



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

Rapport du président
du Groupe de travail
sur la formation
de la relève infirmière

13-945-01WFA

Le présent rapport ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion du président du groupe de travail sur la formation de la relève infirmière. Son contenu n'engage que son auteur.

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 section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-550-69172-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

Rapport du président du groupe de travail sur la formation de la relève infirmière

Présenté au docteur Réjean Hébert
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Ministre responsable des Aînés

Décembre 2013

Table des matières

Sommaire exécutif	1
Introduction	5
1. Le projet de l'OIIQ	7
1.1. La demande	7
1.2. Les problèmes auxquels s'adresse la proposition de l'OIIQ.....	7
1.2.1. Le décalage de la formation.....	9
1.2.2. Mieux répondre aux besoins évolutifs des besoins de santé	9
1.2.3. Le champ d'exercice élargi de l'infirmière est sous-exploité	10
1.2.4. L'examen professionnel	10
1.2.5. L'infirmière, un soutien à la transformation des systèmes de santé.....	11
1.2.6. L'interne en soins infirmiers et sa contribution.....	11
2. Principaux constats sur la proposition de l'OIIQ	12
2.1. Les avantages	12
2.2. Les inconvénients	13
3. Le rapport FERASI	13
3.1. Les grands constats de la formation infirmière dans ces pays à l'étude	14
3.2. Constats concluants sur le processus de transition dans les trois provinces canadiennes à l'étude ayant réalisé le virage vers l'obtention obligatoire d'un diplôme universitaire pour l'exercice de la pratique infirmière.....	15
3.3. L'analyse des changements dans la structure actuelle du système de formation initiale des infirmières au regard des défis importants auxquels doit faire face le système de santé québécois	15
4. Le rehaussement de la formation de la relève infirmière : un levier économique de transformation du système de santé – Une analyse coûts/bénéfices	16
4.1. Les résultats	17
4.2. Commentaires du SCT vis-à-vis de l'analyse coûts/bénéfices de l'OIIQ sur le rehaussement de la formation de la relève infirmière	17
5. Autres propositions en provenance des partenaires	18
5.1. La proposition de l'AQESSS	18
5.2. Les principaux constats concernant la proposition de l'AQESSS.....	19
5.2.1. Les avantages.....	19
5.2.2. Les inconvénients	20
5.3. La proposition de la FIQ.....	20
5.4. Les principaux constats concernant la proposition de la FIQ	21
5.4.1. Les avantages.....	21
5.4.2. Les inconvénients	21
5.5. La proposition du SCT	22
5.5.1. Les avantages.....	23
5.5.2. Les inconvénients	23
5.6. La proposition du MESRST.....	23
5.7. Les principaux constats concernant la proposition du MESRST	24
5.7.1. Les avantages.....	24
5.7.2. Les désavantages.....	25

6. Les grands constats sur les propositions des partenaires	25
6.1. Questions adressées aux instances des organismes représentatifs sur le groupe de travail ...	25
6.2. Les réponses des organismes aux questions du président.....	26
7. Recommandations du président	29
Conclusion	30
Annexe 1 - Liste des membres du groupe de travail	31
Annexe 2 - Liste des personnes et des organisations qui ont collaboré aux travaux du groupe de travail	32
Annexe 3 - Rapport FERASI	33

Sommaire exécutif

Le 20 juin 2012, dans son mémoire intitulé *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation*, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a demandé au gouvernement du Québec de modifier le Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels (C-26, r. 2). Cette demande vise à établir une nouvelle norme d'entrée à la profession infirmière, soit le baccalauréat en sciences infirmières obtenu après un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers ou un DEC en sciences de la nature.

Dans ce contexte, le 18 décembre 2012, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Réjean Hébert, annonçait la mise sur pied d'un groupe de travail interministériel sur la formation de la relève infirmière. Celui-ci, présidé par le docteur Pierre Durand, est composé d'un représentant de chacun des organismes suivants : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ), Fédération de la santé du Québec affiliée à la Centrale des syndicats du Québec (FSQ-CSQ), Fédération de la santé et des services sociaux affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (FSSS-CSN), Fédération des cégeps, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MESRST), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Office des professions du Québec (OPQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Secrétariat du Conseil du trésor (SCT).

Le mandat confié au groupe de travail était de formuler au ministre des recommandations sur la formation qui devrait être nécessaire à la relève infirmière pour accéder à la profession infirmière. Pour ce faire, il devait comparer la situation québécoise à celle de divers pays industrialisés (États-Unis, Angleterre, France, Australie, Norvège, Allemagne) et à celle d'autres provinces canadiennes (Colombie-Britannique, Ontario, Nouveau-Brunswick), et ce, tout en tenant compte des besoins actuels et futurs de la population et en respectant les particularités du réseau de la santé et de l'éducation du Québec. Plus spécifiquement, le groupe devait évaluer les impacts de l'exigence possible d'une formation universitaire pour accéder à la profession infirmière tout en tenant compte des aspects suivants : l'offre de service, la dispensation des soins et des services, l'organisation des soins et du travail, la capacité d'accueil des maisons d'enseignement, les finances publiques et la situation de la main-d'œuvre en termes qualitatifs et quantitatifs. Il devait également identifier plusieurs scénarios de mise en œuvre et proposer un scénario optimal de transition à mettre en place si le baccalauréat devenait la porte d'entrée à la profession infirmière.

En juin 2013, le président constatant une dissidence du groupe de travail vis-à-vis de la proposition de l'OIIQ, un rapport d'étape fut déposé au ministre. Souhaitant vivement un aboutissement des travaux du groupe de travail, le ministre lui a dévolu un nouveau mandat. Ce dernier consistait à analyser, en plus de

la proposition de l'OIIQ, celles émanant des autres partenaires, soit la FIQ, l'AQESSS, le MESRST et le SCT.

Malgré les onze rencontres qui se sont déroulées de janvier à novembre 2013, il n'a pas été possible d'obtenir de la part du groupe de travail un consensus sur ce que devrait être la formation de la relève infirmière au Québec. Dans ce contexte, la FIQ faisait savoir qu'elle refuse d'avaliser et de cautionner le contenu de ce rapport et invite les décideurs dans ce dossier à se montrer extrêmement vigilants et prudents dans les suites à y donner, le cas échéant. En conséquence, la FIQ s'oppose au dépôt de ce rapport et y inscrit sa dissidence.

Dans un même ordre d'idées, juste avant le dépôt du rapport du président au ministre, l'AQESSS laissait savoir qu'elle ne pouvait également y souscrire.

Ce document représente donc la position du président, le docteur Pierre Durand, puisqu'il n'a pas été possible de rallier les différents représentants de la profession autour d'une vision commune.

Considérant les pressions sociodémographiques et épidémiologiques reliées à la demande de soins : le vieillissement de la population, la prévalence accrue des maladies chroniques et de personnes ayant des incapacités, le nombre accru d'usagers ayant des problèmes de santé multiples et complexes, la prévalence de plus en plus grande de personnes ayant des problèmes physiques et mentaux concomitants;

Considérant les exigences nécessaires aux infirmières pour répondre adéquatement aux besoins de la population;

Considérant les compétences étendues que doivent exercer les infirmières dans les divers services, soins de longue durée, santé mentale, soins critiques, santé communautaire, soins aigus, etc.;

Considérant la contribution importante des infirmières dans le réseau de la santé et des services sociaux;

Considérant l'importance que toutes les infirmières doivent occuper l'entièreté de leur champ d'exercices;

Considérant la demande croissante d'infirmières cliniciennes par le réseau de la santé et des services sociaux;

Considérant la priorité du ministre de consolider les soins de première ligne et d'en améliorer l'accès;

Considérant le potentiel de contribution des infirmières pour l'amélioration de la performance du réseau par le développement de modèles de soins intégrés;

Considérant la filière DEC-BAC déjà en place;

le président demeure persuadé que, pour permettre aux infirmières de la relève de faire face aux défis du réseau de la santé et des services sociaux et pour répondre aux besoins de la population québécoise, leur formation doit être rehaussée au niveau universitaire. Dans ce contexte, la proposition de l'OIIQ apparaît être la meilleure.

Cependant, en raison de l'absence de consensus tant autour de la proposition de l'OIIQ (seulement trois organismes sur neuf y adhèrent) que de celle du MESRST (quatre organismes sur neuf), le président fait **les recommandations suivantes :**

- Que soit effectuée par le MESRST une étude sectorielle prospective de l'ensemble de l'équipe de soins avec la collaboration étroite du MSSS, et ce, à toutes les étapes du processus. Cette étude sectorielle prospective viendra confirmer les besoins du réseau sur les compétences nécessaires aux différentes professionnelles en soins infirmiers et pourra guider les orientations futures en matière de niveau de formation.
- Que, dans un deuxième temps, soit effectuée par le MESRST une analyse de profession pour l'ensemble des professionnelles de l'équipe de soins.
- Que, pour chacune de ces deux activités, soient associés à cette étude les experts et partenaires du secteur des soins infirmiers.
- Qu'il y ait validation, auprès de l'OPQ, de l'ordre logique dans lequel doit être réalisée par l'OIIQ l'identification des activités du champ d'exercices de la future technicienne en soins infirmiers.
- Que le MSSS réalise un plan d'effectifs qui déterminera la masse critique de professionnelles de l'équipe de soins infirmiers nécessaires à la prestation de soins sécuritaires et de qualité.
- Que le MSSS réalise une analyse d'études d'impacts afin de valider la capacité de mise en œuvre et les stratégies d'implantation conséquentes, le cas échéant.

Introduction

Le présent rapport se veut une réponse au mandat confié par le ministre Réjean Hébert au groupe de travail interministériel sur la formation de la relève infirmière. Compte tenu de l'absence de consensus au sein du groupe de travail, les recommandations émises sont celles du président, le docteur Pierre Durand. Toutefois, le document expose les grandes lignes des travaux réalisés par le groupe de travail, permettant ainsi de mieux comprendre le chemin parcouru pour arriver aux recommandations adressées au ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'à la conclusion.

Dans un premier temps, nous présentons le projet de l'OIIQ et les problématiques auxquelles celui-ci s'adresse. Par la suite, nous faisons état de l'offre de formation infirmière ailleurs au Canada et dans le monde, accompagnée des principaux défis qui ont marqué le processus de transition vers l'exigence d'un diplôme universitaire pour l'obtention du titre d'infirmière. Puis, nous abordons la vision des principaux défis que l'infirmière d'aujourd'hui et de demain aura à relever pour répondre aux besoins de la population des Québécois. Les données ont été puisées à partir du rapport du centre FERASI (2013) qui regroupe des chercheurs de l'Université de Montréal, de l'Université Laval, de l'Université McGill et de l'Université de Sherbrooke à qui le MSSS avait confié le mandat.

Dans un deuxième temps, en lien avec le second mandat du groupe de travail, les propositions de la FIQ, de l'AQESSS, du MESRST et du SCT sont énoncées ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients respectifs.

Finalement, le positionnement des instances des organismes représentés est exposé en ce qui a trait aux deux questions qui leur étaient adressées par le président.

En dernier lieu, l'analyse et les recommandations du président sont présentées ainsi que les étapes subséquentes qui devront être franchies dans le contexte où le ministre accepterait la mise en place des recommandations.

1. Le projet de l'OIIQ

Le texte ci-dessous est tiré ou bien élaboré à partir du mémoire intitulé *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation*, adopté par le Conseil d'administration de l'OIIQ le 2 mai 2012 ou des écrits liés aux travaux du groupe de travail interministériel sur la formation de la relève infirmière.

1.1. La demande

L'OIIQ demande un changement réglementaire pour que le baccalauréat devienne la norme d'entrée dans la profession infirmière afin de répondre aux besoins évolutifs de la population et de protéger le public conformément au champ d'exercice infirmier. Il est proposé :

- un seul permis d'exercice obtenu après le BAC seulement;
- la conservation des deux programmes de formation DEC-BAC (DEC en soins infirmiers de trois ans et deux ans à l'université) et BAC initial (DEC en sciences de la nature de deux ans et trois ans à l'université);
- le maintien des statuts d'externe et de candidate actuels;
- l'ajout du statut d'interne après trois ans de cégep (mêmes activités que la candidate, sauf les lieux de pratique qui excluraient les activités auprès d'une parturiente ou de la patiente présentant une grossesse à risque élevé, les soins critiques, les soins dans la communauté et la santé mentale en première ligne ou dans la communauté).

Selon la proposition de l'OIIQ, l'équipe de soins serait composée de :

- l'infirmière (infirmière clinicienne);
- l'infirmière auxiliaire;
- le préposé aux bénéficiaires.

Le permis d'exercice infirmier signifie :

- un seul permis d'exercice obtenu après le DEC-BAC ou le BAC initial.

1.2. Les problèmes auxquels s'adresse la proposition de l'OIIQ

La demande de l'OIIQ est en lien avec les éléments suivants :

- un décalage de quelque 2 500¹ heures de formation infirmière initiale par rapport aux autres provinces canadiennes;
- l'accès à un seul champ d'exercice par des formations provenant de deux ordres d'enseignement;
- le respect de la décision de 2001 du gouvernement du Québec de verser l'enseignement des soins critiques, de la santé communautaire et de l'approfondissement de la santé mentale dans les programmes de formation universitaire;

1. Le décalage de quelque 2 500 heures a été remis en question par plusieurs membres du groupe de travail. La Fédération des cégeps estime cette différence à plutôt 700 heures.

- l'évolution des compétences requises pour exercer la profession à la pleine portée du champ d'exercice selon la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII);
- la responsabilité d'un ordre professionnel, en vertu de son mandat de protection du public, de s'assurer de l'adéquation de la formation aux compétences professionnelles à acquérir pour l'exercice de la profession et aussi de maintenir sa capacité à évaluer cette adéquation par son examen d'entrée dans la profession;
- le suivi des maladies chroniques multiples en soins de santé primaires qui présentent des défis particuliers et prépondérants en matière de santé de la population;
- le maintien des patients dans la communauté, lequel nécessite une prise en charge et un enseignement des auto-soins;
- le vieillissement de la population qui crée un impact dans tous les secteurs cliniques;
- la demande à la hausse d'infirmières cliniciennes au Québec (titre d'emploi requérant un DEC-BAC complété ou un baccalauréat);
- le développement accéléré et spécialisé des connaissances scientifiques et technologiques;
- le développement de la première ligne : les infirmières et les infirmiers doivent être habilités à intervenir de façon plus autonome, notamment par une disponibilité accrue des ordonnances collectives et par le pouvoir de prescrire dans certaines situations;
- l'évolution du rôle de coordination de l'infirmière au sein des équipes de soins et son rôle central dans des équipes interdisciplinaires de professionnels formés au baccalauréat et à la maîtrise;
- les nombreux départs à la retraite dans les prochaines années qui engendreront des pertes importantes d'expertise;
- les obligations légales de l'OIIQ (article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII), l'exercice infirmier et la pratique infirmière);
- le contexte international qui indique une mutation importante et un élargissement du rôle de l'infirmière;
- le rehaussement de la formation infirmière initiale dans plusieurs pays;
- le contexte de la mobilité internationale.

De plus, pour l'OIIQ, le baccalauréat permettra aux infirmières de la relève d'exploiter davantage la philosophie qui les anime déjà dans la prestation des soins, soit une recherche de personnalisation, de flexibilité et de formation pour s'adapter à l'évolution des soins. Pour répondre aux besoins évolutifs des services de santé, la formation universitaire devient, pour l'OIIQ, une nécessité.

