

## **CHAPITRE PREMIER**

### **LA PROBLÉMATIQUE**

Les problèmes touchant les motifs de non-perfectionnement des infirmières se présentent sous plusieurs aspects dont : les besoins de santé de la population versus les compétences requises, la scolarité des infirmières, les manifestations de cette formation inadéquate et l'étude du non-perfectionnement.

#### **1.1 LES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION VERSUS LES COMPÉTENCES REQUISES**

La dernière décennie amena un accroissement important de connaissances scientifiques, technologiques, sociologiques et environnementales. Ces changements ont influencé les soins infirmiers, ces derniers sont devenus plus complexes et obligent la profession infirmière à hausser son niveau de compétence (Groupe Services - Formation, 1981).

Les besoins de santé de la population québécoise sont différents d'il y a vingt ans. Plusieurs maladies aiguës et infectieuses ont été enrayerées voire même éliminées de la planète grâce à la venue des antibiotiques, des vaccins, de l'amélioration des réseaux sanitaires et de l'adoption

de saines habitudes de vie. Depuis, on a vu apparaître des maladies dites de civilisation comme des maladies cardiaques, cancers, suites d'accidents, etc. Le stress, les conditions de travail, l'environnement, le rythme de vie, la modernisation ont une influence sur la santé des gens. Les problèmes de santé des individus sont devenus aussi variés que complexes (Besner, 1983).

Les consommateurs de soins ont également changé. La scolarisation plus élevée, la conscientisation et la responsabilisation des individus et des groupes ont amené ces derniers à être plus revendicateurs.

Avec la venue des «ombudsmen», on parle du besoin d'humanisation des soins. Le consommateur déplore la production dans la distribution des soins au détriment de son bien-être. Les clients ou bénéficiaires revendiquent le droit à l'information, au respect et à la participation à la prise de décision (commentaires des directeurs de programmes universitaires à la commission Rochon, 1986).

La conception des soins a également changé. Lalonde en 1974 prônait la globalité de l'individu en insistant sur quatre principaux éléments :

- . la biologie humaine,
- . l'environnement,
- . les habitudes de vie,
- . l'organisation de soins.

Cette conception globale signifie la prise en charge des soins par l'individu lui-même, le contrôle de son propre milieu. Depuis 1976-1977, le ministère de la Santé et des Services sociaux

(MSSS) intensifie ses campagnes de promotion, prévention, vaccination, etc. (Groupe Service - Formation, 1981).

L'organisation des soins s'est également modifiée depuis 1970 avec l'enquête Castongay-Nepveu, l'infirmière n'est plus cantonnée dans les hôpitaux, elle doit dispenser des soins en milieu naturel (domicile), scolaire, de travail, en centre d'accueil. Et plus près de nous, l'avènement de la désinstitutionnalisation fait ressortir davantage des problèmes d'ordre psychosocial, de réadaptation, de réinsertion sociale, etc.

Le rôle de l'infirmière a aussi évolué. Après avoir connu la suprématie médicale où elle se devait d'être servile et dévouée, l'infirmière a pris conscience de la contribution qui lui est propre au service des malades. Les soins infirmiers passant des soins de confort, de compassion, d'accomplissement de tâches quotidiennes de base (alimentation, propreté, etc.), l'enseignement structuré est devenu une de ses responsabilités. L'acquisition de compétences en relation d'aide se révéla une nécessité ainsi que l'utilisation d'une démarche de soins (cueillette de données et plan de soins) afin de s'assurer d'une continuité de soins auprès des bénéficiaires (Besner, 1983).

Les résultats de la commission d'enquête Rochon (1986), nous démontrent que la société doit faire en sorte que les individus et les familles soient des personnes responsables de leur propre santé. Et on reconnaît également à l'infirmière son rôle d'agent intégrateur pour permettre à l'individu de participer à son plan de style de vie, c'est-à-dire, promotion de la santé, identification des besoins et des ressources, planification des actions à entreprendre et évaluation de l'ensemble de sa situation.

Les infirmières, pour faire face aux changements de la société en matière de santé et répondre aux nouvelles attentes de la population québécoise, doivent posséder plus de connaissances scientifiques solides, des connaissances de pointe en soins infirmiers, des habiletés de communication, de gestion, de prise de décision en situation complexe et l'exercice d'un jugement professionnel sûr. Elles doivent aussi être capables de voir la personne dans sa globalité. Ces connaissances et habiletés peuvent être acquises au niveau de la formation universitaire. C'est pourquoi devant tous les changements survenus au sein de la société et dans les soins de santé, le Groupe Service Formation (1981 : 30) croit que seule la formation universitaire peut préparer adéquatement les infirmières à répondre aux besoins de la population. Gisèle Besner (1983) croit également que la formation universitaire apprend à l'infirmière à devenir autonome.

En soins infirmiers, tant au Québec qu'à l'étranger, la nécessité de la formation universitaire est de plus en plus reconnue. Aux Etats-Unis, un mouvement important s'oriente vers l'obligation pour les infirmières de participer à des activités de formation continue en vue de renouveler leur droit de pratique (Rochill, 1983). Au Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers de la province de Québec (OIIQ) adoptait, en 1982, la résolution voulant que le baccalauréat de base, soit l'exigence minimum pour l'admission en l'an 2000 à l'exercice de la pratique infirmière. De plus, les infirmières consultées lors d'une étude faite par des experts en éducation en nursing, affirment que le perfectionnement est nécessaire pour le maintien à jour des connaissances scientifiques et le développement professionnel (Ministère de l'Éducation, rapport du comité d'étude, 1980).

L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), dans son mémoire (1988), privilégie également la présence d'infirmières bachelières en milieu hospitalier.

L'AHQ a comparé le nombre d'infirmières bachelières du Québec avec celui des Etats-Unis. En 1987, dans les centres hospitaliers de courte durée au Québec (CHCD), 7,8 % des infirmières non cadres possédaient un baccalauréat ou plus. Dans les CHCD américains, 20 % avaient un baccalauréat, et, dans les hôpitaux de plus de 500 lits, 33,7 % des infirmières avaient un baccalauréat en nursing. On privilégie les bachelières dans les unités les plus spécialisées. Aux Etats-Unis, les associations d'infirmières des États américains croient que le pourcentage d'infirmières requis pour l'an 2000 serait le suivant: 33 % d'infirmières diplômées, 46 % de baccalauréat, 20 % de maîtrise, 1,5 % de doctorat.

L'AHQ croit qu'au Québec, pour l'an 2000, une proportion de 30 % d'infirmières ayant une formation universitaire serait plus que raisonnable et considérée comme un minimum (AHQ, 1988).

Ces orientations prises par différentes instances devraient stimuler les infirmières à participer davantage à la formation continue. Pourtant, des statistiques nous démontrent qu'au Québec et plus particulièrement en Abitibi-Témiscamingue, peu d'infirmières y participent.

## **1.2 LA SCOLARITÉ CHEZ LES INFIRMIÈRES**

En mai 1989, l'Ordre des infirmières et infirmiers de la province de Québec (OIIQ) publiait des statistiques (1988) relatives à la formation des infirmières au Canada, au Québec et en Abitibi-Témiscamingue.

Les statistiques canadiennes nous révèlent que la province de Québec se classe avant-dernière avec 9,35 % de bachelières au sein de sa population suivi par l'Île du Prince Édouard avec 6,85 %. Les provinces qui viennent en tête sont le Yukon et les territoires du Nord-Ouest (19,1 %) ainsi que l'Alberta (16,03 %).

Les statistiques de l'OIIQ nous indiquent que sur 56 890 infirmières au Québec, 37 924 (66,65 %) ne possèdent que leur diplôme de formation initiale; 11 323 (19,89 %) ont un certificat en sciences infirmières ou autres; 6 158 (10,8 %) possèdent un baccalauréat de base, en sciences infirmières ou autres; 1 432 (2,47 %) détiennent une maîtrise de base en sciences infirmières ou autres; et 53 (0,08 %) ont complété un doctorat en sciences infirmières ou autres.

Au niveau des infirmières enseignantes de collèges, sur 976 enseignantes, 146 (11,08 %) n'ont que la formation de base, 186 (19,07 %) possèdent un certificat en sciences infirmières ou autres, 511 (52,36 %) ont un baccalauréat de base en sciences infirmières ou autres, 161 (16,49 %) détiennent une maîtrise en sciences infirmières ou autres et 2 (0,20 %) ont complété un doctorat.

Chez les professeures d'universités, sur 135 infirmières, 9 (6,66 %) n'ont que leur diplôme de base, 6 (4,44 %) possèdent un certificat en sciences infirmières, 27 (21,47 %) ont un baccalauréat de base en sciences infirmières ou autres, 77 (57,03 %) ont une maîtrise en sciences infirmières ou autres et 11 (10,36 %) détiennent un doctorat en sciences infirmières ou autres.

La formation chez les directrices des soins infirmiers se répartit comme suit: sur 834 directrices des soins infirmiers, 285 (34,17 %) ne possèdent que leur diplôme initial, 267 (31,99 %)

ont un certificat en sciences infirmières ou autres, 183 (21,88 %) possèdent un baccalauréat de base en sciences infirmières ou autres, 96 (11,50 %) détiennent une maîtrise en nursing, en sciences infirmières ou autres et 3 (0,36 %) ont complété un doctorat.

