



*L'ASSOCIATION DES ENSEIGNANTES ET ENSEIGNANTS
EN SOINS INFIRMIERS DES COLLÈGES DU QUÉBEC*

**L'INCONTOURNABLE CONTRIBUTION DE LA
FORMATION INFIRMIÈRE COLLÉGIALE**

DANS LA

PLANIFICATION DES EFFECTIFS INFIRMIERS

RÉTROACTION DE L'AEEICQ

**(ASSOCIATION DES ENSEIGNANTES ET DES ENSEIGNANTS EN SOINS
INFIRMIERS DES COLLÈGES DU QUÉBEC)**

AU MÉMOIRE DE L'OIIIQ :

***UNE NOUVELLE APPROCHE DE PLANIFICATION
DES EFFECTIFS INFIRMIERS :
DES CHOIX À FAIRE DE TOUTE URGENCE***

Colligé par Denyse T. April
Conseillère région # 4
Pour le Conseil d'administration de l'AEESICQ
(Association des enseignantes et enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec)
236 Burland
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec)
J3B 7L7

Février 2008

L'usage du féminin dans le texte a pour seul but d'alléger le texte.

Introduction

Réunis le 7 décembre 2007 en assemblée générale spéciale, à la suite d'une journée pédagogique, les membres de l'Association des enseignantes et des enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec (AEESICQ), ont mandaté leur conseil d'administration afin qu'il élabore une rétroaction au mémoire de l'OIIQ : *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!*

D'emblée, les membres ont indiqué leur approbation des recommandations 1, 3 à 9 inclusivement, et 17 à 31 inclusivement, car elles traitent des problématiques liées au milieu de travail des infirmières.

L'Association endosse les recommandations associées à la rétention, à la Loi 90, à la formation en cours d'emploi, selon les intérêts des infirmières, à la relève en salle d'opération, à celles qui traitent de la prévention des infections, de la reconnaissance de l'expérience et des acquis. Les membres appuient les recommandations qui visent l'amélioration des conditions de travail et la rémunération des infirmières.

Toutefois, les membres ont indiqué leur désaccord envers les recommandations 2, et 10 à 16 inclusivement.

Le présent document traitera des huit (8) recommandations rejetées **par les membres de l'AEESICQ, infirmières et enseignantes en soins infirmiers**, en offrant un sommaire des commentaires émis à leurs sujets lors des rencontres du 7 décembre dernier (journée pédagogique et AG spéciale).

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

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

Proposition

2. Passer des stratégies d'augmentation de l'offre d'infirmière à celles de gestion de la demande par niveau de formation (DEC, BAC, maîtrise) en lien avec les rôles attendus.

Rétroaction

Nous n'endossons pas cette proposition.

La pénurie n'est pas qu'un concept; c'est le manque de ressources auquel doivent faire face les infirmières de tous les niveaux de formation. De fait, nous croyons que la pénurie de personnel infirmier est directement liée à leurs misérables conditions de travail. À une époque où s'offrent aux élèves qui composent la relève de multiples choix de carrières aux conditions de travail et bénéfiques très intéressants, il faut constater que la profession infirmière ne comble pas leurs attentes professionnelles.

Malheureusement, celles qui pourraient être intéressées par une carrière en soins infirmiers sont confrontées au quotidien difficile des infirmières.

Force est de constater que les milieux cliniques actuels ne génèrent pas de satisfaction au travail; dans la plupart de ceux-ci, le stress et l'épuisement professionnel sont le lot d'infirmières désabusées, les bachelières comme les techniciennes. La surcharge de travail ne fait pas de discrimination !

Nous croyons que la suggestion d'embaucher le personnel infirmier selon leur formation équivaldrait à leur « ghettoïsation » car le champ de pratique attribué limiterait leur pratique professionnelle. Cette pratique d'embauche n'apportera guère plus de temps pour assurer la qualité des soins, ne diminuera pas le temps supplémentaire obligatoire associé aux conditions de fatigue et au désespoir des infirmières quant à l'amélioration de leurs conditions de travail. De plus, accroître la demande par niveau de formation (DEC, BAC, maîtrise) en lien avec les rôles attendus ne donnera pas davantage de chambres privées pour mieux assurer le contrôle des infections, d'unités de soins intermédiaires à la clientèle qui le nécessite, de moniteurs pour des soins spéciaux, et cela ne consolera pas celles qui doivent travailler avec un personnel réduit.

