



AU-DELÀ DU SALAIRE DES INFIRMIÈRES



Jean-Claude Bernatchez, Ph. D.,
Professeur titulaire, Relations de travail,
Université du Québec à Trois-Rivières

Parmi les conséquences pernicieuses de la pandémie, figure une nouvelle souffrance du personnel, celle de l'infection d'un personnel déjà surchargé. Dans les hôpitaux, elle a frappé comme une tornade : une portion importante des employés se sont retrouvés infectés. La situation du personnel de première ligne comme les infirmières fut spécialement alarmante. Ainsi les infirmières ont agenouillé le système de santé pour deux raisons : d'une part, elles étaient en pénurie et d'autre part, leurs actes professionnels exclusifs empêchaient l'employeur d'utiliser d'autres professionnels pour faire leur travail ordinaire. C'est dans ce contexte que l'État est

intervenue d'une manière plutôt improvisée notamment en modifiant les salaires selon une logique de marché. Cet article décrit cette intervention étatique en dégageant certains de ses effets sur l'équité distributive et l'ensemble du système de santé.

Des exigences corporatistes

En vertu du cadre légal, le travail de l'infirmière est balisé. Son champ de pratique comprend 17 activités exclusives qualifiées d'actes infirmiers. Leur travail ne saurait être exécuté par d'autres professionnels de compétence proximale sans une altération de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*¹. Cette contrainte occupationnelle vaut, mutatis mutandis, pour d'autres professionnels du réseau de la santé comme les médecins ou les techniciens en radiologie. Ainsi le *Code des professions*² élimine la possibilité des transferts inter-occupationnels. Ainsi, nonobstant leur pertinence initiale, les exigences corporatistes réduisent les transferts de compétence dans le réseau hospitalier.

Des bonis salariaux costauds

Les bonis salariaux remis ici et là par l'État sont plutôt costauds. Pour les infirmières, l'État québécois choisit essentiellement la valorisation salariale suivante : une prime de 2,000 dollars à l'embauche suivi d'un 10,000 dollars après une année de service ainsi qu'un montant variant de 12,000 à 18, 000 dollars par année pour les infirmières oeuvrant à temps plein³. Cette valorisation salariale fut établie pendant la pandémie en l'année 2021. En outre, l'infirmière qui accepte de faire du temps supplémentaire occasionnel peut voir son salaire booster aisément jusqu'à 150,000 dollars par année. Le réseau de la santé québécois compte 275, 000 travailleurs. On

y trouve 61,000 infirmières ou infirmiers qui font partie d'une corporation à acte exclusif qui compte 76,000 membres. Par conséquent, les bonis versés se traduisent par une facture salée.

En 2022, le salaire de base d'une infirmière à plein temps oscille de 48, 633 dollars à 78,000 dollars par année après 18 ans de service⁴. L'infirmière clinicienne gagne l'échelle de base majorée d'environ 12%. Celle-ci peut exécuter certains actes médicaux. Ces valorisations salariales font partie d'une série d'initiatives du premier-ministre du Québec François Legault.



Francois Legault

Les oubliés des bonis se mobilisent

Ces primes et augmentations de salaires versées ici et là au nom d'une logique de marché ne vont pas sans créer des problèmes d'équité perçue par les autres strates occupationnelles qui sont oubliées ou laissées pour compte. Les oubliés de la générosité salariale perçue à l'endroit des infirmières se mobilisent. Pour eux, il importe d'apporter des correctifs à une fonction publique devenue inéquitable.

Un front commun syndical

Un front commun syndical fut mis sur pied avec comme finalité de retrouver une équité salariale. Les futures négociations collectives, qui auront lieu au printemps 2023, sont dans la mire syndicale.

Ainsi, les présidents des trois principales centrales syndicales au Québec soit François Énault (président de la Confédération des syndicats nationaux), Daniel



Boyer (président de la Fédération des travailleurs du Québec) et Éric Gingras (président de la Centrale des syndicats du Québec), ont mis sur pied le front commun syndical le 3 avril 2022 (photo de gauche).