Au niveau des infirmières cadres, sur 4 883 infirmières, 2 274 (46,56 %) ne possèdent aucune formation additionnelle, 1 433 (29,33 %) ont un certificat en sciences infirmières ou autres, 913 (18,68 %) possèdent un baccalauréat de base, en sciences infirmières ou autres, 259 (5,25 %) détiennent une maîtrise en sciences infirmières ou autres et 4 (0,08 %) ont complété un doctorat en sciences infirmières ou autres.

En santé communautaire, des 4 796 infirmières qui y travaillent, 1 845 (38,47 %) n'ont aucune formation additionnelle, 1 789 (37,3 %) possèdent un certificat en sciences infirmières ou autres, 1 095 (20,75 %) ont un baccalauréat de base en sciences infirmières ou autres, 163 (3,39 %) détiennent une maîtrise en nursing ou autres et 4 (0,08 %) ont complété un doctorat en nursing ou autres.

Quand ces mêmes statistiques sont dispersées au niveau de chaque région, nous remarquons que c'est la région de l'Abitibi-Témiscamingue qui vient en tête de liste avec le plus fort pourcentage d'infirmières (74 %) qui ne possèdent aucune formation additionnelle à leur cours de base.

Sur 1243 infirmières, 921 (74 %) ne possèdent aucune formation additionnelle, 240 (19,29 %) ont un certificat en nursing ou autres, 67 (5,58 %) détiennent un baccalauréat de base

en nursing ou autres, 14 (1,48 %) ont une maîtrise en nursing ou autre et une seule personne a complété un doctorat (Tableau 1.1).

Pour les enseignantes, sur 24 infirmières, 10 (41,67 %) ne possèdent aucune formation additionnelle, 4 (16,67 %) ont un certificat en nursing ou autres, 10 (41,67 %) détiennent un baccalauréat de base, en nursing ou autres et aucune n'a complété une maîtrise ou un doctorat.

Chez les quatre professeures d'université, une possède un baccalauréat en nursing et trois détiennent une maîtrise en nursing.

Sur 24 directrices des soins infirmiers, 12 (50 %) n'ont que leur diplôme de base, 9 (34,48 %) possèdent un certificat en nursing ou autres, 3 (12,48 %) possèdent un baccalauréat en nursing ou autres et aucune ne détient de maîtrise ou de doctorat.

Chez 102 infirmières cadres, 52 (50,92 %) n'ont que leur diplôme initial, 37 infirmières (36,26 %) possèdent un certificat en nursing ou autres, 11 (10,78 %) ont un baccalauréat de base en nursing ou autres, 2 détiennent une maîtrise et aucune n'a complété un doctorat.

En santé communautaire, 173 infirmières y travaillent. Sur ce nombre, 57 (39,95 %) ne possèdent que leur formation initiale, 90 (52,56 %) ont un certificat en nursing ou autres, 22 (12,72 %) possèdent un baccalauréat en nursing ou autres, 3 (1,74 %) détiennent une maîtrise en nursing ou autres et aucune n'a complété un doctorat.

Le tableau 1.1 de la page suivante nous permet de visualiser la formation des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue et celle des infirmières du Québec.

**TABEAU 1.1 FORMATION UNIVERSITAIRE CHEZ LA POPULATION INFIRMIÈRE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE COMPARÉE À LA PROVINCE**

CATÉGORIES / FORMATION	Nombre d'infirmières	% RÉGIONAL	Nombre d'infirmières	% PROVINCIALE
POPULATION INFIRMIERE TOTALE	1 243		56 890	
.Aucune formation additionnelle	921	74,00	37 924	66,65
.Certificat en nursing ou autres	240	19,29	11 323	19,89
.Baccalauréat de base, nursing ou autres	67	5,58	6 158	10,80
.Maîtrise en nursing, ou autres	14	1,48	1 432	2,47
.Doctorat	1	-	53	0,08
ENSEIGNANTES (COLLEGES)	24		976	
.Aucune formation additionnelle	10	41,67	146	11,88
.Certificat en nursing ou autres	4	16,67	186	19,07
.Baccalauréat de base, nursing ou autres	10	1,67	511	52,36
.Maîtrise en nursing ou autres	0	-	161	16,49
.Doctorat	0	-	2	0,20
ENSEIGNANTES (UNIVERSITÉS)	4		135	
.Aucune formation additionnelle	-		9	6,66
.Certificat en sciences infirmières	-		6	4,44
.Baccalauréat en nursing	1	25,00	27	21,47
.Maîtrise en nursing	3	75,00	77	57,03
.Doctorat	-	-	11	10,36
DIRECTRICES DE SOINS INFIRMIERS	24		834	
.Aucune formation additionnelle	12	50,00	285	34,87
.Certificat en nursing ou autres	9	34,48	267	31,99
.Baccalauréat nursing ou autres	3	12,48	183	21,88
.Maîtrise en nursing	-	-	96	11,50
.Doctorat	-	-	3	0,36
INFIRMIERES CADRES	102		4 883	
.Aucune formation additionnelle	52	50,92	2 274	46,56
.Certificat en nursing ou autres	37	36,26	1 433	29,33
.Baccalauréat de base, nursing ou autres	11	10,78	913	18,68
.Maîtrise en nursing ou autres	2	0,02	259	5,25
.Doctorat	0	-	4	0,08
INFIRMIERES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE	173		4 796	
.Aucune formation additionnelle	57	39,95	1 845	38,47
.Certificat en nursing ou autres	90	52,56	1 789	37,30
.Baccalauréat de base, nursing ou autres	22	12,72	1 095	20,75
.Maîtrise en nursing ou autres	3	1,74	163	3,39
.Doctorat	-	-	4	0,08

À la lumière de ces statistiques, nous remarquons que la région de l'Abitibi-Témiscamingue compte dans sa population infirmière totale, un pourcentage plus élevé d'infirmières n'ayant aucune formation additionnelle que celle du Québec. La situation se répète pour toutes les autres formations additionnelles sauf au niveau du certificat en nursing et autres, là l'Abitibi-Témiscamingue est sur le même pied que le Québec. Notre population infirmière totale possède effectivement le même taux de certificats en nursing que celle de la province.

En santé communautaire, nous retrouvons pour l'Abitibi-Témiscamingue et le Québec, sensiblement le même pourcentage d'infirmières sans formation additionnelle. L'Abitibi-Témiscamingue a par contre un pourcentage beaucoup plus élevé d'infirmières ayant un certificat en nursing que les infirmières du Québec.

### **1.3 LES MANIFESTATIONS DE LA FORMATION INADÉQUATE**

Notre observation dans les milieux de travail (CH, CLSC, CAH) et dans les milieux universitaires nous a amené au constat suivant : peu d'infirmières s'inscrivent à des cours de perfectionnement et plusieurs abandonnent leurs études après inscription.

Cette insuffisance de qualification chez les infirmières produit une situation d'incohérence en soi, à savoir un statut professionnel avec une formation technique. Une situation d'infériorité se manifeste également lorsque ces infirmières avec une formation collégiale sont appelées à travailler avec d'autres professionnels de la santé qui, eux, ont une formation universitaire. Nous croyons qu'il est difficile pour ces infirmières, de se bâtir une crédibilité.

Au Québec, parmi les professionnels du domaine de la santé (médecins, pharmaciens, dentistes, optométristes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.), seules les infirmières ont une formation collégiale alors que leur rôle les situe au coeur de l'équipe multidisciplinaire et que leurs responsabilités sont des plus diversifiées (OIIQ, Hypertension, 1989).

La pratique infirmière au Québec révèle également un malaise majeur qui se manifeste par l'incapacité d'énoncer clairement le rôle de l'infirmière, le manque d'autonomie, l'incapacité d'exercer un leadership, la faiblesse au niveau des connaissances scientifiques et la difficulté à identifier les besoins du client. On mentionne également la présence de personnel insuffisamment préparé à la pratique infirmière (Groupe Service Formation, 1981).

Depuis quelques années, nous trouvons difficilement du personnel qualifié pour combler des postes de direction ou de recherche au niveau des soins infirmiers. Nous constatons que le nombre d'infirmières formées au niveau universitaire reste en deçà des besoins actuels prévisibles ( Hill, Jomphe, 1987).

L'AHQ préconise une proportion d'infirmières bachelières à 30 % pour l'an 2000, alors qu'au Québec, dans les centres hospitaliers, on en retrouve actuellement 7 à 8 % (AHQ, 1989).

#### **1.4 ÉTUDE DU NON-PERFECTIONNEMENT**

Les nouveaux besoins de santé identifiés dans notre population québécoise (maladies chroniques, maladies du travail, séquelles d'accidents, etc.), les changements survenus au sein même du rôle des infirmières, passant de dispensatrice de soins à un rôle intégrateur auprès des

individus, des familles et des collectivités ainsi que la nécessité reconnue par les experts pour accroître la formation des infirmières pour répondre aux besoins de la population et aux exigences du rôle infirmier, devraient, selon nous, être des raisons évidentes pour motiver les infirmières à se perfectionner.

