



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

**RAPPORT DU GROUPE  
DE TRAVAIL NATIONAL  
SUR LES EFFECTIFS INFIRMIERS**

Le présent rapport ne lit pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas les orientations. Il représente l'opinion des membres du Groupe de travail national sur les effectifs infirmiers. Son contenu n'engage que ses auteurs.

#### **ÉDITION**

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)** section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

ISBN : 978-2-550-91912-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

## **COORDINATION**

Direction nationale des soins et services infirmiers, MSSS

Direction de l'attraction de la main-d'œuvre, MSSS

## **MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LES EFFECTIFS INFIRMIERS**

### **Charles Bilodeau**

Infirmier et président du comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

### **Alexandre Boivin**

Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

### **Philippe Bossé**

Directeur des études, Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu

### **Audrey Bouchard**

Directrice des soins infirmiers, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

### **Patricia Bourgault**

Vice-doyenne aux sciences infirmières – Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

### **Manon Champagne**

Vice-rectrice à l'enseignement, à la recherche et à la création, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

### **Isabelle Demers**

Présidente-directrice générale adjointe, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

### **Renée Descôteaux**

Directrice des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Montréal

### **Nathalie Giguère**

Directrice des études, Cégep du Vieux Montréal

### **Carole Grant**

Présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

### **Évelyne Grenier-Ouimette**

Directrice des soins infirmiers, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

### **Rinda Hartner**

Présidente de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec

**Vicky Lavoie**

Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est

**Marie-Claude Lévesque**

Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**Brigitte Martel**

Directrice des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

**Luc Mathieu**

Président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

**Marjorie Ménard**

Directrice des affaires éducatives, Fédérations des centres de services scolaires du Québec

**Christine Pelletier**

Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

**Josée Péloquin**

Directrice de l'École des métiers des Faubourgs-de-Montréal

**Colette Simonetta**

Directrice du développement et du soutien à la performance des pratiques cliniques, Association des établissements privés conventionnés du Québec

**Guy Thibodeau**

Président-directeur général adjoint, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

**Beverley-Tracey John**

Directrice des soins infirmiers, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de Ouest-de-l'Île-de-Montréal

**Antoine Trahan**

Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

## **AVANT-PROPOS**

### CONTEXTE ET MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL

Au Québec, nous devons faire face à des enjeux persistants au regard de la main-d'œuvre infirmière, lesquels se trouvent exacerbés dans le contexte de la pandémie à la COVID-19. Afin de connaître l'ampleur de ces enjeux et de déterminer des pistes de solution à court, à moyen et à long termes, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a formé un groupe de travail national, en collaboration avec des acteurs tant du monde infirmier que du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). La composition de ce groupe fait l'objet de l'annexe 2.

#### ***Mandat***

Définir les orientations essentielles devant guider les actions structurantes qui viseront à réduire, voire à résorber, la pénurie d'effectifs infirmiers au sein du RSSS du Québec.

Formuler, sur la base de ces orientations, les recommandations qui serviront à élaborer le plan d'action 2022-2024. Le plan d'action devra contenir des résultats mesurables, à court, à moyen et à long termes, en ce qui concerne la disponibilité et la stabilisation des effectifs infirmiers dans le RSSS.

Le groupe de travail s'est consacré à ces tâches du mois de janvier au mois de juin 2021. Dans un deuxième temps, les travaux porteront sur la mise en place des divers chantiers de travail par le MSSS qui devraient permettre d'atteindre les cibles fixées dans le plan d'action 2022-2024.

Les instructions relatives au mandat sont présentées à l'annexe 1.

#### ***Objectifs spécifiques***

Déterminer les causes et les enjeux au regard des effectifs infirmiers.

Proposer des solutions concrètes et innovantes, adaptées aux conditions qui prévalent dans les établissements du RSSS, en fonction des besoins populationnels.

#### ***Produit des travaux***

Rapport, à déposer auprès des autorités du MSSS, contenant les recommandations du groupe de travail, lesquelles découlent des orientations prioritaires à privilégier afin de réduire, voire d'éliminer, la pénurie d'effectifs en soins infirmiers.

La teneur du présent rapport découle des échanges entre les membres du groupe de travail et les experts consultés.

Enfin, ce rapport exclut la négociation des conditions de travail, lesquelles sont prévues dans différentes conventions collectives. Il exclut également un positionnement quant au rehaussement de la norme d'entrée à la profession infirmière, ce processus ne relevant pas du MSSS.

### DÉROULEMENT DES TRAVAUX ET MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE

Les membres du groupe de travail ont été conviés à quatre rencontres de trois heures portant chacune sur un thème en particulier :

- atelier 1 – État des lieux et besoins du RSSS ;
- atelier 2 – Organisation du travail, gouvernance et emploi ;
- atelier 3 – Compétences, formation et champs d'exercice ;
- atelier 4 – Orientations prioritaires, cibles et indicateurs de suivi.

Les ateliers se sont déroulés sous forme de remue-méninges, en trois groupes mixtes formés de dix à douze personnes qui ont reçu un cahier du participant. Ils ont été enregistrés. Chaque atelier s'est terminé par une discussion en grand groupe aux fins de la mise en ordre des priorités.

Au terme des trois premiers ateliers, des orientations découlant des discussions du Groupe de travail national sur les effectifs infirmiers ont été proposées, selon cinq catégories. À la fin du quatrième atelier, elles ont été adoptées et priorisées par le groupe de travail au moyen d'un vote électronique.

### ***Consultations hors groupe***

Des consultations hors ateliers ont été menées auprès de chercheurs, de gestionnaires du RSSS, de cliniciens et de membres des instances syndicales ou des fédérations médicales. Sous forme d'entretiens semi-structurés, ces consultations ont permis au groupe de travail de mieux comprendre la situation, de faire des liens avec des données probantes et, finalement, d'en tirer des pistes de solutions.

Tous les participants ayant contribué aux travaux ont signé, préalablement aux consultations, un engagement de confidentialité. La liste de ces participants constitue l'annexe 3.

### ***Modèle conceptuel***

Le modèle intégrateur construit pour soutenir l'organisation des ateliers, l'analyse des informations recueillies au cours des différentes rencontres et la conclusion des travaux découle des trois modèles conceptuels suivants :

- Modèle A

Le cadre d'analyse de la performance des services de santé, adapté de l'étude de Dubois et autres (2013) et de la vidéoconférence de Dubois et D'Amour (2016) ;

- Modèle B

Le modèle de gestion stratégique de la main-d'œuvre du MSSS (Québec. MSSS, 2010) ;

- Modèle C

Le diagramme d'Ishikawa fut utilisé afin de bien structurer la démarche de résolution de la problématique confiée au groupe de travail (Manager Go, 2021).

Tous ces modèles sont présentés à l'annexe 4.

Les recommandations ont été formulées à partir des recommandations faites par les experts, lesquelles ont été regroupées en fonction des éléments conceptuels du modèle intégrateur retenu et mises en ordre de priorité. Elles concernent :

- les résultats relatifs aux soins à la population, incluant des indicateurs de pertinence et de performance ;

- l'attraction et la rétention des effectifs infirmiers ;
- la formation initiale et continue pour assurer la qualité et la sécurité des soins et des services infirmiers ;
- la gouvernance et le leadership de la profession infirmière.

***Validation du rapport par le groupe de travail***

Le groupe de travail a tenu à s'assurer de la validité des sujets discutés au cours des ateliers et de l'adhésion de tous ses membres à l'ensemble du rapport.



# TABLE DES MATIÈRES

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>1</b>
RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL .....	2
<b>1. LES EFFECTIFS EN SOINS INFIRMIERS AU QUÉBEC.....</b>	<b>3</b>
1.1 HISTORIQUE DES EFFECTIFS INFIRMIERS AU QUÉBEC.....	3
1.2 PORTRAIT ACTUEL ET PROJECTIONS CONCERNANT LES EFFECTIFS EN SOINS INFIRMIERS AU QUÉBEC .....	5
1.3 ÉVOLUTION DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE CONCERNANT LES SOINS ET LES SERVICES INFIRMIERS .....	10
<b>2. ÉTAT DE SITUATION ET CAUSES.....</b>	<b>11</b>
2.1 RECRUTEMENT, DÉPLOIEMENT ET MAINTIEN DES EFFECTIFS .....	11
2.2 ENVIRONNEMENT DE PRATIQUE, PROCESSUS DE SOINS ET SATISFACTION PROFESSIONNELLE .....	21
2.3 RÉSULTATS DE SOINS.....	24
<b>3. RECOMMANDATIONS AU REGARD DES ORIENTATIONS REGROUPÉES ET PRIORISÉES .....</b>	<b>24</b>
3.1 ORIENTATIONS PORTANT SUR LES RÉSULTATS DE SOINS À LA POPULATION, AVEC INDICATEURS DE PERTINENCE ET DE PERFORMANCE .....	25
3.2 ORIENTATIONS PORTANT SUR L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DES EFFECTIFS INFIRMIERS .....	25
3.3 ORIENTATIONS PORTANT SUR LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE POUR ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES INFIRMIERS .....	26
3.4 ORIENTATIONS PORTANT SUR LA GOUVERNANCE ET LE LEADERSHIP DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE .....	27
<b>ANNEXE 1 : INSTRUCTIONS RELATIVES AU MANDAT DU GROUPE NATIONAL SUR LES EFFECTIFS INFIRMIERS .....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE 2 : COMPOSITION DU GROUPE NATIONAL SUR LES EFFECTIFS INFIRMIERS .....</b>	<b>36</b>
<b>ANNEXE 3 : LISTES DES EXPERTS ET DES PARTENAIRES CONSULTÉS .....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXE 4 : MODÈLE INTÉGRATEUR POUR L'ORGANISATION DES ATELIERS ET L'ANALYSE DES DONNÉES .....</b>	<b>42</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

BAC :	Baccalauréat
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII :	Conseil des infirmières et infirmiers
DEC :	Diplôme d'études collégiales
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MOI :	Main-d'œuvre indépendante
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
RSSS :	Réseau de la santé et des services sociaux

## SOMMAIRE

Le présent sommaire constitue un résumé des points saillants qui sont ressortis des délibérations du Groupe de travail national sur les effectifs infirmiers.

Le Québec est confronté, depuis plusieurs années, à des enjeux persistants en ce qui concerne la main-d'œuvre infirmière, avec une exacerbation dans le contexte de la pandémie à la COVID-19. Afin de connaître l'ampleur de ces enjeux et de trouver des pistes de solution à court, à moyen et à long termes, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place un groupe de travail national regroupant des acteurs du monde infirmier ainsi que du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le groupe de travail a reçu le mandat de cerner les causes et les enjeux relatifs aux effectifs infirmiers en vue de proposer des solutions concrètes et innovantes, adaptées aux conditions qui prévalent dans les établissements, en fonction des besoins populationnels. Il dépose, auprès des autorités ministérielles, son rapport contenant les recommandations qu'il considère comme prioritaires en vue de réduire, voire d'éliminer, la pénurie des effectifs en soins infirmiers. Les recommandations serviront de base pour l'élaboration par le MSSS du plan d'action 2022-2024 portant sur une utilisation optimale de ces effectifs dans le RSSS.

Les travaux relatifs à ce mandat se sont déroulés du mois de janvier au mois de juin 2021. Des travaux ultérieurs mèneront à la mise en place des divers chantiers de travail par le MSSS en vue d'atteindre les cibles qui seront fixées dans le plan d'action 2022-2024.

Pour mener à bien son mandat, le Groupe de travail national sur les effectifs infirmiers a invité plus d'une cinquantaine de personnes, appartenant à différentes organisations ayant des liens avec le monde infirmier, à participer directement à la réflexion sur les enjeux liés aux effectifs en soins infirmiers et sur les solutions à proposer pour améliorer la situation. Plus précisément, les participants venaient notamment du réseau de la santé et des services sociaux, de celui de l'éducation et du milieu de la réglementation professionnelle.

Les thèmes suivants sont ressortis des échanges entre les membres du groupe de travail et des consultations auprès des experts :

- l'organisation du travail des effectifs infirmiers ;
- l'emploi, l'environnement, l'intégration ainsi que les conditions d'exercice et de vie au travail ;
- la gouvernance, la gestion de proximité et le leadership infirmier ;
- la formation initiale, la formation continue et le soutien clinique ;
- la sous-utilisation des champs d'exercice professionnels et des compétences des effectifs.

Enfin, le groupe de travail a formulé vingt recommandations interdépendantes, qu'il a regroupées en quatre catégories et qui devraient se retrouver dans le plan d'action 2022-2024 qu'arrêtera le MSSS.

RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

***Catégorie 1 – Résultats de soins à la population, avec indicateurs relatifs à la pertinence et à la performance***

1. Revoir les modes d'organisation des soins, en tenant compte à la fois de l'acuité des soins, pour répondre aux problèmes de santé de plus en plus complexes de la population et des connaissances requises par les membres de l'équipe de soins infirmiers.
2. Fournir des outils de mesure de l'acuité des soins.
3. Permettre et faciliter la pleine utilisation des champs d'exercices des personnels infirmier et infirmier auxiliaire.
4. Miser sur les activités de soins infirmiers ayant un potentiel élevé d'effet positif sur la santé de la population.
5. Optimiser et mieux coordonner le travail, tant au sein de l'équipe intradisciplinaire en soins infirmiers qu'au sein de l'équipe interdisciplinaire.

***Catégorie 2 – Attraction et rétention des effectifs infirmiers***

1. Revoir la façon de procéder relative à la préparation des horaires de travail, en respect des conventions collectives.
2. Accroître la participation des infirmières à la prise de décision en ce qui les concerne et en ce qui concerne les soins aux usagers.
3. Optimiser la stabilisation des équipes de travail et le sentiment d'appartenance.
4. Optimiser la pratique infirmière par l'introduction des nouvelles technologies.
5. Inciter les étudiantes et étudiants à établir leur plan de carrière en soins infirmiers dès le début de leur formation et intégrer les étudiants dans les équipes de soins par un lien d'emploi.
6. Créer des environnements de travail sains tout en favorisant le bien-être au travail.

***Catégorie 3 – Formation initiale et continue pour assurer la qualité ainsi que la sécurité des soins et des services infirmiers***

1. Assurer l'adéquation des connaissances et des compétences attendues des personnels infirmier et infirmier auxiliaire en réponse à l'acuité de soins de plus en plus complexe des clientèles du RSSS.
2. Accentuer le soutien clinique dès l'embauche et tout au long du cheminement de carrière.
3. Améliorer l'accès aux stages en milieu de soins ainsi que la coordination et l'adaptation de ceux-ci, sur les plans local, régional et national.
4. Structurer la formation continue du personnel infirmier et la reconnaître pour la qualification d'emploi.

5. Introduire la notion de résidence en soins infirmiers et réviser les modalités entourant l'externat effectué au cours de la formation.

***Catégorie 4 – Gouvernance et leadership de la profession infirmière***

1. Faire relever les directorats de soins infirmiers directement des présidents-directeurs généraux pour les assurer de disposer de l'autorité et du pouvoir décisionnel leur permettant d'assumer pleinement les responsabilités qui leur sont dévolues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
2. Optimiser la gestion de proximité en soins infirmiers.
3. Faire en sorte d'accroître le degré d'influence du Conseil des infirmières et infirmiers de chacun des établissements du RSSS.
4. Affirmer et exercer un leadership quant à la contribution des soins infirmiers dans le RSSS.

**1. LES EFFECTIFS EN SOINS INFIRMIERS AU QUÉBEC**

1.1 HISTORIQUE DES EFFECTIFS INFIRMIERS AU QUÉBEC

Les experts chercheurs consultés ont mis en perspective quelques facteurs culturels et historiques ayant contribué à la situation actuelle au regard des effectifs infirmiers. Tout d'abord, il faut remonter à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, lorsque la formation des infirmières francophones se faisait dans les écoles situées à même les hôpitaux gérés par des congrégations religieuses, système qui a prévalu jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle. La charité, le dévouement, le bénévolat et la soumission, auxquels s'ajoute la domination de la coterie médicale – essentiellement masculine –, ont tracé de profonds sillons dans la mémoire collective de la profession et de la société. Il n'est donc pas étonnant que le symbole de l' « ange gardien » ait refait surface en 2020, en pleine pandémie.