Le constat est le suivant : les infirmières sont formées au collégial pour effectuer l'analyse de l'épisode de soins à un niveau de débutante avancée. Toutefois, elles sont pointées du doigt lorsqu'elles n'arrivent pas à le faire. À force de toujours être dans l'action pour la sécurité première du client (sécurité, contrôle des infections, gestion du confort, renforcement de l'autonomie. etc.), les infirmières perdent, malgré elles, leur vision du soin holistique. Nous croyons que le peu de temps accordé pour l'analyse de l'épisode de soins - parce que les unités sont continuellement privées de ressources - est une des situations négatives vécues par beaucoup d'infirmières.

Conséquemment à ce manque de ressources, tout le personnel effectue des tâches qui ne font pas partie de leur domaine de pratique; par exemple, dans certains centres, la préposée lave des murs au lieu de donner des soins de base, l'auxiliaire remplit des tâches de préposées et l'infirmière effectue les actions essentielles, jugées prioritaires pour que le client reçoive la meilleure qualité des soins dans ces circonstances navrantes.

Nous ne pensons pas que la solution au problème de pénurie se situe au sein d'une gestion de la demande de personnel telle que le suggère la proposition. La logique de remplacer le nombre insuffisant d'intervenantes par un plus grand nombre de gestionnaires de soins ne créera pas la suffisance ni la rapidité avec laquelle les infirmières doivent répondre aux besoins pressants de la clientèle. La formation au collégial répond toujours adéquatement aux exigences des établissements du réseau public.

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

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

Proposition

10. Adopter une structure d'emploi qui respectera le partage des compétences entre les niveaux d'enseignement et assurer son implantation dans le réseau public de la santé.

Rétroaction

Soulignons ici que durant plusieurs décennies, la formation collégiale a cultivé la fierté d'être infirmière et continue de le faire.

Rappelons que le Programme Soins infirmiers 180.A0 a débuté officiellement à l'automne 2001. De fait, le ministère de l'Éducation (aujourd'hui le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport) le décrit de la manière suivante :

« Le programme collégial Soins infirmiers constitue une formation initiale. Un certain nombre d'activités professionnelles de l'infirmière et de l'infirmier, par exemple l'intervention en soins critiques, l'enseignement des soins infirmiers, la gestion, la recherche, pour ne nommer que celles-là, font appel à des connaissances et à des habiletés cliniques plus poussées qui relèvent d'une formation universitaire. La personne détentrice du diplôme d'études collégiales qui aspire à ces autres rôles pourra poursuivre sa formation à l'ordre d'enseignement universitaire. ¹ »

Déjà, en juin 2000, lors de l'approbation officielle du programme 180.A0, le sous-ministre de l'Éducation mandatait un *Comité directeur sur la formation infirmière intégrée* pour établir un cadre d'intégration des programmes d'études collégiales et universitaires pour la formation infirmière. Pour aider le comité directeur, un *Comité des spécialistes* lui fut assigné. Conséquemment, la portion universitaire du curriculum intégré DEC-BAC, fut conçue en décembre 2000, en réponse aux recommandations soumises au *Comité directeur* par le *Comité des spécialistes*.

Ainsi, le programme universitaire révisé pour la cause, s'est arrimé au programme collégial afin de créer un continuum de formation. La portion universitaire a donc débuté à l'automne 2004 avec les élèves diplômées de la première cohorte du programme Soins infirmiers 180.A0. Comme certains collèges avaient choisi de débiter le nouveau programme en 2000, les élèves de cette cohorte, ont également été considérées comme étant admissibles au nouveau programme universitaire.