Pourquoi, alors, si peu d'infirmières poursuivent des études de perfectionnement? Quelles sont donc les raisons de ce non-engagement universitaire chez les infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue?

Cette question est l'objet de notre recherche. Nous avons cru trouver la réponse dans la recherche de Duquette (1986) intitulée Obstacles à l'éducation des adultes, motifs de non-perfectionnement des infirmières du Québec et pouvoir utiliser les données recueillies auprès des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue (42 infirmières de notre région faisaient partie de l'échantillon provincial). Après vérification auprès du chercheur, ce dernier nous confirma que les résultats obtenus chez les répondantes de l'Abitibi-Témiscamingue n'étaient plus disponibles.

La recherche de Duquette ne peut donc pas répondre à notre question de recherche. Nous ne connaissons pas non plus les motifs pour lesquels celles qui s'engagent dans des cours de perfectionnement ne poursuivent pas ces études. Notre question demeure donc ouverte et fait toujours l'objet de notre recherche. Quels sont les motifs de non-perfectionnement des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue?

## **CHAPITRE 2**

### **CADRE DE RÉFÉRENCE**

## **CHAPITRE 2**

### **CADRE DE RÉFÉRENCE**

Ce chapitre présente l'historique de la formation infirmière, la nécessité de la formation initiale et continue, les obstacles au perfectionnement et les conditions de travail en vigueur dans nos institutions de santé. Il essaie de dégager, à travers les écrits, les raisons qui peuvent expliquer que les infirmières ne s'inscrivent pas à des cours universitaires ou abandonnent leurs études avant d'être diplômées, de même que la justification du besoin de perfectionnement.

Ces écrits portent uniquement sur des ouvrages québécois, canadiens et américains. Nous avons omis délibérément de consulter les ouvrages français car, selon nous, la formation infirmière et les soins de santé sont très différents du modèle québécois et difficilement comparables.

#### **2.1 HISTORIQUE DE LA FORMATION INFIRMIÈRE**

Cette rétrospective de la formation infirmière nous ramène à l'époque où l'infirmière professionnelle fit son apparition, soit à la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle. Avant la venue de Florence Nightingale, les infirmières se formaient selon un mode artisanal, acquérant leur savoir à même leur

pratique, soit à l'hôpital, soit auprès de leurs consœurs des communautés, soit auprès des médecins. C'est Florence Nightingale, infirmière anglaise, qui, en 1860 à Londres, fonda une école d'infirmières dont le programme d'une durée de trois ans avait pour but de préparer des infirmières compétentes et autonomes dans l'exercice de la profession.

Au Québec, en 1909, les hôpitaux ouvrent les écoles d'infirmières. Au début, la formation pratique est doublée de cours théoriques; puis, peu à peu, c'est la formation théorique qui est doublée de stages pratiques. La formation infirmière est ainsi étendue à trois ans et lentement se dessine la professionnalisation du métier d'infirmière. Cette formation est dispensée presque exclusivement par les religieuses, lesquelles sont également administratrices des hôpitaux.

La formation infirmière est donc dispensée par des hôpitaux reconnus par le ministère de l'Éducation du Québec. Et il en sera ainsi jusque dans les années soixante.

Après le «Rapport Parent» (1960), il fut décidé que la formation infirmière devait faire partie intégrante de l'éducation publique au Québec. Cette formation professionnelle a donc été intégrée à l'enseignement collégial en 1967, ceci afin de donner aux infirmières un plus fort bagage de connaissances générales (philosophie, déontologie, français, chimie, etc.) en diminuant la dimension stage pratique (Ministère de l'Éducation, 1980).

Après plusieurs années de ce mode d'enseignement, on s'est aperçu que les infirmières, à leur sortie du cégep, possèdent plus de connaissances générales, mais manquent d'habiletés. Selon Cécile Lambert (1981), l'expérience des treize dernières années a démontré que le niveau collégial ne peut former une infirmière capable de répondre à tous les besoins de santé de la société québécoise. C'est pourquoi, dans les années quatre-vingt, des expériences pilotes ont été tentées

dans quelques cégeps de la province afin de ramener un équilibre entre la théorie et la pratique, car on s'est aperçu du fossé qui séparait les enseignantes des infirmières des milieux de travail (Colette Fortier Havelka, 1986).

En 1970, une réforme du système de santé au Québec a été instituée suite au rapport Castongay-Nepveu. Les religieuses ont quitté peu à peu les institutions hospitalières. Les soins de santé sont devenus gratuits et accessibles à tous. Les infirmières ont ensuite élargi leur champ d'action et d'activités de travail. On les a vues se diriger vers les milieux scolaires, les industries et vers les autres institutions de santé mises en place avec le nouveau système de santé.

Avec l'avancement de la technologie médicale et les découvertes de la science, le travail de l'infirmière est devenu de plus en plus spécialisé, de nouvelles dimensions se sont développées : infirmière soignante en néonatalogie, cardiologie, néphrologie, neurologie, infirmière enseignante, infirmière clinicienne, etc.. Les infirmières occupent aussi des postes de direction : directrices de soins infirmiers et directrices générales. Ces dernières forment cependant une minorité.

La formation continue s'est développée afin de répondre aux changements survenus dans le monde médical et au niveau du travail des infirmières. On initia des services de formation en cours d'emploi, des cours de perfectionnement collégial et universitaire. De 1945 à 1967, plusieurs universités québécoises ont mis sur pied des programmes de baccalauréat ou de certificat en nursing. Les conditions d'admission à certaines universités y sont qualifiées de très exigeantes par les infirmières. Plusieurs infirmières diplômées optent pour l'éducation permanente (ministère de l'Éducation, rapport du comité d'étude, 1980). Ces universités dispensent maintenant des maîtrises en nursing. Seul le doctorat en nursing demeure inaccessible au Québec et au Canada.

En 1990, il existe des universités dans presque toutes les régions du Québec. Toutes offrent des certificats en santé communautaire, en soins infirmiers cliniques ou autres. Plusieurs d'entre elles offrent soit un baccalauréat de base, c'est-à-dire des cours dispensés aux étudiantes qui ont terminé deux années d'études en science de la santé au niveau collégial, soit un baccalauréat de perfectionnement, c'est-à-dire des cours dispensés aux infirmières formées au cégep et/ou à l'hôpital et qui possèdent une expérience de travail. Dans les deux cas, la durée du baccalauréat est de trois ans à temps complet.

Parallèlement à cette formation universitaire, se donne la formation infirmière au niveau collégial, c'est-à-dire une technique en soins infirmiers d'une durée de trois ans.

C'est ainsi qu'au Québec actuellement, on se retrouve avec une voie d'entrée double à la profession infirmière : une technique en soins infirmiers et un baccalauréat. Et à ce jour, la voie d'entrée la plus utilisée est la formation collégiale, car seulement 3,97 % des infirmières admises à l'exercice de la profession ont un baccalauréat de base (OIIQ, projet 2000, 1989).

La profession infirmière a donc, au fil des années, modifié sa formation. Les infirmières se sont d'abord instruites dans les écoles d'infirmières rattachées aux hôpitaux, puis ont acquis leur formation de base au niveau collégial; elles progressent maintenant vers un niveau universitaire (Besner, 1983).

Cette professionnalisation du métier d'infirmière a modifié son image à certains égards, mais la pratique d'une médecine de plus en plus sophistiquée entraîne la valorisation excessive des soins médicaux curatifs. Encore aujourd'hui, la valorisation des soins curatifs conduit à sous-estimer les soins infirmiers et à les ramener à des gestes techniques qui, aux yeux de plusieurs, ne

requièrent pas un haut niveau de connaissances et de compétence. On a toujours tellement pris pour acquis les soins infirmiers qu'on sous-estime l'expertise professionnelle qui les sous-tend (OIIQ, Hypertension, 1989).

## 2.2 LA NÉCESSITÉ DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la formation infirmière s'est continuellement adaptée à l'évolution des besoins de la population et à l'avancement des connaissances scientifiques et technologiques.

C'est de la complexité croissante des soins aux bénéficiaires qu'est née la transformation de la formation infirmière. L'accent mis sur l'apprentissage était très répandu dans les écoles d'infirmières de jadis; celui-ci est aujourd'hui remplacé par des exigences universitaires plus poussées (Elms Roslyn, 1983).

Il y a 25 ans, les unités de soins intensifs ainsi que les tomодensitométries n'existaient pas. Les transplantations d'organes et les greffes de peau synthétique sont devenues des interventions courantes. La radiothérapie et la chimiothérapie ont diminué la nécessité d'opérations mutilantes. Elles ont cependant augmenté le besoin de soins de soutien auprès des bénéficiaires et de leurs familles. Autrefois, le médecin demandait à l'infirmière de prendre la température du malade, de lui faire ses pansements et d'effectuer des intraveineuses. Aujourd'hui, l'infirmière fait partie intégrante de l'équipe de soins; elle assume la plus grande part de la gestion des soins du bénéficiaire. L'infirmière doit donc être capable de prendre des décisions quant aux soins à dispenser aux patients. Elle est de plus en plus responsable des résultats (Elms Roselyn, 1983).