La période suivante de l'histoire des soins infirmiers au Québec nous ramène à la Seconde Guerre mondiale. Beaucoup d'infirmières se sont alors portées volontaires pour aller soigner nos soldats partis au combat en Europe. Ce mouvement a créé une pénurie dans les hôpitaux et, du coup, le besoin de soignants ayant une courte formation pour suppléer rapidement les infirmières. C'est ainsi que la profession d'infirmière auxiliaire voyait le jour.

Depuis les années 1970, on a observé plusieurs cycles, en alternance, de surplus et de pénurie d'effectifs. Les nombreux baby-boomers ont su combler les besoins à l'occasion de la création de multiples services hospitaliers, de l'instauration de l'assurance maladie et du transfert de la formation en soins infirmiers dans les cégeps, modèle unique au Québec. À la suite de diverses actions au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et de la fermeture d'hôpitaux, les effectifs ont vite dépassé en nombre les besoins du RSSS. Au milieu des années 1990, les surplus d'infirmières étaient tellement importants que le ministère de l'Éducation a procédé au contingentement des admissions à la formation initiale au cégep et a même dû cesser la formation

initiale au niveau universitaire. À cette même période, un courant a vu le jour, celui de retirer le personnel infirmier auxiliaire des hôpitaux de soins de courte durée. Plusieurs postes ont été redéployés vers les soins aux personnes âgées hébergées dans les établissements de soins de longue durée.

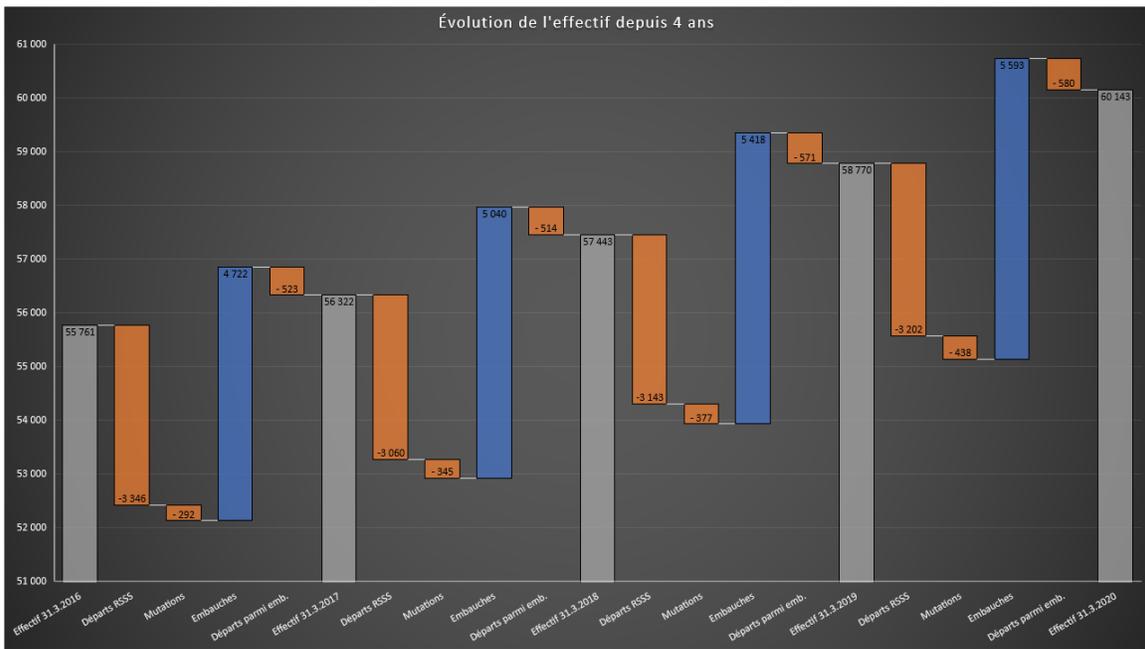
Les experts consultés mentionnent que les surplus d'effectifs étaient tels que les infirmières et infirmiers novices avaient de la difficulté à trouver un emploi. On n'embauchait plus et les listes de rappel s'allongeaient. Les demandes d'admission ont chuté d'elles-mêmes durant cette période, soit en 1996 et en 1997. Puis, en 1997, parmi les moyens d'atteindre l'objectif gouvernemental du « déficit zéro », un programme d'incitation à la retraite anticipée a amené plusieurs milliers d'infirmières et infirmiers à quitter le RSSS. Si nous comptons à présent plus de 4 000 recrues chaque année (Québec. MSSS, 2021), au début des années 2000, elles étaient rares, soit moins de 2 000 annuellement (Québec. MES, 2021).

Les chercheurs consultés (voir l'annexe 3) se demandent pourquoi au Québec, contrairement à ce qui se fait dans le reste du Canada et aux États-Unis, nous nous privons du potentiel d'un personnel infirmier davantage formé et de ses capacités à assurer des soins et des services de haute qualité, mieux adaptés aux soins complexes. Ils mentionnent que nous ressentons encore les effets marquants de notre histoire et que le RSSS fait toujours face à des enjeux de taille en ce qui concerne la planification, l'attraction, le développement et la rétention de ses effectifs. Saurons-nous faire autrement cette fois-ci ?

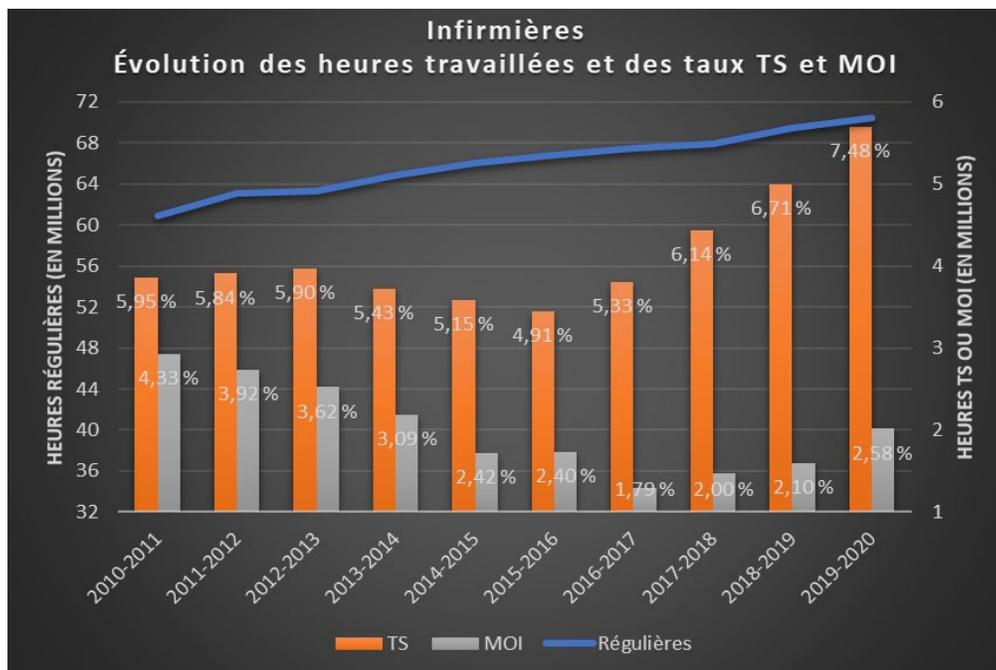
**1.2 PORTRAIT ACTUEL ET PROJECTIONS CONCERNANT LES EFFECTIFS EN SOINS INFIRMIERS AU QUÉBEC**

**1.2.1 Données ministérielles relatives au personnel infirmier**

Le rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur la main-d’œuvre en soins infirmiers dans son réseau au 31 mars 2020 indique, pour l’ensemble du personnel infirmier, une augmentation depuis 2014-2015, le nombre étant passé de 55 236 à 60 143, avec une évolution moyenne sur cinq ans de 1,72 % par année et une augmentation de la proportion théorique des membres de l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) travaillant dans le RSSS qui est passée de 75 % à 77 %.



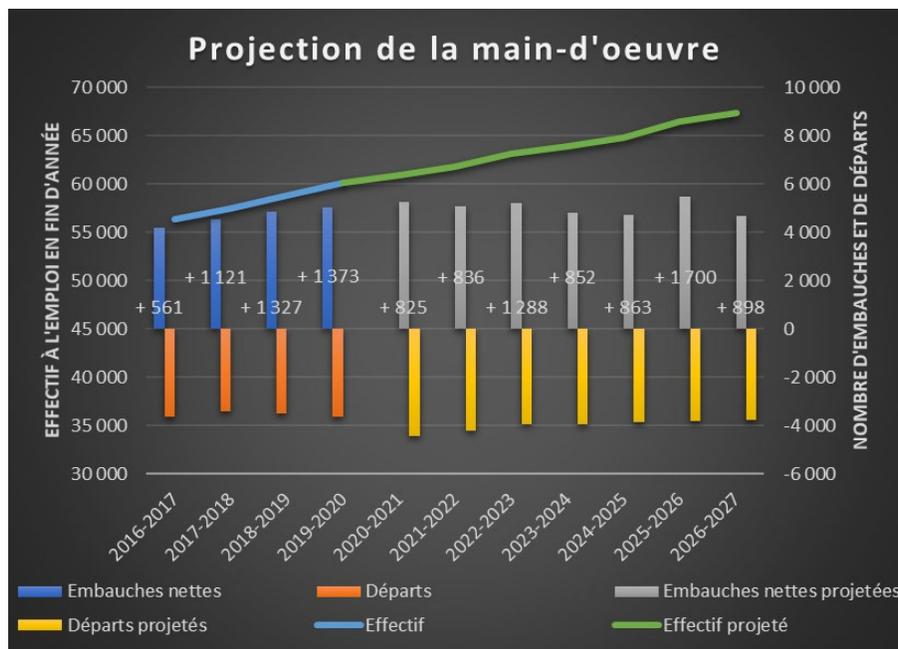
Si les heures régulières travaillées annuellement par le personnel infirmier ont continuellement augmenté depuis cinq ans (+ 4,4 millions), les heures de temps supplémentaires ont augmenté encore plus rapidement, la proportion atteignant 7,48 % en 2019-2020. Les heures effectuées par la main-d’œuvre indépendante (MOI) ont elles aussi augmenté tous les ans depuis 2016-2017, de sorte que leur proportion a atteint son plus haut niveau des six dernières années, soit 2,58 %, en 2019-2020. La proportion demeure toutefois inférieure à celle qui s’observait avant 2014-2015.



Le taux global des départs du RSSS établi pour le personnel infirmier (5,45 % par an) est nettement inférieur à celui qui a été calculé pour l'ensemble des salariés du RSSS (7,62 %). Chez les 55 ans et moins, le nombre de départs du RSSS a diminué dans la dernière année, passant de 1 647 en 2018-2019 à 1 554 en 2019-2020. Quant au taux des départs des infirmières et infirmiers de 55 ans et plus, il reste relativement stable depuis trois ans, soit autour de 20 %.

Le nombre total d'embauches connaît une forte hausse depuis 2015-2016. On compte environ 500 retours au travail annuellement parmi les départs de l'année précédente. En 2019-2020, environ 29 % des retours concernaient des infirmières et infirmiers qui avaient quitté le RSSS après l'âge de 55 ans. La moyenne d'âge à l'embauche est d'ailleurs beaucoup plus élevée en 2019-2020 que dans les années précédentes. De toutes les personnes embauchées au cours des six dernières années, 80 % sont toujours en fonction dans le RSSS au 31 mars 2020. Le taux de rétention est plus élevé que celui qui a été établi pour l'ensemble des salariés du réseau.

Le recrutement projeté est de 28 209 embauches pour les cinq prochaines années (environ 5 600 par an), en supposant une augmentation de l'effectif de 1,35 % par an et en incluant un besoin additionnel estimé à 450 infirmières et infirmiers à temps complet régulier pour les maisons des aînés en 2022-2023. Ce scénario prévoit l'arrivée d'environ 21 411 personnes, soit près de 4 300 par année, qui seront en grande majorité nouvellement diplômées, les autres, soit près de 22,5 %, ayant déjà occupé un poste auparavant au sein du RSSS.



Pour ce qui concerne la formation initiale, le nombre d’infirmières et infirmiers qui détiennent un diplôme d’études collégiales (DEC) uniquement est en recul constant depuis de nombreuses années et, en 2020-2021, il est inférieur à celui des infirmières cliniciennes ou praticiennes et infirmiers cliniciens ou praticiens, qui ont pour leur part un diplôme universitaire. En effet, le nombre de diplômés de niveau collégial est passé de 2 676 en 2014-2015 à 2 231 en 2019-2020, tandis que le nombre de diplômés de baccalauréat passait de 1 899 en 2014-2015 à 2 276 en 2019-2020. On comptait plus de 4 600 nouveaux diplômés, au total, en 2018-2019.

Dans l’ensemble, le personnel infirmier a augmenté rapidement dans le RSSS, notamment en raison du nombre élevé d’embauches dans les deux dernières années. Malgré la hausse des effectifs et des heures régulières travaillées, les heures supplémentaires et le recours à la MOI ont eux aussi augmenté. Ainsi, les besoins relatifs à de la main-d’œuvre additionnelle demeurent et s’accroîtront même, dans certains secteurs d’activités, à la suite des annonces du MSSS portant sur l’ajout de ressources, par exemple, pour le soutien à domicile, dans les centres d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que pour les soins de courte durée. Ces besoins augmenteront encore avec l’ouverture de l’hôpital de Vaudreuil-Soulanges et celle des maisons des aînés. Selon les projections de mars 2020, l’hypothèse d’atteindre une croissance des effectifs de 1,35 % semble réaliste. Cependant, nous n’avons pas encore mesuré toutes les conséquences de la pandémie sur les effectifs et l’augmentation des besoins.

La hausse des proportions des heures payées en temps supplémentaire, à la MOI et en assurance salaire montre que les établissements ont actuellement un déficit à combler au regard de la main-d’œuvre pour pouvoir répondre aux besoins. Or, avec l’augmentation des besoins anticipés, la

disponibilité de la main-d'œuvre est déjà et restera un défi important, qui ne pourra être relevé qu'en envisageant différentes stratégies.

### **1.2.2 Données relatives aux infirmières et infirmiers auxiliaires**

En ce qui concerne le personnel infirmier auxiliaire, le même rapport du MSSS sur la main-d'œuvre en soins infirmiers dans son réseau au 31 mars 2020 indique une augmentation de l'effectif depuis 2014-2015, lequel est passé de 18 616 à 19 426. L'évolution moyenne s'établit à 2,32 % par année depuis trois ans et la proportion théorique des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec travaillant dans le RSSS a grimpé de 63,7 % à 66 %. Le nombre et la proportion de postes à temps complet régulier ont fortement augmenté, de 36,3 % en 2014-2015 à 44,2 % en 2019-2020.

Bien que les heures régulières augmentent tous les ans depuis 2016-2017, les heures de temps supplémentaire et les heures travaillées par la MOI augmentent proportionnellement plus vite, à l'instar de ce qui s'observe pour l'ensemble des salariés du RSSS. Le taux des heures supplémentaires a dépassé 8 % en 2019-2020 et celui des heures travaillées par la MOI s'établissait à 1,90 %. Bien que celui-ci soit le plus élevé des six dernières années, il demeure inférieur à ceux qui ont été calculés pour 2011-2012 et auparavant. Le taux d'absentéisme du personnel infirmier auxiliaire a augmenté tous les ans au cours des cinq dernières années. Les « autres congés sans solde » (ex. : congé parental), les prestations d'assurance salaire et les congés couverts par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail ont été les causes principales de cette augmentation.

Le nombre d'infirmières et infirmiers auxiliaires de moins de 55 ans qui ont quitté le RSSS est relativement peu élevé, mais il a augmenté à chacune des quatre dernières années d'environ 500 à 700. De toutes les personnes embauchées au cours des six dernières années, 76 % sont toujours en poste dans le RSSS au 31 mars 2020.

