

MÉMOIRE

DÉPOSÉ À LA COMMISSION DES FINANCES PUBLIQUES

Le 31 octobre 2014

CFP – 008M

C.P. – P.L. 15

Gestion et contrôle
des effectifs

PROJET DE LOI N^o 15 : UNE MENACE À LA DISPONIBILITÉ, À L'ACCESSIBILITÉ, À LA SÉCURITÉ ET À LA QUALITÉ DES SOINS

FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



Table des matières

Avant-propos.....	i
Un projet de loi préoccupant	1
Un objectif dévastateur : l'austérité avec un « a » majuscule.....	3
Une accentuation prévisible des dysfonctionnements actuels.....	5
Des dysfonctionnements aux conséquences désastreuses	8
Le projet de loi no 15 : « contrôler pour couper ».....	17
Bibliographie	19

Avant-propos

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec — FIQ représente près de 65 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la majorité des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes qui travaillent essentiellement au sein du réseau public de santé. Cet enracinement au cœur du réseau de la santé alimente son expertise, prisée et reconnue par les décideurs de tous les horizons. L'expertise de l'organisation se compose donc d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services du réseau de la santé et des services sociaux.

La FIQ, en tant qu'organisation syndicale, représente une très vaste majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles de la santé, travailleuses du réseau public et usagères des services. Elle vise, par ses orientations et ses décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et davantage de justice sociale.

Forte de cette mission, la FIQ a toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué l'histoire du système de santé et de services sociaux québécois. Que ce soit au sujet de la planification stratégique des instances qui composent le système de santé, de projets de loi visant à en modifier le fonctionnement ou de tout autre sujet qui l'interpelle, la Fédération s'est toujours portée à la défense des intérêts et des préoccupations des membres qu'elle représente, mais aussi de ceux de la population. La qualité des soins et des services, leur accessibilité et leur capacité à répondre aux besoins de la population comptent parmi les plus importants enjeux sur lesquels la Fédération se penche. Elle a également toujours soutenu une ouverture du réseau à la participation démocratique, fait valoir l'importance de la prévention et de la promotion de la santé et revendiqué, pour le Québec, le maintien d'un système de santé et de services sociaux empreint des valeurs sociales-démocrates.

Un projet de loi préoccupant

1

Les professionnelles en soins exercent un rôle fondamental dans la dispensation des soins et des services de santé au Québec, dans la réponse aux besoins de santé de la population québécoise et dans le maintien d'un réseau de santé public fort. La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ juge donc important de participer aux consultations entourant le *Projet de loi n° 15 : Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État.*

Pour la FIQ, il s'agit de répondre à la question suivante : le projet de loi n° 15 représente-t-il une mesure souhaitable ou nécessaire pour contrôler le niveau d'effectifs au sein de certains organismes publics, et de façon plus spécifique celui des professionnelles en soins du réseau de la santé et des services sociaux ?

Malgré son titre, en aucun temps le projet de loi n° 15 ne définit et ne précise la composition des effectifs concernés, pas plus qu'il n'indique des gels d'effectifs et des gels d'embauches, ce que sous-tend pourtant ce projet de loi dans son application. En effet, à la lecture du projet de loi n° 15, il y a tout lieu de présumer que le principal objectif de cette loi n'est nul autre que de réduire numériquement la main-d'œuvre travaillant dans le secteur public, soit de sabrer dans les effectifs actuels et de freiner le renouvellement de ceux-ci dans le futur.

La FIQ est convaincue que le contrôle du niveau d'effectifs, proposé dans le projet de loi n° 15, aurait à court et moyen termes des répercussions sur les professionnelles en soins, que ce soit au niveau de l'encadrement professionnel (par exemple, en ce qui concerne la direction des soins infirmiers) ou du nombre et de la composition de l'équipe de soins.

En effet, sur ce dernier point, nos inquiétudes par rapport au projet de loi n° 15 se confirment et sont renforcées par la récente Étude des crédits de la Commission de la santé et des services sociaux (MSSS, 2014-2015). Il y était indiqué que, malgré la reconnaissance de déficits d'effectifs requis persistants au sein de certaines catégories d'emploi jugées vulnérables, dont font partie les infirmières, ou d'emplois à surveiller, tels que les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes, on signalait que les nouvelles orientations quant aux gels d'embauches dans le RSSS n'étaient, pas au moment de la tenue de cette Commission, prises en considération dans les prévisions d'effectifs.

Par ailleurs, il apparaît risqué, pour la Fédération, de centraliser le contrôle et les décisions finales concernant les effectifs uniquement entre les mains du ministre de la Santé et des Services sociaux et du président du Conseil du Trésor. Cela apparaît périlleux étant donné la variabilité dans la gestion quotidienne du RSSS afin de répondre aux besoins de la population.

Un objectif dévastateur : l'austérité avec un « a » majuscule

3

En tant qu'organisation syndicale, la FIQ n'a jamais privilégié la politique de la « chaise vide » et a toujours souhaité être de celles par qui passe le changement. À ce titre, vous la trouverez toujours du côté de celles qui ne font pas que critiquer et prôner le statu quo, mais qui cherchent plutôt des solutions pertinentes, pratiques, concrètes, réalistes et réalisables. En ce sens, la FIQ a toujours, depuis sa création en 1987, participé aux réflexions et travaux entourant la planification des effectifs des professionnelles en soins œuvrant dans le RSSS. Cette participation en a toujours été une de collaboration à la recherche d'améliorations novatrices, et ce, toujours dans l'objectif d'assurer des soins de qualité, accessibles et sécuritaires pour les patient-e-s, ainsi que des conditions de travail et de vie au travail facilitantes et satisfaisantes pour les professionnelles en soins.