Le rapport du *Comité directeur sur la formation infirmière intégrée* explique le nouveau curriculum intégré (programme collégial arrimé au programme universitaire) de la façon suivante :

« La personne détentrice d'un DEC en soins infirmiers sera donc préparée à des activités cliniques de type de soins généraux dans des unités de médecine-chirurgie, de réadaptation, de périnatalité et de psychiatrie, auprès d'une clientèle de tout âge et hospitalisée, à des activités cliniques de type longue durée auprès d'une clientèle hébergée, à des activités cliniques de soins ambulatoires dans des unités de chirurgie d'un jour et de centre de jour.

La personne détentrice d'un baccalauréat en sciences infirmières sera préparée à des activités cliniques et clinico-administratives auprès des clientèles hospitalisées, hébergée, ambulatoire, à domicile, et en milieu communautaire. Dès lors elle sera en mesure d'exercer en milieu spécialisé. ² »

Pour préparer les étudiantes et étudiants en soins infirmiers aux secteurs de soins mentionnés ci-dessus, le programme collégial a inséré, au sein de sa formation spécifique, les compétences suivantes :

- *Intervenir à auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité.*
- *Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers.*
- *Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et en chirurgie dans des services ambulatoires.*

- *Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale.*
- *Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement.*³

À la lueur des énoncés décrivant le partage des compétences entre les deux niveaux de formation, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'adopter une nouvelle structure d'emploi afin de respecter le partage des compétences entre les niveaux d'enseignement. En effet, le programme collégial respecte son mandat en offrant une formation initiale et en utilisant les milieux de stage nécessaires à l'acquisition des compétences prescrites dans le programme. Les diplômées du programme collégial sont formées pour exercer dans les milieux de soins décrits dans le rapport du comité directeur.

En tant qu'infirmières et enseignantes en soins infirmiers, notre préoccupation en est une de formation. Il est tout à fait naturel que nous soyons fières de la capacité de nos diplômées à prendre leur place au sein du réseau de la santé, un réseau qu'elles soutiennent malheureusement à bout de bras tout en palliant aux besoins grandissants de la population.

La formation collégiale contribue à former des généralistes : c'est le support des milieux qui génère la spécialisation, que ce soit pour les infirmières issues du collégial ou de l'université. Nous croyons que les bachelières d'aujourd'hui (issues du programme DEC-BAC) oeuvrant dans les services de soins courants répondent aux exigences de l'OIIQ parce qu'elles ont été préparées au DEC par plusieurs heures de stages dans différents domaines de soins, sur lesquelles repose toute la force du programme collégial, comparativement au baccalauréat initial dont les stages sont axés sur les soins communautaires, domaine de soins où ces bachelières excellent. Cela dit, nous déplorons le fait qu'on les rende responsables de la pénurie de bachelières. Il faut plutôt se questionner sur la source de ladite pénurie dans les unités de soins critiques.

Est-ce que la problématique vient du fait que les bachelières issues du baccalauréat initial ne recherchent pas de postes au sein des unités de soins critiques parce qu'elles ne se sentent pas prêtes à occuper ces fonctions, ayant vécu très peu de stages en soins courants pendant leur formation ? Ou est-ce le fait que les nouvelles bachelières issues du DEC-BAC ne sollicitent pas des positions en soins critiques parce qu'elles ont déjà un emploi ailleurs, obtenu à la sortie du collégial ?

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'adopter une structure d'emploi telle que mentionnée dans la proposition, mais plutôt qu'il faille créer des structures de travail pour encadrer les débutantes qui arrivent en milieu de travail afin de reconnaître et bonifier leurs compétences. De fait, selon une étude quantitative effectuée par Mélanie Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs,⁴ les nouvelles infirmières croient que le programme d'orientation (25,3% des répondantes) est le principal élément favorisant une acquisition rapide des compétences. Selon 17% des répondantes, le travail d'équipe, la compétence, l'expérience et le soutien des infirmières sont cités comme le deuxième élément favorisant l'acquisition des compétences. Les autres facteurs seraient les qualités personnelles de la nouvelle infirmière telles que sa curiosité, son ouverture d'esprit et sa confiance en soi (15,3%), la mise en pratique de la théorie et de l'immersion rapide dans les unités (15%) et le jumelage avec une infirmière d'expérience (12%).