Le recrutement projeté est de 10 358 embauches pour les cinq prochaines années (environ 2 000 par an), en supposant une augmentation de l'effectif de 1,75 % par an et des besoins additionnels estimés à 645 infirmières et infirmiers auxiliaires à temps plein pour les maisons des aînés en 2022-2023 et à 291 en 2025-2026 pour le nouvel hôpital de Vaudreuil-Soulanges. Près de 14 % de ces embauches concerneront des personnes ayant déjà occupé la fonction auparavant ; ainsi, environ 280 arrivées par année seront des réembauches, dont à peu près 100 retours parmi tous les départs de l'année précédente. Ce scénario prévoit donc l'arrivée d'environ 8 944 autres personnes, soit près de 1 800 par an, en grande majorité nouvellement diplômées.

Concernant la formation initiale des infirmières et infirmiers auxiliaires, le nombre d'inscriptions continue de diminuer tous les ans depuis 2014-2015, étant passé de 2 940 alors à 1 487 en

2019-2020, et le nombre de diplômés a suivi la même tendance, chutant de 2 453 en 2014-2015 à 1 336 en 2018-2019.

L'objectif national demeure d'augmenter l'effectif dans plusieurs secteurs d'activités cliniques, en complémentarité de l'effectif infirmier, tout en assurant l'utilisation optimale des compétences ainsi que le partage des rôles et responsabilités des effectifs en soins infirmiers. L'adéquation entre la disponibilité de la main-d'œuvre et les emplois offerts est toutefois variable d'une région à l'autre. Ainsi, il se trouve des régions où la demande de main-d'œuvre est soit supérieure, soit inférieure à l'offre.

### ***1.2.3 Données de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec***

Les données de l'OIIQ relatives aux inscriptions au tableau de l'ordre, en date du 31 mars 2021, nous fournissent elles aussi des indications quantitatives sur les effectifs infirmiers.

Ces données nous permettent de constater une augmentation, de 1 685 en 2020 à 2 022 en 2021, du nombre d'infirmières et infirmiers déclarant travailler pour une agence privée de placement de personnel et ayant ainsi joint les rangs de la main-d'œuvre indépendante (MOI).

Parmi les infirmières et infirmiers qui ne se réinscrivent pas au tableau de l'OIIQ, la proportion la plus élevée concerne les 50 ans et plus. Pour celles et ceux qui ont moins de 40 ans, elle est d'environ 3,5 %, soit approximativement 1 200 personnes qui ne se réinscrivent pas l'année suivante. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les congés parentaux expliquent cette situation. Ajoutons que le nombre d'infirmières et infirmiers de moins de 40 ans ne se réinscrivant pas après une absence d'un an ou plus est d'environ 725 par année, ce qui signifie que la majorité des 1 200 personnes non inscrites dans cette tranche d'âge ne reviennent pas au travail. Le taux de rétention dans la profession est d'environ 90 % après cinq ans et demeure stable depuis les dix dernières années.

Dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire lié à la pandémie de COVID-19, l'OIIQ a délivré plus de 2 700 autorisations spéciales d'exercer la profession, majoritairement à des infirmières et infirmiers ayant plus de 50 ans. En outre, 1 373 personnes se sont réinscrites au tableau en date du 31 mars 2021, avec limitation du droit d'exercice toutefois, dont 1 251 font partie du groupe d'âge des 50 ans et plus. Le nombre d'attestations au titre de candidate ou candidat à l'exercice de la profession infirmière connaît une diminution (- 156), étant passé de 3 632 en 2019-2020 à 3 476 en 2020-2021.

Enfin, on observe une augmentation significative (+ 829) du nombre d'étudiants qui ont participé à l'externat au cours des cinq dernières années ; il était de 1 083 à l'été 2016 et atteignait 1 912 à l'été 2020.

### 1.3 ÉVOLUTION DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE CONCERNANT LES SOINS ET LES SERVICES INFIRMIERS

Les besoins au regard des soins connaissent une constante augmentation, notamment à cause du vieillissement de la population, de multiples pathologies concomitantes, de la chronicité de certaines affections et de problèmes de santé mentale nécessitant des soins de plus en plus complexes et le décloisonnement de ceux-ci dans divers milieux, dont la communauté (Roy, 2021). Un virage vers la première ligne a été amorcé, mais il est souhaitable que s'accroisse le transfert d'activités de soins vers le domicile et les services de proximité ou de première ligne, lesquels requièrent, du personnel infirmier, une plus grande autonomie professionnelle et une capacité de décision clinique optimale pour une meilleure prise en charge des soins de santé.

Ce personnel, de par son expertise et ses compétences, a un rôle actif tant dans la promotion, le maintien et l'autogestion de la santé que dans la performance, l'efficacité et l'amélioration des soins. Son leadership traduit d'excellentes capacités à travailler selon une pratique collaborative avec les membres de l'équipe interdisciplinaire. À l'instar de ce que recommande l'Organisation mondiale de la santé, il s'avère important de renforcer le rôle du personnel infirmier au sein des équipes de soins en faisant collaborer différents secteurs – comme la santé, l'éducation, l'immigration, les finances et le travail – avec les parties prenantes du secteur infirmier en vue de l'établissement d'un dialogue stratégique et de la planification des effectifs (OMS, 2020). La contribution des soins infirmiers est souvent sous-évaluée, étant plus implicite qu'explicite.

L'accélération de l'évolution des connaissances scientifiques et des technologies a des effets sur la pratique des soins, entre autres, à la réduction du recours à l'hospitalisation, à la complexité grandissante des soins à donner aux personnes hospitalisées et aux traitements médicaux requis par la population.

Dans un système de santé de plus en plus sous pression, une organisation des soins basée sur l'interdisciplinarité est nécessaire. Une organisation des soins optimale permet à l'infirmière, du fait de sa polyvalence, une pleine occupation de son champ d'exercice, lui donnant ainsi la possibilité de contribuer davantage aux soins de santé de la population et d'occuper un rôle de leader, pour les soins, selon des modèles innovants. L'adéquation entre formation et emploi devient incontournable, de façon à ce que les compétences acquises servent à mieux répondre aux nouveaux besoins de la population, lesquels besoins prennent en compte les enjeux de nature infectieuse ou environnementale reliés à de potentielles crises sanitaires.

## 2. ÉTAT DE SITUATION ET CAUSES

Les constats énoncés dans la présente section découlent des propos rapportés par les personnes ayant participé aux échanges afin de recenser les causes liées aux enjeux qui se posent au regard des effectifs infirmiers. Ces constats ont fait l'objet d'une synthèse par thème, laquelle permet de regrouper les idées exprimées.

### 2.1 RECRUTEMENT, DÉPLOIEMENT ET MAINTIEN DES EFFECTIFS

#### ***2.1.1 Promotion des professions d'infirmières et d'infirmières auxiliaires***

Malgré les commentaires défavorables sur les conditions de vie au travail des personnels infirmier et infirmier auxiliaire que l'on peut lire dans les médias traditionnels et les médias sociaux, l'attrait de ces professions reste positif. En effet, les représentants du monde de l'enseignement universitaire au sein du groupe de travail mentionnent que les universités sont au maximum de leur capacité d'accueil pour la formation initiale et pour le continuum DEC-Baccalauréat (BAC).

Pour ce qui est de la formation professionnelle des infirmières auxiliaires, les inscriptions en vue d'une deuxième carrière et la venue des candidates issues de l'immigration permettent de combler les cohortes.

On a aussi mentionné que, malgré une baisse démographique du nombre de jeunes, le potentiel de relève des effectifs demeure. Cependant, on constate une difficulté plus grande pour atteindre le nombre maximal d'inscriptions dans certaines régions éloignées où l'on déplore l'exode des jeunes.

Il faut souligner le besoin, manifesté au sein du RSSS et de la population, que soit clarifié le rôle de chaque titre professionnel en soins infirmiers. La reconnaissance de l'expertise des sciences infirmières et de la contribution de celle-ci à la santé de la population ainsi que la capacité de répondre aux besoins concernant des soins de plus en plus complexes ne sont pas publicisées ni valorisées, selon certains membres du groupe de travail. Le besoin au regard de la valorisation de la profession est largement évoqué si l'on veut attirer les meilleurs candidats, qui cherchent davantage à s'épanouir professionnellement par l'utilisation de leurs connaissances scientifiques, la latitude décisionnelle et le développement de leur expertise.

### **2.1.2 Formation initiale, stages et réussite scolaire**

#### *Formation initiale*

Contrairement aux autres provinces canadiennes, aux États-Unis et à la majorité des pays occidentaux, le Québec propose deux voies d'entrée à la profession infirmière, soit la formation initiale au cégep et la formation initiale à l'université. Dans le RSSS, cela se traduit, selon la nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire, par deux titres d'emploi : infirmière et de l'infirmière clinicienne. La nomenclature indique des définitions de fonctions et des exigences de formation différentes pour l'accès à ces titres d'emploi. Les établissements privilégient, voire exigent, le titre d'emploi d'infirmière clinicienne pour travailler dans certains domaines, notamment en soins critiques, en santé mentale et en santé communautaire de première ligne, et ce, en cohérence avec le cursus de formation établi dans le parcours DEC-BAC et avec celui de la formation initiale universitaire.

Des lacunes au regard des connaissances requises pour exercer la profession ont été relevées, principalement par le fait de la complexité accrue des soins qu'implique la comorbidité de maladies chroniques affectant la population vieillissante. Les personnes consultées parlent de l'inadéquation à la fois des connaissances et de l'expertise pour répondre aux soins. Plusieurs participants mettent en lumière la nécessité de réviser la formation initiale, tant celle des infirmières que celle des infirmières auxiliaires, pour l'adapter à l'acuité des soins. Ainsi, la formation actuelle ne semble pas correspondre totalement aux besoins du RSSS sous l'angle des responsabilités confiées aux effectifs infirmiers. Plusieurs mentionnent la nécessité de revoir certains aspects du cursus de formation.

Plus précisément, dans le cas du personnel infirmier auxiliaire, de nouveaux besoins du RSSS ne sont pas couverts par la formation actuelle, notamment les soins d'assistance en salle d'opération, les soins en périnatalité et en pédiatrie ou encore les soins et services à domicile.

On a souligné le contingentement des places pour la formation de ce même personnel et la difficulté, pour les centres de formation professionnelle, de connaître les besoins du RSSS et de planifier pour pouvoir y répondre au mieux.

Dans certaines régions du Québec, comme sur la Côte-Nord, le besoin concernant la formation initiale universitaire ne peut être comblé. Les jeunes qui désirent suivre cette formation doivent s'inscrire ailleurs et ne reviennent pas toujours travailler dans leur région natale. Cependant, le cheminement DEC-BAC est possible.

Les différents acteurs du monde de l'enseignement ont rapporté une difficulté au regard du recrutement des enseignants et des professeurs à tous les niveaux de la formation : professionnelle, collégiale et universitaire de 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycle. Une difficulté se pose également pour le recrutement des superviseurs de stages dans le RSSS, selon la structure actuelle.

### *Stages*

Plusieurs problèmes touchant la répartition des stages ont été soulignés, principalement le partage des places et des unités ou services disponibles dans les établissements du RSSS. Il y a une forte compétition entre les paliers de formation. Le manque de places limite l'augmentation du nombre d'étudiants dans les cohortes. On a également souligné que les stages préparaient difficilement à la réalité du travail. Les objectifs d'apprentissage sont différents des objectifs d'intégration à l'emploi, par exemple le nombre de patients pris en charge. Les stages en soirée, la nuit et la fin de semaine sont peu nombreux ; ils seraient pourtant utiles pour améliorer et élargir l'offre des établissements. En outre, des éléments de la convention collective des enseignants des cégeps ne favorisent pas la supervision des stages en soirée ou la fin de semaine. Il faut également mentionner que les stages restent encore trop concentrés dans les hôpitaux et qu'il est difficile de combler les besoins au regard des services de première ligne (dans les CHSLD et les groupes de médecine de famille).

En ce qui concerne l'expérience de stage, on rapporte que les stagiaires sont parfois mal accueillis, démobilisés et mal intégrés dans l'organisation des soins. Le rôle du personnel infirmier du RSSS dans la supervision des stages n'est pas valorisé. La culture de formation par les pairs n'est pas très développée, contrairement à ce que l'on constate en médecine par exemple. On rapporte aussi des écarts entre les attentes des personnes nouvellement diplômées et la réalité des milieux de travail. Ces dernières disent ne pas pouvoir explorer pleinement leur champ d'exercice en exploitant leurs nouvelles connaissances ni faire preuve d'innovation. Il semble que certaines infirmières des milieux réfrènt les élans des stagiaires et n'encouragent pas l'innovation ou l'application des nouvelles approches de soins.

### *Réussite scolaire*

Sur le plan de la réussite de la formation, on rapporte un nombre élevé d'abandons. Parfois, près de la moitié d'une cohorte en soins infirmiers quitte à la fin de la première année des études. Les motifs sont multiples : reconnaître ne pas être fait pour la profession, subir des échecs scolaires et vouloir s'orienter vers un autre domaine, notamment. Ainsi, ce n'est pas tout d'attirer la relève dans la profession ; il faut bien

choisir les candidates au départ et bien les soutenir en cours de route de façon à favoriser la réussite scolaire et l'obtention du diplôme.

### **2.1.3 Recrutement et immigration**

Les modes de recrutement diffèrent et sont fortement compétitifs entre les établissements du RSSS et du secteur privé, avec des résultats variables. Les efforts concernant la fidélisation des étudiants, dès le début de leur formation, en vue d'assurer une rétention optimale ne sont pas uniformes.

Le recours aux campagnes de recrutement à l'étranger de personnel infirmier doit non seulement se poursuivre, mais s'intensifier. De telles campagnes sont menées depuis des années en France pour aider à combler les besoins du réseau. L'accord de reconnaissance mutuelle entre ce pays et le Québec facilite de beaucoup l'intégration des recrues, après un stage d'adaptation seulement. En ce qui concerne les infirmières diplômés hors Canada, il faut souligner les difficultés d'intégration dans le milieu, qu'il s'agisse des stages ou du travail, pour atteindre les mesures prescrites par l'OIIQ. La francisation constitue un enjeu important pour celles qui viennent de pays non francophones.

### **2.1.4 Accueil et intégration**

Plusieurs participants ont souligné les problèmes majeurs qu'éprouvent les recrues dès leur accueil dans les différents milieux de travail. Dans certains milieux, le manque de soutien clinique de la part des pairs et des conseillères en soins est souvent la cause d'échec et d'exode. Des recrues sont parfois intégrées dans des secteurs demandant plus de connaissances et d'expertise que leur niveau d'expérience ou de formation ne leur en a données, notamment en soins critiques ou pour la prestation de soins à des patients ayant des besoins complexes. Elles peuvent avoir des quarts de soir ou de nuit, pendant lesquels le soutien est quasi absent, et se voir confier des responsabilités dépassant leurs compétences récentes, entre autres dans les CHSLD. Parfois, elles doivent apprendre en même temps qu'elles travaillent, souvent déplacées d'un service à l'autre en tant que membres de l'équipe volante. Le concept d'assignation sans égard au profil de l'infirmière, ne permettant pas de prendre en compte les spécificités de celle-ci ni ses affinités avec certains types de clientèles, est une grande cause d'exode de la profession et du passage des recrues au secteur privé, selon les propos rapportés.

Dans certains milieux, on a mis en place des programmes de soutien et de stabilisation des recrues dans le service de leur choix, mais ce n'est toujours pas la norme. Des considérations d'ordre financier viennent également nuire à l'établissement de programmes de mentorat ou de préceptorat de qualité et à long terme. Ces programmes peuvent pourtant servir à consolider les connaissances et à développer l'expertise. Dans

certaines établissements, on doit choisir : maintenir l'accessibilité aux soins et aux services ou donner du temps pour le soutien afin que se développent les compétences ainsi que les sentiments de confiance et d'appartenance à la profession.

L'intégration au travail demande beaucoup d'énergie et d'efforts d'adaptation aux recrues et le RSSS manque de ressources pour assurer la consolidation des savoirs. Elle permet de compenser les écarts entre la formation initiale et les compétences requises pour occuper la profession dans les secteurs d'activités. Il faut assurer l'adéquation des connaissances et des compétences acquises au cours de la formation initiale avec les besoins des patients en matière de soins et la réalité dans les divers milieux de soins.