Ceci étant, les titres des sections du projet de loi à l'étude (contrôle, reddition de comptes, vérification, mesures rectificatives et sanctions) s'inscrivent dans une volonté ministérielle d'instaurer des mesures d'austérité pour remédier à l'impasse budgétaire gouvernementale actuelle. Ainsi, la Fédération questionne fortement la légitimité et l'ampleur de la démarche entreprise par le gouvernement en regard du projet de *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État*. Si l'on tient compte que des institutions aussi sérieuses que la Banque mondiale, le Fonds monétaire international et l'Organisation de coopération et de développement économique (Desrosiers, 2013) mettent en garde les États contre l'adoption de mesures d'austérité, qui ralentissent plutôt que stimulent la reprise économique, la prudence et la vigilance s'imposent quant aux tenants et aux aboutissants du projet de loi n° 15.

La Fédération est composée de membres occupant une position stratégique dans le réseau de la santé, en l'occurrence, les professionnelles en soins (infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, perfusionnistes), lesquelles sont souvent les premières à constater et à subir les conséquences d'une gestion mal avisée. À ce chapitre, il est entre autres pertinent de souligner la sous-utilisation actuelle des infirmières auxiliaires et des infirmières praticiennes spécialisées dans le RSSS, le recours important à la main-d'œuvre indépendante et la pénurie persistante de plusieurs catégories de personnels au sein des équipes de soins. Cependant, selon la Fédération, l'article 13 du projet de loi n°15 manque de clarté. Si, toutefois, il visait la révision des contrats de services relatifs à la main d'œuvre indépendante, la FIQ appuierait une telle disposition.

En ce qui concerne spécifiquement les professionnelles en soins, tou-te-s les intervenant-e-s ayant une certaine connaissance du fonctionnement du réseau public de santé savent bien qu'elles tiennent le réseau à bout de bras

et que sans l'apport incommensurable qu'elles livrent au quotidien la situation du RSSS serait catastrophique.

Ce que la FIQ attend du gouvernement, à la suite des auditions de la Commission sur ce projet de loi, est qu'il se penche d'une manière rigoureuse et sérieuse sur le coût humain et monétaire associé à la gestion prévisionnelle des effectifs de courte vue ayant présentement cours dans le réseau de la santé. Cela se fait actuellement au détriment d'une démarche rigoureuse et responsable de planification des effectifs tenant compte des expertises, des préoccupations des effectifs concernés et de leurs représentant-e-s. Il ne faut pas oublier que lorsque l'on parle d'effectifs, il s'agit en réalité de travailleuses et de travailleurs qui ont des connaissances, de l'expérience et de l'expertise, mais qui ont aussi des attentes et des besoins personnels et professionnels à satisfaire, des limites, une santé et une famille à prendre en considération.

Une accentuation prévisible des dysfonctionnements actuels

Le premier dysfonctionnement actuel est, sans contredit, celui de la pénurie récurrente de plusieurs catégories de personnels dans le réseau de la santé et des services sociaux. Luyet définit bien ce qu'est la pénurie pour les professionnelles en soins : « *c'est un déséquilibre lorsque trop peu de professionnelles de la santé sont disponibles pour offrir des services et des soins de qualité en quantité suffisante* » (Luyet J.A., 2005). La FIQ se questionne sur la pertinence de procéder à un gel d'effectifs ou d'embauches pour une catégorie de personnel déjà lourdement affectée par une pénurie récurrente et qui perdure depuis la fin des années 1990. En effet, il existe présentement une pénurie de main-d'œuvre infirmière au Québec. D'ailleurs, le déficit qui se situe actuellement autour de 2 000 infirmières sera d'environ 1 400 en 2020-2021 selon les prévisions.

Pour sa part, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) estime la pénurie à 60 000 postes équivalents à temps complet d'ici 2022 (AIIIC, 2009). Il est impossible de passer sous silence que la pénurie de professionnelles en soins est aussi une problématique internationale. En 2015, elle sera de 2,8 millions pour l'ensemble des disciplines. Par exemple, les États-Unis estiment à un million la pénurie de professionnelles en soins d'ici 2016 (AMA, 2007). Selon Tremblay, plusieurs facteurs explicatifs sont à l'origine de la pénurie des professionnelles en soins (Tremblay M., 2008). Un des premiers facteurs à considérer est celui des **changements démographiques**. La population québécoise vit plus longtemps ce qui veut dire qu'elle requiert des soins sur une plus longue période de temps. Cette population vieillit et, par le fait même, il y a une amplification de certains problèmes sociaux ainsi que l'apparition de nouveaux problèmes de santé. De plus, élément important à souligner, ces changements démographiques surviennent, encore une fois, en parallèle avec des transformations majeures de notre système de santé.