Il faut réaliser qu'une nouvelle infirmière diplômée, issue du collégial ou du baccalauréat, a besoin d'orientation : ce sont des débutantes munies de connaissances mais sans expérience. Malheureusement, les milieux cliniques exigent qu'elles soient expertes immédiatement. Nous sommes convaincues qu'un meilleur programme d'accueil et d'orientation (domaines appartenant aux milieux cliniques) favoriserait la rétention dans la profession.

Les membres sont en accord avec les propos de Mme Mélanie Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs ⁴, qui écrit

« qu'en contexte de pénurie d'infirmières au Québec, il importe de mettre en place des stratégies de recrutement et de maintien en poste pour répondre aux besoins en soins de santé comme l'organisation d'activités de transfert de connaissances entre les nouvelles infirmières et leurs collègues expérimentées... Une organisation doit offrir un éventail d'activités dites explicites (comme la formation ou la documentation) et plus particulièrement tacites (comme le jumelage, les échanges informels et le soutien). Les résultats de l'étude mettent aussi en relief l'importance du rôle des préceptrices, des superviseuses et des mentores ainsi que l'importance du soutien de l'organisation dans la formation des personnes clés spécialisées en andragogie et en méthodes d'évaluation et rétroaction dans l'accueil des infirmières en début d'emploi. L'apprentissage et le soutien continus s'avèrent aussi des stratégies gagnantes pour autant que les activités d'apprentissage continu soient planifiées, dûment annoncées et offertes aux nouvelles infirmières, peu importe leur situation d'emploi. Il faut aussi établir des conditions qui facilitent la participation, telles que la formation durant les heures de travail et la rémunération. »

Nous pensons qu'il faut miser sur l'instauration de nouvelles mesures de transfert des connaissances au sein des milieux au lieu d'adopter une structure d'emploi qui essaiera de faire le partage des compétences entre les niveaux d'enseignement. Selon elles, il faut agir sans plus tarder pour accroître la rétention des nouvelles diplômées au sein de la profession car lorsque celles-ci constatent la dynamique du milieu, elles vivent un tel désenchantement qu'elles s'enfuient en courant...

Proposition

11. Créer un permis d'infirmière clinicienne aux termes du DEC-BAC ou du baccalauréat en formation initiale.

Rétroaction

En premier lieu, nous déplorons que dans le mémoire, l'Ordre utilise l'expression « *pour la sécurité des patients* » pour introduire les permis différenciés. Cette utilisation s'avère injustifiée et péjorative.

Octroyer le titre de clinicienne aux bachelières ne pose pas de problème si son utilisation (du mot clinicienne) l'est comme synonyme au mot bachelière. En fin de compte, cette utilisation en serait une pour fin de classification salariale seulement. Toutefois, nous dénonçons l'utilisation du mot « clinicienne » pour décrire une fonction de travail telle que définie dans la convention collective 2006-2010 des infirmières membres de la FIQ.

L'actuelle description du poste d'infirmière clinicienne, telle que définie dans cette convention collective (voir encadré ci-dessous), implique un niveau de connaissances élevé et d'expérience clinique avancée. Selon nous, le poste de clinicienne requiert connaissances et expérience, et s'obtient habituellement après plusieurs années de pratique infirmière. Il devient utopique de penser qu'une nouvelle diplômée, à la sortie de l'université peut remplir les fonctions associées à ce titre d'emploi. Nous sommes donc opposées à cette banalisation du titre.

DÉCRET TENANT LIEU DE CONVENTION COLLECTIVE, FIQ, 2006-2010 ⁵

Titres d'emploi, libellés, échelles et suppléments

Infirmière Clinicienne

« Personne qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des soins bio-psycho-sociaux d'usagers ou de groupes de personnes qui lui sont confiés.

Elle évalue l'état de santé, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers des usagers présentant des problèmes de santé complexes et/ou des dimensions bio-psycho-sociales variées.

Elle prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir, et de prévenir la maladie.

Elle conçoit, applique et évalue les programmes de soins requérant des connaissances avancées, visant des problèmes de santé complexes et/ou comportant des dimensions bio-psycho-sociales variées.

