des feux lorsque ceux-ci sont bien pris. Bien souvent nous ne voyons que l'arbre devant nous. Cette fois-ci, regardons la forêt et trouvons une solution avant de voir la relève fuir la profession.

L'analyse de la situation actuelle et future telle que décrite tout au long de ce document nous amène à considérer que si une démarche de rehaussement des connaissances académiques comme nouvelles conditions d'obtention du permis de pratique infirmière au Québec est poursuivie par l'OIIQ, cette démarche devra sérieusement prendre en considération et viser :

1. La **reconnaissance** de l'expérience et l'expertise des infirmières travaillant présentement dans le réseau;
2. L'accessibilité aux postes pour les infirmières d'expérience et d'expertise sans diplôme de baccalauréat;
3. À faciliter l'actualisation des connaissances des infirmières dont l'expérience et l'expertise est reconnue;
4. Une disponibilité de la main-d'œuvre infirmière à travailler après trois ans d'études collégiales ;
5. Que des mesures transitoires soient mises en place afin d'éviter toute exclusion;
6. Que ces nouvelles dispositions n'aggraveront pas la pénurie de main-d'œuvre;
7. Que les collèges et les universités s'arriment au niveau du contenu de la formation et qu'elles soient complémentaires;
8. Que la formation collégiale demeure un préalable pour l'admission à l'université, soit par la formation générale, soit par la formation technique;
9. Qu'une inscription au programme d'études collégiales en soins infirmiers est automatiquement une demande au baccalauréat;
10. Des mesures pour faciliter la conciliation famille/travail/études (les études du bac à temps partiel, congé d'études par les établissements);

En somme, rappelons-nous que la profession d'infirmière est un maillon déterminant dans le système de santé.

Annexe

Compétences enseignées aux domaines collégial et universitaire

Clientèle en centre d'hébergement de soins de longue durée			
Types d'activités	Types de soins	Champs cliniques et activités DEC	Champs cliniques et activités bac
Activités cliniques	Soins de longue durée	Clientèle requérant des soins en fonction de déficits physiques, intellectuels et cognitifs.	Clientèle requérant des soins complexes tels que la psychogériatrie, les pathologies multiples et les situations psychosociales complexes.
Activités clinico administratives	Élaboration de programme de soins et coordination	Coordination de l'équipe de soins	Élaboration des programmes de soins. Coordination de l'équipe interdisciplinaire. Coordination au sein d'un réseau intégré de soins et de services.

Clientèle hospitalisée			
Types d'activités	Types de soins	Champs cliniques et activités DEC	Champs cliniques et activités bac
Activités cliniques	Soins généraux Soins dans des situations complexes Soins critiques	Clientèle requérant des soins de médecine et de chirurgie générale, de réadaptation en phase 1, en périnatalité et en psychiatrie.	Clientèle requérant des soins en réadaptation en phase 2,3, 4. En consolidation et en développement des compétences pour intervenir dans des situations de complexité de soins. Clientèle requérant des soins : complexité psychosociale, soins critiques (ex. : urgence, soins intensifs, salle de réveil, soins aux grands brûlés, soins intensifs psychiatriques).
Activités clinico-administratives	Suivit et coordination d'activités et de la clientèle		Programme de soins, d'enseignement, de suivi systématique du client, de prévention et contrôle des infections, d'évaluation de la qualité des soins et de la coordination des soins et des services dans le réseau.

Clientèle ambulatoire			
Types d'activités	Types de soins	Champs cliniques et activités DEC	Champs cliniques et activités bac
Activités cliniques	Soins ambulatoires en centre hospitalier/centre de réadaptation	Clientèle requérant des soins de médecine et de chirurgie générale comme en chirurgie d'un jour.	Clientèle requérant des soins de médecine et de chirurgies complexes telles qu'en clinique d'insuffisance rénale, d'insuffisance cardiaque, de diabète, d'oncologie, etc. Des soins de préparation à une chirurgie électorive. Suivi de la clientèle en santé mentale.
	Soins ambulatoires en CHSLD/Centre de jour et répit	Clientèle requérant des soins préparatoires et posthospitaliers.	Consolidation et développement des compétences pour intervenir dans des situations complexes de soins.
	Soins ambulatoires en CLSC		Clientèle : enfance/famille/jeunesse, suivi de grossesse, grossesse à risque, soins courants, posthospitalisation, médecine, chirurgie, antibiothérapie intraveineuse, hyperalimentation parentérale, conseil de santé/infosanté/santé mentale.
	Soins ambulatoires aux groupes		Alimentation, enseignement à des groupes.

Clientèle ambulatoire			
Types d'activités	Types de soins	Champs cliniques et activités DEC	Champs cliniques et activités bac
Activités clinico administratives	Suivi et coordination de programme de soins, de prévention et de promotion		<p>Élaboration de programme de soins et d'enseignement</p> <p>Suivi systématique de clientèle (sida, MPOC)</p> <p>Élaboration et mise en œuvre de la prévention et promotion</p> <p>Coordination au sein du réseau</p>

Clientèle à domicile			
Types d'activités	Types de soins	Champs cliniques et activités DEC	Champs cliniques et activités bac
Activités cliniques	Soins à des personnes en perte d'autonomie temporaire		Clientèle requérant des soins généraux et spécialisés à domicile : suivi postnatal, posthospitalisation, maladies chroniques, phase terminale et soutien aux aidants naturels.
Activités clinico administratives			<p>Formation et supervision du personnel s'assistance.</p> <p>Planification et coordination des soins d'assistance.</p> <p>Coordination au sein d'un réseau intégré de soins et de services.</p>

Clientèle en milieu communautaire			
Types d'activités	Types de soins	Champs cliniques et activités DEC	Champs cliniques et activités bac
Activités cliniques	Soins en milieu scolaire		Soins, dépistage, enseignement, éducation à la santé.
	Soins en milieu de travail		Soins, dépistage, enseignement, éducation à la santé.
	Soins en milieu carcéral		Soins, dépistage, enseignement, éducation à la santé.
Activités clinico administratives	Suivi de programme de soins, de prévention et de promotion		Élaboration et mise en œuvre de programme de soins, de prévention et de promotion de la santé. Évaluation de la qualité des soins.