Ainsi, la population présente des besoins de santé de plus en plus complexes : maladies chroniques, problèmes de santé mentale, problèmes cognitifs, soins de fin de vie, etc. Dans son Répertoire des programmes et des priorités nationales de développement des compétences (MSSS, 2015-2016), le gouvernement reconnaît l'urgence de mieux répondre aux besoins exponentiels de la population. Pour ce faire, il propose d'améliorer et d'accroître les connaissances, notamment, des professionnelles en soins. Il y reconnaît le rôle important et accru que ces professionnelles ont et auront à jouer tant au niveau de l'enseignement que des problèmes de maladies chroniques et de la promotion de la santé. D'ailleurs, la FIQ souscrit pleinement à ces initiatives de développement des compétences. Pourtant, contrairement aux besoins priorisés dans ce répertoire, ce qui est proposé dans le projet de loi n°15 vise le gel d'embauches et le contrôle des effectifs (MSSS, 2015-2016).

Un second élément explicatif de cette pénurie est la **gestion lacunaire des ressources humaines et de l'organisation du travail** dans les établissements du réseau de la santé. Elle est au cœur des problématiques vécues par les professionnelles en soins. Cette mauvaise gestion entretient les rouages du cercle vicieux de la pénurie infirmière et, par le fait même, la détérioration de leurs conditions de travail. La dynamique administrative de la performance, de l'efficience, du « faire plus avec moins » ainsi que les nombreux changements organisationnels ne font qu'accroître le problème de pénurie et, conséquemment, les problèmes liés à la surcharge de travail.

Soulignons certains de ces dysfonctionnements :

- Les décisions et les pratiques de gestion des ressources humaines (GRH) non-alignées sur la livraison des soins et des services infirmiers requis par les patient-e-s dans un environnement sécuritaire ;
- La faible présence de professionnelles en soins, entre autres, en CHSLD;
- La surcapacité dans l'occupation des lits aux étages et sur les civières à l'urgence. Les problèmes de surcapacité sont une cause importante des charges de travail excessives;
- Les équipes de base inférieures à celles requises par l'état des patient-e-s;
- Le recours systématique aux heures supplémentaires obligatoires pour combler les absences dans les établissements, un mode de gestion jugé récemment, dans une décision arbitrale, comme étant un exercice abusif et déraisonnable des droits de gérance (décision du 14 octobre 2014);
- La pratique courante des employeurs de demander aux professionnelles en soins de faire des heures supplémentaires plutôt que de combler les postes vacants ou d'en créer de nouveaux. En effet, trop souvent, la prise de décisions cliniques et de gestion ne sont pas faites en fonction des données probantes comme cela devrait être le cas, mais plutôt sur la base d'impératifs financiers et dans une logique de réduction des coûts;
- La pénurie de personnel de soutien, comme les préposé-e-s aux bénéficiaires (PAB). Cette situation force les professionnelles en soins à accomplir des tâches non liées aux soins infirmiers,

notamment à transporter les patient-e-s, à faire les lits, à distribuer les plateaux de nourriture, à donner le bain, à commander et à aller chercher le matériel dont elles ont besoin, etc.;

- La sous-utilisation des compétences des professionnelles en soins dans la gestion et la prestation des soins, surtout depuis l'entrée en vigueur de la Loi 90;
- La relation de collaboration parfois difficile entre les professionnelles en soins et les médecins (absence de prise de décisions autonomes des infirmières par rapport aux soins professionnels, relativement entre autres, aux ordonnances collectives);
- La précarité dans les postes de l'équipe de soins.

Tous ces facteurs contribuent à la surcharge de travail des professionnelles en soins et rendent la main-d'œuvre en santé de plus en plus vulnérable, et ce, tant au Québec qu'au Canada.

Des dysfonctionnements aux conséquences désastreuses

Au Québec, les professionnelles en soins portent le réseau à bout de bras. En 2012-2013, les heures effectuées en temps supplémentaires se chiffraient à 5 351 845 heures et ont occasionné une dépense de 231 millions de dollars. Pour la même année, la main-d'œuvre indépendante représentait 1 748 postes à temps complet (MSSS, Crédits 2012-2013). On peut supposer que ces chiffres connaîtront une croissance en raison de la hausse des heures supplémentaires effectuées depuis, sans compter le recours à la main-d'œuvre indépendante toujours présent. À cet effet, de récents documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), indiquaient le nombre effarant d'heures supplémentaires effectuées par les infirmières, les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes en 2014. On y comptabilisait 3 983 464 heures supplémentaires pour les infirmières, 3 106 239 heures supplémentaires pour les infirmières auxiliaires et 238 956 heures supplémentaires pour les inhalothérapeutes (MSSS, Crédits, 2014-2015). Pour les infirmières, cela représente 2 180 postes équivalents temps complet, 605 postes pour les infirmières auxiliaires et 631 postes pour les inhalothérapeutes. Un gouvernement moins sérieux dans sa démarche de saine gestion des fonds publics ne devrait-il pas se préoccuper en priorité de ces données inquiétantes?

À l'échelle du Canada, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) confirme que pour l'année 2010, à l'échelle canadienne, les taux d'heures supplémentaires les plus élevés chez le personnel infirmier se retrouvaient au Québec (36,4%) et en Colombie-Britannique (30,9%). On constate ainsi qu'il existe une tendance canadienne, mais aussi québécoise, qui favorise la sous-déclaration des heures supplémentaires en soins infirmiers et décourage leur compensation par la reprise de temps. Selon la FCSII, les infirmières canadiennes mentionnent avoir fait en moyenne 4,4 heures supplémentaires non rémunérées par semaine (FCSII, 2011). Statistique Canada, dans le cadre de son enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, avançait déjà des résultats similaires à ceux obtenus par la FCSII en 2011 et établissait à 4 heures par semaine les heures supplémentaires travaillées par les infirmières et non rémunérées (Statistique Canada, 2005). Le coût total annuel de ces heures supplémentaires non rémunérées, basées sur le taux salarial moyen pondéré, représentait 230,7 millions de dollars (FCSII, 2011).