L'infirmière d'aujourd'hui doit planifier, dispenser et évaluer les soins qu'elle dispense, elle doit donc être mieux préparée.

Même en milieu hospitalier, aujourd'hui on ne peut plus penser et travailler, à soigner le patient de sa maladie et ensuite à le retourner dans son milieu de vie. L'enseignement s'impose. Depuis, Lalonde (1974), en passant par la commission Rochon (1986) jusqu'à la réforme sur les services de santé et les services sociaux (1992), la société tend de plus en plus à rendre les individus et les familles responsables de leur propre santé.

C'est cette notion de responsabilisation de l'individu et de la détermination de ces comportements en matière de santé qui exigent un changement du rôle de l'infirmière. L'infirmière ne peut plus uniquement exercer un rôle dépendant (qui est de dispenser des soins sous une ordonnance médicale) mais elle doit développer son rôle clinique et autonome (Groupe Service Formation, 1981).

Reconnaissant le désir et la recherche de la santé par l'homme moderne, son potentiel de santé à développer et sa capacité d'être en processus constant de santé, le but de l'exercice de la profession d'infirmière est maintenant la prise en charge de la santé par l'individu lui-même, sa famille et la collectivité. Dans ce contexte, l'infirmière devient un agent intégrateur. Elle doit pour cela être capable d'utiliser une approche globale de la situation de l'individu afin d'aider ce dernier à chercher des moyens pour développer son potentiel de santé (Groupe Service Formation, 1981).

Ce rôle d'agent intégrateur de l'infirmière s'acquiert par une formation initiale qui doit développer chez l'infirmière son savoir, son savoir-être et son savoir-faire.

Cela nécessite l'acquisition de connaissances scientifiques (savoir), d'habiletés en termes de relations d'aide avec les clients et leurs comportements de santé (savoir-être), de la capacité de dispenser des soins de qualité et d'établir des rapports de collégialité avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire (savoir-faire).

Les connaissances scientifiques doivent être constituées de sciences bio-psycho-sociales, les habiletés doivent être fondées sur une conception nursing (modèle conceptuel) et les situations cliniques variées où évoluera l'infirmière devront lui permettre de développer son savoir-faire, eu égard aux caractéristiques et aux lieux où se situe la clientèle (Elms Roselyn, 1983).

Cette formation permettra à l'infirmière d'apprendre des connaissances scientifiques générales, des concepts-clés en soins infirmiers, d'acquiescer de la maturation personnelle et d'être capable de travailler en collégialité avec les autres professionnels. Selon Le Groupe Service Formation (1981), cette formation doit être une formation universitaire de 1<sup>er</sup> cycle.

Avec la constante préoccupation des associations d'infirmières d'adapter la formation infirmière aux besoins de santé de la population et aux changements scientifiques et technologiques, les soins infirmiers sont devenus des sciences infirmières, sciences ayant pour but de hausser continuellement la qualité des soins.

Comme d'autres disciplines, les sciences infirmières utilisent un schème conceptuel ou cadre de référence. La profession infirmière a sa façon à elle de concevoir le service qu'elle rend à la société. Tout le travail infirmier qui en découle est basé sur l'utilisation d'une démarche scientifique. Au cours des années 1950, l'expression «nursing process» était utilisée dans la

documentation américaine; elle est devenue officielle en 1960. En 1967, un comité d'infirmières américaines définissait la démarche scientifique.

Evelyn Adam (1979), en nous présentant le modèle conceptuel de Virginia Henderson, décrit bien ce qu'est une démarche scientifique de soins.

Cette démarche que nous poursuivons auprès de chaque client comporte cinq étapes importantes, soit :

- . la collecte des données,
- . l'interprétation des données,
- . la planification de l'intervention,
- . l'exécution de l'intervention,
- . l'évaluation.

Cette démarche est de caractère cyclique, et aussitôt la cinquième étape franchie, l'infirmière revient à la première, car des données nouvelles exigent une autre interprétation, et ainsi de suite. Le processus ne cesse que lorsque la relation client-infirmière est terminée.

La **collecte des données** : elle s'effectue auprès du client principalement, mais également auprès de la famille, des membres de l'équipe de santé, du dossier médical, des ouvrages de référence, et des connaissances propres de l'infirmière.

L'infirmière, pour effectuer cette **cueillette des données**, doit avoir un sens aigu de **l'observation et maîtriser les techniques de l'entrevue**.

**L'interprétation des données** : une fois les renseignements obtenus, l'infirmière doit en faire l'analyse et identifier ici les besoins personnels du client et cette identification se fait autant que possible avec la participation du client. Quand l'infirmière recherche la collaboration active du client, celle-ci ne fait pas uniquement preuve de respect envers le client, mais également de réalisme car l'infirmière a de meilleures chances d'obtenir des résultats satisfaisants pour le client et pour elle-même.

Pour l'interprétation des données, l'infirmière doit aussi tenir compte du plan médical.

**L'interprétation des données** exige de l'infirmière un **esprit d'analyse**, une **capacité d'entrer en communication avec le client**, de le **comprendre et de respecter ses choix**.

**La planification de l'intervention** : afin de contribuer à la satisfaction des besoins individuels du client, l'infirmière doit prévoir ses interventions. Face aux besoins identifiés chez le client, l'infirmière dispose des moyens d'intervention suivants : renforcer, remplacer, ajouter, compléter, substituer et augmenter.

Lequel de ces moyens sera le plus justifié pour répondre aux besoins identifiés? Ces considérations influencent la planification de l'intervention.

Cette planification de l'intervention exige chez l'infirmière un **sens de l'organisation** et une **capacité de juger de façon prioritaire** les besoins les plus urgents à combler.

**L'exécution de l'intervention** : cette exécution est le résultat concret des trois étapes précédentes. Pour remplir cette fonction, l'infirmière **doit connaître** et être **habilitée à exécuter** toutes les techniques ou procédés de soins nécessaires au traitement du client.

**L'évaluation** : cette étape consiste en soi à évaluer toutes les étapes subséquentes et repose sur la considération du but poursuivi. Est-ce que la démarche de l'infirmière a augmenté l'indépendance du client dans la satisfaction de ses besoins?

Cette évaluation vérifiera l'intervention : a-t-elle été efficace? A-t-elle été exécutée de façon compétente? Elle vérifiera également si le besoin a été bien identifié et de façon réaliste (c'est-à-dire, pouvait-il être satisfait?).

L'évaluation vérifiera également si la collecte des données était assez complète pour en permettre une bonne interprétation, l'entrevue était-elle satisfaisante, etc.?

**L'infirmière pour exécuter cette fonction doit avoir une capacité d'auto-critique et connaître tous les mécanismes de l'évaluation.**

Cette démarche scientifique résume en fait toute la fonction «autonome» de l'infirmière que l'on retrouve dans la description de l'exercice de la profession aux articles 36 et 37 de la «Loi sur les infirmières et les infirmiers» (1977).

Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers, que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale.

L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire.

Dans cette description, on reconnaît facilement que la fonction dépendante de l'infirmière est uniquement contenue dans la mention «prodiguer des soins selon une ordonnance médicale et

contribuer aux méthodes de diagnostic». Tout le reste du libellé concerne la fonction autonome de l'infirmière (Riopelle, Grondin, Phaneuf, 1984).

Vers les années 1970, apparut le diagnostic infirmier. Ce dernier est défini comme suit : «c'est l'énoncé d'un état de santé actuel ou potentiel du client, provenant de la cueillette des données faite par l'infirmière et exigeant son intervention». En 1973, aux États-Unis, un groupe de théoriciennes américaines ont travaillé à l'identification, à la description et classification d'une liste de diagnostic infirmier. A ce jour, plus de 50 diagnostics ont été adoptés par l'Association canadienne des infirmières et infirmiers. Ces diagnostics infirmiers servent à décrire des états de santé que l'infirmière peut traiter de façon légale et indépendante.

Cette utilisation du diagnostic infirmier exige chez l'infirmière une connaissance de la démarche scientifique et des modèles conceptuels en nursing, connaissances nécessaires à la prise de décision, car le processus menant au diagnostic infirmier naît de la cueillette des données et se termine par un jugement sur l'état de santé du client (Caissie Marie, 1985).

En 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lance un appel aux gouvernements et à la société pour qu'ils s'engagent à développer la santé pour tous en l'an 2000 grâce aux soins de santé primaires. Madame Marie-France Thibaudeau décrit ce que sont les soins de santé primaires dans un article de la revue infirmière canadienne d'octobre 1984, intitulé «La pratique infirmière en 1984 et au-delà» :

Ces soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels, fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays. Les

soins de santé primaires ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé et ils revêtent diverses formes : actions de promotion, de prévention, de soins curatifs et de réadaptation.

Ce qui est fondamental à cette approche, c'est son orientation générale vers la santé, c'est-à-dire, le soin pour amener à la santé et non le soin comme industrie; c'est la responsabilité de chacun envers la santé et non l'abandon à l'État providence; c'est la recherche de la connaissance et de moyens pour libérer l'homme de la souffrance, de l'aliénation et de l'autodestruction, et non l'acceptation béate de la routine et des mythes; c'est le respect de l'équilibre entre la nature et l'homme.