Définitions

Dans le présent texte, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

Bac : Baccalauréat

CEPI : Candidate à l'exercice de la profession d'infirmière

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLSC : Centre local de services communautaires

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DEC : Diplômes d'études collégiales

ECMO : Oxygénation par membrane extracorporelle

GMF : Groupe de médecine familiale

MELS : ministère de la Santé de l'Éducation du Loisir et du Sport

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique

OIIQ : Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

PTI : Plan thérapeutique infirmier

RI : Ressource intermédiaire

RLS : Réseau local de services

RNI : Ressource non institutionnelle

SIDIIEF : Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone

SS : Suivi systématique

Références

Gouvernement du Québec. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, 2011, récupéré le 28 mai 2011 de : www2.publicationduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM.

Comité jeunesse OIIQ. *Pour une stratégie d'action jeunesse 2005-2008*, juillet 2005, (Mémoire), tableau comparaison des heures de formation.

OIIQ. *La pratique infirmière en santé mentale*, 2009, Rapport du comité d'expert sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques..

OIIQ. *Le baccalauréat comme condition d'obtention du permis d'exercice de la profession d'infirmière*, fiches techniques FIQ-FSSS-FSQ et OIIQ, 2010.

OIIQ. *Perspective infirmière*, Édition 2010, récupéré le 23 mai 2011 de : www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/263NS_Perspectives_2010_Fr.pdf.

OIIQ. *Évolution de l'effectif infirmier au Québec*, 2010. (Fiches techniques FIQ-FSSS-FSQ et OIIQ. Données du MSSS fichier R-22).

OIIQ. *Champ d'exercice et activités réservées*, 2011, récupéré le 13 mai 2011 de : www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activites-reservees.

Office des professions du Québec. *Fiches descriptives des ordres professionnels*, 2011, récupéré le 13 mai 2011 de : www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels/fiches-descriptives-des-ordres-professionnels/.

Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF). *Profil de formation en soins infirmiers dans différents pays francophones*, rapport synthèse, 2008.

Faculté des sciences infirmière de l'université Laval, Québec, 2008, tableau synthèse de la formation infirmière de base dans différents pays francophones.

Statistique Canada. *Rapport sur la santé : Utilisation des services de santé par les personnes âgées*.2006, récupéré le 13 juin 2011 de : www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/060207/dq060207a-fra.htm.

Tourangeau, A E, Cranley, L A & Jeffs, L. *Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications*. *Qual Saf Health Care*, 2006,vol 15(1).

OIIQ. *Une nouvelle approche de planification des effectifs : des choix à faire de toute urgence!*, Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 26 octobre 2007, Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2007.

FSSS-CSN. *Révision par l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec de l'obtention des permis de pratique infirmière*, Rapport du Comité ad hoc, 2009, présenté au Conseil fédéral sectoriel de la catégorie du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires, 20 février 2009.

MSSS. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, octobre 2003, orientation ministérielle.

Secrétariat national des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF). *Analyse comparative et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones*, Université de Montréal, faculté des sciences infirmières, 2011, Bibliothèque et Archive nationales du Québec 2011.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, *Rapport du comité spécial sur l'admission à la pratique*, 1987, 1989.

Assemblée nationale, *projet de loi no 21, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, sanctionné le 19 juin 2009*.

OIIQ, *Le journal, adoption de la loi 21*, novembre, décembre 2009.

OIIQ. *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, avril 2003.

OIIQ. *Perspective infirmière*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007.

OIIQ. *Notre profession prend une nouvelle dimension*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec avril 2003.

Éditeur officiel du Québec. *Loi sur les infirmières et infirmiers*, mise à jour avril 2011.

Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec. *Stratégie en soins infirmiers, Synthèse de la stratégie visant à faire face au défi de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, 29 août 2008.

OIIQ. *Le DEC-BAC favorise la poursuite des études plus du tiers des diplômés du DEC obtiennent leur BAC*, Info-Stats, volume 3, no1, janvier 2011, www.oiiq.org/publications/infostats/archives.

OIIQ. *La proportion des infirmières BAC augmente plus rapidement ailleurs au Canada*, Info-Stats, volume 3, no1, janvier 2011, www.oiiq.org/publications/infostats/archives.

OIIQ. *Des intentions à canaliser 75% des étudiantes du DEC voulaient poursuivre leurs études*, Info-Stats, volume 3, no1, janvier 2011, www.oiiq.org/publications/infostats/archives.

OIIQ, *Les départs à la retraite un enjeu majeur pour la planification de la main-d'œuvre*, Info-Stats, volume 2, no 4, mai 2010, www.oiiq.org/publications/infostats/archives.

Projet de formation infirmière intégrée, Rapport du Comité des spécialistes soumis au Comité directeur sur la formation infirmière intégrée, Décembre 2000, orientation relative à la révision des programmes de formation en soins infirmiers présenté par Pauline Marois et Jean Rochon, Québec 4 mars 1998, www.mels.gouv.qc.ca/press/cprsss98