Par ailleurs, on constatait, au 31 mars 2013, que seulement 51.7% des infirmières occupaient un emploi à temps complet régulier et que 34.0% des infirmières auxiliaires avaient un tel statut d'emploi. Il y a fort à parier que si on réduisait la précarité d'emploi, cela réduirait le recours systématique au temps supplémentaire, lequel est souvent obligatoire par surcroît.

Il convient de se demander par quelle logique le gouvernement pense rendre attrayante une profession en évacuant les problèmes concernant l'organisation du travail, notamment, ceux de la main-d'œuvre indépendante, du temps supplémentaire, du temps supplémentaire obligatoire, du taux d'invalidité élevé des professionnelles en soins, des accidents de travail, du manque de formation, de l'insatisfaction au travail et des structures de postes défaillantes pour ne nommer que ceux-ci. Tout ceci, sans oublier tous les éléments relatifs à la qualité des soins et l'importance de celle-ci pour la population québécoise. Ces préoccupations ne ressortent d'aucune façon à la lecture du projet de loi n°15. À croire que la loi de l'offre et de la demande ne s'applique pas lorsqu'il s'agit des conditions de travail des professionnelles en soins et des besoins de la population.

La FIQ est convaincue qu'un gel d'effectifs ou d'embauches des professionnelles en soins aurait des conséquences directes sur les soins offerts à la population puisque que les 89 % des 53 726 infirmières et 97,6 % des 18 312 infirmières auxiliaires du Québec dispensent des soins directs aux patient-e-s (MSSS, 2014; FCSII, 2013). La conséquence d'une mauvaise utilisation de la main d'œuvre risque de s'avérer désastreuse, tant au niveau de la qualité des soins que pour les professionnelles en soins concernées. Les mesures d'austérité ont un impact sur la qualité des soins. D'ailleurs, le Conseil des infirmières et infirmiers, en 2011, demandait aux leaders mondiaux de ne pas adopter de mesures d'austérité qui menaceraient la santé des patient-e-s (CII, 2011). La qualité des soins aux patient-e-s est mise en danger en raison des changements dans la dotation de personnel, conséquence de la gestion des soins. La preuve n'est plus à faire : de plus en plus d'études établissent un lien entre le manque de professionnelles en soins et la qualité des soins offerts.

La santé et la sécurité des patient-e-s sont aussi mises à risque lorsque les équipes de travail sont insuffisantes et que l'équipe en place est en déficit d'effectifs. Lorsque la qualité des soins diminue elle fait place à une augmentation du taux de mortalité. Selon Aiken et al, chaque fois qu'un-e patient-e additionnel-le s'ajoute à la charge de travail des professionnelles en soins, les probabilités de mortalité des patient-e-s augmentent de 7% (Aiken et al, 2002). De plus, s'ajoute à cela une augmentation des complications postopératoires et une augmentation de la durée de séjour à l'hôpital (Aiken et al, 2002).

Il est à souligner que la fatigue des professionnelles en soins est proportionnelle à la durée du temps de travail. La fatigue, engendrée par de longues heures de travail, et qui se traduit par une attention limitée et des difficultés dans la résolution de problèmes, favorise les erreurs dans des processus *nursing* complexes, tels que l'administration de médication. Qui plus est, le temps supplémentaire est de plus en plus utilisé, non seulement pour répondre à des fluctuations imprévues dans la clientèle, mais aussi de façon obligatoire, pour pallier à l'incapacité (ou au manque de volonté) de l'employeur de combler des postes et de remplacer des absences (MSSS, Crédit 2012-2013). Sans surprise, le temps supplémentaire est lié à la fatigue, au stress, au risque de blessures et d'accidents en milieu de travail, au tabagisme, aux maladies cardiovasculaires et aux problèmes relationnels en milieu familial chez les professionnelles en soins, Ces constats sont particulièrement vrais dans le cas du temps supplémentaire obligatoire. Chez les patient-e-s, on remarque également une augmentation significative des erreurs lorsqu' un quart de travail dépasse 12 heures consécutives. On observe aussi, dans les écrits scientifiques que le temps supplémentaire est associé à l'éclosion d'infections bactériennes en milieu hospitalier. Ainsi, force est de constater que la fatigue des professionnelles a une incidence sur la qualité des soins et des services.

En 2000, la délégation de l'American Nurses Association a pris position à l'effet que le temps supplémentaire devrait être réservé aux véritables urgences et que le refus de faire du temps supplémentaire ne constituait pas de l'abandon du/de la patient-e (ANA, 2000). Plus près de nous, l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) dénonce le fait que les employeurs placent les professionnelles en soins face à un dilemme déontologique en lien avec le temps supplémentaire. En effet, celles-ci doivent, d'un côté s'efforcer d'assurer la continuité des soins, mais sont dans l'obligation, d'un autre côté, de s'abstenir de pratiquer lorsqu'elles sont dans un état de fatigue qui, par exemple, pourrait mettre en danger la qualité et la sécurité des soins. Une planification de main-d'œuvre rigoureuse pour les professionnelles en soins, allant même jusqu'à l'implantation des ratios professionnelles en soins/patient-e-s, contribuerait à implanter une culture de soins sécuritaires. L'Institute of Medicine (IOM) (IOM, États-Unis) en est venu à la conclusion, dès le début des années 2000, que des principes de sécurité doivent être inclus dans la façon dont le travail est structuré. Selon l'IOM, les problèmes de sécurité et de qualité des soins de santé sont liés à des systèmes de travail désuets.