La complexité des besoins de notre société et l'analyse détaillée du rôle et des responsabilités de la profession infirmière ont amené les associations d'infirmières à privilégier une formation qui prépare les infirmières à faire face aux exigences de son rôle et à ses engagements professionnels. Jean-Guy Paquet, recteur de l'Université Laval, cité par Marie-France Thibaudeau dans l'*Infirmière canadienne*, octobre 1984, croit que :

L'homme doit être en mesure de s'adapter rapidement aux changements technologiques, aux nouvelles découvertes de la science. Plutôt que des connaissances techniques raffinées, il doit plutôt posséder une sorte de «faculté de rebondissement» qui lui permette de s'ajuster rapidement à des situations nouvelles. Or, cette faculté de rebondissement, ce n'est pas une formation ultra-spécialisée qui peut la donner mais, au contraire, une formation de base générale et fondamentale qu'il aura appris à utiliser dans plusieurs domaines...

Madame Thibaudeau croit que l'infirmière de demain devra être flexible, car les sciences de la santé vont changer rapidement. Sa formation devra l'habiliter à analyser des problèmes (exercice parfois douloureux) pour créer de nouvelles solutions et non seulement pour apprendre à brancher des appareils, exécuter des ordonnances médicales ou appliquer des techniques. L'infirmière de demain devra assumer le leadership dans son milieu de travail et la responsabilité de ses décisions.

Toujours selon madame Thibaudeau, les découvertes scientifiques et technologiques ainsi que celles faites dans les sciences infirmières, façonnent une base de plus en plus scientifique à la pratique.

Madame Thibaudeau ajoute : cela ne veut pas dire que la compassion sera devenue vieux jeu, mais que celle-ci sera plus efficace si les actions qui l'accompagnent sont mieux réfléchies et orientées vers le bien-être du client. Elle poursuit en affirmant que l'infirmière de demain devra développer ou adopter de nouveaux rôles pour remplir les engagements de la profession infirmière face à la société. Cependant, la création de nouveaux rôles exigera que les infirmières acquièrent une formation adéquate pour faire face à la taille de leur mission (Thibaudeau, 1984).

Plusieurs infirmières, associations, instances gouvernementales partagent cette vision de formation supérieure pour les infirmières.

Déjà en 1932, on reconnaissait l'exigence d'une formation universitaire. En effet, cette année-là, une enquête nationale (Rapport Weir) concluait à la nécessité de la formation initiale universitaire pour l'infirmière.

Aux Etats-Unis, dès 1965, l'American Nurser's Association prenait position en faveur d'une formation universitaire initiale. Depuis, cinquante associations d'infirmières américaines ont recommandé le baccalauréat comme diplôme d'entrée à la profession. Le Dakota du Nord est le seul État à reconnaître le titre d'infirmière uniquement aux bachelières en nursing.

Les associations professionnelles des infirmières des dix provinces canadiennes ont également réclamé la formation universitaire des infirmières. L'île du Prince Édouard est la seule à avoir adopté (novembre 1988) le baccalauréat comme unique voie d'accès à la profession.

Plusieurs pays dans le monde sont également désireux de hausser le niveau de la formation initiale des infirmières dont l'Australie, le Royaume-Uni et l'Islande. L'Islande a adopté en 1986, le baccalauréat comme critère minimal d'admission à la profession. Certains regroupements tels le Regroupement nursing européen et la Fédération nordique des infirmières ont manifesté aussi leur désir de hausser la formation des infirmières.

En 1982, lors de l'Assemblée générale annuelle, l'OIIQ adoptait une résolution mettant de l'avant que l'accès à la profession exigera en l'an 2000 une formation initiale de premier cycle universitaire en sciences infirmières.

D'après une enquête menée par l'OIIQ en 1983, auprès des jeunes diplômées, la majorité des répondantes formées au niveau collégial inscrivait le besoin d'une plus grande possibilité de formation et de perfectionnement au premier rang de leurs priorités. Près du tiers d'entre elles désiraient maintenir à jour leurs connaissances en nursing ou se perfectionner (Hypertension, 1989).

Certaines infirmières croient qu'une formation plus poussée peut les éloigner du chevet du malade. Au contraire, affirment les professeurs universitaires, nous enseignons aux infirmières à devenir plus autonomes. Plutôt que de recevoir des directives, les infirmières sont capables de prendre des initiatives et de collaborer avec les médecins. L'infirmière universitaire au chevet du malade sera pourvue de ressources pour répondre aux nouvelles exigences de la clientèle. Le

programme universitaire rend l'infirmière apte à prendre des décisions importantes. Un apport de connaissances requises est donc nécessaire à ces prises de décision (French, Donovan, 1983).

En 1987, un sondage de l'OIIQ, sur le rôle des infirmières dans le système de santé québécois, montrait que chez les diplômées du cégep, 7 % jugent leur formation tout à fait appropriée, 40 % la considèrent peu appropriée et 10 % pas du tout. Par ailleurs, 30 % et plus des infirmières ont terminé des études universitaires après leur diplôme initial, plusieurs d'entre elles en poursuivent actuellement.

L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), en 1988, affirmait que vingt ans après la fermeture des écoles d'infirmières, la formation collégiale ne peut plus répondre à l'ensemble des besoins du milieu hospitalier qui fait face à une évolution fulgurante sur les plans scientifiques, cliniques et technologiques. Les attentes des bénéficiaires, en termes de réponses aux besoins psychosociaux et aux besoins d'informations, posent également de nouvelles exigences aux infirmières.

L'AHQ (1988) affirme également l'impossibilité du milieu hospitalier de combler les insuffisances de la formation de base par de la formation en cours d'emploi laquelle, par définition, doit viser d'autres objectifs. Et c'est pour les mêmes raisons qu'en 1987-1988, l'internat en médecine a été prolongé d'un an, en raison de l'augmentation et de l'évolution des connaissances scientifiques et cliniques.

L'AHQ (1988) énonce aussi les exigences adressées aux infirmières dans les hôpitaux.

- . Tout d'abord le remplacement des cadres crée à lui seul une forte demande d'infirmières ayant une formation universitaire.
  
- . Plusieurs activités, où l'on retrouve des fonctions non-cadres, requièrent des infirmières bachelières, compte tenu des caractéristiques des fonctions exercées par ces infirmières : les soins intensifs, urgence, hémodialyse, soins aux brûlés, requièrent des infirmières ayant davantage de connaissances scientifiques de base, des connaissances de pointe en soins infirmiers, des capacités de prise de décision en situation complexe, et l'exercice d'un jugement sûr.
  
- . La psychiatrie interne ou externe, l'hôpital à domicile, et la santé communautaire requièrent des infirmières capables de fonctionner avec un encadrement professionnel ou hiérarchique réduit.
  
- . Les cliniques externes de grossesse à risque, la dialyse péritonéale, les patients stomisés, la réadaptation cardiaque, requièrent des infirmières capables d'évaluer les besoins d'enseignement aux bénéficiaires.
  
- . Les unités d'évaluation psychiatrique ou gériatrique requièrent des infirmières capables de fonctionner en multidisciplinarité.

L'AHQ (1988), dans son mémoire, estime qu'il faut à court terme, pour répondre aux besoins immédiats des bénéficiaires hospitalisés, au moins 30 % de bachelières alors qu'il n'y en a que 10,8 % à l'heure actuelle. Cette dernière constate également que 70 % des infirmières bachelières occupent un emploi à temps plein.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans son rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, en mars 1987, considère que le rôle de l'infirmière en est un de professionnel authentique, doté d'un bagage scientifique et d'une approche nursing régie par les normes d'intervention et d'éthique qui justifient sa position dominante dans le champ d'exercice qui lui est reconnu par la loi.

L'OIIQ, dans plusieurs documents, dont «Le projet 2000» (1989), fait la preuve de la nécessité de la formation universitaire chez les infirmières. Dans tous les domaines, compétence et qualité de rendement vont de pair avec la formation. Selon Adèle Jomphe Hill :

La compétence clinique de l'infirmière universitaire, si elle est utilisée de façon rationnelle, a des répercussions positives à plusieurs niveaux, elle imprime une orientation santé au système de soins, elle satisfait les soins individualisés et globaux du bénéficiaire et de sa famille et peut favoriser à court et à long terme une réduction des coûts (Nursing, Québec, Rencontre d'un nouveau type, Septembre octobre, 1981 : 18).

L'OIIQ fonde l'exigence d'une formation universitaire des infirmières tout d'abord sur les besoins de santé de la population québécoise et elle réfère ici aux données relatives à la morbidité et à la mortalité, aux changements démographiques et socio-économiques ainsi qu'aux phénomènes qui ont une répercussion sur la santé (Projet 2000, 1989).

D'autres événements ou changements viennent également appuyer la nécessité d'une formation accrue chez les infirmières, dont entre autres l'augmentation de la longévité des personnes apportant de nouveaux problèmes de santé, les changements démographiques, les phénomènes sociaux et le concept des soins de santé primaires.