Toutefois, le RSSS consacre beaucoup d'efforts et de ressources, tant humaines que financières, à l'intégration des recrues. Celles-ci mettent parfois plusieurs mois à acquérir des connaissances scientifiques et des compétences cliniques pointues, particulièrement dans les secteurs critiques ou spécialisés. Le RSSS doit faire de même pour la formation complémentaire du personnel infirmier auxiliaire de la relève s'il veut lui permettre d'être fonctionnel dans les secteurs de soins comme la pédiatrie et les blocs opératoires. Ainsi, il doit suppléer, sur de nombreux plans, à l'inadéquation entre la formation initiale et les compétences requises pour exercer la profession dans plusieurs domaines.

#### **2.1.5 Apprentissage continu et développement des compétences**

Le RSSS doit investir massivement dans la formation de son personnel infirmier ainsi que dans le soutien au développement des connaissances et des compétences attendues pour la prestation de soins de qualité, de plus en plus complexes. Il s'agit donc de formation continue nécessaire, même à forts coûts, en complément de la formation initiale.

À la suite de l'adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, communément appelée « Loi 90 », une formation continue sur l'évaluation de la condition physique et mentale (prévue dans les conventions collectives 2016-2020) a été offerte aux infirmières techniciennes diplômées avant 2017 par le MSSS, en collaboration avec son réseau. Cette formation de 25 heures, accompagnée de *coaching*, a dû être coordonnée par le MSSS et offerte à l'ensemble du personnel infirmier ayant une formation collégiale, selon certains critères. On a rapporté quelques défis au regard de l'intégration des connaissances nouvellement acquises dans la pratique.

Des enjeux sont aussi rapportés en région concernant l'offre de formation continue, permettant de maintenir l'expertise nécessaire, dans des secteurs spécialisés comme l'obstétrique.

La formation continue n'est pas toujours reconnue comme étant qualifiante pour accéder à des fonctions plus spécialisées. D'autre part, bien qu'elle soit obligatoire, selon le Code de déontologie de la profession, et considérée comme une responsabilité personnelle et professionnelle, l'employeur en demeure souvent le principal instigateur. Selon les propos rapportés, les modalités de la formation continue –professionnelle, collégiale ou universitaire – et les conditions facilitantes de celle-ci seraient à revoir, tout comme l'offre du réseau de l'enseignement à ce chapitre.

L'innovation pour instaurer des modèles travail-études performants, qui permettraient aux personnels infirmier et infirmier auxiliaire de poursuivre leur cheminement de carrière, demeure embryonnaire.

La culture voulant que les professionnels en soins infirmiers restent des apprenants à vie, qui ont tout à gagner d'un continuum de formation après l'obtention de leur diplôme, n'est pas encore généralisée. Pourtant, l'accès à des résultats récents est nécessaire au développement des connaissances de la profession et de ces professionnels, et ce, tout au long de leur carrière.

#### ***2.1.6 Organisation du travail***

Le premier constat découlant des propos rapportés par les personnes entendues (membres du groupe de travail et experts) veut que la charge de travail du personnel infirmier augmente avec la complexification des soins à donner. La charge de travail est aussi souvent alourdie par l'absence non remplacée d'un membre de l'équipe, laquelle absence entraîne la prise en charge d'un nombre de patients plus élevé par le personnel en place. Quant au temps consacré à la coordination du travail et à la communication de l'information relative aux patients, en équipe ou en dyade, il n'est pas toujours pris en considération. Il s'avère courant que l'on maintienne un nombre d'employés fixe, et ce, sans tenir compte du portrait réel des soins à donner au moment de l'assignation, notamment parce que les outils de mesure de l'intensité ou de l'acuité des soins sont peu ou pas utilisés, sans compter que les possibilités d'ajouter des ressources restent minces pour différentes raisons. Les façons de faire actuelles ont peu évolué par rapport aux modes d'organisation des soins instaurés dans les années 1970 et 1980. L'intégration des autres professionnels de la santé qui pourraient contribuer aux soins n'est pas optimale et il en va de même pour le soutien de la part du personnel administratif.

Trop souvent, on ne prend pas, ou peu, en compte les compétences, l'expertise et les connaissances des membres de l'équipe en poste pour décider de la répartition des patients. Celle-ci est plutôt simplement faite mathématiquement.

En ce qui a trait à l'organisation des soins, des experts soutiennent que près de 50 % des actes procéduraux pourraient être accomplis par du personnel infirmier auxiliaire et que des tâches de bureau pourraient être assumées par des agents administratifs. Des études effectuées au Centre hospitalier universitaire de Montréal ont démontré que seulement la moitié du champ d'exercice du personnel infirmier était couvert, ce qui montre qu'il y a place à l'amélioration dans la qualité et l'efficacité des soins. Quant aux notions de collaboration et de complémentarité des rôles infirmiers, elles ne sont pas très présentes dans l'organisation des soins et du travail. Ainsi, certains rapportent que des efforts visant à faire admettre des infirmières auxiliaires dans certains secteurs, comme les blocs opératoires, ont été la source de difficultés et de résistance de la part des infirmières en place pour ce qui était du partage des responsabilités et de la complémentarité des rôles. On a souligné que la gestion du changement doit être davantage envisagée et soutenue.

Les technologies restent peu utilisées pour le soutien aux soins, par exemple pour l'aide à la décision clinique, la surveillance clinique des patients instables ou la consignation des données cliniques. Il est reconnu que le RSSS accuse du retard sur ce plan et que la documentation papier, encore prépondérante partout dans ce réseau, rebute les professionnels, notamment les millénariaux. La sous-utilisation des moyens de communication et d'information modernes, comme les tablettes ou les téléphones intelligents, se remarque.

Le rôle du personnel infirmier et sa contribution à une équipe doivent être valorisés et promus. Le volet de la collaboration interprofessionnelle n'est pas pleinement intégré dans l'organisation des soins et des services aux usagers. Les infirmières cliniciennes sont formées pour pouvoir tenir un rôle de pivot dans la coordination des soins – comme en oncologie, où la fonction d'infirmière pivot en oncologie est instaurée et reconnue depuis longtemps. L'autonomie décisionnelle et professionnelle de l'infirmière pourrait être davantage potentialisée.

Par ailleurs, on a rapporté que les infirmières novices sont trop souvent mal préparées à coordonner des équipes intradisciplinaires (infirmière, infirmière auxiliaire et préposés aux bénéficiaires). Les responsabilités et les compétences relatives à ce rôle font peu partie de la formation initiale et, conséquemment, des stages, alors qu'elles s'avèrent essentielles dès l'embauche dans de nombreux milieux de soins, dont les CHSLD et les unités de médecine-chirurgie. D'ailleurs, des novices y sont souvent, le soir ou la nuit, seules comme infirmières et laissées sans soutien clinique.

### **2.1.7 Conditions d'exercice**

On mentionne plusieurs enjeux relatifs au manque d'effectifs, notamment la charge de travail et l'épuisement professionnel, qui ont des répercussions sur les conditions d'exercice. Les changements de structures, les fusions de services et l'augmentation du nombre de personnes dans les équipes ont eu des effets néfastes sur l'engagement personnel et entraîné une perte de repères.

Bien que les enjeux liés aux conditions d'exercice étaient bien présents avant la crise sanitaire de 2020-2021, celle-ci est venue exacerber la situation. Des éclosions de COVID-19 se sont produites au sein de certaines équipes de soins et la réorganisation rendue nécessaire par la situation a eu des effets – par exemple, l'explosion des absences, le délestage et le déplacement des effectifs – sur les conditions d'exercice. Le personnel volontaire pour être déplacé a vu là une nouvelle expérience professionnelle. Cependant, certains ont pu ressentir un manque de reconnaissance de leur expertise propre ou un inconfort à cause de leur manque de préparation et de connaissances pour pouvoir assurer les soins à de nouveaux usagers. Selon les propos rapportés, cela aurait contribué aux absences prolongées et au départ de plusieurs infirmières et infirmières auxiliaires du RSSS vers les agences de placement ou d'autres milieux du secteur privé.

### **2.1.8 Conditions de vie au travail**

L'enjeu des horaires de travail a été mis au premier plan. Il semble que les établissements manquent d'agilité et de flexibilité dans la fabrication des horaires et que les quarts plus contraignants (soir, nuit et fin de semaine) soient souvent relégués aux plus jeunes. La planification et la confirmation des horaires se font toujours peu à l'avance, ce qui pose des difficultés au regard de l'équilibre entre travail, vie personnelle et études. Peu d'équipes se disent partenaires pour la planification de l'horaire de travail dans leur service, que cela soit pour une planification à court, à moyen ou à long terme.

La difficulté à pourvoir certains postes ou à assurer des remplacements, l'augmentation de l'offre de soins et l'absentéisme engendrent des besoins qu'il faut combler par des heures supplémentaires ou le recours à la main-d'œuvre indépendante. Des personnes se retrouvent souvent avec une plus grande charge de travail, puisqu'il y a un « joueur » en moins dans l'équipe et qu'il n'est pas remplacé. On a observé qu'il y a moins d'attrait pour les postes à temps complet régulier. De plus, on mentionne le risque accru au regard des accidents au travail et de l'épuisement professionnel.

On déplore le peu de partage entre les générations, comme le rendent toutefois possible les postes avec un horaire sur rotation. Si celui-ci permet d'assurer l'expertise et l'expérience à tous les quarts de travail, en plus d'alléger les quarts plus difficiles, il est

peu et difficilement implanté en milieu francophone. Pourtant, ce mode de répartition des effectifs fonctionne. Il se rencontre surtout dans les établissements anglophones, qui reproduisent davantage les modèles canadiens comportant des horaires atypiques.

On rapporte que les plus jeunes générations disent ne pas se reconnaître dans l'approche actuelle. Elles veulent obtenir des postes en fonction des connaissances et de la compétence exigées, et non plus seulement sur la base de l'ancienneté. Elles veulent des modalités leur assurant l'équilibre travail-famille-études. Entre autres, elles veulent plus de places dans des garderies et des centres de la petite enfance ouverts selon des horaires atypiques et des vacances pour tous en été.

On rapporte aussi des difficultés concernant la mutation, qui se posent notamment lorsqu'un service ne peut ou ne veut laisser partir un employé, faute de pouvoir le remplacer ou, encore, pour éviter le délestage d'un autre secteur ou des bris de service. Cela conduit parfois à la démission de l'employé attendant d'aller occuper le poste qu'il a obtenu. Les jeunes sont plus mobiles et veulent pouvoir passer d'un endroit à un autre pour améliorer leur sort.

Lors de la dernière réforme du RSSS, en 2015, l'instauration de ratios d'encadrement fonctionnel s'est traduite par la réduction du nombre de postes de conseillères cadres en soins infirmiers. On mentionne que cette situation a eu comme effet la diminution du soutien clinique, de l'avancement et de l'innovation dans les soins infirmiers. La dotation de postes en pratique avancée dans le RSSS constitue une avenue à considérer. Ces postes ne sont actuellement réglementés que pour la spécialité en prévention et contrôle des infections et pour les infirmières praticiennes spécialisées. Les experts ont suggéré que la possibilité de créer des postes mixtes, dont les tâches seraient partagées avec les milieux d'enseignement et de recherche, soit explorée pour l'avancement de la profession.

Certains participants ont rapporté que le temps de travail en heures supplémentaires obligatoires dû à l'absentéisme, au manque d'effectifs de remplacement et aux postes non pourvus retombe le plus souvent sur les plus jeunes, en raison de leur peu d'ancienneté. Ces jeunes de la relève ont souvent le sentiment d'être « pris en otage » et de perdre le contrôle de leur vie en travaillant dans le RSSS. À cet égard, les établissements qui ont usé de cette mesure pour le remplacement sont reconnus comme l'antithèse d'un employeur de choix. Sachant qu'ils devront faire des heures supplémentaires, les jeunes préfèrent se garder du temps et n'optent pas pour un emploi à temps complet puisque, de toute façon, ils sont rémunérés pour leur prestation de travail.

### **2.1.9 Gouvernance, pratiques de gestion et climat de travail**

Des participants ont souligné que les directrices des soins infirmiers n'ont pas tous les leviers d'autorité nécessaires à la réalisation du mandat qui leur est confié par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Certains n'ont pas de lien direct avec l'ensemble du personnel infirmier et agissent à titre de conseillers auprès d'autres directions. Ils ne relèvent pas, contrairement à la personne qui dirige les services professionnels, de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général. Certains participants ont également souligné, en accord avec une proposition de l'OMS (2020), l'importance pour le MSSS d'avoir un directeur général des soins infirmiers qui peut directement assurer la reconnaissance des compétences du personnel infirmier dans l'ensemble de son réseau. Actuellement, la directrice nationale des soins et services infirmiers, en poste au MSSS, relève d'un médecin.

Deux problèmes principaux ont été associés aux gestionnaires de proximité. Le premier est le ratio trop élevé d'employés par gestionnaire, souvent attribuable aux nombreux sites des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui s'étendent sur de grands territoires géographiques. Le deuxième concerne le cas de gestionnaires qui n'ont pas étudié dans le domaine des soins infirmiers et, par conséquent, qui ne connaissent pas les paramètres de la pratique clinique ni son application au regard des besoins des usagers et de leurs familles.

Le taux d'encadrement est donc considéré comme ayant des effets négatifs sur les équipes de soins infirmiers. Par exemple, pour couvrir le territoire du CISSS, les gestionnaires de proximité sont parfois responsables de plusieurs sites, donc loin du quotidien des membres de leurs équipes. Le personnel mentionne ne jamais les voir et ne pas pouvoir leur faire part des problèmes ; de plus, ils ne participent pas aux décisions qui le concernent. Enfin, les gestionnaires ne peuvent s'occuper du développement et de la prévention, ne répondant qu'aux urgences et aux impératifs, et ils sont coincés entre les demandes de la haute direction et celles des employés.

On a aussi mentionné que certains gestionnaires en soins infirmiers ont souvent peu de connaissances liées au leadership et à la gestion des ressources humaines au sens large, notamment à cause du manque de formation spécifique pour ce rôle, et cela se traduit par des effets négatifs sur le climat de travail ainsi que sur la mobilisation et la rétention du personnel.

Le rôle du leadership infirmier doit être promulgué et raffermi à tous les niveaux de la hiérarchie pour une gouvernance qui assure l'accessibilité, la qualité et la sécurité des

soins à donner à la population du Québec. Les directrices et directeurs des soins infirmiers doivent non seulement pouvoir disposer des assises décisionnelles, mais aussi bénéficier des conditions leur permettant de remplir les fonctions et d'assumer pleinement les responsabilités qui leur sont dévolues par la LSSSS. Elles doivent avoir un lien hiérarchique fort sur l'ensemble du personnel infirmier et assurer tant des conditions d'exercice de la profession de haute qualité que la pleine utilisation des champs d'exercice.

**2.1.10 Maintien en poste du personnel (stabilité des équipes et appartenance)**

Il subsiste de graves problèmes au regard de la dotation puisque des postes demeurent vacants et que, pour certains, il n'y a eu aucune candidature. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour tenter d'expliquer ce phénomène. Dans un premier temps, on peut établir un lien avec l'augmentation du recours au travail en heures supplémentaires régulières ou obligatoires, faisant en sorte qu'une culture du temps partiel se soit installée dans le RSSS. Les autres professionnels de la santé ne présentent pas ce même profil à l'égard du temps partiel.

Les membres d'équipes de travail incomplètes, sous pression et sous menace de travail en heures supplémentaires, ne sont pas disposés à travailler à temps complet. Le RSSS se prive ainsi d'une plus grande disponibilité au travail.

**2.2 ENVIRONNEMENT DE PRATIQUE, PROCESSUS DE SOINS ET SATISFACTION PROFESSIONNELLE**

À l'instar des échanges avec les experts chercheurs, les données de recherche en administration de la santé et en gestion des soins infirmiers nous apportent des éléments nécessaires à la correction de la situation problématique des effectifs infirmiers. Les experts chercheurs et les personnes consultées par le groupe de travail ont pu, comme ce fut le cas lors des États généraux de la profession infirmière, mettre en lumière les problèmes, les causes et les enjeux pour l'aider à comprendre comment l'environnement de pratique et les processus de soins infirmiers peuvent s'inscrire dans l'amélioration de la satisfaction professionnelle.