Outre les impacts sur la qualité des soins et sur les conditions de vie et de travail des professionnelles en soins, on constate que la gestion sans vision des effectifs du RSSS a une très forte incidence sur la satisfaction au travail du personnel.

La plupart des résultats des études réalisées sur les facteurs de satisfaction des infirmières convergent dans le même sens. Lorsque le niveau de stress au travail est élevé, que l'épuisement professionnel se fait sentir, que la qualité des soins n'est pas au rendez-vous et que la satisfaction des patient-e-s est à la baisse, la satisfaction au travail des professionnelles en soins est alors à son niveau le plus bas (Kendall, Sengin; 2003; comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002, Aiken et al, 2001).

En effet, de plus en plus d'études québécoises, canadiennes et internationales établissent un lien entre la surcharge de travail et l'absence de satisfaction au travail.

Notamment, les études suivantes soulignent ce constat :

- Garon et Ringl (2004) McNeese-Smith (1999), Davidson et al. (1997) et Shaver et Lacey (2003) ont constaté globalement que le plus grand facteur d'insatisfaction des infirmières découle de l'augmentation de la charge de travail et du manque d'effectifs infirmiers;
- Dans une recherche d'Aiken et al. (2002), les chercheurs ont constaté que les infirmières ayant des ratios infirmières/patient-e-s insuffisants sont deux fois plus susceptibles de vivre de l'insatisfaction au travail (Beudet, 2007). De façon parallèle, l'utilisation sous optimale des infirmières augmente. Ainsi, le taux d'insatisfaction, les risques d'épuisement professionnel et l'intention de quitter son emploi augmentent (Aiken, et al, 2001, Besner et al. 2010 ; D'amour et al. 2012) ;
- Au Québec, le rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2003), portant sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières, a mis en évidence les deux principaux motifs d'insatisfaction des infirmières de moins de 50 ans. Il s'agit du manque de personnel infirmier et des ratios infirmières/patient-e-s insuffisants;

- Filion et al. soulignent à leur tour que:

« Au-delà de l'intensité du travail, facteur pourtant souvent rapporté pour expliquer la satisfaction au travail et la détresse, c'est le manque de ressources humaines qui apparaît comme étant le principal facteur de risque à la fois pour la satisfaction et la détresse. L'intensité du travail est toutefois fortement en lien avec le manque de ressources humaines et modérément liée à l'exigence émotionnelle. Le manque de ressources humaines serait lié négativement à la qualité des rapports sociaux au sein de l'équipe. Ce résultat suggère que la pénurie de personnel qualifié, particulièrement lorsque le climat de travail est moins bon et que la tâche est exigeante, se répercute négativement sur la satisfaction au travail des infirmières et augmente leur détresse. » (Filion et al., 2013 p. 33) ;

- Une autre étude suggère qu'« avec chaque patient-e supplémentaire, l'épuisement chez l'infirmière ou l'infirmier augmente de 23%, et [que] l'insatisfaction au travail augmente de 15% » (Berry, Curry, 2012, p.27 citant la recherche Aiken, Clarke et al. 2002) ;
- La situation actuelle est préoccupante. Déjà, en 2003, le rapport de recherche du MSSS révélait que les facteurs incitatifs à l'attraction et la rétention des professionnelles en soins, étaient liés aux conditions de travail et aux conditions de vie des infirmières dans le réseau de la santé.

La détérioration de la qualité des soins et des conditions de travail et de vie au travail des professionnelles en soins et la diminution de la satisfaction au travail, constatées dans plusieurs milieux, contribuent à alimenter les problèmes **d'attraction et de rétention** de l'ensemble des membres de l'équipe de soins. Si, à ce constat inquiétant viennent s'ajouter des mesures de diminution d'effectifs et d'embauches de professionnelles en soins, il y a là matière à s'alarmer. Ces constats ne sont pas nouveaux et perdurent depuis plus de 15 ans dans le RSSS.

Pour la FIQ, d'autres alternatives que le gel d'effectifs et le gel d'embauches de professionnelles en soins apparaissent plus prometteuses, responsables et appropriées pour favoriser l'attraction et la rétention des catégories de main-d'œuvre vulnérables du RSSS. Par exemple, en Californie, l'adoption de la loi AB394, en 2004, visant l'obligation de respecter des ratios professionnelles en soins/patient-e-s pour les unités de soins de courte-durée a fait ses preuves. Les effets positifs constatés à la suite de la mise en place des ratios sont nombreux :

- L'amélioration de la rétention du nombre d'infirmières. Le nombre de postes vacants a diminué de 69 %. En effet, alors qu'en 1999, il y avait 246 068 infirmières, en 2012, leur nombre avait bondi à 375 924. Une augmentation de 40 %;
- Le faible taux de roulement de personnel, qui est inférieur à 5 %. Par conséquent, on peut penser que les coûts associés à la formation du personnel soignant ont diminué considérablement;
- L'augmentation du nombre d'infirmières licenciées additionnelles de 10 000 annuellement en moyenne;
- L'augmentation de 60 % des demandes d'inscription aux programmes en soins infirmiers;
- L'augmentation de 45 % du nombre de gradué-e-s (2005-2006);
- La diminution du taux d'absentéisme et des absences maladies;
- La réduction des coûts élevés des infirmières d'agences privées.