Cette personne participe au développement ou adapte des outils cliniques ou d'évaluation de la qualité des soins, elle coordonne le travail d'équipe et exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire.

Elle identifie, pour les usagers, les besoins et interventions nécessitant une coordination de services dans l'établissement et entre différents établissements ou organismes du milieu. Elle assure le cas échéant la coordination de ces services.

Elle assure l'orientation du nouveau personnel et participe à la formation des stagiaires. Elle supervise l'enseignement fait aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes dans les programmes spécifiques et collabore à la recherche. »

Nous nous élevons contre la création d'un permis différencié (clinicienne pour toutes les bachelières) qui sera un permis restrictif. Les nouvelles orientations préconisées par l'Ordre contribueront à ériger des obstacles à la collaboration intra et interdisciplinaire tant privilégiée par notre profession et par l'OIIQ elle-même. En fin de compte, à quoi servirait d'avoir des permis différenciés ? Travailler en silo est contraire au travail en équipe. L'infirmière doit démontrer de la polyvalence : les permis spécifiques ne sont pas une solution. En dissociant technicienne et bachelière (ou clinicienne), on ne peut penser résoudre la pénurie. L'octroi de permis différenciés va à l'encontre de la « culture du nous » développée par les consortiums et traditionnellement soutenue par l'OIIQ.

De plus, à la lecture du mémoire, plusieurs impacts ne semblent pas avoir été analysés : est-ce applicable dans la réalité du marché du travail ? Et la bureaucratie ? Il y a encore beaucoup d'inconnu dans le mémoire. Les permis restrictifs compliqueront la tâche de l'attribution des postes : la création de plusieurs classes d'infirmières est irritante et limitative dans la progression d'une carrière

Avec cette proposition, nous constatons que la formation collégiale est aspirée vers le bas et que l'OIIQ devient une distributrice de permis. Cette combinaison aura pour conséquence néfaste de créer des frontières. De plus, le fait que les infirmières ne peuvent changer de champ de pratique n'aidera certes pas la pénurie : il faut garder les champs de compétences ouverts afin d'éviter la création de minicloisons entre les spécialités.

En conclusion, nous nous opposons à l'octroi du titre de clinicienne pour toutes les bachelières, car ce titre entraîne une confusion entre le titre d'emploi (salaire) et la fonction de travail (tâches). Attribuer le titre de clinicienne à toutes les bachelières n'est pas une alternative recevable pour la contrer la pénurie. Le titre de clinicienne en est un de prestige, accordé aux infirmières d'expérience qui ont démontré une

expertise dans leur milieu et non pas accordé librement à toutes les infirmières bachelières qui débutent dans la profession.

Secteur : Des cibles de planification à prioriser

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

Proposition :

12. De délivrer un permis d'infirmière clinicienne à toutes les infirmières détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières et à toutes les infirmières ayant deux ans d'expérience et plus dans un ou plusieurs des domaines suivants : soins critiques, soins de première ligne dans la communauté et soins en santé mentale.
13. D'exiger ce permis pour exercer la profession d'infirmière dans ces domaines.

Rétroaction

En plus de s'opposer au permis d'infirmière clinicienne pour toutes les bachelières, surtout à celles qui n'assument pas la fonction de travail « de clinicienne » telle que définie dans la convention collective des infirmières, nous sommes outrées à l'idée que l'introduction de permis différenciés placerait les deux types de baccalauréat (initial et DEC-BAC) au même niveau, ce qui donnerait à entendre que les deux programmes sont égaux alors qu'il y a une grande différence du nombre d'heures d'expériences cliniques contenues au sein de chaque programme.

Il est impensable qu'une formation de baccalauréat initial (au lieu du DEC soins infirmiers) permette l'atteinte des compétences énumérées dans le mémoire, y compris celles des soins critiques. Le programme collégial consiste en une application clinique efficace et efficiente. Conséquemment, les bachelières issues du DEC-BAC ont une plus grande expérience clinique comparativement aux bachelières issues du bacc initial dont les stages sont plus souvent axés sur les soins communautaires.