Dans un premier temps, il faut absolument examiner l'adéquation des connaissances et des compétences acquises pendant la formation initiale de la relève infirmière et infirmière auxiliaire avec les soins de plus en plus complexes à donner aux usagers. Cela s'avère nécessaire pour que le personnel infirmier puisse assumer pleinement ses responsabilités. Nous pouvons y voir un lien avec la sous-utilisation du champ d'exercice dans les deux professions. Non adéquatement préparés, les deux groupes de professionnelles ne donnent pas la pleine mesure ni la contribution que leur autorisent les lois et règlements encadrant leurs professions respectives. Actuellement, le RSSS ne peut donc profiter de la pleine contribution de son personnel soignant et des mesures compensatoires doivent être mises en place, par l'ajout des ressources financières nécessaires,

afin de répondre aux besoins en matière de formation concernant l'intégration à l'emploi, le soutien clinique et la formation continue.

À cela s'ajoute une grande confusion des rôles et des responsabilités de chacun, à savoir qui fait quoi, qui peut faire quoi, quand et à quelles conditions.

Dans un deuxième temps, les participants ont rapporté que les équipes travaillent dans l'instabilité ou la précarité avec du personnel occasionnel de remplacement. Les membres des équipes ne se connaissent pas ou peu, travaillent avec des personnes moins expérimentées qui ne peuvent les soutenir. Tout cela contribue à diminuer le sentiment d'appartenance et la satisfaction au travail. Un lien est aussi fait avec l'épuisement professionnel et la sous-exploitation du champ d'exercice. Selon les personnes consultées, la stabilité des équipes de travail doit être priorisée, valorisée et encouragée par un environnement de travail et des conditions d'exercice favorisant l'épanouissement au travail. Un milieu de travail et un environnement sains constituent des conditions gagnantes pour l'attraction et la rétention des effectifs en soins infirmiers.

La présence d'une ou un gestionnaire de proximité issu de la profession infirmière et dont le leadership en la matière est reconnu s'avère souvent favorable au développement professionnel pour une prestation de soins de qualité et sécuritaire. Selon les chercheurs, des équipes stables favorisent la présence au travail, même à temps complet, le sentiment d'appartenance, la collaboration, la camaraderie, l'innovation et le soutien.

Dans un troisième temps, une gestion de proximité exercée par une ou un gestionnaire qui se déplace sur plusieurs sites et dont le taux d'encadrement est trop important ne peut favoriser pleinement le soutien au développement des compétences de la relève infirmière. Trop loin de ses équipes, cette personne ne peut pleinement faire connaître les objectifs du service, soutenir l'engagement du personnel infirmier dans l'amélioration de la qualité des soins en même temps que l'organisation optimale des soins et reconnaître tant l'expertise que la contribution des membres de son équipe tout à la fois. Par conséquent, le développement des liens d'attachement et du sentiment d'appartenance à une équipe se trouve compromis. Les ratios d'employés par gestionnaire doivent être revus pour que puissent s'exercer une gestion de proximité, un leadership transformationnel favorisant la reconnaissance, la gestion de la présence au travail et le soutien au quotidien.

Selon les chercheurs, le personnel infirmier exprime le souhait que la gestionnaire de proximité ait exercé dans le domaine des soins infirmiers. Cela faciliterait la détermination des soins infirmiers pour répondre aux besoins des usagers et de leurs familles. De plus, cette personne serait en mesure de soutenir l'organisation des soins infirmiers, de comprendre et d'évaluer la charge de travail ainsi que de répartir de façon optimale les tâches entre les membres des équipes

en fonction des champs d'exercice de chacun. Elle serait également en mesure de mieux les orienter dans leur développement professionnel (Brousseau, 2019).

Dans un quatrième temps, il est impératif de revoir, sur de nouvelles bases, l'organisation des processus de soins et l'organisation du travail en soins infirmiers. Les chercheurs et les autres experts consultés ont rappelé que nous continuions d'utiliser les mêmes approches depuis les années 1970 en espérant avoir des résultats différents, ce qui ne se produira assurément pas. Il règne une confusion au regard des rôles et des responsabilités dévolus aux trois types de personnels soignants, soit le personnel infirmier clinicien, le personnel infirmier technicien et le personnel infirmier auxiliaire. Les champs d'exercice sont pourtant clairs et ils offrent de nombreuses et nouvelles possibilités, qu'il s'agisse de revoir les processus de prestation des soins ou d'accroître la collaboration et la complémentarité. Il y a place à davantage d'innovation et à l'utilisation de moyens technologiques de soutien. Les effectifs du RSSS sont sous-utilisés et encore trop centrés sur l'hôpital et ses plateaux techniques.

Il faut valoriser et mettre à profit les savoirs ainsi que l'expertise du personnel infirmier en matière :

- d'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne qui présente des symptômes ;
- de prestation de soins complexes ;
- de planification et de coordination des soins à donner et du congé ;
- d'enseignement aux usagers et à leurs proches pour favoriser les autosoins ;
- de prévention des complications et des maladies ;
- de promotion de la santé.

Il faut mettre à contribution les compétences complémentaires du personnel infirmier auxiliaire dans la prestation des soins procéduraux. Joindre celui-ci au personnel infirmier pour former des équipes collaboratives, utilisant à 100 % leurs champs d'exercice, permettrait au RSSS de répondre pleinement aux besoins croissants de la population.

Il ne faut pas oublier l'importance de la contribution des infirmières aux équipes interdisciplinaires, comme agents pivots d'une pratique pouvant mettre à profit les expertises de chacun, pour répondre aux besoins des usagers et de leurs proches.

Enfin, les infirmières doivent pouvoir établir leur plan de carrière dès leur entrée dans le marché du travail et avoir accès rapidement à des mentors ou à des modèles de rôles soutenus par une organisation dans laquelle la culture d'apprentissage continu est instaurée. Deux voies s'offrent aux novices : la première, plutôt verticale, ouvre les horizons sur des postes hiérarchiques et la seconde permet la progression d'un échelon clinique à l'autre, jusqu'à la pratique avancée. Un plan de carrière, auquel s'ajoutent des rencontres portant sur l'évaluation de la performance et

le développement des compétences avec son supérieur ou un mentor, est vu comme un atout lorsqu'il s'agit de satisfaction professionnelle et de rétention. Le déploiement du leadership infirmier, tout au long de la carrière, donne du sens à la formation continue et au maintien de la qualification en emploi. Il renforce le sentiment d'être une personne professionnelle de la santé essentielle, qui contribue efficacement à la santé de la population.

### 2.3 RÉSULTATS DE SOINS

Les données probantes de la recherche (Dubois et autres, 2013 ; Dubois et D'Amour, 2016) en administration des soins infirmiers et de la santé montrent que, si tous les éléments relatifs à la formation, à la dotation, aux conditions de travail, aux conditions d'exercice, à la gouvernance, au climat de travail, à la valorisation de la profession infirmière et à l'organisation des soins sont réunis, rétablis et améliorés, les résultats de soins infirmiers seront eux aussi améliorés, notamment sur les aspects suivants :

- l'accessibilité ;
- la sécurité, le confort et la qualité de vie des personnes et de leurs familles ;
- la capacité fonctionnelle des personnes soignées ;
- la satisfaction des personnes soignées ;
- l'évaluation de l'état de santé physique et mentale des personnes qui présentent des symptômes ;
- la prévention des complications ;
- la promotion de la santé ;
- les réadmissions à la suite d'une hospitalisation ;
- le taux de mortalité et le taux de morbidité.

### **3. RECOMMANDATIONS AU REGARD DES ORIENTATIONS REGROUPÉES ET PRIORISÉES**

Le groupe de travail a formulé ses recommandations à partir des échanges qu'il a eus avec des experts. Les orientations que ces derniers ont proposées ont été regroupées sous quatre thèmes et mises en ordre de priorité.

Elles excluent la négociation des conditions de travail établies dans les conventions collectives, qui doit s'effectuer dans le cadre des processus de relations de travail prévus. Elles excluent également un positionnement quant au rehaussement de la norme d'entrée à la profession infirmière, ce processus ne relevant pas du MSSS.

### 3.1 ORIENTATIONS PORTANT SUR LES RÉSULTATS DE SOINS À LA POPULATION, AVEC INDICATEURS DE PERTINENCE ET DE PERFORMANCE

**Il est attendu :**

- de maintenir ou d'améliorer l'offre et l'accessibilité au regard des soins et des services infirmiers en tenant compte de la disponibilité des effectifs (capacité en ressources humaines) ;
- de mieux connaître et d'utiliser le plein potentiel des champs d'exercice des personnels infirmier et infirmier auxiliaire ;
- de se doter des mécanismes et des moyens nécessaires pour répondre à la complexité ainsi qu'aux divers niveaux d'acuité des soins ;
- d'explorer et d'adopter les modèles d'organisation des soins et du travail permettant de mieux répondre aux besoins de la population selon la trajectoire de soins ;
- de se doter d'indicateurs relatifs à la pertinence des activités de soins infirmiers ;
- de se doter d'indicateurs de performance sensibles pour mesurer l'effet des soins infirmiers sur la santé la population et d'étudier la possibilité de constituer un tableau de bord pour le suivi.

**Il est donc recommandé, par ordre de priorité découlant du vote électronique :**

1. De revoir les modes d'organisation des soins, en tenant compte à la fois de l'acuité des soins pour répondre aux problèmes de santé de plus en plus complexes de la population et des connaissances exigées des membres des équipes de soins infirmiers.
2. Rendre disponibles des outils de mesure de l'acuité des soins.
3. Permettre et de faciliter la pleine utilisation des champs d'exercice des personnels infirmier et infirmier auxiliaire.
4. De miser sur les activités de soins infirmiers ayant un potentiel élevé d'effet positif sur la santé de la population.
5. D'optimiser et de mieux coordonner le travail, tant au sein de l'équipe intradisciplinaire en soins infirmiers qu'au sein de l'équipe interdisciplinaire.

### 3.2 ORIENTATIONS PORTANT SUR L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DES EFFECTIFS INFIRMIERS

**Il est attendu :**

- de conserver leur effet d'attraction aux professions d'infirmière et d'infirmière auxiliaire et de maintenir ou d'améliorer en continu les stratégies à cette fin ;
- d'accentuer tant la promotion de la profession d'infirmière que celle de la contribution des infirmières auxiliaires ;

- de considérer les conditions d'exercice et de pratique des deux professions comme des enjeux et de faire en sorte d'améliorer ces conditions afin de créer des environnements de travail sains et stimulants, favorisant la rétention du personnel ;
- de considérer les conditions d'exercice, tels que les horaires, la dotation et l'organisation du travail dans le respect des dispositions négociées, ainsi que le temps de travail en heures supplémentaires, notamment obligatoires, comme des enjeux prioritaires ;
- de faire se développer le sentiment d'appartenance des membres des équipes de travail ;
- de promouvoir une culture de présence au travail et de créer les conditions favorables à celle-ci ;
- de soutenir les plans de carrières établis par les membres du personnel infirmier dès leur entrée en fonction.

**Il est donc recommandé, par ordre de priorités découlant du vote électronique :**

1. De revoir la façon de procéder relative à la préparation des horaires de travail ;
2. D'accroître la participation des infirmières à la prise de décisions en ce qui les concerne et en ce qui concerne les soins aux usagers ;
3. D'optimiser la stabilisation des équipes de travail et le sentiment d'appartenance ;
4. D'optimiser la pratique infirmière par l'introduction des nouvelles technologies ;
5. D'Assurer l'établissement d'un plan de carrière en soins infirmiers dès le début de leur formation et intégrer les étudiants dans les équipes de soins par un lien d'emploi ;
6. De créer des environnements de travail sains tout en favorisant le bien-être au travail.

**3.3 ORIENTATIONS PORTANT SUR LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE POUR ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES INFIRMIERS**

**Il est attendu :**

- que la révision du contenu des cours et le rehaussement des connaissances sont nécessaires en ce qui a trait à la formation initiale des infirmières et des infirmières auxiliaires afin qu'elles puissent pleinement utiliser leurs champs d'exercice ;
- que les lacunes de la formation initiale des infirmières et des infirmières auxiliaires impliquent, pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, d'adapter leurs programmes d'intégration et de soutien de leurs recrues, sur de longues périodes et à des coûts importants ;
- que le réseau de la santé et des services sociaux doit consacrer des sommes substantielles à des moyens de combler l'écart entre ses besoins et la formation initiale afin de rendre les nouvelles diplômées aptes au travail ;
- que la révision des cursus de la formation initiale, aux niveaux professionnel, collégial et universitaire, est nécessaire afin que les diplômés en soins infirmiers recrutés dans le réseau de la santé et des services sociaux puissent répondre adéquatement aux besoins

des usagers, à qui il faut donner des soins de plus en plus complexes, et à ceux dudit réseau ;

- que l'adaptation des stages au milieu de travail doit être améliorée, tout comme la coordination des stages dans les milieux où l'on accueille des stagiaires.

**Il est donc recommandé, par ordre de priorités découlant du vote électronique :**

1. D'assurer l'adéquation des connaissances et des compétences attendues des personnels infirmier et infirmier auxiliaire avec les soins de plus en plus complexes à donner aux clientèles du RSSS ;
2. D'accentuer le soutien clinique dès l'embauche et tout au long du cheminement de carrière ;
3. D'améliorer l'accès aux stages en milieu de soins ainsi que la coordination et l'adaptation de ceux-ci, sur les plans local, régional et national ;
4. De structurer la formation continue du personnel infirmier et de la reconnaître pour la qualification professionnelle ;
5. Introduire la notion de résidence en soins infirmiers et réviser les modalités entourant l'externat effectué au cours de la formation

**3.4 ORIENTATIONS PORTANT SUR LA GOUVERNANCE ET LE LEADERSHIP DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE**

**Il est attendu :**

- que, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020), « les gouvernements doivent investir de façon à accélérer l'éducation et la formation du personnel infirmier, créer des emplois dans ce secteur et renforcer les capacités de direction de la profession infirmière » ;
- que, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020), « les pays créent des postes de responsables, notamment un poste de directeur général des soins infirmiers au niveau de l'administration centrale, et soutiennent le renforcement des compétences de direction parmi les jeunes infirmiers et infirmières » ;
- que, selon le *Cadre des capacités de leadership en santé LEADS*, « [l]es leaders en santé du XXI<sup>e</sup> siècle devront avoir la capacité de prévoir l'avenir plus rapidement, de mieux gérer et encadrer les talents et de répondre aux besoins croissants dans le secteur de la santé tout en respectant des budgets de plus en plus restreints » ;
- que les leaders en soins infirmiers soutiennent la pratique et l'utilisation optimale des champs d'exercice des personnels infirmier et infirmier auxiliaire pour assurer l'accès aux soins et l'amélioration de la santé de la population ;
- que la profession infirmière doit être valorisée, en améliorant l'image, l'expertise et le professionnalisme, au sein du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que dans la population.

**Il est donc recommandé, par ordre de priorités découlant du vote électronique :**

1. De faire relever les directorats de soins infirmiers directement des présidents-directeurs généraux pour les assurer de disposer de l'autorité et du pouvoir décisionnel leur permettant d'assumer pleinement les responsabilités qui leur sont dévolues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
2. D'optimiser la gestion de proximité en soins infirmiers.
3. Faire en sorte d'accroître le degré d'influence du Conseil des infirmières et infirmiers de chacun des établissements du RSSS
4. D'affirmer et d'exercer un leadership quant à la contribution des soins infirmiers dans le RSSS.

## ANNEXE 1 : INSTRUCTIONS RELATIVES AU MANDAT DU GROUPE NATIONAL SUR LES EFFECTIFS INFIRMIERS

### MANDAT

Définir les orientations essentielles devant guider les actions structurantes qui viseront à réduire, voire à résorber, la pénurie d'effectifs infirmiers au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec (voir, plus loin, la section *Données sur les effectifs infirmiers*).