Selon l'Enquête Santé Québec, les québécois et québécoises vivent en moyenne 8,1 ans et 10,8 ans en mauvaise santé (invalides et perte d'autonomie). Les principales causes de décès sont les maladies du système circulatoire, les tumeurs, les accidents et les traumatismes. Les facteurs prédisposant à ces causes de décès sont : l'obésité, l'usage du tabac, l'hypercholestérolémie, la consommation d'alcool et de drogue, le manque d'exercice, le mode de vie et

l'environnement physique et social de la population. La maladie mentale est également un des problèmes de santé prioritaires et est la deuxième cause d'hospitalisation au Québec.

De profonds changements démographiques se sont produits au cours des vingt dernières années. Au Québec, les gens vivent plus vieux, il y a moins d'enfants et la population est de plus en plus multi-éthnique. Des changements socio-économiques sont également survenus, dont les fluctuations de la croissance économique, l'importance accrue du rôle de l'État, les transformations du marché du travail, l'émergence de nouvelles formes de pauvreté, la multiplication des modèles de familles, l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, les nouvelles solidarités communautaires, les nouvelles façons de penser, de sentir et d'agir en matière de santé. La société québécoise se heurte maintenant à l'insécurité, à la tension, aux conflits et à l'essoufflement.

La pauvreté, le chômage et les autres formes d'inégalités sociales sont des facteurs reconnus comme étant fortement associés à des taux élevés de morbidité et de mortalité. Les maladies transmises sexuellement (MTS) et le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ont atteint un stade endémique.

La violence est également un problème social majeur et les conséquences sont graves pour les victimes : dépression, isolement, blessures, horizons sans issues et parfois même mort par homicide ou suicide.

D'autres phénomènes ont aussi une influence sur la santé de la population : la désinstitutionnalisation en santé mentale, le maintien à domicile des personnes âgées et les disproportions qui existent entre les besoins des familles et les services ou ressources disponibles.

Ces faits nous confirment qu'à long terme, la nature et le cadre de distribution des soins infirmiers seront modifiés. La profession infirmière, pour répondre à l'ampleur des besoins de santé et à leur complexité, doit s'assurer que la formation initiale donnée aux infirmières puisse répondre aux besoins qui se dessinent dès aujourd'hui.

Les soins infirmiers (quantitatifs et qualitatifs) doivent tenir compte des besoins de valorisation sociale, des interactions familiales et sociales et de l'autonomie des personnes.

L'OIIQ croit également que le concept des soins de santé primaires, a un impact sur la formation et la pratique des soins infirmiers. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1978, définissait les soins de santé primaires.

La base de l'approche des soins de santé primaire est une conception de développement holistique de la santé, et fait référence aux concepts de totalité, d'unité, de continuité et d'ensemble relatifs à la personne et à son environnement. Cette vision holistique de la santé a comme pierre angulaire l'unité des éléments bio-psycho-sociaux et spirituels de l'être humain ainsi que son indissociabilité avec l'univers.

L'approche des soins de santé primaires est une approche de vie et demande l'engagement de tous dans la démarche continue d'amélioration de sa propre qualité de vie et de celle du milieu. C'est une démarche d'autoprise en charge et de développement, et fait appel à une implication multisectorielle dans les prises de décision devant être envisagées dans la promotion de la qualité de vie au plan de la santé et au plan économique. C'est plus qu'un engagement personnel.

La finalité des soins de santé primaires vise donc une réponse adéquate aux besoins réels de santé de toute la population. Le moyen privilégié pour y parvenir est la promotion de la

santé, vue comme étant l'ensemble des activités humaines visant un niveau maximal de bien-être et d'actualisation du potentiel de chaque individu, famille et communauté.

La promotion de la santé (processus de développement de la santé) intègre tout d'abord l'autosoins aux plans individuel, familial ou collectif et des services de support (préventif, curatif, réadaptation, intégration sociale), compte tenu des phénomènes qui interfèrent avec le bien-être des individus, des familles et des communautés.

Compte tenu de l'approche d'autosanté, les infirmières des services de santé, ne peuvent plus prétendre offrir leurs services de façon appropriée si elles ne créent pas les conditions nécessaires pour que les individus, les familles et les groupes interviennent logiquement dans le processus de leur croissance personnelle, de l'amélioration de leur condition et de guérison de la maladie.

Les orientations gouvernementales ont elles aussi, souligne l'OIIQ, une influence sur la formation des infirmières. La santé pour tous devient une priorité au Québec et on revient au principe de la responsabilité personnelle dans une communauté où existent support et entraide. Les stratégies de soins doivent se déplacer vers la promotion et le maintien de la santé en plus du traitement et de la prévention de la maladie. Madame Thérèse Lavoie Roux, dans son allocution du 4 juillet 1988, reconnaissait l'absolue nécessité de se doter d'une politique globale de santé et de bien-être en identifiant des objectifs de l'autoprise en charge aux plans individuel, familial et collectif. A cet égard, la profession infirmière a un rôle de premier plan à jouer dans l'élaboration de cette politique puisque l'infirmière est la principale intervenante en santé auprès de la population. La

ministre de la Santé et des Services sociaux a d'ailleurs qualifié l'infirmière «d'épine dorsale du système de santé».

C'est également pour les raisons ci-haut mentionnées que l'OIIQ croit que la formation appropriée aux infirmières doit fournir une vaste étendue de connaissances, la maîtrise d'habiletés reliées au rapport d'égalité, un support dans le processus de prise de décision qui repose sur des systèmes de valeurs différents de celui de l'infirmière et un degré élevé de conscience sociale et d'engagement professionnel.

Plus près de nous, la nécessité de la formation anima les organismes régionaux dont la Corporation des infirmières et infirmiers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (CIIRAT).

Suite à la publication des statistiques de l'OIIQ, relatives à la formation des infirmières, qui révélaient qu'en Abitibi-Témiscamingue, seulement 26 % des infirmières possédaient une formation universitaire, le conseil d'administration de la Corporation des infirmières et des infirmiers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue décida, en janvier 1990, de former un comité ad hoc afin de promouvoir la formation universitaire des infirmières en Abitibi-Témiscamingue.

Ce comité est composé de la présidente de la CIIRAT, d'une représentante de l'UQAT, du CRSSAT, d'un CLSC et d'un CH. Le comité débuta ses travaux par l'inventaire des actions entreprises dans le passé dans la région en regard de la formation des infirmières. Cet inventaire révéla que des actions avaient été menées de façon isolée et sans concertation, ce qui n'apporta pas de changement et n'eut pas de suite.

Ensuite, le comité a voulu vérifier, auprès de toutes les instances concernées, leur position en regard de la formation des infirmières. Le comité rencontra donc tous les députés provinciaux (3) de l'Abitibi-Témiscamingue, les directeurs généraux des CH, les directeurs généraux des CLSC-CS, les directeurs généraux des CAH, les directrices et les directeurs des soins infirmiers des CH, les coordonnatrices et les coordonnateurs des CLSC-CS, le directeur du cégep, le recteur de l'UQAT ainsi que les représentantes syndicales des principaux établissements de santé de la région.

Les comptes rendus des rencontres (1990-1991) du Comité de promotion de la formation universitaire (CPFU) nous rapportent les positions des instances rencontrées. Tous sont d'accord pour une formation plus poussée des infirmières, mais certains montrent des réticences en regard des modalités ou moyens pour favoriser cette formation.

Les représentantes syndicales sont en faveur qu'un baccalauréat de base soit accessible aux infirmières de la région. Par contre, elles s'opposent à ce que l'obtention d'un baccalauréat soit obligatoire pour toute la main-d'oeuvre infirmière.

Les directeurs généraux aimeraient avoir plus d'infirmières bachelières au sein de leurs établissements mais les budgets octroyés par le MSSS ne leur permettent pas d'embaucher de telles professionnelles.

Les directrices et directeurs des soins infirmiers des CH désirent élever le taux d'infirmières bachelières au sein des soins infirmiers. Les représentants des CAH (DG et DSI) croient à l'avantage d'avoir des infirmières bachelières pour les postes cadres, mais pour les autres infirmières à leur emploi, ils privilégient le certificat en gérontologie.

Les principales intéressées, soit les infirmières, croient, elles aussi, que la formation universitaire aurait des impacts positifs sur la profession.

Lors de l'Assemblée générale annuelle de la Corporation des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue, tenue le 15 juin 1990, le thème de cette journée était «La formation universitaire». Les infirmières ont discuté en ateliers de l'opportunité d'une formation universitaire de premier cycle comme diplôme initial donnant accès à la profession. Elles devaient répondre à trois questions : Une formation universitaire ferait-elle de vous de meilleures infirmières ? Quels impacts apporteraient une telle formation? Quelles sont les conditions nécessaires pour accéder à cette formation?

Les résultats des discussions, suite aux questions posées plus haut lors de l'assemblée générale annuelle de la CIIRAT furent que la formation collégiale est déjà une formation très valable et pertinente aux tâches à accomplir. Toutefois, une formation universitaire donnerait plus de connaissances ainsi qu'une vision plus globale du système de soins. Les impacts d'une telle formation, outre les effets professionnels, pourraient accroître la crédibilité de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire où plusieurs intervenants ont une formation universitaire à la base. De plus, on croit qu'une telle formation pourrait accroître l'attraction vers la profession.