Cette mesure (permis d'infirmière clinicienne) s'avère inacceptable, car même si les universités démontrent une force théorique, elles ont trop peu d'heures de stage en soins critiques insérées à leur programme. Plusieurs facteurs entrent en cause, notamment le manque de places de stage en soins critiques, la pénurie d'enseignantes aptes à prodiguer de l'enseignement clinique en soins critiques, l'épuisement des infirmières qui refusent de devenir « préceptrices » pour remplacer les enseignantes cliniques manquantes, le manque d'heures dans le programme, et l'illogisme d'effectuer la formation par des préceptrices techniciennes expertes en soins critiques.

C'est bien connu, il existe des disparités entre les universités. Par exemple, certaines universités offrent à l'élève inscrite au baccalauréat initial le choix d'effectuer, ou pas, des stages en périnatalité et en pédiatrie. Comment justifier l'octroi d'un permis de clinicienne à toutes les infirmières bachelières lorsque la formation au sein des neuf (9) universités tant au niveau du baccalauréat initial que celui du DEC-Bacc

est si différente ? Il serait utopique de croire que toutes les bachelières auront une formation équivalente en soins critiques. Comment pouvons-nous alors garantir « la sécurité des patients » ?

De plus, nous détectons une forme de dénigrement de la médecine-chirurgie au regard des soins critiques qui seraient l'apanage des seules bachelières. Si, entre les unités de soins intensifs et unités de médecine-chirurgie, on compare la complexité des soins à effectuer, on constate qu'il est beaucoup plus difficile, sur une unité de médecine-chirurgie, de gérer un client qui a des complications et d'anticiper les soins requis jusqu'au transfert aux soins intensifs où le monitoring est très présent que de prodiguer les soins nécessaires, sans monitoring, à l'unité de médecine-chirurgie. L'expertise et le jugement clinique nécessaires aux soins du client sur l'unité de médecine-chirurgie sont donc d'un très haut calibre car ils sont essentiels pour reconnaître les complications et effectuer les transferts aux moments opportuns. Ainsi, les soins prodigués en médecine-chirurgie nécessiteraient donc des connaissances plus poussées... Il est étrange que ce secteur de soins n'ait pas été retenu par l'OIIQ comme un secteur spécialisé... Si on pousse un peu plus la logique, qu'en est-il de la périnatalité, la pédiatrie et la gériatrie ?

Quant à la notion d'inclure la santé mentale dans son entité comme domaine réservé aux « cliniciennes », nous tenons à rappeler que les soins intensifs en psychiatrie sont déjà le champ clinique accordé aux bachelières par le *Comité directeur sur la formation infirmière intégrée* tandis qu'on a attribué la psychiatrie aux infirmières issues du collégial. Et nous tenons absolument à conserver le domaine de la « santé mentale » dans nos compétences, car elle fait partie de toutes les sphères de la santé ! La population vieillit avec son lot de troubles anxieux, de problèmes de santé mentale qui complexifient et aggravent leurs problèmes de santé physique et qui se retrouvent hospitalisés dans des unités de médecine, de chirurgie, de réhabilitation et de gériatrie.

Il s'avère important de rappeler que le programme collégial a une compétence se rapportant spécifiquement et uniquement à la santé mentale.

La compétence

- *Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale.*

Elle a pour contexte de réalisation :

- *Dans le cadre légal de l'exercice de la profession.*
- *En vue du maintien et de l'amélioration de la santé, de la prévention des risques, du traitement et de la réadaptation.*
- *En centre hospitalier (CH) ou dans d'autres types de ressources (par exemple : des foyers de transition).*
- *En collaboration avec des associations et des organismes en santé mentale.*
- *À partir des lois s'appliquant aux clientèles ainsi qu'aux soins et services qui leur sont destinés; du dossier de santé d'une personne, d'un plan thérapeutique infirmier, d'un plan d'intervention interdisciplinaire d'ordonnances individuelles ou collectives et des outils d'encadrement clinique et clinico-administratif en vigueur dans l'établissement.*
- *À l'aide d'instruments de collecte de données ou de grilles d'évaluation; de documents administratifs; de matériel didactique; d'équipement de traitement et de transmission de l'information et d'ouvrages de référence.*
- *Dans le respect des ses obligations éthiques et déontologiques et de la législation en vigueur.*
- *En se référant à l'approche thérapeutique préconisée par le milieu.*