Formuler, sur la base de ces orientations, les recommandations qui serviront à élaborer le plan d'action 2022-2024. Le plan d'action devra contenir des résultats mesurables, à court, à moyen et à long termes, en ce qui concerne la disponibilité et la stabilisation des effectifs infirmiers dans le RSSS.

Ces travaux seront menés du mois de janvier au mois de juin 2021. La deuxième phase des travaux débutera à l'automne 2021 par la mise en place des divers chantiers de travail qui devraient permettre d'atteindre les cibles fixées dans le plan d'action 2022-2024.

### VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS

Que chaque Québécoise et Québécois dont l'état le requiert puisse avoir accès à des soins infirmiers de qualité et sécuritaires, efficaces et pertinents, donnés au bon endroit, au bon moment et par la personne la plus qualifiée pour le faire.

Les principes directeurs de ces travaux sont tirés de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2), de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (RLRQ, c. I-8) ainsi que des règlements qui en découlent.

1. Les soins infirmiers donnés dans tous les établissements sont accessibles, sécuritaires et de qualité ;
2. Les directeurs des soins infirmiers, en collaboration avec les directeurs des ressources humaines et autres directions cliniques, doivent s'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers dans chacune des installations des établissements publics et privés conventionnés du réseau ;
3. Chaque membre de l'équipe de soins infirmiers doit être dûment formé et compétent ; il doit exercer son rôle ainsi que ses responsabilités à l'intérieur du champ d'exercice qui lui est édicté par son ordre professionnel, les lois ainsi que les règlements qui en découlent ;
4. Les solutions sont équilibrées et proportionnées, en adéquation avec les compétences requises et la main-d'œuvre associée, et ce, en fonction des besoins populationnels ;

5. Les solutions s'appuient sur les meilleures pratiques reconnues en ce qui a trait à l'organisation des soins, des services et du travail, en cohérence avec les données probantes de la pratique infirmière, et sont applicables à l'intérieur des cadres réglementaires et des conventions collectives en vigueur ;
6. Les actions des soins et des services infirmiers visent à produire de **la valeur pour l'utilisateur et ses proches** en réponse à ses **besoins de santé et de bien-être**.

## COMPOSITION

Entre 20 et 25 participants représentant tous les acteurs associés à la formation, à la gestion et à la réglementation des effectifs infirmiers, incluant des représentants des différentes missions de soins en milieux urbains, semi-urbains et éloignés. À cet effet, voici un portrait représentatif des participants.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux :
  - Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques,
  - Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre,
  - Direction générale des ressources humaines du réseau,
  - Comité patronal de négociations, secteur santé et services sociaux ;
- Ministère de l'Enseignement supérieur :
  - Direction de l'enseignement et de la recherche universitaire,
  - Direction des programmes de formation collégiale ;
- Ministère de l'Éducation :
  - Direction de l'éducation des adultes et de la formation professionnelle ;
- Réseau de la santé et des services sociaux, en assurant la représentativité CHU, CIUSSS et CISSS :
  - Président-directeur général adjoint,
  - Directrice ou directeur des soins infirmiers,
  - Directrice ou directeur des ressources humaines, des communications ou des affaires juridiques ;
- Ordres professionnels :
  - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :
    - Comité jeunesse,
  - Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec ;

- Association des établissements privés conventionnés du Québec ;
- Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec ;
- Réseau des établissements universitaires ;
- Réseau des établissements collégiaux ;
- Réseau d'éducation secondaire – centres de formation professionnelle.

## MÉTHODE

Les membres du groupe de travail seront conviés à quatre rencontres de travail, de trois heures, portant chacune sur une thématique en particulier, selon la méthodologie suivante :

- Les ateliers se dérouleront sous forme de remue-méninges en trois groupes mixtes de dix à douze personnes ;
- Les participants recevront, quelques jours avant la tenue de l'activité, des informations leur permettant de se préparer et de faire des consultations préalables, au besoin ;
- Chaque atelier se terminera par la mise en commun des réflexions, en grand groupe, et le classement de celles-ci par ordre de priorité ;
- Un cahier du participant sera remis à tous les membres avant chaque atelier ;
- Une synthèse des réflexions sera préparée après chaque atelier et devra être validée par le groupe avant le prochain atelier. La validation se fera par courriel, sous la forme de grilles de commentaires ;
- Entre chaque atelier, des sous-groupes de travail pourraient être formés, au besoin, ou d'autres parties prenantes pourront être consultées – notamment, les directions cliniques, le Collège des médecins du Québec et les groupes syndicaux – et ce, en fonction des éléments à vérifier ou à approfondir ;
- Au terme des quatre ateliers, les orientations seront mises en ordre de priorité aux fins de l'élaboration du plan d'action 2022-2024. Par ailleurs, elles pourront prendre en compte les résultats découlant des états généraux de la profession infirmière, exercice majeur de consultation mené par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec au cours du mois de mai 2021 ;

Il importe de préciser que les membres du groupe de travail et les personnes consultées ont signé un engagement de confidentialité, de façon à favoriser les échanges entre tous les participants.

## CALENDRIER DES RENCONTRES

Date et horaire	Atelier	Modalité
23 mars 2021 9 h – 12 h	Atelier 1 Discussion sur l'état des lieux et les besoins du réseau de la santé et des services sociaux	TEAMS
13 avril 2021 9 h – 12 h	Atelier 2 Discussion sur l'organisation du travail, la gouvernance et l'emploi	TEAMS
4 mai 2021 9 h – 12 h	Atelier 3 Discussion sur les compétences, la formation et les champs d'exercice	TEAMS
4 juin 2021 9 h – 12 h	Atelier 4 Discussion sur les orientations prioritaires, les cibles et les indicateurs de suivi	TEAMS
23 juin 2021	Dépôt du rapport pour approbation des orientations prioritaires et diffusion	

## DONNÉES SUR LES EFFECTIFS INFIRMIERS

Il faut rappeler le contexte où les usagers demandent des soins de plus en plus complexes, qu'il s'agisse de soins de proximité, de soins aigus ou de soins de longue durée<sup>1</sup>.

### *Infirmières*

- Effectif de 31 296 au 31 mars 2019 :
  - diminution continue de l'effectif à tous les ans avec une décroissance moyenne sur 5 ans de 2,22 % par an (diminution de l'effectif de 35 011 en 2013-2014 à 31 296 en 2018-2019) ;
- Projection de 15 % qui quitteront pour la retraite dans les cinq prochaines années, 13,4 % ayant 55 ans ou plus ;
- Taux d'heures supplémentaires élevé, à 7,4 %, en hausse depuis 2015-2016 ;
- Augmentation du taux d'absentéisme due principalement aux autres congés sans solde ;
- Les mutations (près de 2 000 par an) vers le titre d'emploi d'infirmière clinicienne sont la principale cause : 55 % des étudiantes au cégep poursuivent leurs études à l'université ;
- Taux de diplomation de 32 % après trois ans (diplôme d'études collégiales) et de 56 % après cinq ans (baccalauréat) ;
- Diminution de 24 % des inscriptions au cégep sur dix ans.

### *Infirmières cliniciennes*

- Effectif de 26 901 au 31 mars 2019 ;
- Augmentation importante de l'effectif, de près de 7 % par an en moyenne, depuis cinq ans ;
- Rajeunissement de l'effectif (baisse de la moyenne d'âge de 40,1 à 38,6 ans depuis 2013-2014) ;
- 44 % de l'effectif a moins de 35 ans : vulnérabilité à l'absentéisme pour congé parental ;
- Peu de vulnérabilité à la retraite : projection de 9 % pour les cinq prochaines années ;
- Hausse à 62 % de la proportion du personnel à temps complet régulier ;

---

I. QUÉBEC. MSSS – MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2019). *Portrait de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Taux d'heures supplémentaires élevé, à 6 %, en hausse depuis 2015-2016 ;
- Proportion des heures payées en assurance salaire en hausse (5,7 %), mais inférieure à celle des autres titres d'emploi du réseau de la santé et des services sociaux (7,69 %) ;
- Taux élevé de rétention (de toutes les personnes embauchées au cours des six dernières années, 80 % occupent toujours un poste au 31 mars 2019) ;
- Taux de diplomation : 58 % au bac initial après trois ans et 78 % après cinq ans.

#### *Infirmières cliniciennes spécialisées (ICS)*

- Titre d'emploi et classe de spécialité introduits en 2011 ;
- Une seule spécialité reconnue jusqu'à maintenant : prévention et contrôle des infections ;
- Effectifs = 32.

#### *Ensemble des infirmières*

- Augmentation de la proportion des membres de l'OIIQ travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux depuis les cinq dernières années : 85 % ;
- Croissance ininterrompue depuis vingt ans ;
- 54,8 % travaillent à temps complet et le nombre d'heures effectuées par la main-d'œuvre indépendante (MOI) est élevé, soit 2 millions en 2019-2020 (2,58 %) ;
- Taux de rétention plus élevé que pour l'ensemble des salariés du réseau ;
- Recrutement projeté de 26 379 embauches pour les cinq prochaines années ;
- Âge moyen d'obtention du permis : 27 ans.

Les besoins futurs au regard de l'embauche (incluant les départs projetés et une hypothèse de croissance des effectifs de 1,35 %) sont de 5 000 à 5 500 personnes par année. La conversion des heures en temps supplémentaire et en MOI, en 2019-2020, se traduit par un besoin additionnel d'environ 3 900 personnes à temps complet.

#### *Infirmières auxiliaires*

- Effectif de 18 908 au 31 mars 2019, en augmentation depuis deux ans ;
- 33 % ont moins de 35 ans et 11 % ont 55 ans ou plus ;
- Faible vulnérabilité à la retraite, sauf dans les CIUSSS de la région de Montréal ;
- Proportions de 37 % à temps complet régulier, de 59 % à temps partiel régulier et de 4 % à temps partiel occasionnel ;

- Taux d'heures supplémentaires de 7 % et taux d'heures travaillées par la MOI de 1,26 %, en hausse depuis 2018-2019 ;
- Augmentation des taux d'absentéisme pour autres congés sans solde, assurance salaire et accident de travail :
  - ils excèdent les taux moyens de tous les salariés du réseau de la santé et des services sociaux.

*Contexte spécifique aux soins de longue durée (SLD)*

- Augmentation importante des ressources non professionnelles, dont les préposés aux bénéficiaires, au détriment des ressources professionnelles en soins infirmiers :
  - 64 % de personnel de soins d'assistance et 36 % de personnel de soins infirmiers,
  - les soins infirmiers se répartissent entre 60 % d'infirmières auxiliaires, 30 % d'infirmières (diplôme d'études collégiales) et 10 % d'infirmières cliniciennes (baccalauréat),
  - globalement, on estime à 14 % la proportion des effectifs infirmiers par rapport à l'ensemble des effectifs composant l'équipe de soins.

## ANNEXE 2 : COMPOSITION DU GROUPE NATIONAL SUR LES EFFECTIFS INFIRMIERS

Fonction	Nom	Organisation
Présidente-directrice générale adjointe	Isabelle Demers	CHU Sainte-Justine
Président-directeur général adjoint	Guy Thibodeau	CIUSSS de la Capitale-Nationale
Directrice des soins infirmiers – CHU	Renée Descôteaux	CHU de Montréal
Directrice des soins infirmiers – Institut universitaire	Audrey Bouchard	Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
Directrice des soins infirmiers – CIUSSS	Beverley-Tracey John	CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal
Directrice des soins infirmiers – CISSS	Évelyne Grenier-Ouimette	CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue
Directrice des soins infirmiers – CEMSI	Brigitte Martel	CHU de Québec-Université Laval
Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	Alexandre Boivin	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	Antoine Trahan	CISSS des Laurentides
Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	Vicky Lavoie	CISSS de la Montérégie-Est
Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	Christine Pelletier	CISSS de la Côte-Nord
Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	Marie-Claude Lévesque	CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal
Président	Luc Mathieu	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Infirmier – Président du comité jeunesse	Charles Bilodeau	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec – Comité jeunesse
Présidente	Carole Grant	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
Directrice du développement et du soutien à la performance des pratiques cliniques	Colette Simonetta	Association des établissements privés conventionnés
Présidente	Rinda Hartner	Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec
Vice-doyenne aux sciences infirmières – Faculté de médecine et des sciences de la santé	Patricia Bourgault	Université de Sherbrooke
Vice-rectrice à l’enseignement, à la recherche et à la création	Manon Champagne	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Directrice des études	Nathalie Giguère	Cégep du Vieux Montréal
Directeur des études	Philippe Bossé	Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu
Directrice des affaires éducatives	Marjorie Ménard	Fédération des centres de services scolaires du Québec
Directrice de l’École des métiers des Faubourgs-de-Montréal	Josée Péloquin	Centre de services scolaire de Montréal

<b>Représentants des autorités du MSSS</b>		
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques	Elizabeth Arpin, co-présidente Angèle St-Jacques	
Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre	Julie-Anne Rivard, co-présidente Martin Bédard Yannick Fauteux	
Direction générale des ressources humaines du réseau	Louis Bourcier	
Comité patronal de négociations – secteur santé et services sociaux	Kim Lacerte	
<b>Représentants des autorités du MES et du MEQ</b>		
Direction des programmes de formation collégiale	Ronald Bisson	Ministère de l'Enseignement supérieur
Direction de l'éducation des adultes et de la formation professionnelle	Jean-Sébastien Drapeau	Ministère de l'Éducation
Service des programmes d'études	Éric Roy	Ministère de l'Éducation

### ANNEXE 3 : LISTES DES EXPERTS ET DES PARTENAIRES CONSULTÉS

Sphère d'activité	Organisation ou établissement	Secteur	Fonction	Nom
Gestion	CISSS du Bas-St-Laurent	Comité relève du CII	Conseillère en soins	Amélie Julien
			Infirmière gestionnaire	Kathy-Alexandre Chenel
			Infirmière clinicienne	Katherine St-Pierre
		Chirurgie	Coordonnatrice des soins infirmiers	Mélanie Potvin
			Adjointe à la Direction des soins infirmiers	Deyna L'Heureux
	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CHSLD	Responsable de site	Annie Dubé
	CHU de Québec – Université Laval	Chirurgie	Directrice chirurgie et périopératoire	Marie-Frédérique Fournier
			Directrice d'ophtalmologie et des services ambulatoires spécialisés	Mélanie Dubé
		Soins critiques	Directeur par intérim	Stéphane Tremblay
		Médecine	Directrice	Audrey Gagnon
	CIUSSS de l'Estrie – CHUS		Chef de service	Dominique Forand
	CISSS de l'Outaouais	Urgence	Chef d'unité	Kim Tremblay
		Comité relève du CII	Présidente	Audrey Leblanc-Moreau
	CISSS de Laval	Soins intensifs	Chef des soins intensifs	Joanie Bolduc-Dionne
		Comité relève du CII	Présidente	Beverly-Maïta Méus
CISSS de Lanaudière	Médecine	Chef d'unité médecine	Stéphanie Laramée	
	Comité relève du CII	Présidente	Annie-Claude Charland	
Pratique clinique	CIUSSS de la Capitale-Nationale	Médecine	Infirmière clinicienne	Audrey Filion-Picard
		Comité relève du CII	Président	Guillaume Côté
	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	CHSLD	Assistante infirmière-chef	Virginie Barthe
			Infirmière	Mélanie Forget

Sphère d'activité	Organisation ou établissement	Secteur	Fonction	Nom
	CISSS de Lanaudière	Urgence	Chef d'unité des soins infirmiers	Marilou Dionne
			Infirmière	Mélanie Rondeau
	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Soins intensifs	Infirmière	Mylène Simard
			Infirmière clinicienne	Claudie Desgagné
		Comité relève du CII	Présidente	Sandrine Chauveau-Sauvé
	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	Obstétrique-pédiatrie	Infirmière	Catherine Dallaire
			Infirmière clinicienne	Johanna Principe
			Infirmière clinicienne	Jessica Lacelle
			Infirmière	Karine Therrien
	CISSS de la Montérégie-Centre	Soutien à domicile	Infirmière clinicienne spécialisée en PCI	Sonia Parade
			Conseillère cadre	Gabrielle Prud'homme
			Infirmier clinicien	Luc Drolet
			Infirmier clinicien	Gabriel Latour
			Conseillère en soins infirmiers	Karine Gagnon
			Infirmière praticienne spécialisée en première ligne	Meriem Sid Mohand
Ordre professionnel et fédérations médicales	Collège des médecins du Québec		Président	D <sup>r</sup> Mauril Gaudreault
	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec		Président	D <sup>r</sup> Louis Godin
	Fédération des médecins spécialistes du Québec		Vice-président	D <sup>r</sup> Serge Legault