1.2.1. Le décalage de la formation

L'OIIQ est préoccupé par l'écart considérable du nombre d'heures de formation de la relève infirmière québécoise par rapport à la situation canadienne, nord-américaine et internationale. Ce décalage du nombre d'heures est estimé à environ 2 500² heures pour les infirmières titulaires d'un DEC. Le Québec arrive en queue de peloton quant à la durée de la formation exigée pour exercer, soit le seizième sur vingt pays de la Francophonie.

Alors que les autres provinces et plusieurs pays ont terminé ou se dirigent vers le diplôme de premier cycle universitaire et une seule voie d'accès à la profession, le Québec permet encore de recourir à deux voies d'entrée, soit le DEC ou le baccalauréat en sciences infirmières (formation universitaire).

1.2.2. Mieux répondre aux besoins évolutifs des besoins de santé

L'OIIQ rappelle que la complexité des soins ira en grandissant, notamment en raison des multipathologies, du vieillissement de la population, de la chronicité, des troubles mentaux, de la persistance d'habitudes de vie nuisibles à la santé. Les soins de santé du futur seront plus nombreux et complexes et ils exigeront beaucoup des infirmières. Cette complexité des soins amènera les infirmières à exercer davantage de *leadership* dans la prévention, la prestation des soins et dans la gouverne clinique. Certaines tendances en matière d'organisation de soins et de services se mettent graduellement en place dans le réseau de la santé et des services sociaux et exigent de la part des infirmières des compétences de haut niveau. Ces compétences sont actuellement enseignées au niveau universitaire seulement :

- le maintien des patients dans leur milieu de vie;
- l'éducation des patients et des familles;
- le développement accéléré et spécialisé des connaissances scientifiques et technologiques;
- les pratiques cliniques basées sur l'évolution des résultats probants et des pratiques exemplaires;
- le développement de la première ligne;
- l'évolution des rôles au sein des équipes de soins;
- le *leadership* clinique;
- l'évolution du contexte international des soins élargissant le rôle de l'infirmière, dont la coordination des soins et son intervention plus autonome dans la communauté.

2. Le décalage de quelque 2 500 heures a été contesté par plusieurs membres du groupe de travail. La Fédération des cégeps estime cette différence à plutôt 700 heures.

1.2.3. Le champ d'exercice élargi de l'infirmière est sous-exploité

En 2002, l'OIIQ mettait en relief que la Loi 90 a conféré aux infirmières du Québec un champ d'exercice élargi et une réserve d'activités. Ce champ d'exercice, avec les activités réservées qui s'y rapportent, témoigne du rôle stratégique des infirmières et reconnaît leur compétence clinique et leur responsabilité au regard de l'évaluation clinique, notamment pour :

- l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- la surveillance clinique et le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes, y compris le monitoring;
- la détermination et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier.

Dès son entrée dans la profession, l'OIIQ soutient que l'infirmière doit être capable d'assumer pleinement les responsabilités en lien avec son champ d'exercice et les activités qui s'y rattachent pour intervenir dans des situations complexes de soins, et ce, dans tous les secteurs d'activités. Malgré les révisions, le profil de sortie collégial ne correspond plus, selon l'OIIQ, au profil requis pour répondre aux besoins évolutifs de la population du futur.

Compte tenu de l'évolution du contexte de pratique, de l'élargissement du champ d'exercice et des activités réservées ainsi que des besoins de soins grandissants et de plus en plus complexes des clientèles dans tous les secteurs cliniques, pour l'OIIQ, seule la formation universitaire permet d'acquérir le profil de compétences initiales dont les infirmières auront besoin pour adapter leurs interventions, renouveler les pratiques cliniques et innover dans la prestation des soins afin de répondre aux besoins de soins évolutifs de la population. Actuellement, le décloisonnement des clientèles et des soins fait en sorte que l'infirmière doit être en mesure d'intervenir dans des situations complexes de soins, et ce, quel que soit le secteur clinique où elle exerce.

L'OIIQ soutient que le profil de compétences initiales requis pour exercer la profession infirmière relève dorénavant de la formation universitaire.

1.2.4. L'examen professionnel

L'OIIQ mentionne que l'examen professionnel est une condition supplémentaire qui vise à assurer la protection du public en lui permettant de déterminer si la personne est apte à exercer la profession en toute sécurité avant de lui délivrer un permis. Cet examen porte sur les aspects théoriques et cliniques de l'exercice infirmier. Dans cet examen, l'aptitude à exercer la profession est évaluée en référence à des situations cliniques courantes qu'une infirmière est susceptible de rencontrer au début de sa pratique.

Dans le contexte de décloisonnement décrit précédemment, où l'infirmière doit intervenir dans des situations complexes de soins quel que soit le secteur clinique où elle exerce, où des soins aigus et spécialisés sont prodigués en centre d'hébergement et dans la communauté, il est impératif pour l'OIIQ que l'infirmière à qui il délivre un permis d'exercice soit apte à exercer dans tous ces secteurs.

En 2001, le partage des compétences entre la formation collégiale et universitaire dans le cadre du DEC-BAC intégré a nécessité un ajustement de l'examen d'admission à la profession pour exclure la santé communautaire, les soins critiques et l'approfondissement des situations de santé liées à la santé mentale (exclu toute la première ligne) afin de ne pas pénaliser les diplômées de la formation collégiale. Outre les limites associées aux domaines d'intervention exclus de la formation collégiale, la prise en compte de ce profil de sortie restreint également la profondeur de l'évaluation des compétences dans l'examen, que ce soit au regard des connaissances scientifiques ou des activités réservées, comme l'évaluation de la condition physique et mentale.

L'OIIQ soutient que l'examen d'admission doit permettre d'évaluer l'aptitude à exercer la profession à la pleine mesure du champ d'exercice. Par conséquent, il doit comprendre des situations complexes et il ne peut pas exclure un secteur clinique complet tel la santé communautaire, secteur vers lequel se déplaceront de plus en plus de soins de santé au cours des prochaines années.

1.2.5. L'infirmière, un soutien à la transformation des systèmes de santé

L'OIIQ nous rappelle que les systèmes de santé internationaux misent sur l'infirmière et sur l'introduction de rôles infirmiers de pointe pour améliorer leur performance. La dotation de personnel avec un pourcentage élevé d'infirmières formées à l'université permet de prendre un tel virage.

À l'instar des médecins généralistes, les infirmières peuvent fournir des soins dans les domaines de la prévention, du suivi des patients chroniques et du premier contact avec les personnes qui ont des problèmes de santé courants. En raison de leurs compétences et du fait qu'elles risquent de coûter moins cher au système de santé que les médecins de première ligne, les infirmières devraient davantage faire partie des stratégies de réforme de soins de santé primaires. Il a été démontré que les modèles performants d'organisation de services reposent toujours sur une meilleure intégration des services assurés et sur une participation active des infirmières au sein d'équipes interprofessionnelles et des rôles infirmiers de pointe et innovants. Pour ce faire, il est impératif que l'infirmière soit formée adéquatement pour combler la demande croissante en soins dans un plus grand nombre de situations et de milieux.

1.2.6. L'interne en soins infirmiers et sa contribution

Le statut d'interne en soins infirmiers constituerait une des pierres angulaires de la proposition de l'OIIQ. Il s'agit d'une mesure qui permettrait à l'étudiant, en plus de faciliter la transition vers la formation universitaire, de parfaire ses connaissances en effectuant un stage hors programme de formation rémunéré. Ce statut permettrait aux diplômés ayant complété un DEC de trois ans en soins infirmiers ou aux étudiants inscrits au baccalauréat initial ayant complété leurs deux années de baccalauréat en sciences infirmières de contribuer, s'ils le désirent, en tant que stagiaires hors programme rémunéré (alternance études-travail) au réseau de la santé, et ce, tout en poursuivant leurs études pour l'obtention d'un baccalauréat.

Les activités professionnelles qui pourraient être réalisées par l'interne en soins infirmiers seraient celles réservées aux infirmières à l'exception de :

- réaliser toute activité auprès d'une parturiente ou de la patiente présentant une grossesse à risque élevé;
- instaurer des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
- déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments;
- décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement;
- évaluer le retard de développement chez un enfant de zéro à cinq ans.

De plus, certains domaines cliniques seraient exclus de l'environnement de pratique de l'interne en soins infirmiers. Il s'agit :

- des soins critiques;
- des soins dans la communauté;
- de la santé mentale en première ligne et dans la communauté.

En plus de favoriser une plus grande exposition aux situations dans des contextes réels de soins, ce statut de stagiaire hors programme de formation permettrait aux étudiants d'exercer des activités infirmières pendant les quatrième et cinquième années du DEC-BAC. Cet ajout de main-d'œuvre serait un atout³ pour le réseau de la santé lors de la phase de transition et par la suite également.

Pour l'OIIQ, il y a urgence d'agir. Il mentionne avoir le devoir, en vertu de son mandat de protection du public et des outils mis à sa disposition par le système professionnel pour s'en acquitter, de faire tout en son pouvoir pour s'assurer que ses membres ont la capacité d'assumer pleinement les responsabilités inhérentes à leur champ d'exercice. Il réitère qu'en plus de corriger le paradoxe des deux niveaux de formation pour une même profession, ce changement permettra à l'infirmière québécoise d'être l'égale de ses consœurs partout sur la planète et d'exercer son plein *leadership* dans les équipes de soins.

2. Principaux constats sur la proposition de l'OIIQ

Voici un résumé des principaux avantages et inconvénients de la proposition de l'OIIQ relevés par le groupe de travail interministériel sur la formation de la relève infirmière :

2.1. Les avantages

- Corrige un paradoxe et l'incohérence en place depuis des décennies, c'est-à-dire, deux voies de formation (décalage de deux ans d'études) pour une même profession.
- Corrige l'écart du nombre d'heures de formation qui est moindre au Québec que dans plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
- Permet que l'examen de l'OIIQ puisse couvrir tout le champ d'exercice.

3. La création du statut d'interne n'a pas reçu l'assentiment de tous les membres et est perçue par plusieurs comme une source de difficulté à l'organisation du travail.

- Conserve les programmes d'études collégiales et universitaires et rend le DEC-BAC incontournable.
- Développe un nouveau créneau de marché pour les cégeps en créant un internat.
- Rehausse la formation de l'infirmière pour faire face aux besoins plus complexes de la population et permet à toutes les infirmières d'occuper l'entièreté du champ d'exercice.
- Permet de répondre aux besoins de la population en rehaussant la formation de l'infirmière.
- Facilite l'organisation du travail en ramenant l'équipe de soins à deux types de professionnelles (infirmière et infirmière auxiliaire) plutôt que trois (infirmière clinicienne, infirmière de niveau collégial et infirmière auxiliaire).

2.2. Les inconvénients

- Amène une transition de quelques années dans le réseau qui inquiète plusieurs partenaires dans un contexte de rareté des ressources humaines, et ce, malgré la proposition d'ajouter un nouveau statut, soit celui d'interne.
- Exige de revoir l'organisation du travail afin d'intégrer le statut d'interne dans l'équipe de soins.
- Nécessite la consolidation de l'accessibilité à la formation initiale universitaire dans toutes les régions du Québec.
- Accède temporairement au marché du travail à titre d'interne après une formation de trois ans au collégial ne donnant pas accès à un diplôme qualifiant.
- Modifie la structure actuelle du réseau de l'éducation québécois en proposant un diplôme technique non qualifiant.
- Nécessite la révision du Règlement sur le régime des études collégiales.
- Nécessite une révision des échelles salariales entraînant une augmentation de la masse salariale.
- Crée un précédent inadmissible pour le MESRST.

3. Le rapport FERASI

Pour alimenter sa réflexion et pour répondre aux directives du ministre, rappelons que le MSSS avait confié au centre FERASI le mandat de concevoir et de réaliser une étude concernant la formation de la relève infirmière. L'étude proposée visait trois principaux objectifs :

- Mieux comprendre les choix effectués en matière de formation initiale des infirmières dans plusieurs pays comparables au Canada et analyser l'impact de ces choix sur l'organisation des services de santé et la pratique infirmière. Les pays identifiés par le MSSS étaient l'Angleterre, les États-Unis, la France, la Norvège, l'Australie et l'Allemagne.

- Examiner, à partir de l'expérience de trois provinces canadiennes (Ontario, Nouveau-Brunswick et Colombie-Britannique), les principaux défis qui ont marqué le processus de transition vers l'exigence d'un diplôme universitaire pour l'obtention du titre d'infirmière, les mesures prises pour relever ces défis et les implications d'un tel changement pour le système de santé et pour le système d'éducation.
- Effectuer une synthèse des défis majeurs auxquels doit faire face le système de santé québécois dans les prochaines années et examiner les avantages et les limites éventuelles des changements dans la structure actuelle du système de formation des infirmières pour relever de tels défis.

Nous allons identifier les principaux constats de chacune des parties du rapport mais un sommaire de de l'étude menée par FERASI se retrouve en annexe au présent rapport.

Un sommaire de chacune des parties de l'étude menée par FERASI se retrouve en annexe du présent rapport.

3.1. Les grands constats de la formation infirmière dans ces pays à l'étude

Les différents systèmes de santé étudiés présentent chacun leurs particularités reflétant les contextes institutionnels et les traditions propres à chaque pays, les choix politiques et les situations économiques. Au-delà des différences, les systèmes de santé présentent un certain nombre de similitudes et partagent les mêmes principes d'universalité, de financement public des services, d'intervention de l'État dans l'administration et la prestation des services, à l'exception notable du système de santé américain. Dans tous ces pays, des réformes importantes ont été engagées au cours des dernières années dans la perspective d'améliorer l'accès, de contrôler les coûts et d'accroître l'efficacité du système. Les différents cas témoignent ainsi à différents degrés d'une volonté d'adaptation de la main-d'œuvre infirmière pour répondre à l'évolution des systèmes de santé et aux défis auxquels ces derniers doivent faire face. Cette volonté d'adaptation se manifeste dans les évolutions constatées dans la pratique infirmière et les innovations dans les rôles infirmiers, notamment au niveau de la première ligne de soins. Elle se reflète également dans l'évolution perceptible de la discipline infirmière elle-même, en termes d'investissement de nouveaux champs d'activités, de maîtrise de nouveaux savoirs et de développement de nouvelles spécialisations.

Dans tous les pays, ces développements sont aussi associés à une mutation plus ou moins importante de la formation infirmière. Cette mutation, complétée depuis plusieurs décennies en Norvège, en Australie et en Angleterre, a été initiée plus récemment en France et en Allemagne. Dans les quatre premiers pays, elle est marquée par le transfert des programmes de formation infirmière au niveau universitaire et par la rupture avec un modèle d'apprenti pour un modèle académique. En Allemagne, les réformes envisagées pourraient permettre d'instituer la formation universitaire comme une véritable porte d'entrée alternative. Aux États-Unis, où cette mutation est caractérisée par une forme de gradation, on constate encore ici une

croissance des programmes de formation universitaire et une attrition des programmes basés sur le modèle d'apprenti.

3.2. Constats concluants sur le processus de transition dans les trois provinces canadiennes à l'étude ayant réalisé le virage vers l'obtention obligatoire d'un diplôme universitaire pour l'exercice de la pratique infirmière

La position adoptée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (l'AIC) en 1982 a été déterminante dans les processus d'adoption des lois dans les trois provinces étudiées. Compte tenu des changements dans les systèmes de santé canadiens, l'AIC a adopté la position suivante : l'exigence de formation minimale pour pouvoir exercer la profession d'infirmière au Canada devrait être de niveau universitaire avant l'an 2000.

Les gouvernements du Nouveau-Brunswick (en 1993), de l'Ontario (en 2000) et de la Colombie-Britannique (en 2002) ont tour à tour adopté une loi faisant du baccalauréat la formation initiale obligatoire pour exercer la profession d'infirmière.