Ce projet de loi californien, qui se voulait une mesure de planification de la main-d'œuvre structurante, a contribué à augmenter le nombre de professionnelles en soins sur les unités de soins ainsi qu'à rehausser leur rôle sur chaque quart de travail, a fait diminuer le stress vécu au travail, a permis aux professionnelles en soins de bénéficier de leurs pauses et de leurs repas, a contribué à rehausser les perceptions des professionnelles en soins à l'égard de la qualité des soins ainsi qu'à une charge sécuritaire de travail. Par conséquent, cette avancée législative a contribué à rehausser le niveau de satisfaction au travail.

La FIQ s'est, jusqu'ici, davantage attardée dans le présent mémoire sur l'impact du contrôle des effectifs dans le milieu de la santé. Toutefois, la Fédération considère important de signaler qu'elle est tout autant préoccupée par le fait que ce projet de loi n° 15 vise aussi le contrôle des effectifs des commissions scolaires, des collèges d'enseignement général et professionnel ainsi que ceux de l'Université du Québec et de ses universités constituantes. La considération qui concerne les finances publiques ne peut être occultée dans l'analyse du projet de loi n° 15. La FIQ est fortement préoccupée des conséquences à court, moyen et long termes de cette nouvelle série de compressions annoncées récemment par le gouvernement actuel, et ce, non seulement sur le système de la santé mais aussi sur le système de l'enseignement. Des compressions de 123 millions de dollars, sous le gouvernement précédent, et de 172 millions annoncées par le gouvernement actuel et imposées au réseau universitaire font en sorte, qu'à

très court terme, ce réseau devra dégager plus de 300 millions de dollars en économies pour respecter les exigences gouvernementales. De telles compressions entraîneront ainsi ce réseau vers un important déséquilibre budgétaire.

Dans un tel contexte, comment former une relève de qualité et ce dans toutes les régions du Québec, là où la présence de l'Université du Québec et des collèges d'enseignement général et professionnel jouent un rôle majeur sur la démocratisation de l'acquisition des connaissances en matière d'enseignement supérieur?

Historiquement, à chaque fois que de telles compressions budgétaires ont été effectuées, la première mesure mise de l'avant par les organismes touchés a été de réduire la masse salariale, donc de couper des effectifs professoraux.

Ceci étant, la FIQ a toutes les raisons de se montrer fort préoccupée par les propos récents de l'actuel ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport et ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de la Science, Yves Bolduc. En effet, celui-ci affirmait alors : « *Je n'ai pas de pénurie de personnel. Des maîtres, il s'en forme davantage que le nombre de nouveaux enseignants embauchés* ». Pour la Fédération, un tel discours démontre une vision de courte vue et une méconnaissance éhontée des particularismes de certains domaines d'enseignement, dont celui des sciences infirmières.

À ce propos, la FIQ croit ici utile de porter à la connaissance de cette commission, les résultats récents (novembre 2012) d'une enquête nationale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et de l'Association canadienne des écoles en sciences infirmières (ACESI), portant sur les effectifs étudiants et professoraux des écoles canadiennes de sciences infirmières, qui indiquaient une pénurie imminente de professeurs qualifiés. Parmi les principaux constats portant sur les effectifs professoraux, on y indiquait que :

« L'augmentation des admissions aux programmes d'études supérieures doit être soutenue afin d'éviter une pénurie potentielle de professeurs, puisque les données ci-dessous indiquent [que] :

- 38,7 % des effectifs professoraux appartenaient à la cohorte des 55 ans et plus;
- 17,9 % des effectifs professoraux appartenaient à la cohorte des 60 ans et plus [...];

- Bien qu'il y ait une augmentation d'admissions aux programmes de maîtrise et de doctorat et une augmentation au taux de diplômés, le nombre de remplaçants potentiel (maîtrise et doctorat) pour les professeurs prenant leur retraite est insuffisant si les inscriptions aux programmes de premier cycle demeurent au niveau actuel ».

Il ressort de ces constats que la situation concernant l'offre d'effectifs professoraux en sciences infirmières dans l'ensemble du Canada, y compris au Québec, est insuffisante et inquiétante.

La Fédération partage entièrement les propos d'un rapport de l'École nationale d'administration publique dans lequel il était question des enjeux et des défis de la pénurie des professionnel-le-s de la santé. On y soulignait que :

« [...] les institutions d'enseignement doivent être en mesure d'accepter plus d'étudiants, elles doivent avoir les ressources matérielles et humaines nécessaires à leur formation, il doit y avoir des professeurs en quantité suffisante, tout comme des places de stage et des professionnels de la santé pour assumer les mandats de supervision. Accepter plus d'étudiants, disposer de plus de ressources humaines et matérielles, cela suppose bien entendu une augmentation de l'investissement financier » (Tremblay, M., 2008, p. 8).