Sphère d'activité	Organisation ou établissement	Secteur	Fonction	Nom	
Associations professionnelles	Association québécoise des infirmières et infirmiers		Infirmière	Nathalie Skate-Doucet	
	Association des infirmières et infirmiers du Canada		Président désigné	Sylvain Brousseau	
	Association des enseignantes et enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec		Présidente	Marlène McNicoll	
	Association des collèges privés du Québec		Directeur général	Patrick Bérubé	
	Fédération des cégeps			Président-directeur général	Bernard Tremblay
				Directrice des affaires éducatives	Isabelle Laurent
				Coordonnateur des affaires pédagogiques	Mathieu Lépine
	Fédération étudiante collégiale du Québec		Présidente	Noémie Veilleux	
Association québécoise des professeurs de santé		Présidente	Karine Grenet		
Table des responsables de l'éducation des adultes du Québec		Directrice générale	Geneviève Bourdeau		
Représentation des usagers	Regroupement provincial des comités des usagers		Président	Pierre Hamel	
Recherche en sciences infirmières et en organisation des soins	Université de Montréal		Chercheur	Carl Ardy-Dubois	
	Université de Montréal		Professeure adjointe	Johanne Déry	
	Université de Sherbrooke		Chercheur	Christian Rochefort	
	Université du Québec en Outaouais		Chercheur	Sylvain Brousseau	
	Université Laval		Professeure titulaire	Geneviève Roch	
	Université McGill		Professeure agrégée	Mélanie Lavoie Tremblay	

Sphère d'activité	Organisation ou établissement	Secteur	Fonction	Nom	
Organisation du travail	Centre hospitalier universitaire de Québec		Directrice générale adjointe	Lucie Grenier	
			Présidente-directrice générale adjointe	Danielle Goulet	
			Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	Marie-Michèle Fontaine	
	Centre hospitalier universitaire de Montréal		Conseillère cadre en soins infirmiers	Josée Breton	
			Présidente-directrice générale adjointe	Danielle Fleury	
	Ministère de la Santé et des Services sociaux		Infirmier et conseiller en attraction de la main-d'œuvre	Martin Bédard	
Groupes syndicaux	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec		Présidente	Nancy Bédard	
			Conseillère syndicale – secteur organisation du travail et pratique professionnelle	Justine Lecompte-Rousseau	
	Confédération des syndicats nationaux		Président	Jeff Begley	
			Vice-présidente du secteur public	Josée Marcotte	
			Porte-parole à la négociation du secteur public	Audrey Lefebvre-Sauvé	
	Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)	SQEES-298 (FTQ)		Avocate et vice-présidente du service aux membres	Jennifer Genest
				Avocate	Sophie Lonergan
		SCFP (FTQ)		Conseillère syndicale	Karine Cabana
				Vice-président Montréal pour le bureau des affaires sociales	Gyslain Gaudet
	Centrale des syndicats du Québec		Présidente	Claire Montour	

## **ANNEXE 4 : MODÈLE INTÉGRATEUR POUR L'ORGANISATION DES ATELIERS ET L'ANALYSE DES DONNÉES**

### CONTEXTE, MANDAT ET PRINCIPES DIRECTEURS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place le Groupe de travail national sur les effectifs infirmiers, dont le mandat principal est de définir les orientations essentielles devant guider les actions structurantes qui viseront à réduire, voire à résorber, la pénurie d'effectifs infirmiers au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec. En plus de déterminer les causes de la situation actuelle et les enjeux au regard des effectifs infirmiers, le groupe de travail doit proposer des solutions concrètes et innovantes, adaptées aux conditions qui prévalent dans les établissements du RSSS.

À partir de ces orientations, le groupe de travail formulera des orientations qui serviront à élaborer le plan d'action 2022-2024 sur l'utilisation optimale de la main-d'œuvre infirmière dans le RSSS. Le plan d'action devra contenir des résultats mesurables, à court, à moyen et à long termes, en ce qui concerne la disponibilité et la stabilisation des effectifs infirmiers dans ce réseau.

Les travaux relatifs à ce mandat se sont déroulés du mois de janvier au mois de juin 2021. Des travaux ultérieurs mèneront à la mise en place des divers chantiers de travail par le MSSS en vue d'atteindre les cibles qui seront fixées dans le plan d'action 2022-2024.

Il est fondamental que chaque Québécoise et Québécois dont l'état le requiert puisse avoir accès à des soins infirmiers de qualité et sécuritaires, efficaces et pertinents, donnés au bon endroit, au bon moment et par la personne la plus qualifiée pour le faire.

Les principes directeurs de ces travaux sont tirés de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2), de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (RLRQ, c. I-8) ainsi que des règlements qui en découlent.

1. Les soins infirmiers donnés dans tous les établissements sont accessibles, sécuritaires et de qualité ;
2. Les directeurs des soins infirmiers, en collaboration avec les directeurs des ressources humaines et autres directions cliniques, doivent s'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers dans chacune des installations des établissements publics et privés conventionnés du réseau ;
3. Chaque membre de l'équipe de soins infirmiers doit être dûment formé et compétent ; il doit exercer son rôle ainsi que ses responsabilités à l'intérieur du champ d'exercice qui lui est édicté par son ordre professionnel, les lois ainsi que les règlements qui en découlent ;

4. Les solutions sont équilibrées et proportionnées, en adéquation avec les compétences requises et la main-d'œuvre associée, et ce, en fonction des besoins populationnels ;
5. Les solutions s'appuient sur les meilleures pratiques reconnues en ce qui a trait à l'organisation des soins, des services et du travail, en cohérence avec les données probantes de la pratique infirmière, et sont applicables à l'intérieur des cadres réglementaires et des conventions collectives en vigueur ;
6. Les actions des soins et des services infirmiers visent à produire de la valeur pour l'utilisateur et ses proches en réponse à ses besoins de santé et de bien-être.

#### LE MODÈLE INTÉGRATEUR PROPOSÉ POUR SOUTENIR L'ORGANISATION, L'ANALYSE ET LA CONCLUSION DES TRAVAUX

Pour le soutenir dans ses travaux d'analyse de la situation au regard du personnel infirmier dans le réseau de la santé et des services sociaux, un « modèle intégrateur » à partir de trois concepts existants. Une description et le schéma de chacun de ces modèles, suivis du schéma du modèle intégrateur, sont présentés ici.

#### ***Modèle A : le cadre d'analyse de la performance des services de santé***

Le cadre d'analyse de la performance des services de santé est adapté des travaux menés en 2013 par Dubois et autres<sup>II</sup> et, en 2016, par Dubois et D'Amour<sup>III</sup>.

Selon les auteurs, la construction d'un modèle-cadre de gestion des soins infirmiers est basée sur les trois piliers suivants : la conceptualisation de la performance, la définition des indicateurs et la spécification des mesures. Un consensus se dégage des écrits en ce qui concerne la nécessité de définir la conceptualisation de la performance, bien que la notion de performance puisse toucher différents aspects, comme la qualité, la sécurité ou l'efficacité. La synthèse interprétative est l'approche retenue par le groupe de travail pour construire le modèle intégrateur pouvant le soutenir dans sa tâche. L'élaboration d'un cadre conceptuel de la performance des soins infirmiers basé sur les meilleures connaissances constitue un exercice davantage interprétatif qui, devant les limites des revues systématiques conventionnelles, devient un processus dynamique, itératif et réflexif. Un examen détaillé des études a permis de recenser les différentes composantes d'un tel cadre, qui s'appuient sur les fondements suivants : une logique de structure, de processus et de résultat (Donabedian, 1972), la façon dont chaque composante contribue à des fonctions clés

---

II. Carl-Ardy DUBOIS et autres, « Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review », *BMC Nursing*, vol. 12, n° 7, 7 mars 2013, 20 p. doi : 10.1186/1472-6955-12-7.

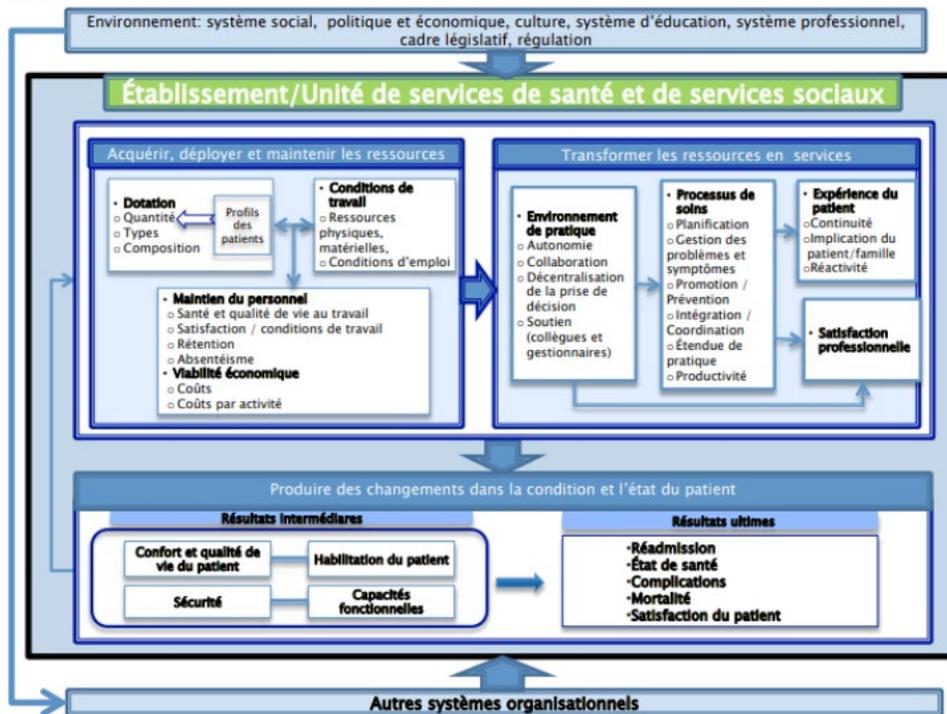
III. Carl-Ardy DUBOIS et Danielle D'AMOUR, *Développement d'indicateurs de la qualité sensibles aux soins infirmiers : méthodes et perspectives*, [Vidéoconférence], Montréal, Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec et Université de Montréal, 8 février 2016, 75 min 20 s. [[youtube.com/watch?v=4EOTKPJiXQ0](https://www.youtube.com/watch?v=4EOTKPJiXQ0)].

(Parsons, 1960) ainsi que les liens entre les fonctions (théorie des systèmes). Le modèle-cadre de gestion de la performance des soins infirmiers se définit par 3 fonctions, 14 dimensions et 58 indicateurs potentiellement sensibles aux soins infirmiers. D'autres travaux ont permis, en 2016, de concevoir des indicateurs de la qualité sensibles aux soins infirmiers.

Selon l'étude de Dubois et autres publiée en 2013, la performance d'un système de soins infirmiers peut être évaluée selon l'une ou l'autre des trois fonctions qui reflètent les différents aspects des soins infirmiers dans un cadre de gestion, soit : 1) acquérir, développer et maintenir les ressources en soins infirmiers ; 2) transformer ces ressources en services infirmiers ; 3) produire des changements dans la condition et l'état du patient. Chacune des dimensions du modèle a une influence sur les fonctions, qui se traduisent par des indicateurs. Ce cadre générique couvre l'ensemble des aspects clés des soins infirmier et s'applique à divers contextes de soins. Il permet de faire les liens entre les fonctions et les dimensions afin de déterminer l'efficacité et l'efficience des soins.

C'est dans le respect de la généralisabilité du modèle, sur le plan des fonctions et des dimensions, que furent adaptés certains concepts pour pouvoir intégrer ce modèle clinique à un modèle de gestion de la main-d'œuvre et, plus précisément, des effectifs en soins infirmiers, à partir duquel seront définis des indicateurs de suivi.

Figure 2 : Cadre d'analyse de la performance dans les services de santé (adapté de Dubois et al, 2013)

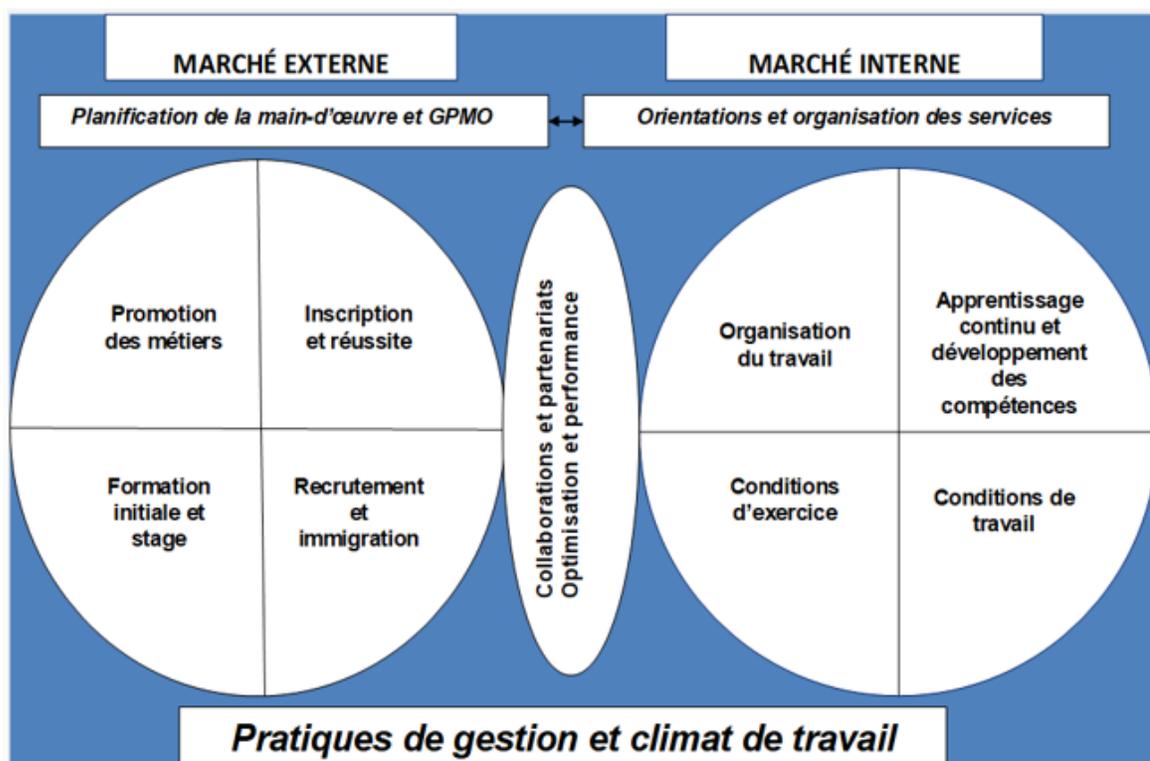


**Modèle B : le modèle de gestion stratégique de la main-d'œuvre**

En cohérence avec le mandat du groupe de travail, qui est de déterminer les enjeux se posant au personnel infirmier et de proposer des solutions concrètes, adaptées aux conditions qui prévalent dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'utilisation sous-jacente d'un modèle de gestion stratégique de la main-d'œuvre s'avère essentielle. Le modèle présenté ici<sup>IV</sup> intègre les dimensions de la planification de la main-d'œuvre liées à l'organisation des services, tant au regard du marché interne qu'au regard du marché externe, auxquelles s'ajoutent les pratiques de gestion et le climat de travail. Il est appuyé par un solide processus de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre ainsi que par des approches de collaboration et de partenariats, dans une optique d'optimisation à la fois de l'utilisation des ressources humaines et de la performance.