Les associations professionnelles des infirmières, au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique, ont pour mandat de représenter les intérêts de la profession et de la réglementer afin de protéger l'intérêt public. En Ontario, ces rôles sont partagés entre deux groupes distincts, alors que le RAO représente la profession et le CNO fixe les exigences quant à l'exercice de la profession. Les trois provinces étudiées comptent également sur des syndicats qui négocient au nom des infirmières les conventions collectives de travail.

Dans les trois cas étudiés, un consensus à propos du rehaussement de la formation initiale a été nécessaire au sein de la profession avant de passer à l'étape suivante. Les solutions proposées par les associations d'infirmières se devaient de satisfaire tous les acteurs concernés avant que cette politique puisse être adoptée.

La protection des emplois et des droits des infirmières diplômées dans les collèges a été une étape incontournable pour obtenir l'appui des syndicats.

Le développement de nouveaux programmes de formation initiale, dans le cadre du partenariat entre les collèges et les universités, a permis d'aller chercher l'appui de plusieurs infirmières.

Les cas étudiés nous montrent l'importance des orientations prises par le parti politique provincial au pouvoir. Le gouvernement doit être conscientisé aux revendications des infirmières et la qualité des relations entre les leaders infirmières, le ministère de la Santé et la *Chief Nursing Officer* sont déterminantes pour l'adoption de cette politique.

3.3. L'analyse des changements dans la structure actuelle du système de formation initiale des infirmières au regard des défis importants auxquels doit faire face le système de santé québécois

Les propositions de politiques visant à répondre aux défis auxquels doit répondre le système de santé convergent autour de quatre éléments principaux : le renforcement des soins de santé primaires et des

activités de prévention, le développement de modèles de soins plus intégrés, centrés sur les patients et offerts de manière coordonnée par les différents établissements et prestataires impliqués, la reconfiguration des services hospitaliers pour répondre aux besoins de clientèle avec des conditions plus complexes, la reconfiguration des rôles des professionnels et de personnel de soins dans une perspective d'utilisation plus efficiente des ressources disponibles.

Autant les écrits scientifiques que les expériences internationales montrent que les infirmières peuvent apporter une contribution significative pour renforcer l'offre de soins de santé primaires. Cependant, ceci a différentes implications en termes de préparation de la main-d'œuvre infirmière et d'exigences de compétences. Au Québec, la formation actuelle d'une majorité d'infirmières au niveau collégial n'assure pas qu'elles soient dotées de l'ensemble des compétences requises pour optimiser leur contribution aux soins de santé primaires.

L'implication des infirmières comme acteurs majeurs dans des réseaux intégrés de soins exige d'elles de développer un ensemble de compétences clés qui sont de trois ordres : des compétences cliniques, des compétences en matière de coordination des soins et des compétences de *leadership*. Au Québec, si le cadre légal de pratique des infirmières offre la latitude nécessaire pour permettre à ces dernières d'exercer des rôles étendus dans les réseaux intégrés de soins, l'ensemble des compétences requises pour exercer ces rôles ne sont pas pleinement couvertes par le seul niveau de formation collégiale.

Les réorganisations importantes envisagées dans les soins hospitaliers, ou qui pourraient résulter de la redistribution des services entre les différents niveaux de soins, nécessiteront des ajustements de la main-d'œuvre infirmière hospitalière et de sa préparation, que ce soit en soins aigus, en soins critiques ou en soins de longue durée. Au Québec, les milieux cliniques n'exigent pas de formation universitaire pour travailler dans ces champs cliniques ou ces contextes plus complexes et critiques de soins. Pourtant, certaines compétences nécessaires aux soins dans des situations complexes et aux soins critiques (ex. : urgence, soins intensifs, salle de réveil, soins aux grands brûlés, soins intensifs en psychiatrie) ne sont actuellement développées qu'au niveau universitaire.

Au Québec, le cadre légal actuel confère en principe une portée relativement large au champ d'exercice des infirmières. Cependant, les indications fournies dans divers avis émis des représentants de la communauté infirmière suggèrent que la structure actuelle de formation ne permet pas à l'ensemble des infirmières d'être habilitées à investir pleinement leur champ de pratique. Dans la situation actuelle, le capital que constitue la main-d'œuvre infirmière ne peut être utilisé dans sa pleine mesure parce que la structure de formation actuelle ne permet pas de doter l'ensemble des infirmières des compétences requises pour occuper toute l'étendue de leur champ de pratique dans les divers contextes de soins.

4. Le rehaussement de la formation de la relève infirmière : un levier économique de transformation du système de santé – Une analyse coûts/bénéfices

Étant donné le contexte économique actuel des soins de santé au Québec, l'OIIQ a souhaité évaluer sa proposition au-delà des impératifs de protection du public et de qualité des soins au patient. Par cette

initiative, l'OIIQ a voulu apporter une contribution additionnelle au groupe de travail interministériel et aux études actuellement en cours en réalisant une analyse coûts/bénéfices de sa proposition.

Cette analyse se concentre sur la recherche de performance de l'infirmière formée au baccalauréat et met en relief sa valeur économique au moyen d'une revue exhaustive de la littérature internationale des hypothèses plausibles sur l'impact de sa proposition.

Le texte qui suit a été tiré ou bien élaboré du sommaire de cette analyse coûts/bénéfices, complément du mémoire de l'OIIQ (2013) sur la formation de la relève infirmière. Le lecteur qui souhaite obtenir plus d'information sur cette étude la trouvera jointe en annexe du présent document.

4.1. Les résultats

Selon l'étude effectuée par l'OIIQ et validée par une équipe de chercheurs de CIRANO, dont Claude Montmarquette, si la nouvelle norme d'entrée était adoptée en 2014, entre 2019 et 2027, le système de santé québécois bénéficierait d'une valeur ajoutée, sous forme d'économies ou de soins supplémentaires, variant entre 930 millions et 1,31 milliard de dollars. Durant cette même période, même lorsqu'on déduit les coûts supplémentaires de formation pour les nouvelles infirmières, le gouvernement québécois bénéficierait d'une valeur ajoutée, sous forme d'économies ou de soins supplémentaires, variant entre 498 millions et 880 millions. C'est au cours de l'année 2024 que tous les coûts de la proposition sur la période 2019-2027 (655,8 millions) seraient amortis par les bénéfices. Après la période étudiée, les bénéfices annuels seraient récurrents.

À partir des coûts des programmes de formation du MESRST, l'OIIQ a calculé que le coût annuel réel de la formation requise pour le rehaussement (former 1 100 étudiantes deux ans de plus à l'université) totaliserait environ 24 millions.

Pour l'OIIQ, le rehaussement de la formation de la relève infirmière québécoise est une solution de choix pour le gouvernement car, à terme, elle accélérera l'accès aux soins, maximisera l'utilisation des ressources et la productivité du réseau, entraînera des économies importantes, permettra de continuer à assurer les soins à une population vieillissante aux prises avec des maladies chroniques, multiples. Les gains de productivité et les économies d'échelle résultant du rôle accru des infirmières créent un gain systémique à chaque étape des soins.

4.2. Commentaires du SCT vis-à-vis de l'analyse coûts/bénéfices de l'OIIQ sur le rehaussement de la formation de la relève infirmière

Le SCT, par l'analyse de ses économistes experts de l'entièreté du document de l'OIIQ, a présenté sommairement au groupe de travail ses principaux commentaires et des mises en garde concernant :

- la transposition à la situation du Québec faite par les hypothèses avancées par l'OIIQ et issues des principales études répertoriées à l'international;
- l'utilisation des résultats des études en bénéfices économiques ou financiers pour le système de santé et pour le gouvernement de l'analyse réalisée par l'OIIQ;

- la pierre angulaire des bénéfices anticipés : la complémentarité infirmière clinicienne et médecin.

Le SCT souligne principalement la faiblesse des hypothèses utilisées par l'OIIQ et le fait qu'elles outrepassent la portée même des études et des projets pilotes dont elles sont issues. Selon les données de l'OIIQ, les bénéfices financiers estimés émanent essentiellement de l'hypothèse du transfert d'actes des médecins aux infirmières. Selon le SCT, la proportion d'actes et les conditions de réalisation au Québec sont fort discutables. Le succès d'un tel transfert repose sur bien plus qu'uniquement la formation rehaussée des infirmières. Aussi, la rémunération globale des médecins ne s'en trouve pas automatiquement réduite. Le SCT invite ainsi à la prudence quant à l'utilisation des résultats et des conclusions présentés dans l'analyse de l'OIIQ.

5. Autres propositions en provenance des partenaires

Comme mentionné dans notre avant-propos, devant l'absence de consensus autour de la position de l'OIIQ et le scepticisme de certains membres du groupe de travail vis-à-vis des résultats de l'analyse du groupe FERASI, le ministre souhaitant vivement un aboutissement aux travaux du groupe de travail a modifié le mandat du groupe. Le ministre demande de lui formuler des recommandations sur la formation initiale qui devrait être nécessaire pour accéder à la profession infirmière. Pour ce faire, le groupe de travail devra analyser, en plus de la proposition de l'OIIQ, celles émanant d'autres partenaires soit l'AQESSS, la FIQ et le MESRST. De plus, le même exercice devra être fait pour le statu quo. Il pourrait cependant arriver qu'un autre scénario émerge de cette analyse et le groupe demeure ouvert à cette éventualité.

Plus spécifiquement, pour chaque proposition, le groupe de travail évaluera les avantages et les inconvénients ainsi que les étapes nécessaires pour effectuer la transition; plus particulièrement, l'offre de services, la dispensation des soins et des services, l'organisation des soins et du travail, la capacité d'accueil des maisons d'enseignement, les impacts sur les différents ordres d'enseignement, les finances publiques, la situation de la main-d'œuvre en termes qualitatifs et quantitatifs seront abordés.

Dans la prochaine section, un résumé de chacune de ces propositions sera présenté ainsi qu'un sommaire de leurs avantages et inconvénients respectifs.

5.1. La proposition de l'AQESSS

Lors des travaux du groupe de travail interministériel sur la formation de la relève infirmière, l'AQESSS présentait, en mars 2013, sa position sur la formation de la relève infirmière. Le Conseil d'administration de l'AQESSS se positionnait et indiquait que le baccalauréat en soins infirmiers, particulièrement le DEC-BAC, était la formation requise pour les infirmières.

Cette position était accompagnée de certaines considérations et préoccupations de la part des employeurs du réseau, notamment l'évaluation des besoins en matière de personnel apte à réaliser les techniques de soins auprès de la clientèle, la réorganisation du travail, les droits acquis pour les infirmières détentrices d'un DEC, etc.

En juin 2013, l'AQESSS réitérait son appui à un rehaussement de la formation infirmière au niveau universitaire en privilégiant un parcours DEC-BAC accessible dans toutes les régions du Québec. Par ailleurs, l'AQESSS apportait une hypothèse de travail plus concrète en tenant compte de leur position initiale et des positions des différents intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Cette position se traduit comme suit :

- La formation de niveau baccalauréat comme seuil d'entrée à la profession pour répondre à l'ensemble des besoins de la population dont les plus complexes (appellation infirmière).
- La formation de niveau collégial comme formation qualifiante pour répondre à certains besoins de la population (infirmière auxiliaire rehaussée)⁴.
- Deux permis d'exercice différenciés (infirmière, infirmière auxiliaire rehaussée).
- Le continuum DEC-BAC comme cursus privilégié pour soutenir les énoncés précédents.
- Un préposé aux bénéficiaires (PAB) optimisé⁵ ayant la capacité de réaliser toutes les activités prévues à la loi.

Selon la proposition de l'AQESSS, l'équipe de soins serait composée de :

- l'infirmière;
- l'infirmière auxiliaire rehaussée;
- le préposé aux bénéficiaires optimisé (peut réaliser l'ensemble des activités prévues à la loi).

Pour l'AQESSS, le permis d'exercice signifie :

- un seul permis d'exercice pour l'infirmière;
- une révision possible du champ de pratique de l'infirmière auxiliaire.

5.2. Les principaux constats concernant la proposition de l'AQESSS

Voici un résumé des principaux avantages et inconvénients de la proposition de l'AQESSS relevés par le groupe de travail interministériel sur la formation de la relève infirmière :

5.2.1. Les avantages

- Ramène l'équipe de soins à deux professionnelles en soins infirmiers (infirmière et infirmière auxiliaire rehaussée).
- Conserve un DEC qualifiant en rehaussant les infirmières auxiliaires du diplôme d'études professionnelles (DEP) au DEC.
- Facilite l'organisation des soins et du travail dans le réseau.

4. Dans sa version initiale, la proposition de l'AQESSS comportait une technicienne en soins infirmiers ou une infirmière auxiliaire rehaussée. Elle a, par la suite, dans une lettre adressée au président, confirmé le rehaussement de l'infirmière auxiliaire au niveau collégial.

5. Pour que le PAB puisse réaliser toutes les activités prévues à la loi, il faudrait exiger le DEP pour les nouveaux PAB ou un programme de formation continue chez les PAB en place. À ce jour, bien que la formation du PAB existe au niveau du DEP dans les commissions scolaires, celle-ci n'est pas exigée par tous les employeurs.

- Permet d'augmenter le niveau de la formation des infirmières au Québec pour répondre aux besoins de la population.
- Diminue la formation continue liée au développement des compétences non couvertes dans les programmes d'études collégiales.
- Corrige l'écart de formation qui est moindre au Québec que dans plusieurs pays de l'OCDE.
- Permet de répondre aux besoins de la population en rehaussant la formation de l'infirmière.

5.2.2. Les inconvénients

- Déborde du mandat du groupe de travail, puisque le scénario propose la révision de la formation initiale d'autres titres d'emplois infirmières auxiliaires et préposé aux bénéficiaires.
- Amène une transition de quelques années dans le réseau qui inquiète plusieurs partenaires dans un contexte de rareté de ressources humaines.
- Oblige à inclure d'autres collaborateurs pour la mise en œuvre (OIIAQ, MELS, etc.).
- Nécessite une transition très importante en raison du triple rehaussement (infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires).
- Nécessite une révision des échelles salariales laissant pressentir une augmentation de la masse salariale de façon importante.
- Nécessite la consolidation de l'accessibilité de la formation initiale universitaire dans toutes les régions du Québec.

5.3. La proposition de la FIQ

La FIQ convient de la nécessité de rehausser la formation de la relève infirmière, mais s'oppose à l'obligation du baccalauréat comme norme d'entrée à la profession. Plus précisément, la FIQ préconise :

- le maintien de toutes les voies actuelles de formation infirmière;
- la mise en place de conditions facilitantes pour inciter davantage les infirmières à faire leur BAC :
 - DEC complété permet une admission automatique au BAC,
 - bonification de l'aide financière aux études,
 - stages rémunérés,
 - plus grande disponibilité de la formation BAC en région,
 - mesures pour conciliation famille-travail-études,
 - harmonisation des conditions d'admission,
 - garantie de places suffisantes dans les programmes,
 - BAC de deux ans pour les infirmières d'expérience;

- la révision des programmes de formation DEC et BAC pour une meilleure intégration et harmonisation afin de répondre aux défis actuels et futurs de la pratique infirmière;
- l'instauration d'un véritable partenariat collège et université;
- la présence de directives sur l'organisation du travail et une planification rigoureuse du changement;
- la réalisation d'une analyse prospective des fonctions du travail en soins infirmiers.

Selon la proposition de la FIQ, l'équipe de soins demeure telle qu'elle est actuellement soit :

- l'infirmière clinicienne;
- l'infirmière;
- l'infirmière auxiliaire;
- le préposé aux bénéficiaires.

Le permis d'exercice selon la proposition de la FIQ privilégie :

- le maintien du permis d'exercice actuel, c'est-à-dire un seul permis d'exercice pour l'infirmière tant formée au niveau collégial qu'au niveau universitaire.