Mais l'assemblée se questionne à savoir : Quelles conditions seraient nécessaires pour accéder à une formation universitaire?

Les infirmières en atelier ont énumérées quelques conditions qui, croyons-nous, sont des pistes de solution à ne pas négliger : la disponibilité de prêts et des bourses à intérêt minimum, la facilité de libération au niveau du travail, la reconnaissance de cette scolarité dans les conventions

collectives, la non-dévalorisation du travail de celles qui ont une formation collégiale, un système d'enseignement à distance, avec des laboratoires et des moniteurs sur place. Finalement, le comité ad hoc s'est associé au comité UQAT-CRSSHAT, comité régional qui s'est donné comme mandat de promouvoir la formation des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Après toutes ces consultations et en s'appuyant sur les orientations privilégiées par l'OIIQ et décrites antérieurement, le comité de promotion de la formation universitaire mis en place par la Corporation des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue s'est fixé deux objectifs spécifiques afin de favoriser la formation universitaire des infirmières en Abitibi-Témiscamingue :

1. Travailler à la mise en place d'un baccalauréat de base en sciences infirmières dispensé par l'UQAT. (La directrice du module des sciences santé de l'UQAT participe à un comité provincial visant à élaborer un programme de baccalauréat de base en sciences infirmières qui sera dispensé par le réseau des universités du Québec. A noter que l'Université du Québec à Hull a reçu (en 1990) des budgets pour développer ce programme qui sera dispensé en 1993).
2. Rendre plus accessible le baccalauréat de perfectionnement aux infirmières à l'emploi des établissements et multiplier les conditions facilitantes à ce perfectionnement à l'intérieur de ces mêmes établissements.

### **2.3 LES OBSTACLES AU PERFECTIONNEMENT**

Quoique la nécessité de la formation universitaire ait été démontrée de façon assez éloquente par plusieurs instances, l'accès à cette formation s'avère difficile pour plusieurs infirmières. Depuis plusieurs années, les associations professionnelles et les chercheurs s'interrogent sur les facteurs pouvant faire obstacle au perfectionnement. En 1971, l'Association des infirmières et

infirmiers du Canada (AICC), a interrogé 6 493 infirmières à travers le Canada. Le manque d'aide financière de même que les responsabilités familiales apparaissent comme les deux principaux obstacles à la formation continue. Parmi les commentaires recueillis, des raisons d'ordre scolaire (horaires, régions où se donnent les cours, conditions d'admission, nécessité de s'inscrire à temps complet) ressortent comme des barrières importantes.

André Duquette (1983) dans une étude québécoise intitulée «Les conditions du milieu peuvent entraver la motivation à l'éducation continue», dresse un portrait des motifs psychologiques pouvant entraver ou influencer la motivation à l'éducation continue. Les motifs psychologiques les plus influents en regard de la motivation à l'éducation continue seraient : l'amélioration de la compétence professionnelle, le maintien des connaissances à jour et la satisfaction personnelle; les motifs les moins influents seraient l'augmentation salariale et l'avancement.

Les motifs liés aux conditions du milieu les plus influents sur la motivation à l'éducation continue sont le fait de pouvoir s'inscrire à des cours à temps partiel et le fait que les infirmières doivent se tenir à jour. Les facteurs assistance financière de l'employeur et aménagement de l'horaire de travail se retrouvent au dernier rang.

Il est à noter que cette étude a été faite auprès de 42 infirmières de Montréal et de 40 infirmières de Granby.

Selon Helen Berg, citée par Duquette (1983), l'environnement éducatif du milieu de travail et les horaires de travail sont identifiés comme facteurs contraignants. Elle note également le manque d'information sur les activités éducatives offertes, l'endroit des activités, la pertinence des

programmes offerts, la libération du temps de travail en faveur des études et l'appui financier de l'employeur (Duquette, 1983 : 24).

Plus tard en 1986, Duquette, dans sa recherche intitulée Obstacles à l'éducation des adultes, motifs de non-perfectionnement des infirmières du Québec, identifia les facteurs liés à la participation et à la non-participation des adultes à l'éducation continue. Il a analysé quatre modèles de participation. Le premier modèle (Boshier 1973) qui déduit que la participation aux activités éducatives serait le résultat d'interaction entre des facteurs psychologiques internes et des variables externes de l'environnement. Le deuxième (Cross 1981) explique que la participation en éducation des adultes est le résultat de plusieurs forces cumulatives liées entre elles; ces forces proviennent de l'individu et s'orientent vers l'extérieur, la variable de départ est l'auto-évaluation, la perception qu'un individu entretient à propos de ses possibilités. Le modèle d'interactions psychosociales est axé sur les forces externes venant de l'environnement; les facteurs sont répartis selon deux périodes : l'âge pré-adulte et l'âge adulte. Le dernier propose une approche globale qui met en relief les variables biophysiques de l'environnement, les caractéristiques sociales, les traits de personnalité, les capacités intellectuelles, les attitudes reliées à la motivation de l'adulte, l'information retenue et la situation immédiate.

L'analyse des modèles étudiés par Duquette fait ressortir que la participation des adultes à l'éducation apparaît comme un phénomène complexe influencé par des motifs d'ordre psychologique et des variables externes de situation et d'environnement; ces variables agissent comme forces cumulatives entre elles. Les indicateurs les plus puissants liés à la participation et à la non-participation à l'éducation seraient la scolarité et l'âge. Les principaux obstacles au non-perfectionnement seraient liés aux institutions, à la situation de l'adulte et à ses dispositions.

Duquette (1986), en conclusion de son étude, identifia dix motifs comme étant majeurs et faisant obstacle au perfectionnement : les motifs liés au milieu de travail, ceux liés aux dispositions de l'infirmière et les motifs liés à sa situation. Ces motifs sont par ordre d'importance décroissant. Ceux liés au milieu de travail réfèrent au travail qui prend beaucoup de temps, à la libération du travail, aux conditions de travail, au travail épuisant et aux difficultés pour les études à temps partiel. Les motifs liés aux dispositions de l'infirmière sont la pratique satisfaisante, le temps pour obtenir un diplôme, le diplôme non nécessaire et les difficultés pour les études à temps partiel. Finalement, ceux liés à la situation de l'infirmière réfèrent aux engagements nombreux et à la vie privée prioritaire.

De plus, deux chercheuses américaines (Malcolm et Reuther, 1988) suite à une revue de littérature et à des interview auprès d'étudiantes infirmières, ont identifié douze conceptions pouvant faire obstacle au retour aux études chez les infirmières (voir annexe II). Ces conceptions ressemblent beaucoup aux motifs évoqués par les infirmières lors de la recherche de Duquette au Québec en 1986. Dans les deux cas (Etats-Unis, Québec), nous y retrouvons l'incertitude d'une promotion après l'obtention du diplôme (questions 1 et 49), la non-nécessité d'avoir un baccalauréat pour exercer la profession d'infirmière de chevet (questions 4 et 37), la non garantie d'un meilleur salaire suite au diplôme (questions 6 et 39), la formation en cours d'emploi suffisante pour satisfaire leurs besoins de perfectionnement (questions 8 et 6), le manque de support et d'encouragement à suivre des cours (questions 11, 5 et 28), la période de temps trop longue pour l'obtention du baccalauréat, les cours à temps partiel (questions 12, 4, 48 et 50).

---

\*. Ces motifs ont été classés par l'auteur comme appartenant aux trois regroupements.

Ces ressemblances ne sont guère surprenantes car les conditions de travail dans les hôpitaux aux Etats-Unis de même que la formation universitaire sont très similaires à celles existantes au Québec et en Abitibi-Témiscamingue.

L'OIIQ, en 1982, dans son livre *Hypertension*, nous rapporte que la profession infirmière est la seule profession où une meilleure formation se fait entièrement aux frais des infirmières sans gratification ou presque de nature salariale.

## **2.4 LES CONDITIONS DE TRAVAIL**

La littérature fait état de la situation dramatique que vivent les infirmières dans les hôpitaux. Au Québec, l'état de santé des soins infirmiers dans les centres hospitaliers est qualifié de lamentable. On les compare à des usines où productivité et rentabilité financière sont devenues d'intérêt primordial. On y ressent l'impact des pressions gouvernementales, administratives et syndicales (Larose, 1981).

L'AHQ déplore les difficultés à combler des postes d'infirmières dans les hôpitaux depuis cinq ans. Selon elle, le développement des centres locaux de services communautaires (CLSC) est le facteur qui a le plus contribué à créer cette pénurie d'infirmières. De fait, ces établissements de santé (CLSC) offrent des conditions de travail plus alléchantes : travail de jour, milieu plus dynamique et valorisation de l'autonomie (AHQ, 1988).

Les infirmières ne sont plus attirées par le milieu hospitalier, qui ne peut retenir celles déjà sur le marché du travail; plusieurs quittent pour d'autres professions. Nous constatons une diminution des postes à temps complet (7,3 %) chez les infirmières depuis 1974 (Côté, 1979).