Nous rejetons l'énoncé du mémoire qui dit que « le niveau de formation qui permet l'acquisition de ces connaissances (celles en santé mentale) est le premier cycle universitaire » car il (énoncé) va à l'encontre

du contenu du rapport du Comité des spécialistes. Il devient évident qu'il appauvrira la qualité des soins à laquelle la population a droit.

Notre capacité d'adaptation n'est plus à prouver. Au fil des ans, nous avons su ajuster le programme pour le rendre conforme à la Loi des infirmières et, au besoin, nous nous adapterons aux changements qu'apportera le Projet de loi n° 50 : *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* à la Loi des infirmières.

Nous contestons l'obligation de détenir un permis de clinicienne (baccalauréat) pour travailler dans les unités de soins critiques. Cette mesure ajouterait au désabusement des infirmières déjà en emploi, freinant leur mobilité professionnelle.

Proposition

14. De reclassifier dans le titre d'emploi d'infirmière clinicienne prévu aux conventions collectives les infirmières qui ont moins de deux ans d'expérience dans ces trois domaines (au moins deux ans d'expérience ?).
15. De prévoir une période de transition de trois à cinq ans en rendant accessibles les crédits universitaires pour les infirmières qui ont moins de deux ans d'expérience dans ces domaines.
16. Pendant cette période, d'aménager des passerelles de transition, y compris des stratégies de formation particulières, permettant aux infirmières qui travaillent dans d'autres domaines et qui ne répondent pas aux nouveaux critères d'embauche de s'y conformer si elles le souhaitent.

Rétroaction

Attendu que les membres de l'AEESICQ rejettent les propositions 10, 11, 12 et 13 qui servent de prémices aux propositions énumérées ci-dessus, il est inutile de les commenter, car elles deviennent caduques : elles ne se concrétiseront pas si les propositions 10, 11, 12, et 13 ne sont pas appliquées.

Conclusion

L'AEESICQ (ses membres et le conseil d'administration) a analysé le mémoire de l'OIIQ en profondeur et c'est avec consternation qu'elle réalise ne retrouver aucune valorisation des infirmières enseignantes du collégial, mais plutôt une dévalorisation de la formation collégiale ou plus précisément du DEC en soins infirmiers comme entité non-associée au baccalauréat. Nous déplorons le filigrane que le baccalauréat

initial serait la solution à tous les maux et constatons que le DEC est encore une fois sous-évalué. Comparer la formation collégiale de trois ans en soins infirmiers à celle des collèges communautaires anglophones canadiens d'une durée de deux (2) ans équivaut à comparer entre elles des pommes et des oranges.

Il faut à tout prix éviter de comparer la formation collégiale à celle offerte dans les collèges communautaires des provinces anglophones. Notre formation est unique tant au niveau canadien qu'international. Si on veut absolument comparer, il faut le faire avec le niveau d'*Associate Degree* des collèges américains (qui a une durée de 3 ans).

Il faut donner une chance réelle au curriculum DEC-BAC. Celui-ci, ne diplômant des bacheliers que depuis juin 2004, a besoin de temps pour établir ses lettres de noblesse. Évitions d'implanter le modèle pan-canadien qui ne tiendrait pas compte des avancées et des avantages de la formation collégiale. Il faut laisser le temps au DEC-BAC de faire ses preuves, car plusieurs consortiums sont à peaufiner leur programme. Plus que jamais, nous sommes d'avis qu'il faut redonner à la formation collégiale toute la dignité et la valeur qu'elle mérite.