5.4. Les principaux constats concernant la proposition de la FIQ

Les avantages et inconvénients de la proposition de la FIQ abordés lors des travaux du groupe de travail sont les suivants :

5.4.1. Les avantages

- Évite les changements dans l'ordre établi jusqu'à ce jour.
- Permet le maintien et l'amélioration des programmes de formation tant au niveau collégial qu'universitaire.
- Favorise une intégration des programmes en soins infirmiers du niveau collégial et universitaire.
- Encourage le partenariat des cégeps et des universités pour augmenter la qualité, l'accessibilité et la diplomation des infirmières.
- Ne nécessite aucune période de transition.
- Préserve l'accessibilité aux programmes d'études collégiales dans toutes les régions du Québec.

5.4.2. Les inconvénients

- Conserve le paradoxe et l'incohérence de deux niveaux de formation différents pour accéder à une seule et même profession.

- Oblige le réseau de la santé et des services sociaux à combler par de la formation continue des aspects non couverts dans le programme de formation initiale.
- Conserve les difficultés liées à un seul examen du droit d'exercice pour deux niveaux de formation.
- Conserve l'écart du nombre d'heures de formation qui est moindre au Québec que dans plusieurs pays de l'OCDE.
- Nécessite une négociation et, par conséquent, des investissements en raison des mesures incitatives proposées par la FIQ.
- Exige la dispensation de formation continue liée au développement des compétences de base non couvertes dans le programme d'études collégiales. Ces programmes sont déjà considérés comme étant très dispendieux par les établissements de santé et en dehors de leur mandat.

5.5. La proposition du SCT

Le SCT préconise que les trois cheminements de formation pour accéder à la profession infirmière demeurent disponibles, et ce, tant au niveau du DEC technique, du DEC-BAC que du BAC initial. Plus précisément, il préconise de :

- maintenir la voie de la formation collégiale terminale actuelle et le diplôme afférent avec une révision des programmes collégiaux et universitaires :
 - pour une formation répondant adéquatement aux besoins d'aujourd'hui et à ceux qui sont prévisibles pour demain,
 - pour un meilleur arrimage avec le BAC;
- produire une analyse documentée de la situation de travail;
- assurer une utilisation optimale de la main-d'œuvre (organisation du travail);
- assurer une disponibilité de la main-d'œuvre (éviter une exacerbation de la rareté des ressources).

Selon la proposition du SCT, l'équipe de soins demeure telle qu'elle est actuellement soit :

- l'infirmière clinicienne;
- l'infirmière;
- l'infirmière auxiliaire;
- le préposé aux bénéficiaires.

L'avis du SCT concernant le permis d'exercice est :

- le statu quo, c'est-à-dire un seul permis d'exercice pour l'infirmière formée tant au niveau universitaire (baccalauréat) qu'au niveau collégial (DEC).

5.5.1. Les avantages

- Maintient les deux ordres d'enseignement dans les rôles distincts joués jusqu'à maintenant.
- Maintient l'entrée sur le marché du travail des infirmières après trois ans d'études post secondaires plutôt qu'après cinq ans.
- Maintient la disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée infirmière sans interruption.
- Préserve l'accessibilité aux programmes d'études dans toutes les régions du Québec.
- Maintient le rythme de croissance de l'effectif infirmier, l'infirmière forme au BAC à son niveau naturel.
- Entretien la qualification et la disponibilité du personnel enseignant du collégial et les pratiques de stages de qualité dans les régions du Québec.
- Encourage la complémentarité des emplois d'infirmières de formation DEC et de formation BAC et celle avec les infirmières auxiliaires.
- Confirme la responsabilité et le choix laissés à l'établissement-employeur de déterminer l'utilisation des infirmières dans différents milieux cliniques.
- Maintient une mobilité, un cheminement de carrière tant à l'horizontale qu'à la verticale dans un même établissement ou dans plusieurs établissements du réseau.
- Limite les coûts liés aux salaires et à la rémunération globale à ce qui est prévu à la nomenclature et aux conventions collectives, du moins jusqu'en mars 2015.
- N'entraîne pas de coûts additionnels, les coûts découlant du maintien des cheminements actuels sont connus et récurrents.

5.5.2. Les inconvénients

- Maintient deux catégories d'infirmière avec un seul examen du droit d'exercice et un même permis d'exercice.
- Écarte l'approche unique des autres provinces canadiennes ou d'autres pays au regard de l'accès de l'exercice de la profession par la seule voie universitaire.
- Entraîne le réseau de la santé et des services sociaux à combler, par de la formation continue liée au développement des compétences, des aspects non couverts dans le programme.
- Nécessite parfois la poursuite des études plus avancées pendant l'exercice même de la profession infirmière dans le réseau.

5.6. La proposition du MESRST

Le MESRST se dit d'accord avec le rehaussement de la formation infirmière au niveau universitaire et l'obligation de détenir un baccalauréat pour obtenir le titre d'infirmière. Il propose que :

- le « nouveau » DEC technique donne accès au marché du travail et à un permis d'exercice différent de celui des infirmières (permis à déterminer);
- le « nouveau » DEC technique conserve le niveau académique équivalent à celui actuel⁶;
- le baccalauréat obtenu après les deux cheminements, soit le DEC technique (3 ans) + le BAC (2 ans) et le DEC scientifique (2 ans) + baccalauréat initial (3 ans) donnent accès à un permis d'exercice de la profession infirmière, distinct du DEC.

Selon la proposition du MESRST, l'équipe de soins aurait la composition suivante :

- l'infirmière;
- la nouvelle professionnelle en technique en soins infirmiers (titre à confirmer);
- l'infirmière auxiliaire;
- le préposé aux bénéficiaires.

Le permis d'exercice, selon la proposition du MESRST, serait :

- deux permis d'exercice distinctifs, deux champs d'exercice distincts.

Pour le MESRST, en plus de mettre en place des mesures pour encourager la poursuite d'études universitaires après le DEC (bourses, promotion, horaire de travail permettant l'alternance études-travail après le DEC, etc.), certaines mesures doivent être réalisées au préalable. Il s'agit de :

- réaliser une analyse sectorielle prospective de la profession;
- effectuer la révision du programme d'études en formation technique;
- constituer un groupe qui aura le mandat de gérer la période de transition.

5.7. Les principaux constats concernant la proposition du MESRST

5.7.1. Les avantages

- Corrige l'écart du nombre d'heures de formation qui est moindre au Québec que plusieurs pays de l'OCDE.
- Conserve un DEC qualifiant.
- Répond à la demande de l'OIIQ de corriger le paradoxe et l'incohérence de deux niveaux différents de formation pour accéder à une même profession.
- Permet de répondre aux besoins de la population en rehaussant la formation de l'infirmière.
- Diminue l'ampleur de la transition et l'impact sur la rareté des ressources et des coûts.
- Permet un examen d'entrée dans la profession qui couvre le(s) champ(s) d'exercice.

6. Le nouveau DEC permet à la nouvelle professionnelle de passer directement au BAC avec une reconnaissance d'une équivalence d'une année d'université.

5.7.2. Les désavantages

- Maintient les trois niveaux de professionnels en soins infirmiers (infirmière, autre professionnelle de niveau DEC, nomenclature à déterminer), infirmière auxiliaire), ce qui complexifie l'organisation des soins et du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux.
- Nécessite la consolidation de l'accessibilité à la formation initiale universitaire dans toutes les régions du Québec.
- Requier la documentation des besoins quantitatifs et qualitatifs.

6. Les grands constats sur les propositions des partenaires

Tout au long des travaux menés avec le groupe de travail, les efforts furent orientés de manière à faire émerger les consensus ou à mettre en exergue les éléments rassembleurs. Malgré tout le travail accompli, aucune des propositions soumises, incluant celle de l'OIIQ, n'a pu convaincre l'ensemble des membres d'opter pour l'une ou l'autre de ces propositions. Force est de constater qu'à ce moment-ci, les difficultés sont trop importantes.

Pour tenter ultimement de sortir de l'écueil actuel, le président a demandé à chacun des membres du groupe de travail de répondre aux questions suivantes :

- **Croyez-vous que, pour relever les défis qui se présentent dans le réseau de la santé et des services sociaux, il est important de rehausser la formation de la future génération d'infirmières québécoises?**
 - **OUI** : OIIQ, AQESSS, FSSS, CREPUQ, MESRST, Fédération des cégeps, FIQ, FSQ-CSQ
 - **NON** : SCT
- **Êtes-vous d'accord avec le baccalauréat obligatoire?**
 - **OUI** : OIIQ, AQESSS, FSSS, CREPUQ, MESRST
 - **NON** : FIQ, FSQ-CSQ, SCT, Fédération des cégeps
- **Êtes-vous d'accord pour que le DEC demeure qualifiant?**
 - **OUI** : MESRST, Fédération des cégeps, FIQ, FSQ-CSQ, SCT, AQESSS, FSSS⁷
 - **NON** : OIIQ, CRÉPUQ

6.1. Questions adressées aux instances des organismes représentatifs sur le groupe de travail

Soucieux de répondre à la commande du ministre, le président s'est adressé aux membres du groupe de travail en partageant avec eux l'impasse dans laquelle se retrouvait le groupe de travail et leur a soumis une option inhérente à sa compréhension de la situation.

7. Pour la FSSS, le DEC qualifiant n'est pas le DEC technique en soins infirmiers qualifiant actuel. La FSSS souhaiterait plutôt que ce DEC qualifiant soit reconnu pour le statut d'interne comme proposé par l'OIIQ. Ce changement nécessiterait cependant un changement du règlement des études collégiales.

Les propositions de la FIQ et du SCT consistent à conserver la structure actuelle du permis d'exercice, c'est-à-dire un seul permis pour deux niveaux de formation (décalage de deux ans de formation).

La proposition de l'AQESSS déborde largement du mandat du groupe de travail, puisque sa solution concerne à la fois un rehaussement de la formation des infirmières de la relève, mais aussi un rehaussement de la formation des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. De toutes les propositions soumises, celle-ci est perçue comme étant possiblement la plus coûteuse.

La proposition du MESRST semble être la proposition qui rejoint davantage l'ensemble des préoccupations des membres du groupe de travail et pourrait présenter une voie alternative acceptable. Par ailleurs, cette proposition, bien que n'étant pas l'idéal en matière de facilitation de l'organisation des soins et du travail, a le bénéfice de répondre au besoin d'une infirmière mieux formée en réponse aux besoins de la population et de l'outiller pour faire face aux défis que lui impose le réseau de la santé et de services sociaux.

Pour clore le débat et finaliser le rapport attendu par le ministre, les deux questions suivantes ont été adressées aux instances de chacun des organismes présents sur le groupe de travail :

- Croyez-vous que, pour relever les défis qui se présentent dans le réseau de la santé et des services sociaux, il est important de rehausser la formation de la future génération d'infirmières québécoises?
- Est-ce que la proposition du MESRST est acceptable comme solution alternative à recommander au ministre?

Les instances devaient remettre leur réponse au plus tard le 10 décembre 2013.

6.2. Les réponses des organismes aux questions du président

Les organismes décisionnels auxquels appartiennent les membres du groupe de travail ont fait connaître leurs réponses aux questions qui leur ont été adressées par le président, et ce, dans les délais qui leur avaient été dévolus. Force est de constater que seuls deux organismes, l'OIIQ et la CREPUQ ont fait évoluer leur position initiale et accepté la proposition du MESRST. Tous les autres organismes sont demeurés sur leur position initiale de départ. L'acceptation de l'OIIQ et de la CREPUQ est cependant accompagnée de conditions.

Tout comme au début des travaux du groupe de travail, il semble se dégager un assez large consensus autour de la nécessité de rehausser la formation de la relève infirmière. Sept organismes sur neuf y adhèrent (OIIQ, FSSS, Fédération des cégeps, MESRST, AQESSS, CREPUQ, FIQ). Cependant, le rehaussement au niveau universitaire ne fait pas l'unanimité. Seulement quatre organismes sur neuf (OIIQ, MESRST, AQESSS, CREPUQ) souhaitent ce rehaussement au niveau du BAC, les autres le souhaitant plutôt au niveau collégial. Un organisme ne souhaite pas le rehaussement de la formation initiale, mais une harmonisation des programmes DEC-BAC et une amélioration du DEC (SCT). Finalement, un dernier organisme ne souhaite pas que le baccalauréat soit obligatoire, mais qu'il soit

plutôt optionnel (FIQ). Il propose notamment des mesures incitatives financières pour les infirmières désireuses de poursuivre leurs études au baccalauréat.

À la lumière des réponses obtenues, la proposition du MESRST serait acceptable pour quatre organismes (OIIQ, Fédération des cégeps, MESRST, CREPUQ), mais sous réserve de certaines conditions énumérées ci-dessous :

- Que soit mis en place par le gouvernement un chantier « reconnaissance » avec les parties habilitées de manière à reconnaître l'expérience des infirmières en poste au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle norme d'entrée;
- Qu'avec les parties habilitées on puisse déterminer les modalités de reconnaissance de l'expérience qui seront prises en considération pour assurer aux infirmières détentrices d'un DEC un accès équitable aux postes;
- Que le gouvernement fixe avec l'OIIQ des cibles d'infirmières qui assureront la masse critique nécessaire à relever les défis de santé de demain et à bien protéger le public;
- Que le titre retenu pour l'infirmière de niveau collégial conserve la nomination infirmière associée d'un qualificatif qui restera à déterminer;
- Qu'une étude prospective des besoins du secteur de la santé québécois soit effectuée, et ce, avant que l'OIIQ ne détermine le nouveau champ d'exercice de la nouvelle professionnelle⁸;
- Que les besoins qualitatifs et quantitatifs de main-d'œuvre sur le marché du travail soient documentés;
- Que les étapes du processus d'élaboration de programme d'études soient respectées lors du développement du nouveau programme en formation technique;
- Que soit développée une redéfinition de chacun des rôles attribués aux diplômées des universités et des collèges;
- Que le nouveau programme d'études en formation soit attractif;
- Que les compétences élaborées du programme d'études techniques permettent un cheminement DEC-BAC (reconnaissance d'une année de formation au BAC);
- Qu'un groupe qui aura le mandat de gérer la période de transition soit constitué.

Cinq autres organismes sont en désaccord avec la proposition du MESRST (SCT, FSSS, AQESSS, FIQ, FSQ-CSQ). Ils évoquent la complexification qui sera apportée à l'organisation des soins et du travail et qui fera en sorte que la nouvelle profession en soins infirmiers de niveau collégial entrera directement en compétition avec la profession d'infirmière auxiliaire.

8. Cette recommandation sera portée à l'attention de l'OPQ.

Un autre organisme considère la proposition du MESRST comme étant téméraire, dangereuse et irresponsable, non seulement pour le devenir de la profession infirmière, mais aussi de l'ensemble de l'équipe de soins (FIQ). Il émet que cette proposition menace la pérennité du réseau de la santé et des services sociaux dans sa capacité à répondre à la demande de soins et de services accessibles, sécuritaires de la population québécoise pour les années à venir.

D'autres raisons sont également évoquées pour refuser la proposition du MESRST, dont notamment :

- Une incertitude sera apportée au programme de formation technique, puisqu'il ne pourra être celui qui existe déjà.
- Cette proposition mise sur la création d'une nouvelle profession dans le domaine de la santé alors qu'aucun besoin n'a été identifié en ce sens.
- La proposition du MESRST vise essentiellement à préserver la structure académique actuelle des cégeps (DEC qualifiant menant sur le marché du travail) plutôt que de répondre aux besoins de la population.
- L'ajout d'une autre personne à l'équipe de soins sèmera une plus grande confusion de rôle entre l'infirmière, l'infirmière auxiliaire, le préposé aux bénéficiaires et tous les autres professionnels.
- Cette proposition est considérée comme une approche réductrice de la pratique des soins infirmiers qui favorise la division, la parcellisation, le fractionnement de la pratique et qui apportera une multiplication d'intervenants auprès des usagers.
- Cette proposition apporte une segmentation du champ d'exercice.