En 2001, à la suite des travaux du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, plusieurs actions ont été entreprises dans le but d'attirer un plus grand nombre de candidates au programme de formation, d'accroître la valorisation de la profession et d'ultimement améliorer la rétention du personnel infirmier. Outre le dé-contingentement des programmes en soins infirmiers, divers mécanismes de promotion ont été utilisés (publicités dans les périodiques et sur des sites internet, des bulletins, des colloques, des salons de l'emploi, des activités d'orientation de carrière dans les milieux d'enseignement, etc.) afin d'assurer une relève infirmière suffisante et motivée. Cet ensemble de moyens visait à faire la promotion de la profession infirmière de manière à en améliorer l'image, notamment pour la rendre plus compétitive par rapport à d'autres secteurs de formation. Avec des gels d'effectifs et d'embauches qui se profilent à l'horizon, relativement au projet de loi n° 15, il y a tout lieu de craindre que ces efforts soient réduits à néant et diminuent de façon importante les inscriptions dans les programmes de formation. Il est raisonnable de croire que toutes les professions de la santé pourraient vivre de telles conséquences.

Les compressions budgétaires et les contrôles d'effectifs ainsi que les gels d'embauches et d'effectifs, qui de façon certaine en découleront dans les réseaux de la santé et de l'éducation, constituent une menace réelle non seulement à la qualité des soins et aux conditions de travail des professionnelles en soins, mais aussi à la qualité de la formation de la relève étudiante, aux conditions de travail du corps professoral et à l'ensemble des collectivités locales, régionales et nationales.

Le projet de loi no 15 : « contrôler pour couper »

17

Actuellement, la colère et l'inquiétude règnent au sein des rangs de la FIQ. Ses membres témoignent d'un ras-le-bol de promesses non tenues et de sempiternelles réorganisations administratives qui ont pour effet de détourner l'attention des problèmes criants et récurrents du réseau de la santé et des services sociaux.

Dans un tel contexte, où l'on assiste aussi à des coupures de postes de professionnelles en soins dans plusieurs établissements, une question se pose et s'impose : De quelle manière le projet de loi n° 15 sur la gestion et le contrôle des effectifs, notamment auprès des commissions scolaires, des collèges d'enseignement général et professionnel, de l'Université du Québec et de ses constituantes et de la main-d'œuvre des professionnel-le-s de la santé du secteur public, va-t-il résoudre les problèmes du réseau de la santé et des services sociaux. N'est-il pas plutôt susceptible d'amplifier les difficultés actuelles et même d'en créer de nouvelles ?

La Fédération déplore que les impératifs budgétaires et financiers semblent les seules considérations prises en compte par les décideurs du gouvernement en place lorsqu'il s'agit de déterminer les orientations de la gouverne des ministères sous sa responsabilité.

L'urgence d'agir demeure entière ! Et, le dépôt de ce projet de loi ne fait qu'accentuer la prise de conscience de cette urgence.

Un meilleur contrôle des effectifs est peut-être nécessaire. Cependant les moyens que veut se donner le gouvernement pour le faire sont fort discutables : gel d'effectifs, gels d'embauches et centralisation des mécanismes de contrôle des effectifs au sein du Conseil du trésor. Contrairement à ce que l'on entend du gouvernement en place, à l'effet que de telles mesures vont permettre de faire mieux et autrement avec moins, il s'agit encore de faire plus avec moins, en somme, de contrôler pour couper.

Ce projet de loi s'inscrit dans le droit fil du dogme d'austérité du gouvernement, mais à quel prix ? Une amélioration éventuelle de la santé financière du gouvernement, certes, mais une détérioration des acquis que la société québécoise s'est donnés notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation.

La FIQ a toujours activement contribué aux travaux initiés par les différents gouvernements qui se sont succédé concernant la planification des effectifs professionnels dans le secteur de la santé au Québec.

Sa contribution s'est faite notamment par sa participation au sein de plusieurs comités et groupes de travail tels que le Forum national sur la planification de la main-d'œuvre uniformisée, le comité de travail de Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec, la Table de concertation, les Groupes de pilotage (infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes), le Comité de main-d'œuvre infirmière et infirmières auxiliaires. De par son expérience, la FIQ est surprise que le projet de loi n° 15 ne traite de planification des effectifs qu'en termes majoritairement quantitatifs et non qualitatifs. Selon l'article 231 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), une véritable planification des effectifs doit reposer sur la mise en œuvre, au préalable, des activités de développement des ressources humaines suivantes : accueil, motivation, valorisation, maintien des compétences, évaluation, perfectionnement, mobilité, préparation de la relève et orientation de carrière. Ces activités doivent précéder et sous-tendre tout exercice de planification de la main-d'œuvre. Pour la FIQ, une planification des effectifs rigoureuse va bien au-delà de ce qui est prévu dans le projet de loi n° 15.

La présence de la FIQ à cette commission témoigne de sa volonté de participer aux choix des meilleurs mécanismes susceptibles d'assurer des effectifs suffisants et compétents dans le réseau de la santé, et ce, afin d'assurer des soins disponibles, accessibles, de qualité et sécuritaires pour l'ensemble de la population québécoise.

Bibliographie

19

AIKEN, L., CLARKE, S., SLOANE, D., SOCHALSKI, J., BUSSE, R., CLARKE, H., GIOVANNETTI, P., HUNT, J., RAFFERTY, A. et SHAMIAN, J. (2001). Nurses's reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20 (3), 43-53.