Vieillesse de la population et réformes administratives

Le système hospitalier est capté par une dynamique de vieillissement de la population et par conséquent, d'alourdissement de clientèle. À chaque journée, les hôpitaux reçoivent des citoyens davantage affectés par la maladie et en nombre plus nombreux. Dans un Québec qui affiche au-delà de 200,000 postes vacants, les infirmières sonnent le gong dans un hôpital lui-même moribond. À l'évidence quelque chose ne tourne pas rond au royaume de l'hospitalisation. Pour soulager le système de santé, l'État se lança dans des réformes administratives massives.



Certes ce qui se passe actuellement dans le réseau de la santé est, dans une certaine mesure, la résultante d'un cumul d'initiatives antérieures. D'abord, il y a eu la réforme de Gaétan Barrette qui fut ministre de la santé au Québec de 2014 à 2018. Les quelques 600 établissements de l'époque furent ramenés au nombre de vingt-

deux qualifiés alors de centres intégrés de santé. Les premiers officiers chargés de les diriger furent directement rattachés au ministère de la santé plutôt qu'aux conseils d'administration des nouvelles unités. Dès lors, le ministre de la santé pouvait tout diriger dans une structure hypercentralisée qui banalisait l'autorité de proximité. Depuis, les travailleurs de la santé ne s'y retrouvent plus. Le lien social s'est rompu.



Gaétan Barrette, ministre de la santé (2014-2018)

Avant les infirmières, les majorations salariales octroyées aux médecins

Ensuite, le Dr Barrette valorisa les salaires des médecins. Ce faisant, il octroyait des augmentations salariales qu'il formulait lui-même dans son emploi syndical précédent, celui de Président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec « FMSQ ». Méritées ou non, ces valorisations monétaires produisent un effet secondaire. Tous les autres corps d'emploi du système de santé exigent des pourcentages comparables d'accroissement salarial. Dans leur esprit, ce qui vaut pour une catégorie professionnelle devrait valoir pour l'autre, avec des défis différents mais comparables et évoluant dans le même système de santé. Encore là, les professionnels qui sont exclus des valorisations salariales y voient un bris des principes fondateurs de la charte sociale. Dans l'ensemble, les initiatives gouvernementales à l'endroit des infirmières ont eu comme effet d'accroître le régime d'attentes des autres catégories d'employés, professionnels ou non.

Temps supplémentaire obligatoire

Les infirmières se plaignent à bon droit d'une surcharge de travail dans un cadre de quotas infirmières-patients. En pénurie croissante, une baguette magique ne saurait les inventer. Par conséquent, celles-ci se retrouvent coincées dans une stratégie de temps supplémentaire forcé alors qu'elles valorisent le travail à temps partiel pour des raisons familiales légitimes. Fait original, le temps supplémentaire obligé, tant décrié, découle implicitement du *Code de déontologie* de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec « OIIQ » à son article 34 : « *À moins d'avoir une raison grave, l'infirmière ou l'infirmier qui fournit des soins et traitements à un client ne peut l'abandonner* »⁵.

Dès lors, si la pénurie d'infirmières menace la fourniture de soins, ledit *Code de déontologie* peut s'avérer, sous l'angle patronal, fort utile. Ainsi, en matière disciplinaire, certains employeurs sont enclins de se servir des exigences corporatistes pour requérir la présence au travail de certains professionnels dont l'infirmière.

À la limite tout peut s'acheter mais est-ce équitable ?

La valorisation salariale des infirmières vise spécialement à rendre leur profession plus attractive sans compter les bonifications pour cause d'éloignement. Sont alors visées les infirmières qui oeuvrent en régions éloignées comme les Iles de la Madeleine ou la Basse Côte-Nord.



Par exemple, les infirmières des Iles de la madeleine ont reçu les meilleures valorisations salariales

Mais il ne faudrait pas trop gager sur le succès à long terme de cette initiative. D'une part, les infirmières à temps complet l'apprécieront certainement même si, par la force des choses, elles auraient probablement poursuivi leur carrière sans modification de statut d'emploi. En outre, l'infirmière déjà au régime du temps partiel pour des motifs familiaux, pourra se priver de la prime précitée et s'exempter du plein temps, en bonifiant son salaire par le temps supplémentaire. Finalement, les autres catégories professionnelles hospitalières se sentiront vraisemblablement négligées, augmentant leurs attentes pour les négociations collectives futures. Tout cela est susceptible de deux conséquences secondaires : d'abord, une facture salée assumée à l'avance par les Québécois et d'autre part, la manifestation de conflits patronaux-syndicaux lors des futures négociations collectives.