Cette diminution de poste à temps complet fut également relevée par l'OIIQ lors de la publication de ses statistiques de 1988 relative à la formation des infirmières. En effet, cette dernière a compilé et comparé le nombre de postes à temps plein et à temps partiel depuis les années 1977-1978, jusqu'en 1987-1988. Nous remarquons que tous les établissements de santé (centres hospitaliers, centres de santé, santé communautaire) ainsi que la formation professionnelle ont subi une baisse de leurs postes à temps complet en faveur d'une augmentation de postes à temps partiel. Ce sont dans les centres hospitaliers que cette inversion de poste s'est faite le plus sentir. Les postes à temps plein sont passés de 71,3 % à 54,09 %, sur une période de dix ans, tandis que les postes à temps partiel ont augmenté en passant de 28,7 % à 45,91 %.

Une étude réalisée par Jean Goyette, en collaboration avec les CRSSS de la Côte-Nord et de l'Abitibi-Témiscamingue (octobre 1989) intitulée Les facteurs qui provoquent les intentions de départ des infirmières oeuvrant en régions périphériques, révèle qu'en plus du taux d'insatisfaction au travail comme facteur d'intention de départ, il y a l'accessibilité à la formation hors de l'établissement. Les infirmières dénoncent les lacunes au niveau des choix de cours disponibles, l'absence de politique favorisant l'accessibilité de la formation offerte hors établissement et le manque de décentralisation de l'enseignement.

Il en est de même aux Etats-Unis, où l'on constate également un exode des infirmières vers d'autres professions. Les infirmières des hôpitaux, de New-York à Los Angeles, dénoncent les

conditions de travail dans ces institutions. Celles des soins intensifs, notamment, affirment qu'il n'y a pas suffisamment de personnel pour assurer un travail efficace sur tous les quarts de travail, et que les soins aux patients sont toujours compromis. Quelles seraient les solutions pour empêcher cette exode? Le salaire? Peut-être, mais les experts en nursing aux Etats-Unis croient que le concept «nursing» et le rôle traditionnel de l'infirmière doivent être redéfinis. Ces experts croient aussi qu'il faut repenser les normes d'éducation et les stages des programmes en nursing. (Gorman, 1988).

Depuis l'adoption en 1982 de l'exigence de la formation initiale universitaire en l'an 2000 pour les nouvelles infirmières, l'OIIQ publia plusieurs articles dans Nursing Québec. Dans une étude faite en 1989, «Hypertension, l'urgence des choix», l'Ordre dénonce une situation devenue intenable pour les infirmières au Québec. Selon cette dernière, un nombre inquiétant d'infirmières quittent la profession. Celles qui restent, aménagent différemment leurs champs de pratique : elles oeuvrent en cabinet privé, dans des centres pour personnes âgées ou personnes mourantes. Elles se dirigent vers les CLSC : soins à domicile, santé des jeunes, santé au travail ou vers d'autres approches de soins; d'autres s'inscrivent à des agences privées.

Parmi les infirmières qui continuent à travailler dans le système hospitalier (70 % d'entre elles), nombreuses sont celles qui optent pour l'horaire de sept jours de travail par quinzaine. Plusieurs d'entre elles, pour éviter le burn-out, prennent des congés de maladie ou des congés sans solde.

Les moins de 35 ans refusent de plus en plus le travail de nuit. La perspective d'y demeurer 7 à 8 ans avant d'obtenir un poste de jour, au moment où elles commencent une vie de

couple, élèvent des jeunes enfants ou sont déjà seules soutien de famille, rend cette perspective inacceptable, d'autant plus qu'elles n'obtiennent qu'une maigre compensation monétaire de cinq dollars par nuit (prime).

Ce sont les nouvelles diplômées des cégeps qui délaissent en premier la profession. Le travail en centres hospitaliers les décourage et les effraie. Elles font parties d'équipes volantes, sont sur des listes de rappel, travaillent à temps partiel, sans sécurité d'emploi ni de revenu. Une étude menée par l'OIIQ en 1984 auprès de jeunes infirmières inscrites au tableau de l'ordre depuis 1981 et ayant un, deux ou trois ans d'expérience, démontre que 66 % d'entre elles travaillent à temps partiel ou occasionnel. Seulement 18 % sont en service de jour et 47 % le sont par rotation de jour, soir et nuit.

On demande souvent à ces infirmières qui n'ont pas acquis l'expérience de base au sein d'une équipe stable et structurée sans l'encadrement nécessaire, d'assumer à pied levé des responsabilités trop grandes ou des spécialités qui exigent une forte expérience. Qu'en est-il alors de leur degré d'insécurité et de stress, de la sécurité des bénéficiaires et de la qualité des soins?

La profession infirmière est nettement dévalorisée alors que l'éventail des choix de carrières qui s'offrent aux filles comme aux garçons n'a jamais été aussi étendu. Entre 1977 et 1987, parmi les 122 choix de carrières offerts aux cégepiens et cégepiennes, la profession d'infirmière est passée du 4<sup>ième</sup> choix au 91<sup>ième</sup> (OIIQ, Hypertension, 1989).

Le salaire des infirmières est également fort peu attrayant. La scolarité additionnelle et la formation spécialisée ne sont à peu près pas rémunérées. Au Québec, une bachelière en nursing

gagne en commençant 1,53 \$ seulement de plus l'heure qu'une diplômée de cegep en technique de soins infirmiers. Après vingt-cinq ans, qu'importe son niveau de formation, l'infirmière d'expérience gagne 8 780 \$ de plus par année qu'une débutante (OIIQ, Hypertension, 1989).

L'OIIQ croit également que la source du problème se trouve dans la discrimination envers les femmes. L'injustice salariale réside dans le fait que les métiers traditionnellement féminins continuent d'être systématiquement moins rémunérés que ceux à prédominance masculine. L'analyse de 300 conventions collectives, dans les années 1980, démontre la persistance de cette discrimination à l'endroit des femmes (Garon, Bélanger, Ledoyen, 1986).

Un autre problème relié à la profession infirmière est la structure d'emploi marquée par une augmentation considérable du travail à temps partiel. Au Québec en 1989, 60 % des infirmières travaillent à temps partiel (OIIQ, Hypertension, 1989).

Les conditions de travail imposées aux infirmières se détériorent alors que les responsabilités augmentent et que les compétences requises se diversifient. Elles sont bousculées de toutes parts, happées par une surcharge de soins techniques difficiles à exécuter et forcées à des tâches fragmentées, minutées comme dans une chaîne de montage (Bergeron Françoise et Coll., 1984 : 43).

Il y a aussi, de toute évidence, la mauvaise utilisation que l'on fait des infirmières. Dans une période aussi aigüe de manque de personnel, on leur demande d'accomplir des tâches qui ne relèvent pas des soins infirmiers (répondre au téléphone, faire du secrétariat, de l'entretien, s'occuper

des réserves de fournitures). C'est une preuve évidente du peu de valeur accordée aux soins de santé et à l'expertise professionnelle de celles qui les dispensent.

L'OIIQ ajoute même que les problèmes de main-d'oeuvre ne sont en fait que la non-reconnaissance d'une profession et du rôle primordial qu'elle joue dans le système de santé. La profession infirmière ne peut exercer pleinement sa propre autonomie. Cette absence de liberté d'action est une cause profonde de l'insatisfaction grandissante chez les infirmières et de la détérioration des soins de santé (OIIQ, Hypertension, 1989).

L'absence d'autonomie dans l'organisation de leur travail et l'impossibilité pour elles d'influencer ou de modifier les politiques concernant les soins aux patients sont des facteurs clés dans leur décision de quitter leur emploi. Ces facteurs étaient également cités comme influents, dans la recherche de Goyette (1989) sur les intentions de départ des infirmières oeuvrant en régions périphériques.

La Fédération québécoise des infirmières et infirmiers soulignait dans leur mémoire présenté à la commission Rochon (1986) :

En plus de ne pas être consultées, ni associées aux prises de décision en tant qu'intervenantes autonomes, elles doivent faire face aux attitudes paternalistes ou sexistes des médecins qui ont tendance à les traiter comme de simples exécutantes, voire des servantes.

Le seul pouvoir des infirmières est un pouvoir informel non reconnu à l'instar de celui des femmes dans la société. L'image que les politiciens se font des infirmières est encore influencée par le pouvoir de la profession médicale. Les enquêtes qui ont pour objectifs d'analyser le système

de santé et de proposer des réformes globales témoignent, elles aussi, de la méconnaissance totale du rôle des infirmières et de la nature même des soins infirmiers. L'OIIQ en a fait la critique à la commission Rochon.

Devant toutes ces difficultés rencontrées au niveau du travail des infirmières, de leur fonctionnement au sein de l'équipe de soins et de leur place dans le système de santé québécois, les directrices des programmes universitaires des sciences infirmières, l'Association canadienne des écoles universitaires en nursing région du Québec et les directrices des soins infirmiers des établissements de santé québécois considèrent que ces difficultés sont dues à une formation de base insuffisante et que la formation universitaire doit être le critère d'admission à la profession.