AIKEN, L., et al, (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association* : 288, 1987-1993, 2002. <http://jama.ama-assn.org/content/16/19/87.full.pdf+html>

Syndicat interprofessionnel du CHUS de Québec (FIQ) et Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), 14 octobre 2014.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA) (2007). *Effective AMA Leadership for Patient Safety : Reducing the hospital Registered Nurse Shortage*. Auteur.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. (2013). *Nurse Staffing 101 : A Decision-making Guide for the RN*. Silver Spring, MD : nursesbooks.org

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (AIIC). (2009). *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmiers autorisés du Canada*.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, et ASSOCIATION CANADIENNE DES ÉCOLES EN SCIENCES INFIRMIÈRES. (novembre 2012) *Statistiques sur la formation d'infirmières et d'infirmiers au Canada 2010-2011, Effectifs autorisés, production Canadienne : nouvelle offre potentielle*, Ottawa, AIIC, ACESI, [en ligne] http://www2.cna-aiic.ca/documents/pdf/publications/NSFS_report_2010-2011_l.pdf p. 16.22

BEAUDET, N. et al. (2007). *Les pratiques infirmières de promotion de la santé et de prévention dans une perspective de santé publique populationnelle*.

BERRY, L., & CURRY, P. (2012). *Nursing workload and patient care*. Ottawa: Canadian Federation of Nurses Unions.

BESNER J., DRUMMOND, J., OELKE, N.D., MCKIM, R. & CARTER, R. (2010). *Optimizing the practice of Registered Nurses in context of an Interprofessional team in primary care Final report*. Calgary, AB : Health Systems and Workforce Research Unit, Alberta Health Services.

COMITÉ CONSULTATIF CANADIEN SUR LES SOINS INFIRMIERS. (2002). Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes. <http://www.hc-sc.gc.ca>

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. (CII) (2007). Recrutement déontologique des infirmières. Prise de position adoptée en 2001, révisée en 2007. Auteur : Genève.

DALLAIRE, C. (2008). Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la professionnelle infirmière. Boucherville, Gaétan Morin.

D'AMOUR, D. et autres. Measuring actual scope of nursing practice. The journal of Nursing Administration (JONA), vol. 42, n° 2, mai 2012, p. 1-8.

DAVIDSON, H., FOLCARELLI, P.H., CRAWFORD, S., DUPRAT, L.J., CLIFFORD, J.C. 1997. The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospitalbased.

DESROSIERS, E., L'Austérité, L'échec des experts : Les économistes ont sous-évalué l'impact négatif de la rigueur budgétaire, Le Devoir, 8 janvier 2013 (<http://www.ledevoir.com/economie/actualites-economiques/367811/austerite-l-echec-des-experts>, page consultée 29 octobre 2014).

DUTRISAC, Robert. Québec L'éducateur, ce n'est pas la santé, Le Devoir, les 25 et 26 octobre 2014, cahier B, p. B1-B2.

FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (FCSII). (2011). Tendances : absentéisme en raison de maladie ou incapacité personnelle, et heures supplémentaires chez le personnel infirmier autorisé du secteur public, Faits en bref.

FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (FCSII). (2013), La main d'œuvre infirmière. Janvier 2013.

FILLION, L., TRUCHON, M., L'HEUREUX, M., GÉLINAS, C., BELLEMARE, M., LANGLOIS, L., DESBIENS, J.-F., DALLAIRE, C., DUPUIS, R., ROCH, G., ROBITAILLE, M.-A. Études et recherches / Rapport R-794, Montréal, IRSST, 2013, 84 pages.

GARON, M., & RINGL, K. K. (2004). Job satisfaction of hospital-based registered nurses. Online Journal of Clinical Innovations, 7, 1-48.

INSTITUTE OF MEDICINE. (IOM) A 2003 report from the Institute of Medicine (IOM) (Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses) cité dans : American Nurses Association. (2013). Nurse Staffing 101 : A Decision-making Guide for the RN. Silver Spring, MD : nursesbooks.org

KENDALL Sengin, K. (2003). Work-related attributes of RN job satisfaction in Acute Care Hospitals. *Jona*, 33 (6), 317-320.

LUYET, J. A, (2005). « Les médecins formés à l'extérieur du Québec », *Le Collège*, vol. XLV, no 1, Hiver : 6-8.

MCNEESE-SMITH, D. (1999). « Content Analysis of Staff Nurse Descriptions of Job Satisfaction and Dissatisfaction. » *Journal of Advanced Nursing* 29 (6): 1332-1341

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (2014-2015). L'étude des crédits 2014-2015 Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), (2015-2016). Répertoire des programmes et des priorités nationales de développement des compétences, Destiné au personnel du réseau de la santé et des services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (2014). Portrait de la main d'œuvre Infirmières, Direction de l'analyse et du soutien informationnel, septembre 2014.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (2014). Portrait de la main d'œuvre Infirmières-auxiliaires, Direction de l'analyse et du soutien informationnel, septembre 2014.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (2003), Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec-Statut d'emploi, disponibilité et cheminement de carrière, 119 pages.

SHAVER, K.H., & LACEY, L.M. (2003). Job and career satisfaction among staff nurses. *Journal of Nursing Administration*, 33(3), 166-172.

STATISTIQUE CANADA, SANTÉ CANADA ET INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). Enquête nationale sur le travail et

la santé du personnel infirmier de 2005 - Résultats, Ottawa, Statistique Canada, 2006, 164 p

TREMBLAY, M. (2008), Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec : Rapport 5 - Enjeux et défis de la pénurie des professionnels de la santé, École nationale d'administration publique, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, 17 pages.