Des gros salaires encouragent le temps partiel accentuant la pénurie

Dans une force active en quête d'une meilleure qualité de vie, l'élévation des salaires risque davantage de réduire le temps de travail que de l'augmenter. Par exemple, selon un rapport de la Régie d'assurance maladie du Québec « RAMQ »,⁶ publié en 2018, malgré les augmentations de salaire plutôt costaudes accordées aux médecins, la moitié des omnipraticiens (48%) travaillent une moyenne de 199 jours par année ce qui équivaut à trois jours ouvrables par semaine. Par conséquent, lorsque l'emploi a procuré un montant d'argent suffisant pour satisfaire un niveau donné de besoins, le professionnel tout comme tout autre salarié est enclin à prendre du bon temps ».

Oser l'interprofessionnalité

À court terme, les administrations hospitalières font face à deux choix difficiles : changer le fonctionnement du système de santé ou fermer des unités de soins laissant des Québécois sans traitement. À l'évidence, le premier choix s'impose. Les infirmières évoluent entre deux catégories professionnelles, celle des médecins en amont et celle des infirmières auxiliaires en aval. Or c'est dans l'interprofessionnalité qu'une réorganisation du travail semble incontournable. En clair, les diverses catégories de professionnels du réseau de la santé doivent construire des passerelles



interprofessionnelles. Car autrement, les patients sont condamnés à recevoir des soins d'une qualité réduite. Cela étant, la flexibilité opérationnelle n'autorise pas un intervenant à s'attribuer des compétences qu'il n'a pas. Par exemple, pour réduire l'effet de la pénurie de médecins, des fonctions d'infirmières cliniciennes furent créées. Celles-ci exécutent des actes antérieurement confiés aux médecins. Par conséquent, des actes « nursing » pourraient être délégués vers des emplois d'infirmières auxiliaires tout comme les médecins pourraient fréquenter davantage le chevet du patient.

À titre de conclusion, la pénurie d'infirmières postule la conduite de stratégies complémentaires. Premièrement, rendre accessible le transfert de compétences. Deuxièmement, augmenter l'offre formative dans les collèges et les universités. Troisièmement, recruter autant que faire se peut, de la main-d'œuvre étrangère. Quatrièmement, lancer des projets de robotisation susceptibles de soulager le travail humain.

Les professionnels de la santé, incluant les infirmières, sont essentiels surtout dans une société vieillissante comme le Québec. Les négociations collectives de 2023 porteront logiquement sur la protection des droits acquis depuis la révolution tranquille des années 1960 et suivantes, c'est-à-dire le retour à l'équité salariale entre les emplois qu'une logique de marché a brisé. Mais avant tout, les infirmières, à l'instar de toutes les catégories de travailleurs, voudront protéger leur pouvoir d'achat dans les suites d'une inflation induite notamment par les bris des chaînes d'approvisionnement.

Comme voie de sortie du marasme actuel, le réseau hospitalier doit décentraliser l'action innovante vers ses professionnels. Car la précédente réforme structurelle les a oubliés. Nul choix de construire un avenir hospitalier novateur, ce qui exige de ne pas allonger le passé. Sinon, c'est tout le système de santé qui risque de s'échouer comme un vieux rafirot sur un rocher.

¹Loi sur les infirmières et les infirmiers, Chap. 1-8, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/i-8>

² Code des professions, Chap. C-26 <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26>

³ Voir ce lien pour le programme québécois de valorisation du salaire des infirmières décrétée pendant la pandémie <https://www.quebec.ca/gouvernement/travailler-gouvernement/sante-services-sociaux/mesures-attraction-retention-personnel>

⁴ Voir l'échelle de salaire de base de l'infirmière en 2022. Gouvernement du Québec, Conseil du trésor, https://www.tresor.gouv.qc.ca/echelles-salariales/f?p=ESAL_DIFFUSION:2:10552060417323:::2:P2_CLE_CORPS,P2_PAGE_APPEL:1003-,1

⁵ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec « OIIQ », Code de déontologie (art. 34)

<https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie>

⁶ Rapport de la Régie d'assurance-maladie du Québec « RAMQ », 2018-2019,

<https://www.ramq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/rappann1819.pdf>