En ce qui concerne le mémoire en général, sa diffusion est prématurée et génère beaucoup d'incertitude : l'impact des décisions n'a sûrement pas été analysé pour le secteur académique. Pour les cégeps, la proposition d'introduire un permis différencié après le baccalauréat pourrait avoir comme conséquence néfaste une baisse d'attraction pour la profession infirmière, car il y a présentement davantage d'inscriptions au diplôme d'études professionnelles (DEP) pour le programme de formation des infirmières-auxiliaires. Cette attraction semble s'expliquer par la durée moindre du programme (2 ans au lieu de 3), une diminution du niveau de responsabilité, la presque-équivalence salariale entre les deux niveaux de formation⁶ et le délestage d'actes professionnels des infirmières vers les infirmières auxiliaires (Loi 90).

Plus que jamais, il faut réaliser que ce ne sont pas toutes les étudiantes infirmières qui veulent ou peuvent aller chercher un baccalauréat et ce, pour toutes sortes de motifs valables (maternité, pauvreté, responsabilités familiales, monoparentalité). De plus, l'admission au Bac des étudiantes du DEC n'est pas automatique, ce qui est discriminatoire. Présumer que toutes les diplômées du DEC voudront ou pourront aller à l'université, dénote un manque de respect et l'ignorance de la réalité étudiante.

Le mémoire brosse un portrait de la collaboration entre les ordres d'enseignement comme en étant un basé sur la division des champs de pratique au lieu d'en être un basé sur les efforts d'harmonisation des compétences. Les collèges et les universités ont travaillé fort depuis 2001 à développer une culture du « NOUS » au lieu du « EUX et NOUS » et le mémoire balaie cette harmonie. Cette situation est d'autant plus désolante que plusieurs enseignantes universitaires, membres des consortiums, ont indiqué à leurs collègues collégiaux ne pas avoir été consultées sur les avancées du mémoire.

L'AEESICQ et ses membres ne trouvent pas, au sein du mémoire, une véritable analyse des variables de la pénurie; bien qu'en insuffisance grave, certains centres hospitaliers refusent d'engager des infirmières de DEC qui souhaitent continuer au baccalauréat. Conséquemment, nous comprenons qu'il ne peut y avoir de solution qui favorise la résorption de la pénurie, mais proposer le changement et l'amélioration de la qualité de soins par une hiérarchisation des catégories d'emploi dénote un manque de compréhension de l'état de la situation en lien avec le travail infirmier actuel dans les organisations publiques au niveau de la santé.

6 : Selon *Le Décret tenant lieu de convention collective* de la FIQ, une infirmière auxiliaire à l'échelle 01 fait 16,17\$/heure tandis que l'infirmière technicienne au même niveau fait 18,80\$/heure.

Le vrai problème de la pénurie réside dans le manque de valorisation, d'accueil, d'orientation et de formation en cours d'emploi pour les nouvelles infirmières. La « spécialisation » qui serait accordée indirectement par le biais du nouveau permis de clinicienne est susceptible de provoquer des problèmes d'intégration dans certains secteurs. Si on choisit les soins communautaires, par exemple, on se prive d'autres connaissances et cela pourrait entraver la mobilité et provoquer une pénurie dans certains secteurs. Le permis différencié peut contribuer à diminuer l'attraction pour la profession.

Les membres de l'Association souhaitent que l'OIIQ se penche davantage sur les problèmes du quotidien des infirmières en milieux hospitaliers. Cela demandera du courage, car il faudra confronter les systèmes de gestion de soins et en dénoncer leur approche comptable. L'OIIQ doit reconnaître la valeur de tous ses membres, infirmières issues du collégial et celles issues de l'université !

Références

- 1 & 3 MELS (2004) *Programme Soins infirmiers 180-A0*, Gouvernement du Québec.
- 2 MELS (2000) *Projet de formation infirmière intégrée*, Rapport du comité des spécialistes soumis au Comité directeur sur la formation infirmière intégrée, Gouvernement du Québec
- 4 Lavoie- Tremblay, Mélanie et all, (2008) *Pressions sur les recrues*, Perspective infirmière, janvier-février 2008, p 31-35
- 5 & 6 CPNSSSS (2006) *Décret tenant lieu de convention collective*, FIIQ Annexe 1 : Titres d'emploi, libellés, échelles et suppléments