Il apparaît clairement qu'un consensus au sein de la profession est à ce moment-ci inatteignable. Puisqu'aucun scénario n'a obtenu un assentiment consensuel, la période de transition n'a pu être abordée. Tant et aussi longtemps qu'une vision commune n'émergera pas au sein même de la profession infirmière, tout mouvement entraînera des réactions vives de la part de chacun des organismes, et ce, pour des raisons fort différentes.

7. Recommandations du président

Considérant les pressions sociodémographiques et épidémiologiques reliées à la demande de soins, le vieillissement de la population, la prévalence accrue des maladies chroniques et de personnes ayant des incapacités, le nombre accru d'usagers ayant des problèmes de santé multiples et complexes, la prévalence de plus en plus grande de personnes ayant des problèmes physiques et mentaux concomitants;

Considérant les exigences nécessaires aux infirmières pour répondre adéquatement aux besoins de la population;

Considérant les compétences étendues que doivent exercer les infirmières dans les divers services, soins de longue durée, santé mentale, soins critiques, santé communautaire, soins aigus, etc.;

Considérant la contribution importante des infirmières dans le réseau de la santé et des services sociaux;

Considérant l'importance que toutes les infirmières doivent occuper l'entièreté de leur champ d'exercice;

Considérant la demande croissante d'infirmières cliniciennes par le réseau de la santé et des services sociaux;

Considérant la priorité du ministre de consolider les soins de première ligne et d'en améliorer l'accès;

Considérant le potentiel de contribution des infirmières pour l'amélioration de la performance du réseau par le développement de modèles de soins intégrés;

Considérant la filière DEC-BAC déjà en place;

Le président demeure persuadé **que la proposition de l'OIIQ est la meilleure proposition** pour permettre aux infirmières de la relève de faire face aux défis du réseau de la santé et des services sociaux et pour répondre aux besoins de la population québécoise.

Cependant, en raison de l'absence de consensus, tant autour de la proposition de l'OIIQ (seulement trois organismes sur neuf y adhèrent) que de celle du MESRST (quatre organismes sur neuf), le président fait

les recommandations suivantes :

- Que soit effectuée par le MESRST une étude sectorielle prospective de l'ensemble de l'équipe de soins avec la collaboration étroite du MSSS, et ce, à toutes les étapes du processus. Cette étude sectorielle prospective viendra confirmer les besoins du réseau sur les compétences nécessaires requises aux différentes professionnelles en soins infirmiers et pourra guider les orientations futures en matière de niveau de formation.
- Que, dans un deuxième temps, soit effectuée par le MESRST une analyse de profession pour l'ensemble des professionnelles de l'équipe de soins.

- Que, pour chacune de ces deux activités, soient associés les experts et partenaires du secteur des soins infirmiers.
- Qu'il y ait validation, auprès de l'OPQ, de l'ordre logique dans lequel doit être réalisée par l'OIIQ l'identification des activités du champ d'exercice de la future technicienne en soins infirmiers.
- Que le MSSS réalise un plan d'effectifs qui déterminera la masse critique nécessaire de chacune des professionnelles de l'équipe de soins infirmiers pour une prestation de soins sécuritaires et de qualité.
- Que le MSSS réalise une analyse d'études d'impacts afin de valider la capacité de mise en œuvre et les stratégies d'implantation conséquentes, le cas échéant.

Conclusion

Pour conclure ce rapport, nous tenons à réitérer l'importance de rehausser la formation des infirmières de la relève au niveau universitaire. Ce rehaussement nous apparaît comme un incontournable pour répondre aux besoins évolutifs de la population et pour améliorer la performance du système de santé québécois. Rappelons que, sur 34 pays de l'OCDE, le réseau de santé et des services sociaux se situe au 23^e rang quant à l'accès, l'efficacité et l'efficience. Les pays les plus performants ont utilisé la contribution des infirmières pour se hisser parmi les premiers.

La structure actuelle de formation au Québec ne permet pas de doter l'ensemble des infirmières de l'entièreté des compétences requises pour répondre à l'évolution de la demande de services et pour relever les défis auxquels le réseau est convié.

L'absence de consensus au sein de la profession infirmière est un obstacle majeur pour réaliser ce rehaussement. Les leaders de la profession du Québec devront convenir de ce qu'ils souhaitent pour l'avenir de leur profession.

Entre-temps, une étude sectorielle prospective doit être réalisée par le MESRST avec la collaboration étroite du MSSS, et ce, pour l'ensemble de l'équipe de soins. Cet exercice, nous l'espérons, apportera les informations qui sauront rallier les experts de la profession autour d'une vision commune pour le mieux-être de la population du Québec.

Annexe 1

Liste des membres du groupe de travail

D^r Pierre Durand, président, gériatre clinicien, chercheur et professeur au département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval

M^{me} Marlène Berthelot, directrice des soins infirmiers du CSSS de Sept-Îles, représentante de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)

M. Bruno Côté, directeur à la Direction des politiques de rémunération et de conditions de travail du Secrétariat du Conseil du trésor (SCT)

M^{me} Danielle Fleury, directrice à la Direction des soins infirmiers du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

D^{re} Christiane Gagnon, vice-présidente de l'Office des professions du Québec (OPQ)

M^{me} Francine Girard, doyenne à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, représentante de la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ)

M^{me} Malika Habel, directrice des études au Collège Maisonneuve, représentante de la Fédération des cégeps

M^{me} Sylvie Hains, conseillère-cadre en soins infirmiers à la Direction des soins infirmiers du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M^{me} Nadine Lambert, vice-présidente responsable du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires de la Fédération de la santé et des services sociaux affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (FSSS-CSN)

M^{me} Johanne Lapointe, directrice des affaires externes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), à compter du 28 août 2013, en remplacement de madame Lucie Tremblay

M. Jean-François Lehoux, directeur général à la Direction générale des affaires universitaires et interordres du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MESRST), à compter du 17 septembre 2013

M^{me} Claire Montour, présidente de la Fédération de la santé du Québec affiliée à la Centrale des syndicats du Québec (FSQ-CSQ)

M. Robert Poulin, directeur général à la Direction de l'enseignement et de la recherche universitaires du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MESRST)

M^{me} Sylvie Savard, 4^e vice-présidente, représentante de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)

M^{me} Lucie Tremblay, présidente-directrice générale de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), jusqu'au 18 juin 2013, remplacée par madame Johanne Lapointe

M^{me} Marie-Andrée Ulysse, conseillère en organisation de services à la Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)

Annexe 2

Liste des personnes et des organisations qui ont collaboré aux travaux du groupe de travail

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MESRST)

M^{me} Marielle Gingras

M^{me} Lucie Vézina

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Martin Bédard

M^{me} Ingrid Tremblay

Annexe 3

Rapport FERASI

1. Le rapport FERASI

Pour alimenter sa réflexion et pour répondre aux directives du ministre, rappelons que le MSSS avait confié au centre FERASI le mandat de concevoir et de réaliser une étude concernant la formation de la relève infirmière. L'étude proposée visait trois principaux objectifs :

- Mieux comprendre les choix effectués en matière de formation initiale des infirmières dans plusieurs pays comparables au Canada et analyser l'impact de ces choix sur l'organisation des services de santé et sur la pratique infirmière.
- Examiner, à partir de l'expérience de différentes provinces canadiennes, les principaux défis qui ont marqué le processus de transition vers l'exigence d'un diplôme universitaire pour l'obtention du titre d'infirmière, les mesures prises pour relever ces défis et les implications d'un tel changement pour le système de santé et pour le système d'éducation.
- Effectuer une synthèse des défis majeurs auxquels doit faire face le système de santé québécois dans les prochaines années et examiner les avantages et les limites éventuelles des changements dans la structure actuelle du système de formation des infirmières pour relever de tels défis.

1.1. L'analyse de l'évolution des systèmes de formation initiale des infirmières dans des pays comparables au Canada

Pour réaliser cette analyse, six pays ont été retenus. Il s'agit de l'Angleterre, des États-Unis, de l'Australie, de la Norvège, de la France et de l'Allemagne.

1.1.1. L'Angleterre

Depuis 20 ans, la formation infirmière en Angleterre s'effectue exclusivement au niveau universitaire. Il n'y a aucune indication que ce rehaussement de la formation ait influencé défavorablement l'évolution des effectifs. En tenant compte de l'ensemble des infirmières en exercice (incluant celles qui travaillent à l'extérieur du *National Health Service* (NHS), l'Angleterre se compare favorablement par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE. Les problèmes d'effectifs posés dans les années 2000 et le recours massif au recrutement international qui en a résulté peuvent être associés davantage aux conséquences des soubresauts économiques et aux choix politiques de réduire les places disponibles dans les établissements de formation. Alors que le nombre de demandes d'admission a continué d'augmenter, le nombre de places rendues disponibles n'a pas suivi la même courbe ascendante.

La transition vers une formation de niveau universitaire a permis d'assurer que les soins infirmiers soient offerts par un personnel professionnel ayant non seulement des compétences de base rehaussées, mais aussi un accès à diverses passerelles pour développer leurs compétences. En suivant un processus

graduel devant permettre aux établissements d'amortir le choc de la transition, les compétences minimales requises ont été d'abord limitées à un diplôme universitaire d'études supérieures pour être ensuite rehaussées à un baccalauréat ès sciences. Cependant, en inscrivant la formation infirmière dans un cadre universitaire dès le début de la transition, l'Angleterre a affiché une rupture avec l'ancien modèle et une volonté de rénover et de rehausser le contenu de la formation infirmière pour qu'elle corresponde davantage aux défis du système de santé.

La transition d'un modèle d'apprenti à un modèle académique pour la formation infirmière a été associée à un arrêt de la formation des infirmières auxiliaires (*State Enrolled Nurse*). Ces dernières ont été, en fait, remplacées par un ensemble d'autres catégories de personnel non réglementé dont le travail est hautement important pour soutenir le travail professionnel de l'infirmière. À la suite des appels répétés de divers groupes, des mesures ont été engagées pour introduire un certain niveau de réglementation de la pratique de ce personnel de soutien.

Les changements dans la structure de formation auront permis aux infirmières de profiter des évolutions produites sur le marché du travail en santé. Les infirmières ont accès à diverses possibilités d'avancement, que ce soit au plan clinique ou au plan managérial. Ces possibilités peuvent non seulement donner lieu à un rehaussement du statut professionnel, mais peuvent aussi se traduire par un rehaussement des salaires en fonction du nouveau cadre de rémunération du NHS. Ces possibilités d'avancement ont été développées en parallèle avec le processus de transformation de la formation. Le développement des rôles de pratique avancée, la reconnaissance des infirmières dans des rôles experts exercés de manière autonome, la diversité des trajectoires de carrière clinique et managériale offertes aux infirmières correspondent à des évolutions récentes qui pourraient s'accommoder difficilement de l'ancien modèle de formation.

L'évolution de la formation infirmière en Angleterre est cohérente avec les efforts de transformation du NHS en vue d'améliorer sa performance. Le rehaussement de la formation infirmière aura constitué un prérequis assurant l'utilisation des infirmières dans des rôles élargis, notamment au niveau de la première ligne, une capacité accrue des infirmières à œuvrer de manière autonome dans divers contextes, un rôle accru des infirmières dans des actions de prévention et de promotion de la santé, des capacités augmentées des infirmières pour travailler en collaboration avec d'autres professionnels et pour coordonner l'offre de soins.

1.1.2. Les États-Unis

Pendant plusieurs décennies, les efforts visant à introduire une régulation nationale exigeant une formation universitaire pour exercer la profession infirmière aux États-Unis n'ont pas abouti malgré le *leadership* exercé par des organisations professionnelles très influentes. Cependant, toute une série convergente de facteurs, dont les forces du marché et les innovations dans la formation infirmière, a conduit à une transformation importante du réseau d'établissements de formation en soins infirmiers. Les faits les plus marquants de cette transformation sont l'attrition des programmes conduisant aux niveaux

de compétence les moins élevés (*Diploma*) et la croissance des programmes conduisant aux diplômes de compétence les plus élevés (*Bachelor of Science in Nursing* (BSN) et cycles supérieurs). Parallèlement, on aura observé une croissance soutenue des effectifs infirmiers ayant un diplôme universitaire. Aujourd'hui, 50 % des infirmières autorisées détiennent un BSN et un ensemble de forces convergentes cherchent à rallier leurs énergies pour atteindre une proportion de 80 % dans un proche avenir. Les évolutions observées (croissance rapide des programmes de BSN, croissance des admissions dans ces programmes, utilisation par les infirmières détenant un diplôme inférieur des possibilités qui leur sont offertes pour obtenir un BSN) indiquent que, compte tenu des conditions institutionnelles propres à ce pays, la transition déjà amorcée vers un rehaussement des compétences des infirmières pourrait continuer, même en l'absence de toute régulation, en étant portée par d'autres forces comme celles du marché.

La croissance des programmes de BSN au cours des dernières années et leur utilisation par une proportion croissante d'infirmières comme voie d'entrée dans la profession n'ont pas eu d'incidences défavorables sur l'évolution des effectifs infirmiers. On aura constaté que les effectifs de *Registered nurse* (RN) auront progressé de manière constante, passant de 7,17 % habitants en 1990 à 7,76 % en 2000 et à 8,59 % en 2011. L'attraction exercée par les programmes de BSN, comme en témoignent la croissance des demandes d'admission et les taux de rétention plus élevés dans ces programmes, suggère qu'on peut plutôt les utiliser comme leviers pour attirer des recrues dans la profession.

Au regard des salaires moyens des différents groupes de RN, on ne trouve pas d'indications suggérant qu'il est moins coûteux à terme d'investir dans les groupes de RN ayant les plus faibles niveaux de compétence. On aura constaté que l'écart entre le salaire moyen des détentrices d'un BSN (66 316 \$) et des détentrices d'un *Diploma* (65 349 \$) est marginal et que les salaires moyens de ces dernières sont plus élevés que ceux des détentrices d'un *Associate Degree in Nursing* (ADN) (60 890 \$).

L'évolution de la structure de formation et du marché du travail aura fait de l'obtention du diplôme de BSN une voie de passage presque obligée vers les trajectoires de carrière les plus prometteuses. En amont, les RN avec un *Diploma* ou un ADN peuvent profiter de diverses passerelles pour rehausser leurs compétences et pour obtenir un BSN. En aval, les détentrices de BSN se voient offrir un accès réservé non seulement à un certain nombre de domaines d'activités, mais aussi à diverses possibilités d'avancement professionnel.

L'évolution de la pratique infirmière aux États-Unis, notamment en ce qui a trait à la pratique avancée et à la spécialisation, à la croissance soutenue des effectifs de RN et à l'évolution parallèle des effectifs médicaux sont autant d'éléments qui suggèrent que l'investissement dans des infirmières avec de plus hauts niveaux de compétence et leur déploiement dans des secteurs névralgiques (première ligne, hôpitaux) ont offert aux États-Unis une solution efficiente afin de compenser le déficit relatif de personnel médical, de répondre à l'évolution de l'offre de soins et d'améliorer l'accessibilité.