IV. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Modèle de gestion stratégique de la main-d'œuvre*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

## MODÈLE DE GESTION STRATÉGIQUE DE LA MAIN D'OEUVRE



**Abréviation** : GPMO : gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre.

Ce modèle met en exergue les dimensions systémiques aux fins de la gestion stratégique de la main-d'œuvre. Ainsi, afin d'agir sur l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre, il faut prendre en compte les éléments qui suivent, tant pour l'analyse des causes et des enjeux que pour la définition des actions à proposer en matière de gestion de la main-d'œuvre.

### 1. Attraction (bassin de main-d'œuvre externe au réseau) :

- la promotion des professions, afin de les faire bien connaître et de susciter l'intérêt des étudiants à leur égard ;
- l'inscription au programme d'études et la réussite, afin de s'assurer d'avoir un bassin de diplômés suffisant pour répondre aux besoins du réseau ;
- la formation initiale et les stages permettant d'acquérir l'ensemble des compétences nécessaires à l'exercice de la profession ;
- le processus de recrutement, de sélection et d'embauche, qui doit viser non seulement le Québec mais aussi l'étranger.

2. Rétention (personnel déjà à l'emploi du réseau de la santé et des services sociaux) :
- l'organisation du travail, qui doit viser l'optimisation des ressources disponibles, des processus de travail et de l'environnement psychosocial du travail ;
  - l'apprentissage continu et le développement des compétences, pour soutenir le développement de l'expertise et le cheminement de carrière ;
  - les conditions d'exercice liées aux pratiques professionnelles ;
  - les conditions de travail liées à un environnement sécuritaire et à une expérience positive.

Les éléments du modèle de gestion stratégique de la main-d'œuvre s'intègrent harmonieusement au modèle de Dubois en enrichissant les éléments qu'il contient, sur les plans de l'acquisition, du déploiement et du maintien des ressources humaines. L'optimisation des ressources humaines en amont aura une incidence sur la mise en œuvre des processus de soins et de services ainsi que sur les résultats pour l'utilisateur.

### **Modèle C : le diagramme d'Ishikawa**

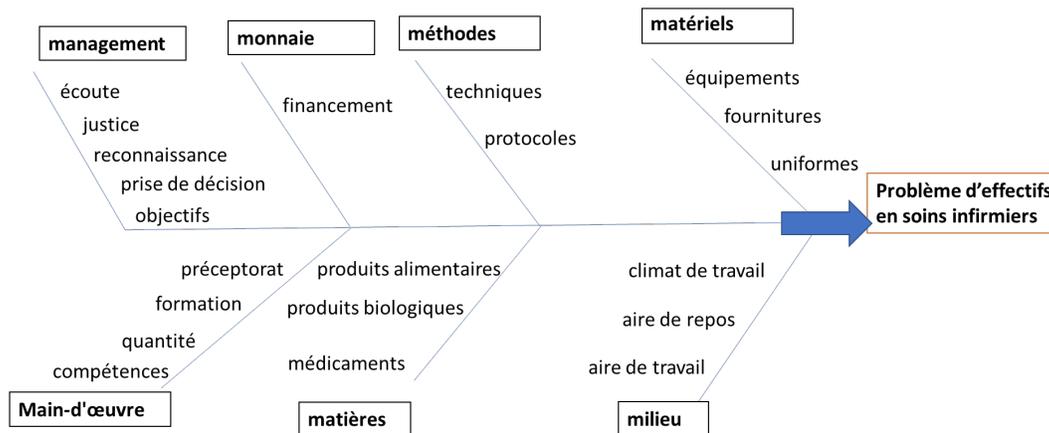
Le diagramme d'Ishikawa<sup>V</sup> est utile dans la recherche de leviers sur lesquels s'appuyer pour atteindre un objectif. La méthode qu'il illustre permet de décrire l'effet de manière factuelle, sans opinion ni jugement. Elle permet également de dresser un inventaire des causes possibles d'une situation, de classer ces causes par familles et d'évaluer quelles « branches » ou « racines » offrent les meilleures solutions quant au problème à résoudre. Les réponses apportées aux cinq pourquoi permet de déterminer la cause racine.

La démarche d'Ishikawa a permis entre autres, de structurer ses ateliers ; de plus, il s'en est servi pour construire et valider son modèle intégrateur.

---

V. MANAGER GO !, *Savoir utiliser le diagramme d'Ishikawa*, [En ligne]. [[manager-go.com/gestion-de-projet/dossiers-methodes/ishikawa-5m](http://manager-go.com/gestion-de-projet/dossiers-methodes/ishikawa-5m)].

Diagramme de causes à effets ISHIKAWA



Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) appelle les gouvernements à investir de toute urgence dans le personnel infirmier. Dans un rapport<sup>VI</sup> qu'elle a préparé en 2020, en collaboration avec le Conseil international des infirmières et Nursing Now, l'OMS propose des mesures en vue de garantir que les effectifs infirmiers soient suffisants dans chaque pays et que ces professionnels mettent pleinement à profit leur éducation, leur formation et leurs compétences professionnelles, de façon à améliorer les prestations de services de soins de santé primaires et de faire face à des urgences sanitaires telles que la COVID-19. Entre autres, l'OMS recommande que tous les pays :

- ✓ accroissent le financement en vue de former et de recruter un plus grand nombre d'infirmiers et d'infirmières ;
- ✓ offrent au personnel infirmier une formation initiale et continue dans les domaines scientifiques, technologiques et sociologiques, afin d'en faire un moteur de progrès dans les soins de santé primaires ;
- ✓ créent des postes de responsables, notamment un poste de directeur général des soins infirmiers au niveau de l'administration centrale, et soutiennent le renforcement des compétences de direction parmi les jeunes infirmiers et infirmières ;
- ✓ fassent en sorte que le personnel infirmier des équipes de soins de santé primaires utilise l'éventail complet de ses compétences, notamment pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles ;
- ✓ améliorent les conditions de travail, notamment en assurant des effectifs de personnels suffisants, une rémunération juste, et en respectant le droit à la santé et à la sécurité au travail ;

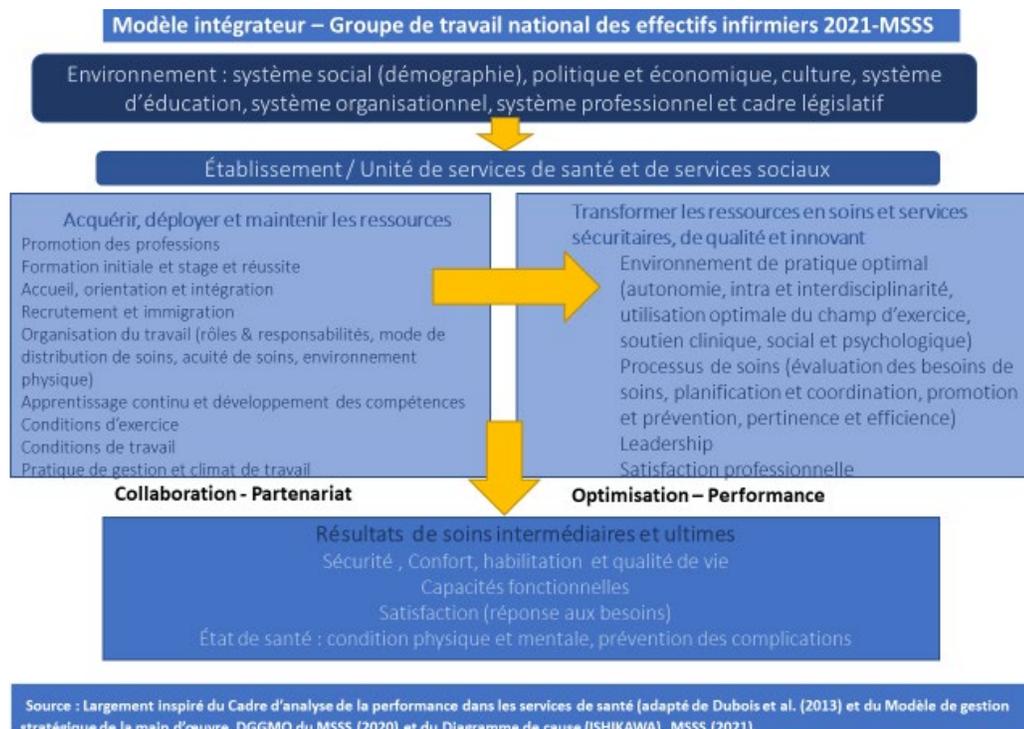
VI. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *La situation du personnel infirmier dans le monde : investir dans la formation, l'emploi et le leadership*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2020, [xxiii], 116 p. Également disponible en ligne : [<https://www.who.int/fr/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>].

- ✓ renforcent le rôle du personnel infirmier au sein des équipes de soins en faisant collaborer différents secteurs (santé, éducation, immigration, finance et travail) avec les parties prenantes du secteur infirmier en vue de l'établissement d'un dialogue stratégique et de la planification des effectifs.

Le message porté par ce rapport est clair : les gouvernements doivent investir de façon à accélérer massivement la formation, la création d'emplois et les capacités de direction de la profession infirmière.

### **Modèle intégrateur**

À partir des trois modèles qui précèdent, un modèle intégrateur a été retenu :



### DÉFINITIONS DE CERTAINS TERMES

**Environnement :** Les éléments qui composent l'environnement viennent influencer le modèle. Par exemple, certains phénomènes historiques, culturels ou sociaux ont influencé le développement de la profession infirmière, sont encore présents aujourd'hui et ont un lien avec les causes (Dubois et autres, 2013). Un seul élément fut ajouté au modèle initial : le système organisationnel, qui détermine l'organisation des soins et des services ainsi que les modèles de distribution des soins infirmiers.

**Acquérir, déployer et maintenir les ressources :** Selon Dubois et autres (2013), cette fonction permet d'évaluer la performance d'un système de soins infirmiers et reflète différents aspects

des soins infirmiers dans un cadre de gestion. Les domaines ou éléments qui composent cette fonction ont été enrichis par certaines notions complémentaires tirées du *Modèle de gestion stratégique de la main-d'œuvre* du MSSS, et ce, pour une meilleure intégration.

Promotion des professions : La promotion des professions d'infirmière et d'infirmière auxiliaire doit se faire auprès de tous les partenaires et de toutes les personnes qu'elles peuvent intéresser (étudiants, intervenants en éducation, autres professionnels de la santé, jeunes, population, etc.).

Formation initiale, stage et réussite : Ces concepts ont un lien avec le continuum des savoirs, qui commence dans les milieux d'enseignement et se poursuit dans les milieux de soins pour la meilleure adéquation entre formation et emploi afin de répondre aux besoins en ce qui concerne les soins et s'assurer de la présence de professionnels compétents.

Accueil et intégration : Processus relié à l'embauche et à l'intégration dans le milieu de soins. Les contenus de ces programmes incluent le soutien clinique sous toutes ses formes (jumelage, préceptorat, appui des pairs et du gestionnaire de proximité, modèle de rôle, organisation apprenante, etc.).

Recrutement et immigration : Le recrutement de diplômés hors Québec fait partie des options pour combler les besoins au regard des effectifs. Le Recrutement Santé Québec est l'organisme officiel pour une telle démarche. La collaboration entre tous les partenaires (ex. : ordres professionnels, milieux académiques, établissements du RSSS, etc.) est la condition essentielle d'une intégration réussie. Le recrutement se fait également sur les plans local et régional.

Organisation du travail (rôles et responsabilités, mode de distribution de soins, acuité de soins et environnement physique) : Fait référence à l'optimisation des ressources humaines, des processus de travail et de l'environnement psychosocial du travail.

Apprentissage continu et développement des compétences : Fait référence à l'acquisition des connaissances et des compétences requises pour occuper un emploi et exercer la profession.

Conditions d'exercice : Fait référence à la pratique professionnelle.

Conditions de travail : Fait référence aux éléments prévus dans les conventions collectives.

Pratique de gestion : Fait référence aux éléments de gestion clinique et administrative.

Climat de travail : Fait référence à l'ensemble des phénomènes qui caractérisent les relations humaines dans l'environnement de travail.

Transformer les ressources en soins et services infirmiers : Au modèle de Dubois et autres (2013), l'ajout des concepts de sécurité et de qualité est venu qualifier la résultante de la transformation des ressources en soins et services infirmiers.

Environnement de pratique optimal : Comprend l'autonomie, l'intra et l'interdisciplinarité, l'utilisation optimale du champ d'exercice ainsi que le soutien clinique, social et psychologique.

Processus de soins : Comprend l'évaluation des besoins au regard des soins, la planification et la coordination, la promotion et la prévention ainsi que la pertinence et l'efficacité.

Leadership : Le leadership de la profession infirmière porte sur la réflexion critique, l'intervention et la représentation. Il se manifeste dans tous les rôles et les domaines de la pratique des soins infirmiers. Le réseau a besoin de chefs de file en soins infirmiers qui sont visionnaires et énergiques dans les domaines de la discipline, qui sont crédibles, visibles, qui sont une source d'inspiration et qui ont l'autorité et les ressources nécessaires pour appuyer une pratique moderne, innovatrice et professionnelle des soins infirmiers. Le leadership en soins infirmiers est un déterminant essentiel d'un milieu de travail professionnel dynamique dans tout le système de santé, partout où les infirmières pratiquent<sup>VII</sup>.

Satisfaction professionnelle :

Résultats de soins intermédiaires et ultimes : Dubois et autres (2013).

La finalité du modèle concerne les résultats de soins. Cela inclut les indicateurs sensibles aux soins infirmiers et d'autres indicateurs portant sur les résultats relatifs aux soins ou aux processus.

Sécurité, confort, habilitation et qualité de vie, capacités fonctionnelles, satisfaction (réponse aux besoins), état de santé (condition physique et mentale, prévention des complications, prévention et promotion de la santé et des saines habitudes de vie).

---

VII. ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, *Le leadership de la profession infirmière*, Énoncé de position, Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2009, 10 p. Également disponible en ligne : [cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/le-leadership-de-la-profession-infirmiere\\_enonce-de-position.pdf](http://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/le-leadership-de-la-profession-infirmiere_enonce-de-position.pdf).

## BIBLIOGRAPHIE

BROUSSEAU, Sylvain (2019). *Standards de pratique et compétences : guide à l'intention des infirmières œuvrant en gestion des soins infirmiers au Québec*, Montréal, Les Éditions JFD, 82 p.

DUBOIS, Carl-Ardy, et autres (2013). « Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretative review », *BMC Nursing*, vol. 12, n° 7, 7 mars, 20 p. doi : 10.1186/1472-6955-12-7.

DUBOIS, Carl-Ardy, et Danielle D'Amour (2016). *Développement d'indicateurs de la qualité sensibles aux soins infirmiers : méthodes et perspectives*, [Vidéoconférence], Montréal, Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec et Université de Montréal, 8 février, 75 min 20 s. [youtube.com/watch?v=4EOTKPjIXQ0].

MANAGER GO ! (2021). *Savoir utiliser le diagramme d'Ishikawa*, [En ligne]. [manager-go.com/gestion-de-projet/dossiers-methodes/ishikawa-5m].

QUÉBEC. MSSS – MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Portrait de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux.

QUÉBEC. MSSS – MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Modèle de gestion stratégique de la main-d'œuvre*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux.

QUÉBEC. MES – MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR (2021). *Diplômés en soins infirmiers*, Québec, Ministère de l'Enseignement supérieur.

OMS – ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2020). *L'OMS et ses partenaires appellent à investir de toute urgence dans le personnel infirmier*, [En ligne], Communiqué de presse, Genève, Organisation mondiale de la santé, 7 avril. [https://www.who.int/fr/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses].

OMS – ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde : investir dans la formation, l'emploi et le leadership*, Genève, Organisation mondiale de la santé, [xxiii], 116 p. Également disponible en ligne : [www.who.int/fr/publications-detail/9789240003279](http://www.who.int/fr/publications-detail/9789240003279).

ROY, Odette (2021). *Profession infirmière : une vision pour un avenir en santé*, [En ligne], Mémoire déposé aux états généraux de la profession infirmière, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 19 p. Également disponible en ligne : <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/19.pdf/734e5d65-be4a-7787-8274-5f9f789f33ae>.