1.1.3. L'Australie

L'Australie est un pays qui a effectué le transfert des programmes de formation infirmière à l'université depuis deux décennies. Cette transition, amorcée en 1984, a été complétée en 1993. On peut relever plusieurs éléments indicateurs d'une transformation du profil de la main-d'œuvre infirmière australienne vers un rehaussement qualitatif. Premièrement, bien que l'Australie ait conservé deux niveaux de personnel réglementé (RN et *Enrolled Nurse* (EN)), la proportion des RN les plus qualifiées a augmenté au détriment des EN durant la période qui a suivi la transition, passant de 78 % en 1995 à 82 % en 2011. Deuxièmement, la transition a été marquée non seulement par l'adoption d'un programme de formation générale pour les RN, mais aussi par une refonte et un rehaussement des programmes de formation des EN.

Le modèle académique de formation a donné l'occasion d'enrichir les possibilités de rehaussement des compétences offertes aux infirmières après la formation initiale et de permettre à ces dernières d'avoir les prérequis pour profiter de ces possibilités qui incluent, entre autres, des programmes de formation spécialisés à un niveau d'études supérieures et dispensés à l'université, des études de pratique avancée, la formation à la maîtrise ou au doctorat.

Les données recueillies indiquent que le rehaussement des programmes de formation des RN aura créé une pression transitoire sur la main-d'œuvre, sans toutefois affecter durablement les effectifs. Au cours de la période qui a immédiatement suivi la transition, les effectifs (bien qu'ayant augmenté en chiffres absolus) ont diminué en ce qui a trait au ratio par habitant, passant de 9,49 % habitants en 1995 à 9,44 % en 2001. Le nombre d'infirmières recrutées dans les programmes de formation a aussi diminué de 19 % entre 1996 et 2001. Cependant, la situation s'est inversée par la suite avec une croissance des admissions, du nombre de diplômées et des effectifs infirmiers conduisant à un ratio de 10,32 infirmières pour mille habitants en 2011.

Le modèle académique de formation a donné l'occasion de construire des trajectoires de carrière professionnelle avec diverses possibilités d'avancement. Le cheminement de carrière type comporte cinq niveaux. Si la formation initiale donne accès au premier niveau, les diverses possibilités de perfectionnement procurent aux infirmières les atouts nécessaires pour accéder aux quatre autres niveaux. Par ailleurs, bien qu'il faille traiter avec prudence les données parcellaires collectées en matière de rémunération, ces dernières semblent suggérer que la transition pourrait avoir été associée à une plus grande reconnaissance du travail des infirmières. En 1993, le salaire moyen des médecins généralistes correspondait à 1,7 fois le salaire d'une infirmière. Ce ratio a reculé à 1,54 en 2000 et à 1,39 en 2010.

Le modèle académique de formation a ouvert la voie à un élargissement du champ de pratique des infirmières en fournissant, entre autres, un levier pour le développement de la pratique avancée et la prise en charge de plus hautes responsabilités par des infirmières spécialisées. Un tel développement s'inscrit en continuité avec des composantes majeures des récentes réformes du système de santé, notamment le renforcement des activités de soins de santé primaires.

1.1.4. La Norvège

Depuis 1981, la Norvège a institué un diplôme de niveau universitaire comme porte d'entrée dans la profession infirmière. Sans qu'il soit possible d'établir un lien causal, on peut noter que le ratio de diplômées à titre d'infirmière pour 100 000 habitants est le plus élevé des pays de l'OCDE et a augmenté considérablement depuis 1980. On peut aussi noter que la Norvège se place actuellement au premier rang des pays de l'OCDE pour la densité d'infirmières autorisées. Ce cas offre donc une illustration convaincante que l'exigence de formation de niveau universitaire ne constitue pas une menace à la croissance des effectifs. Dans le cas de la Norvège, elle est plutôt associée à une capacité de produire un grand nombre d'infirmières et d'assurer un niveau d'effectifs qui est le plus élevé dans le monde industrialisé.

La structure de formation choisie assure à la Norvège une main-d'œuvre hautement qualifiée pour offrir les services infirmiers. En transférant les programmes de formation à l'université, la Norvège a non seulement rehaussé les exigences d'entrée dans la profession, mais a aussi facilité l'accès des infirmières à diverses possibilités de rehaussement de leurs compétences après la formation initiale. Ces possibilités sont notamment ouvertes par les différents programmes de spécialisation. Ainsi, la plupart des soins sont offerts par des infirmières ayant un diplôme supérieur au baccalauréat. Les infirmières spécialistes représentent, en matière d'équivalents temps plein (ETP), 51 % des effectifs totaux d'infirmières, suivant des données compilées pour les établissements de soins hospitaliers aigus, les services de soins de santé primaires dans les municipalités et les établissements psychiatriques. Une certaine cohérence peut aussi être observée entre les niveaux de rémunération et les niveaux de compétence requis. Les salaires moyens des infirmières généralistes et spécialistes se comparent à ceux des pharmaciens ayant les mêmes niveaux de formation et l'écart avec les médecins est moins élevé en comparaison d'autres pays.

Le modèle académique de formation infirmière choisi en Norvège, en rupture avec le modèle d'apprenti, est associé à un champ de pratique relativement large et à un niveau d'autonomie relativement important pour différents groupes d'infirmières : les infirmières de santé publique et les sages-femmes qui gèrent leurs propres services dans les centres de santé locaux des municipalités, les infirmières psychiatriques qui ont la responsabilité de gérer et de traiter leurs propres patients en collaboration avec des médecins dans les centres psychiatriques de district, les infirmières cliniciennes spécialistes qui gèrent des *Nurse-led clinics* assurant la prise en charge de patients souffrant de maladies chroniques dans les services de consultation externes des hôpitaux.

La structure de formation infirmière et l'évolution de la pratique infirmière en Norvège fournissent à ce pays d'importants leviers pour soutenir les réformes envisagées, notamment au niveau de la première ligne. Le niveau de préparation initiale des infirmières, les formations complémentaires auxquelles elles ont accès, les modalités éprouvées d'organisation de leur pratique à titre de professionnelles bénéficiant d'une large autonomie sont autant d'atouts qui peuvent être mis à contribution pour les renforcements envisagés dans les soins de santé primaires.

La structure de formation de personnel de soins en Norvège réserve le statut de professionnelles de soins infirmiers exclusivement aux infirmières. Le titre d'infirmière auxiliaire a été abandonné pour un titre plus générique de *Health Care Workers* (personnel soignant) et une formation également plus générique préparant à un rôle de soutien. Cependant, au regard du curriculum de formation des *Health Care Workers* et de la durée de formation de ces dernières, les infirmières peuvent profiter dans le cadre de leur travail du soutien d'auxiliaires qui sont très qualifiées.

1.1.5. La France

Le profil de la main-d'œuvre infirmière en France se compare défavorablement à d'autres pays de l'OCDE, et ce, tant au plan qualitatif que quantitatif. Au plan quantitatif, les effectifs de personnel infirmier qualifié observés (effectifs pour 1 000 habitants et ratio infirmière/médecin) sont inférieurs à plusieurs pays de l'OCDE. La France doit ainsi miser sur du personnel moins qualifié, les aides-soignantes, dont les effectifs ont connu une croissance importante, particulièrement au cours des dix dernières années, dépassant ceux des infirmières. Il faut reconnaître que plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer ces effectifs relativement faibles d'infirmières qualifiées. Cependant, au nombre de ces facteurs, on doit inclure le faible statut de la profession et une législation qui a confiné les infirmières dans un statut d'auxiliaires médicales, réduisant l'attrait pour la profession. On peut relever la proportion non marginale (9 %) de places non comblées annuellement dans les établissements de formation, alors que dans d'autres pays (États-Unis, Angleterre) un certain nombre de demandes qualifiées doivent être rejetées chaque année. Au plan qualitatif, les infirmières en exercice en France ont été jusqu'ici formées exclusivement dans le cadre d'un enseignement de niveau technique qui reflète le modèle d'apprenti et qui ne les préparait donc pas à exercer certains rôles. Par ailleurs, les possibilités de rehaussement des compétences au plan clinique, après la formation initiale, étaient jusqu'ici très limitées. La reconnaissance universitaire des programmes de formation en soins infirmiers, les partenariats désormais obligatoires entre les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et les universités et le développement récent de programmes proprement universitaires en soins infirmiers sont autant de changements qui pourraient modifier positivement, à terme, le profil de la main-d'œuvre.

Dans un contexte où les changements peuvent être longs et difficiles et où les organisations professionnelles sont éclatées, le processus de Bologne a ouvert une fenêtre d'opportunités qui a été saisie. La reconnaissance des soins infirmiers comme discipline académique, l'offre de programmes universitaires en soins infirmiers aux trois cycles (LMD : licence, master et doctorat) et le développement de la recherche infirmière restent des objectifs à atteindre. Cependant, plusieurs éléments indiquent un virage vers une transformation profonde et un rehaussement de la formation des infirmières. On peut relever, entre autres, les changements dans le référentiel des compétences infirmières qui sert de cadre pour l'élaboration des programmes de formation et l'association des IFSI aux universités pour offrir une partie des programmes.

Par rapport au marché du travail, la structure de formation offrait jusqu'ici aux infirmières peu de possibilités de mobilité verticale et d'avancement clinique. On note un faible développement de la pratique avancée en dépit des possibilités que pourrait offrir à cet égard le mode d'exercice libéral pratiqué par plus de 16 % des infirmières. Mises à part les spécialisations possibles uniquement dans trois domaines, les principales possibilités d'ascension professionnelle sont celles conduisant à une carrière de cadre en dehors des soins. Cependant, encore ici, les concours pour accéder à la formation sont plutôt sélectifs et les places sont rares.

Les enjeux en matière d'efficience, de pénurie d'effectifs médicaux, de développement des soins à domicile poussent vers des rôles élargis de l'infirmière. La loi HPST (hôpital, patients, santé et territoire), légalisant le transfert de tâches entre professionnels, constitue sans doute un développement important à cet égard. La reconnaissance universitaire de la formation en soins infirmiers et la mise en place récente de programmes universitaires en soins infirmiers au deuxième cycle constituent aussi des développements importants qui pourraient soutenir l'évolution de la pratique infirmière.

1.1.6. L'Allemagne

La formation infirmière en Allemagne a lieu essentiellement dans le cadre d'un enseignement collégial offert dans des écoles rattachées à des hôpitaux. Le profil de compétence du personnel infirmier se compare défavorablement à celui d'autres pays qui ont effectué le transfert de la formation infirmière à l'université. Suivant les données qui ont pu être recueillies, 99 % des infirmières en Allemagne détiendraient un diplôme qui ne dépasse pas le niveau collégial. Le nombre de diplômées universitaires recensé en 2011 (2 950 diplômées) suggère toutefois que la situation pourrait être en train d'évoluer. Par ailleurs, en raison de la structure de formation, les possibilités de rehaussement des compétences sont limitées et vite plafonnées. La principale filière de formation complémentaire est la spécialisation, mais celle-ci est, elle aussi, offerte au niveau collégial, dans des écoles rattachées à des hôpitaux. En plus des infirmières, l'offre de soins repose sur les infirmières auxiliaires dont la formation semble limitée (500 heures d'enseignement théorique et 1 100 heures de stage) et sur des aides-soignantes dont la formation n'est pas réglementée. Les rôles, plus ou moins étendus et assumés par les infirmières au niveau de la première ligne dans d'autres pays, sont comblés dans une certaine mesure par les médecins eux-mêmes avec le soutien d'assistants médicaux moins qualifiés que les infirmières.

La formation initiale à l'université est possible pour les infirmières depuis 1991. Cependant, jusqu'ici, elle n'a pas été instituée comme une véritable seconde porte d'entrée. Depuis plus d'une décennie, les associations professionnelles militent, avec peu de succès, pour sortir les écoles d'infirmières des hôpitaux et pour offrir une formation plus adaptée à l'évolution du système de santé. Récemment, un groupe d'experts aux deux paliers de gouvernement a fait des propositions allant dans le même sens. Une réforme de la formation est actuellement en cours. De nouveaux développements pourraient avoir lieu et, tout au moins, amener à instituer la formation universitaire comme véritable porte d'entrée alternative, ce qu'elle n'est pas réellement à ce jour.

Un ensemble de facteurs qui incluent la structure de formation, l'absence de structures d'autorégulation et des possibilités limitées de rehaussement des compétences créent des conditions peu favorables au rehaussement du statut professionnel des infirmières et limitent les options en ce qui a trait aux trajectoires de carrières professionnelles. L'avancement dans une carrière clinique est vite plafonné. Les carrières académiques sont aussi limitées dans un contexte où une proportion limitée de membres de la profession détiennent un diplôme universitaire et où une faible proportion de candidates à la profession optent pour la filière académique de formation.

La structure de formation pose une contrainte au positionnement des infirmières sur le marché du travail. La grille de rémunération est établie à partir des niveaux de compétence, répartis sur une échelle allant de 1 à 13. Les infirmières commencent leur carrière au niveau 6. Le niveau 10 n'est accessible qu'aux détentrices d'un diplôme de bachelière. Dans l'état actuel de la main-d'œuvre, seulement une très faible proportion d'infirmières pourra dépasser le niveau 9.

La structure de formation actuelle offre peu de leviers à l'élargissement du champ de pratique. Le cadre légal reconnaît à l'infirmière des rôles propres et des rôles dépendants de la prescription médicale. Cependant, pour plusieurs, la pratique infirmière s'inscrit essentiellement dans le cadre d'un travail prescrit. La pratique avancée est embryonnaire. Les évolutions récentes du système de santé ouvrent des possibilités d'élargissement des rôles infirmiers, particulièrement en soins à domicile. Les réformes envisagées en matière de renforcement des filières universitaires pourraient fournir aux infirmières des moyens supplémentaires pour profiter de ces possibilités.

1.2. Les grands constats de la formation infirmière dans ces pays du monde

1.2.1. Différents systèmes de santé en transformation, une constante : la mutation de la formation infirmière

Les différents systèmes de santé étudiés présentent chacun leurs particularités reflétant, dans chaque cas, les contextes institutionnels et les traditions propres à chaque pays, les choix politiques et les situations économiques. Au-delà des différences, les systèmes de santé présentent un certain nombre de similitudes et partagent les mêmes principes d'universalité, de financement public des services, d'intervention de l'État dans l'administration et la prestation des services, à l'exception notable du système de santé américain. Dans tous ces pays, des réformes importantes ont été engagées au cours des dernières années dans la perspective d'améliorer l'accès, de contrôler les coûts et d'accroître l'efficacité du système. Les différents cas témoignent ainsi, à différents degrés, d'une volonté d'adaptation de la main-d'œuvre infirmière pour soutenir l'évolution des systèmes de santé et pour relever les défis auxquels ces derniers doivent faire face. Cette volonté d'adaptation se manifeste dans les évolutions constatées dans la pratique infirmière et les innovations dans les rôles infirmiers, notamment au niveau de la première ligne de soins. Elle se reflète également dans l'évolution perceptible de la discipline infirmière elle-même, en matière d'investissement de nouveaux champs d'activités, de maîtrise de nouveaux savoirs et de développement de nouvelles spécialisations.

Dans tous les pays, ces développements sont aussi associés à une mutation plus ou moins importante de la formation infirmière. Cette mutation, complétée depuis plusieurs décennies en Norvège, en Australie et en Angleterre, a été amorcée plus récemment en France et en Allemagne. Dans les quatre premiers pays, elle est marquée par le transfert des programmes de formation infirmière au niveau universitaire et par la rupture avec un modèle d'apprenti pour un modèle académique. En Allemagne, les réformes envisagées pourraient permettre d'instituer la formation universitaire comme une véritable porte d'entrée alternative. Aux États-Unis, où cette mutation est caractérisée par une forme de gradation, on constate encore ici une croissance des programmes de formation universitaire et une attrition des programmes basés sur le modèle d'apprenti.

1.2.2. Des structures de gouvernance qui offrent différents niveaux de soutien à ce processus de mutation

Au-delà de l'adaptation à l'évolution des systèmes de santé, cette mutation de la formation infirmière reflète aussi une volonté de valorisation et de reconnaissance à la fois de la discipline et de la profession infirmière et des développements qui s'y sont produits. Bien que cette volonté soit perceptible dans l'ensemble des pays étudiés, elle n'aura pas évolué au même rythme et elle n'est pas traduite par des transformations de même ampleur, et ce, tant au plan de la formation infirmière qu'au plan de la pratique infirmière et du positionnement des infirmières sur le marché du travail.

L'Angleterre et l'Australie sont deux pays qui ont amorcé et complété la transition vers la formation infirmière au niveau universitaire depuis deux décennies. On peut aussi relever qu'il s'agit de deux pays où la profession infirmière dispose d'un ensemble de leviers qui lui permettent d'influencer la structure de formation de leurs membres, l'évolution de leur champ de pratique et le contrôle de leur exercice. À l'opposé, la France et l'Allemagne sont deux pays qui n'ont que tout récemment amorcé la transition vers une formation infirmière de niveau universitaire. On peut aussi relever qu'il s'agit de deux pays où la profession infirmière dispose de moins de leviers en matière de gouvernance pour influencer son évolution (en comparaison à l'Angleterre et à l'Australie). En comparaison aux deux groupes de pays précédents, les États-Unis et la Norvège constituent plutôt des cas hybrides associant des privilèges d'autorégulation de la profession à des rôles importants réservés à des organismes d'État.

1.2.3. Une mutation qui se traduit par une convergence des programmes de formation

L'analyse des différents cas étudiés laisse entrevoir une évolution vers une convergence dans la structure des programmes de formation infirmière. En effet, au-delà des frontières nationales, cette mutation aura été accélérée, au cours des dernières années, tant par le processus d'internationalisation de la main-d'œuvre professionnelle que par l'internationalisation des marchés. Le processus de Bologne à l'échelle européenne, les accords régionaux de libre-échange et les accords de partenariat sur la libre circulation de la main-d'œuvre sont autant de forces convergentes qui ont créé des pressions pour standardiser les niveaux de compétence des professionnels et qui ont forcé à revoir les programmes de formation des

infirmières, ces dernières constituant l'une des catégories professionnelles les plus touchées par la mobilité internationale. Cette mutation se manifeste au travers de différents éléments qui touchent :

- *Le nombre de niveaux alternatifs de formation donnant accès à la profession.* L'exigence d'une formation initiale de premier cycle universitaire observée dans un nombre croissant de pays dont quatre parmi ceux étudiés (Angleterre, Norvège, Australie et France) se traduit par un accès unique dans la profession.
- *Les prérequis à l'admission.* On peut observer que la préparation exigée est habituellement une scolarité générale de douze années. Elle s'élève à treize années pour la Norvège, comme c'est le cas pour le cursus universitaire du Québec.
- *La durée des programmes de formation.* On peut observer que, dans les cas étudiés, les programmes de formation initiale durent en général trois ans, s'étendant jusqu'à quatre ans en Angleterre, aux États-Unis (pour les programmes de BSN) et dans le reste du Canada.
- *Le contenu des programmes de formation.* Les données recueillies pour les différents cas laissent entrevoir de manière suffisamment nette que le transfert des programmes de formation à l'université est aussi associé à l'abandon du modèle d'apprenti au profit d'un modèle académique de formation.
- *L'orientation généraliste des programmes.* Les programmes de formation initiale préparent le plus souvent des infirmières généralistes qui peuvent toutefois s'orienter vers une spécialité par la suite.
- *Le développement de programmes de formation aux cycles supérieurs.* Dans les pays étudiés, les infirmières ont accès, à différents degrés, à divers programmes formels de spécialisation, des programmes universitaires de cycles supérieurs ou de pratique avancée.

1.2.4. Le transfert de la formation infirmière à l'université : un levier pour renforcer l'attraction de la profession et pour augmenter les effectifs

Cette analyse montre que le relèvement du seuil de formation constitue davantage un levier pour renforcer les effectifs qu'une menace. Les trois pays qui ont amorcé la transition depuis plusieurs décennies et qui l'ont complétée (Norvège, Australie et Angleterre) ont aujourd'hui les effectifs d'infirmières les plus élevés en tenant compte de leur population respective (nombre d'infirmières autorisées professionnellement actives pour 1 000 habitants). Dans les trois pays précités, le ratio d'infirmières autorisées pour 1 000 habitants aura progressé par rapport à la date où le transfert des programmes au niveau universitaire a été effectué. Les données disponibles pour deux des cas étudiés (États-Unis et Angleterre) indiquent que les taux de rétention sont plus élevés dans les programmes de formation universitaire conduisant au diplôme de bachelière par rapport aux programmes conduisant à un diplôme à un niveau d'études inférieur.

Au-delà des effectifs, la mutation de la formation infirmière peut aussi être associée, au plan qualitatif, à des transformations observées à divers degrés dans les profils de compétence du personnel dédié aux soins. Dans les trois pays où la transition est complétée, le constat est que les populations peuvent bénéficier de services de personnel de soins qui ont globalement de plus hauts niveaux de compétence.

1.2.5. Le modèle académique de formation infirmière : un tremplin pour offrir de meilleures trajectoires de carrière professionnelle aux infirmières

Les observations effectuées suggèrent qu'un modèle de formation générale offert à l'université ouvre de plus vastes possibilités de carrière pour les infirmières et permet de leur offrir de meilleures trajectoires de carrière professionnelle. Au plan clinique, ces possibilités d'avancement sont notamment offertes par les nombreux programmes de spécialisations reconnus auxquels les infirmières détenant un diplôme universitaire peuvent avoir accès. La formation universitaire prépare aussi les infirmières à occuper des postes de *leadership*, tant clinique que managérial, dans les établissements de santé. Le modèle de formation générale qui prévaut dans ces pays se solde aussi en un plus large bassin d'infirmières avec les préalables requis nécessaires pour s'engager dans des études de deuxième ou de troisième cycle et, éventuellement, dans une carrière académique. Plusieurs observations semblent suggérer un meilleur positionnement des infirmières sur le marché du travail en Angleterre, en Norvège, en Australie et aux États-Unis, des pays où la transition est bien avancée ou complétée par rapport à l'Allemagne et la France.

1.2.6. Des indications qui suggèrent un élargissement de l'étendue de la pratique associé au modèle de formation générale

À partir de cette analyse, nous pouvons dégager deux tendances lourdes observées dans les pays où le modèle de formation générale est bien établi ou est à un stade avancé (Norvège, Australie, Angleterre et États-Unis) :

- La première tendance est le renforcement de l'autonomie fonctionnelle des infirmières dans les rôles qui leur sont traditionnellement dévolus et qu'elles peuvent exercer de manière indépendante. Ce renforcement se traduit par la possibilité pour les infirmières d'accéder à leur clientèle sans l'intermédiaire du médecin ou de la prescription médicale. Ce renforcement se manifeste également par l'appropriation de certains secteurs d'activités où les infirmières sont susceptibles de profiter d'une plus grande autonomie.
- La deuxième tendance est l'accroissement des possibilités de substitution à l'intervention médicale pour certains actes techniques. Ces possibilités sont, dans les cas étudiés, offertes surtout à des infirmières qui ont une formation universitaire allant souvent au-delà de la formation initiale : spécialisation, maîtrise de pratique avancée, crédits de cours associés à une expérience clinique, etc. Ces possibilités se traduisent par l'accès de certaines catégories d'infirmières ayant les compétences nécessaires pour effectuer des actes dits nobles de l'activité médicale (diagnostic, prescription, référence).

1.3. Examen du processus de transition dans les provinces canadiennes ayant réalisé le virage vers l'obtention obligatoire d'un diplôme universitaire pour l'exercice de la pratique infirmière

1.3.1. La Colombie-Britannique

En juin 1982, les déléguées du congrès de la *Registered Nurses Association of British Columbia* (RNABC) ont statué qu'à compter de l'an 2000, les infirmières devraient obtenir un baccalauréat. Bénéficiant d'un large soutien de la part des acteurs du monde infirmier et des associations d'employeurs, les arguments en faveur étaient fondés sur l'économie que représente une formation universitaire dès le départ, sur les compétences acquises au baccalauréat et, enfin, sur l'attraction plus grande d'une formation universitaire. Des fonctionnaires cumulant plusieurs années d'ancienneté, œuvrant au sein des ministères de la Santé et de l'Éducation de la Colombie-Britannique, s'opposaient au projet de loi en suggérant qu'il s'agissait davantage d'un levier d'ascension sociale que de connaissances supplémentaires, que la formation existante répondait adéquatement aux besoins des milieux cliniques et, finalement, que des coûts importants en découleraient, notamment en raison des salaires plus élevés et de l'ajout de ressources dans les programmes. De leur côté, les syndicats des enseignants demeuraient neutres.

Avant la Colombie-Britannique, plusieurs pays avaient déjà fait le choix de rendre obligatoire le baccalauréat, notamment la Nouvelle-Zélande, l'Australie, la Finlande, la Suède, l'Islande et quelques pays latino-américains. Les États-Unis représentaient une exception notable à cette tendance et au Canada, le baccalauréat était obligatoire dans cinq provinces. Trois types de facteurs interreliés militaient pour rehausser le niveau d'éducation des infirmières : des changements dans l'état de santé des Canadiens (chez les individus, les familles et les communautés) et dans le système de prestation de soins de santé, des changements quant à notre compréhension collective de ce qu'est la santé et la maladie et des changements dans la pratique, l'éducation, l'administration et la recherche en sciences infirmières. Au tournant du millénaire, les recherches menées sur le sujet ont eu tendance (dans l'ensemble) à confirmer les hypothèses des défenseurs du projet de loi et à réfuter celles des opposants.

En septembre 2002, après une décennie de lobbying, un environnement politique favorable a eu un rôle déterminant dans le processus d'adoption de la loi. Parmi les mesures de transition, le gouvernement annonçait 640 nouvelles places dans les programmes d'études pour les infirmières, les infirmières auxiliaires et les infirmières désirant prendre des cours de remise à niveau, et l'ajout de places supplémentaires prévues pour les années subséquentes. En cette période de transition, le modèle de la collaboration qui unissait déjà des collèges indépendants et des universités a été adopté plus largement même si quelques collèges ont décidé d'offrir un baccalauréat d'études appliquées plutôt que de poursuivre dans un programme de collaboration.

De façon générale, l'impact de la loi est évalué positivement par les représentants des ministères de la Santé et de l'Éducation de la Colombie-Britannique et, dans les années qui ont suivi, une hausse très importante du nombre de diplômées a été observée. De l'avis des personnes interrogées, les impacts de

la loi adoptée en 2002 sont de meilleurs programmes, des infirmières autorisées mieux préparées et un raisonnement critique amélioré.

1.3.2. Le Nouveau-Brunswick

Au Nouveau-Brunswick, à la fin des années 1980, l'argument principal en faveur du projet de loi (formation initiale au baccalauréat en sciences infirmières) était que les candidates à la profession infirmière devaient être préparées encore plus adéquatement avant de faire leur entrée sur le marché du travail. Toutefois, plusieurs infirmières ayant reçu une formation non universitaire craignaient la dévaluation de leur diplôme et la diminution des possibilités d'accèsion à des postes supérieurs. De plus, les enseignants craignaient la fermeture des écoles et la perte de leurs emplois.

En 1987, les 6 879 infirmières membres du *New Brunswick Association of Registered Nurses* (NANB) étaient appelées à voter sur le rehaussement de la formation infirmière. De ces 6 879 infirmières, le syndicat en représentait 5 695. Si la loi devait être adoptée, la NANB garantissait le droit de pratique des infirmières sur le marché du travail avec une clause « grand-père ». Toutefois, cette clause ne s'étendait pas à la mobilité verticale et les infirmières détentrices d'un baccalauréat risquaient d'avoir accès à des postes supérieurs au détriment des autres infirmières. Le syndicat a proposé à la NANB un amendement qui consistait à protéger les droits de pratique des infirmières sur le marché du travail. Cette proposition a été refusée par la NANB.

Quarante et un pour cent (41 %) des membres du NANB ont exercé leur droit de vote et la résolution a été défaite par une marge d'un peu plus de 2,4 %. Les partisans du « oui » ont jeté le blâme sur la campagne négative menée par le syndicat. À la suite de ces allégations, la NANB a mené une enquête, trois mois après le vote, et l'a annulée sous des motifs d'ingérence et d'intimidation. En 1989, la NANB a de nouveau soumis la politique au vote de ses membres. Cette fois, elle a accepté l'amendement du syndicat et ce dernier a donné son aval à la politique; celle-ci a été adoptée sans perturbation.

La nouvelle politique a été adoptée par le gouvernement provincial en 1993 et l'autorisation a été accordée au NANB d'accroître les compétences obligatoires en sciences infirmières. En contrepartie, le gouvernement faisait également l'annonce d'une réduction du nombre d'infirmières qui allaient être formées dans les années à venir.

Les infirmières ont décrit la période ayant suivi l'adoption de la nouvelle politique comme celle d'un grand bouleversement étant donné le peu d'information qui leur était transmise quant aux changements en cours. Les éléments suivants auraient pu atténuer les effets négatifs de la réorganisation du système de santé : la clarification des rôles pour tous les membres des équipes de soins et la présence de ressources suffisantes pour assister les infirmières dans leurs nouveaux rôles.

Malgré les difficultés rencontrées dans le processus, les acteurs soulignent que les compétences acquises dans le cadre du programme de baccalauréat permettent aux infirmières d'apporter une contribution essentielle à la santé des Néo-Brunswickois.

1.3.3. L'Ontario

En 1972, la *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) a entériné une proposition qui suggérait que le baccalauréat devrait être la formation initiale obligatoire pour exercer la profession d'infirmière en Ontario. L'*Ontario Nurses Association* (ONA) a appuyé cette proposition en 1994 à la condition que les emplois et les droits des infirmières diplômées dans les collèges soient protégés.

En 1998, le *College of Nurses of Ontario* (CNO) est arrivé à la conclusion qu'il était dans l'intérêt du public de rehausser les exigences de formation initiales, car les infirmières devaient dorénavant assumer des responsabilités importantes dès leur arrivée sur le marché du travail. Le CNO a recommandé publiquement que le baccalauréat devienne la formation initiale obligatoire pour pouvoir exercer la profession d'infirmière en Ontario.

En 1998, la ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a mis sur pied un groupe de travail (*Nursing Task Force*) sur les soins infirmiers. Le mandat de ce groupe de travail consistait à étudier l'impact des réformes du système de santé sur la profession infirmière et sur la prestation des services infirmiers. En accord avec la position adoptée par le CNO en 1998, le groupe de travail suggérait au gouvernement de rendre obligatoire le baccalauréat pour les nouvelles diplômées.

En avril 2000, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités ont annoncé que le baccalauréat de quatre ans était dorénavant la nouvelle norme pour être admissible à l'exercice de la profession. Ce changement de régime s'appliquait aux étudiantes qui commençaient leur formation à l'automne 2001. À compter du 1^{er} janvier 2005, toute candidate à la profession infirmière désirant être admise pour une première fois devrait posséder un baccalauréat en sciences infirmières.

Le gouvernement de l'Ontario, les universités et les collèges ont fait des efforts considérables au tournant du millénaire pour construire des programmes de collaboration en sciences infirmières et pour s'assurer de leur pérennité. À l'instar des programmes universitaires de baccalauréat traditionnels qui sont toujours disponibles, les programmes de collaboration offrent une formation universitaire de qualité.

L'existence du baccalauréat est largement perçue comme un gage de qualité, car plusieurs interventions que doivent effectuer les infirmières pour répondre à la complexité accrue des conditions des patients requièrent maintenant des compétences acquises au baccalauréat

1.4. Des constats concluants sur le processus de transition

La position adoptée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (l'AIIIC) en 1982 a été déterminante dans les processus d'adoption des lois dans les trois provinces étudiées. Compte tenu des changements dans les systèmes de santé canadiens, l'AIIIC a adopté la position suivante : l'exigence de formation minimale pour pouvoir exercer la profession d'infirmière au Canada devrait être de niveau universitaire avant l'an 2000.

Les gouvernements du Nouveau-Brunswick (en 1993), de l'Ontario (en 2000) et de la Colombie-Britannique (en 2002) ont tour à tour adopté une loi faisant du baccalauréat la formation initiale obligatoire pour exercer la profession d'infirmière.

Les associations professionnelles des infirmières, au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique, ont le mandat de représenter les intérêts de la profession et de la réglementer afin de protéger l'intérêt public. En Ontario, ces rôles sont partagés entre deux groupes distincts alors que le RNAO représente la profession et le CNO fixe les exigences quant à l'exercice de la profession. Les trois provinces étudiées comptent également sur des syndicats qui négocient au nom des infirmières les conventions collectives de travail.

Dans les trois cas étudiés, un consensus à propos du rehaussement de la formation initiale a été nécessaire au sein de la profession avant de passer à l'étape suivante. Les solutions proposées par les associations d'infirmières se devaient de satisfaire tous les acteurs concernés avant que cette politique puisse être adoptée.

La protection des emplois et des droits des infirmières diplômées dans les collèges a été une étape incontournable pour obtenir l'appui des syndicats.

Le développement de nouveaux programmes de formation initiale, dans le cadre du partenariat entre les collèges et les universités, a permis d'aller chercher l'appui de plusieurs infirmières.

Les cas étudiés nous montrent l'importance des orientations prises par le parti politique provincial au pouvoir. Le gouvernement doit être conscientisé aux revendications des infirmières et à la qualité des relations entre les leaders infirmières, le ministère de la Santé et la *Chief Nursing Officer* qui sont déterminantes pour l'adoption de cette politique.

L'adoption de cette politique semble favoriser l'attraction d'excellentes candidates dans les programmes de formation de premier cycle universitaire.

Une fois diplômées, plusieurs excellentes étudiantes font le choix d'entreprendre des études de deuxième et de troisième cycles. Ces infirmières contribuent directement à des soins infirmiers de qualité lorsqu'elles travaillent dans le système de santé et indirectement lorsqu'elles forment d'autres étudiantes qui deviendront infirmières.

À la lumière de notre revue de littérature exhaustive et des entrevues effectuées avec des acteurs importants dans les processus étudiés, nous pouvons conclure qu'aucune province étudiée ne semble regretter d'avoir adopté cette politique et ne voudrait effectuer un retour en arrière.

1.5. L'analyse des changements dans la structure actuelle du système de formation initiale des infirmières au regard des défis importants auxquels doit faire face le système de santé québécois

Les propositions de politiques visant à relever les défis auxquels doit répondre le système de santé convergent autour de quatre éléments principaux : le renforcement des soins de santé primaires et des

activités de prévention, le développement de modèles de soins plus intégrés, centrés sur les patients et offerts de manière coordonnée par les différents établissements et prestataires concernés, la reconfiguration des services hospitaliers pour répondre aux besoins de clientèles ayant des conditions plus complexes, la reconfiguration des rôles des professionnels et de personnel de soins dans une perspective d'utilisation plus efficiente des ressources disponibles.

Autant les écrits scientifiques que les expériences internationales montrent que les infirmières peuvent apporter une contribution importante pour renforcer l'offre de soins de santé primaires. Cependant, ceci a différentes implications en matière de préparation de la main-d'œuvre infirmière et d'exigences de compétences. Au Québec, la formation actuelle d'une majorité d'infirmières au niveau collégial n'assure pas qu'elles soient dotées de l'ensemble des compétences requises pour optimiser leur contribution aux soins de santé primaires.

L'implication des infirmières comme acteurs majeurs dans des réseaux intégrés de soins exige d'elles de développer un ensemble de compétences clés qui sont de trois ordres : des compétences cliniques, des compétences en matière de coordination des soins et des compétences de *leadership*. Au Québec, si le cadre légal de pratique des infirmières offre la latitude nécessaire pour permettre à ces dernières d'exercer des rôles étendus dans les réseaux intégrés de soins, toutes les compétences requises pour exercer ces rôles ne sont pas pleinement couvertes par le seul niveau de formation collégiale.

Les réorganisations importantes envisagées dans les soins hospitaliers ou qui pourraient résulter de la redistribution des services entre les différents niveaux de soins nécessiteront des ajustements de la main-d'œuvre infirmière hospitalière et de sa préparation, que ce soit en soins aigus, en soins critiques ou en soins de longue durée. Au Québec, les milieux cliniques n'exigent pas de formation universitaire pour travailler dans ces champs cliniques ou dans ces contextes plus complexes et critiques de soins. Pourtant, certaines compétences nécessaires aux soins dans des situations complexes et aux soins critiques (ex. : urgence, soins intensifs, salle de réveil, soins aux grands brûlés, soins intensifs en psychiatrie) ne sont actuellement développées qu'au niveau universitaire.

Au Québec, le cadre légal actuel confère, en principe, une portée relativement large au champ d'exercice des infirmières. Cependant, les indications fournies dans divers avis émis des représentants de la communauté infirmière suggèrent que la structure actuelle de formation ne permet pas à toutes les infirmières d'être habilitées à investir pleinement leur champ de pratique. Dans la situation actuelle, le capital que constitue la main-d'œuvre infirmière ne peut être utilisé dans sa pleine mesure parce que la structure de formation actuelle ne permet pas de doter l'ensemble des infirmières des compétences requises pour occuper toute l'étendue de leur champ de pratique dans les divers contextes de soins.

1.5.1. Transformation de la formation infirmière au Québec : quelle justification

Ce volet de l'étude documente dans quelle mesure un rehaussement de la formation initiale des infirmières peut se justifier au regard du processus de transformation des services de santé et des facteurs qui influencent cette transformation.

1.5.2. Des propositions convergentes de politiques visant à répondre à ces pressions

Les défis auxquels doit répondre le système de santé québécois ont été documentés au cours des dernières années dans de nombreux rapports effectués tant par des chercheurs et des analystes politiques que par des agences gouvernementales, des organisations professionnelles et les différentes commissions d'enquête. Les propositions convergent autour de quatre éléments principaux :

- Le renforcement des soins de santé primaires et des activités de prévention et le redéploiement des services pour les rapprocher davantage des individus dans leur communauté ou leur domicile.
- Le développement de modèles de soins plus intégrés qui soient interdisciplinaires et interprofessionnels, centrés sur les patients et offerts en partenariat avec eux pour répondre à leurs besoins multiples et de manière coordonnée par les différents établissements et prestataires concernés.
- La reconfiguration des services hospitaliers pour répondre aux besoins de clientèles ayant des conditions plus complexes.
- La reconfiguration des rôles des professionnels et de personnel de soins dans une perspective d'utilisation plus efficiente des ressources disponibles.

Au regard de leur ampleur, de tels changements ne peuvent être envisagés sans considérer en parallèle une transformation fondamentale de la formation des infirmières en vue d'habiliter ces dernières à exercer de manière efficace leurs responsabilités.

1.5.3. Renforcement de la première ligne de soins : des rôles divers pour les infirmières assortis d'exigences précises de compétences

Au Canada, comme au Québec, diverses réformes qui, en réalité, se sont traduites jusqu'ici par un succès limité ont visé comme objectif d'effectuer un réalignement des systèmes de santé traditionnellement centrés sur les services hospitaliers pour les orienter davantage vers des soins de santé primaires. Autant les écrits scientifiques que les expériences internationales montrent que les infirmières peuvent apporter une contribution importante pour renforcer l'offre de soins de santé primaires et pour offrir davantage de services au niveau communautaire. Cependant, la mise à contribution des infirmières pour renforcer les soins de santé primaires et le rehaussement des responsabilités qui peuvent en découler ont aussi différentes implications en matière de préparation de la main-d'œuvre infirmière et d'exigences de compétences. Ceci implique, pour les infirmières, de pouvoir évaluer des problèmes de santé courants des usagers, d'assurer le suivi et la prise en charge de clientèles vulnérables ayant des problèmes multiples, chroniques et complexes, de mobiliser à la fois des approches biomédicales, psychosociales et de santé publique pour répondre à ces problèmes, d'agir sur les sources individuelles, sociales et environnementales de ces problèmes par des interventions de prévention et de promotion de la santé ou de réhabilitation, de prendre rapidement certaines décisions en toute autonomie, basées sur

leur évaluation de la situation de santé, d'adapter leurs interventions et d'innover pour tenir compte des particularités de chaque situation.

Au Québec, la formation actuelle d'une majorité d'infirmières au niveau collégial n'assure pas qu'elles soient dotées de l'ensemble des compétences requises pour optimiser leur contribution aux soins de santé primaires et à tout le domaine de la santé communautaire. À titre illustratif, les compétences pour exercer auprès de la clientèle en milieu communautaire (ex. : milieu scolaire, milieu de travail), auprès de la clientèle à domicile et auprès des clientèles ambulatoires requérant des soins courants, des conseils de santé ou de l'enseignement en groupe sont surtout intégrées à la formation de niveau universitaire et ne sont pas couvertes dans les curricula des études collégiales.

1.5.4. Développement de modèles de soins intégrés : une combinaison de fonctions cliniques, de *leadership* et de coordination que doivent exercer les infirmières

Au Québec, dans la foulée des recommandations de la Commission Clair, plusieurs efforts de transformation allant au-delà du renforcement de la première ligne ont été entrepris pour assurer une plus grande intégration des services. L'implication des infirmières comme acteurs majeurs dans des réseaux intégrés de soins exige d'elles de faire preuve de toute une série d'aptitudes et de développer un ensemble de compétences clés qui sont de trois ordres :

- Des compétences cliniques alignées sur la complexité des besoins des patients et la complexité des interventions à mettre en œuvre et permettant aux infirmières de développer une pratique basée sur les meilleures connaissances et de faire un usage efficace des technologies disponibles pour offrir des services de haute qualité.
- Des compétences en matière de coordination des soins de manière à travailler dans des équipes interdisciplinaires dans des rôles qui chevauchent différents contextes de soins, différentes frontières organisationnelles et professionnelles.
- Des compétences de *leadership* permettant de gérer des équipes de soins, de collaborer avec d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire pour élaborer et mettre en œuvre un plan de soins et de jouer un rôle actif pour mettre en œuvre des mesures d'amélioration de la qualité.

Au Québec, si le cadre légal de pratique des infirmières offre la latitude nécessaire pour permettre à ces dernières d'exercer des rôles étendus dans les réseaux intégrés de soins, force est de reconnaître que toutes les compétences requises pour exercer ces rôles ne sont pas pleinement couvertes par le seul niveau de formation collégiale. On peut relever, par exemple, que les compétences touchant la collaboration interprofessionnelle, le *leadership* clinique infirmier et la gestion d'équipe ne sont pas développées dans le programme de formation collégiale, car ces compétences sont développées dans la formation de niveau universitaire.

1.5.5. Reconfiguration des services hospitaliers pour répondre aux besoins de clientèles ayant des conditions plus complexes

Les infirmières ont traditionnellement joué un rôle de premier plan dans la dispensation des services hospitaliers. La littérature scientifique a apporté, au cours des deux dernières décennies, des preuves croissantes établissant des liens entre la configuration de personnel infirmier offrant les services hospitaliers et les résultats de ces services en lien avec la santé de la clientèle et la satisfaction du personnel. Les réorganisations importantes envisagées dans les soins hospitaliers ou qui pourraient résulter dans la redistribution des services entre les différents niveaux de soins nécessiteront des ajustements de la main-d'œuvre infirmière hospitalière et de sa préparation, que ce soit en soins aigus, en soins critiques ou en soins de longue durée. Au Québec, les milieux cliniques n'exigent pas de formation universitaire pour travailler dans ces champs cliniques ou ces contextes plus complexes et critiques de soins. Pourtant, on peut relever dans le rapport du Comité des spécialistes (2000) et dans les descriptions récentes des programmes que les compétences nécessaires aux soins dans des situations complexes et aux soins critiques (ex. : urgence, soins intensifs, salle de réveil, soins aux grands brûlés, soins intensifs en psychiatrie) relèvent d'une formation de niveau universitaire.

1.5.6. Reconfiguration des rôles de personnel de soins dans une perspective d'utilisation plus efficiente des ressources disponibles

Les systèmes de santé disposent d'un capital de main-d'œuvre infirmière qui englobe l'ensemble des connaissances, habiletés, compétences et expériences des infirmières impliquées dans la prestation des services. Faire un usage optimal de ce capital et en maximiser les bénéfices socioéconomiques représentent un défi que doivent relever tous les systèmes de santé. À cet égard, le rehaussement de la formation infirmière doit pouvoir se justifier au regard de son potentiel pour rehausser le capital de ressources infirmières et la contribution de ces dernières. Les ajustements nécessaires ont été associés à deux processus distincts.

Le premier concerne l'expansion des compétences et des rôles. Cette expansion s'effectue tant de manière verticale (rehaussement des rôles et des compétences) qu'horizontale (élargissement des rôles et des compétences). Dans les deux cas, il ne s'agit pas pour les infirmières de se substituer à d'autres groupes professionnels, mais de renforcer leur répertoire de compétences afin d'être pleinement habilitées à occuper l'ensemble de leur champ de pratique, à assumer la prise en charge de nouvelles dimensions des soins de santé, à s'investir dans des interventions ou dans des rôles innovants et cohérents avec le développement de la discipline infirmière.

Le deuxième processus concerne la substitution des infirmières dans des rôles qui chevauchent les champs d'exercice de plusieurs groupes professionnels. Cet intérêt dans la substitution et le transfert d'activités s'inscrit dans une double perspective d'efficience et d'accessibilité. Sur le plan de l'efficience, il s'agit de décharger des travailleurs hautement qualifiés (médecins, infirmières et autres), souvent rémunérés à de plus forts taux, des responsabilités qui pourraient être prises en charge de manière tout aussi efficace et sécuritaire par d'autres groupes de travailleurs ayant les compétences requises pour ces

responsabilités. Sur le plan de l'accessibilité, la substitution permet d'accroître les responsabilités des infirmières, leur permettant de travailler soit de manière indépendante soit en collaboration avec les médecins pour prendre en charge certaines clientèles ou pour répondre à des besoins non comblés.

Au Québec, le cadre légal actuel confère en principe une portée relativement large au champ d'exercice des infirmières. Cependant, les indications fournies dans divers avis émis des représentants de la communauté infirmière suggèrent que la structure actuelle de formation ne permet pas à l'ensemble des infirmières d'être habilité à investir pleinement leur champ de pratique.

En conclusion, le rehaussement de la formation des infirmières peut être envisagé dans une perspective de valorisation socioéconomique des infirmières, de rehaussement du capital que constitue la main-d'œuvre infirmière et de l'optimisation de leur contribution à la santé de la population. Cette analyse suggère que, dans la situation actuelle, ce capital disponible ne peut être utilisé dans sa pleine mesure parce que la structure actuelle de formation ne permet pas de doter toutes les infirmières des compétences requises pour occuper l'étendue de leur champ de pratique dans les divers contextes de soins. Le rehaussement des compétences des infirmières, plutôt que d'être simplement un coût additionnel, devrait permettre de maximiser la contribution de ces dernières à l'offre des soins et d'optimiser le retour sur le capital investi.