

Les expériences professionnelles et la santé au travail de membres du personnel infirmier de première ligne au Québec

Marianne Beaulieu

Julie Robichaud

Le Projet EXPRIMER, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

FAITS SAILLANTS

- Globalement, le personnel œuvrant en première ligne se porte mieux que celui des autres secteurs.

MAIS...

- Certains indicateurs de santé (épuisement, stress, présentisme) atteignent des niveaux élevés chez le personnel infirmier de première ligne.
- Les risques psychosociaux du travail (p. ex. exigences du travail, déshumanisation organisationnelle) sont plus présents en Centre local de services communautaires (CLSC), alors que les facteurs de protection (p. ex. ressources au travail, reconnaissance) sont plus présents en groupes de médecine de famille (GMF)/cliniques.
- L'intention de quitter l'emploi dans la prochaine année est liée à la fois à des facteurs de risque bien connus dans la littérature scientifique et à des éléments spécifiques liés à la pratique infirmière (soins non faits, exercice du plein champ de pratique, jugement et meilleures pratiques cliniques).

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Au sein de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada figure en tête de liste des pays sous-performants pour les soins de santé en première ligne (1). Depuis déjà de nombreuses années, ceci se traduit au Québec par d'importantes difficultés d'accès aux services de première ligne (2,3). Plusieurs modèles reconnus suggèrent que la transformation des systèmes de santé doit passer par l'amélioration de l'expérience patient, de la santé des populations, de l'efficacité, de l'équité en santé et du bien-être du personnel de la santé (4,5). Il est donc hautement préoccupant de constater que le Québec fait face à un important problème de rétention de l'effectif infirmier (6,7).

Les enjeux d'effectifs infirmiers sont régulièrement présentés comme étant à la source « des problèmes graves d'accès aux services qui minent la capacité du réseau public à répondre aux besoins de la population » (7 p. 2). Chaque année, le système de santé voit des milliers de membres du personnel en soins infirmiers quitter des emplois dans le réseau public (7). En 2020-2021, le nombre d'infirmières ayant quitté leur emploi a atteint des sommets se situant à plus de 6 500 infirmières, avec un taux global de roulement entre 7 % et 16 % (8). Les conditions de travail difficiles seraient les principales

responsables de la désertion du réseau public de santé, particulièrement chez les nouvelles infirmières (6). Cette difficulté de rétention entraîne d'importants coûts économiques (9,10) et non économiques (10) en plus d'engendrer des impacts notables sur la pratique professionnelle et la qualité des soins et services offerts à la population (11,12).

La première ligne étant le premier point de contact avec le système de santé et assurant la continuité des soins, il importe, pour en assurer l'efficacité, de favoriser le bien-être du personnel infirmier. Or, très peu de données sont disponibles à l'échelle de la province à ce sujet. Il est donc actuellement difficile d'implanter des programmes innovants et des initiatives adaptées pour modifier les pratiques professionnelles et les conditions de travail au sein du réseau public de santé. Considérant que le ministère de la Santé et des Services sociaux (13) affirme souhaiter faire du système public de santé un « employeur de choix », le présent avis vise à :

- 1) Caractériser l'expérience de membres du personnel infirmier de première ligne dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS);
- 2) Identifier les facteurs associés à l'intention de quitter chez des membres du personnel infirmier de première ligne dans le RSSS.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Portrait global. Une collecte de données a été réalisée par un questionnaire en ligne auprès de 4 430 membres du personnel infirmier travaillant dans les établissements publics de santé au Québec à l'automne 2024. Parmi les répondant.e.s, 1 035 œuvraient en première ligne dont 758 (73,2 %) en CLSC et 277 (26,8 %) en GMF ou clinique médicale/ infirmière praticienne spécialisée (IPS), et ce, à titre d'infirmier.e auxiliaire (8,6 %), d'infirmier.e (9,0 %), d'infirmier.e clinicien.ne (59,6 %), d'infirmier.e praticien.ne spécialisé.e (11,6 %), et autres (11,4 %). Les principaux secteurs d'activités des répondants étaient : soutien/soins à domicile (24,2 %), périnatalité/enfants-parents-famille (19,6 %) services courants/soins ambulatoires (15,5 %), santé mentale (7,0 %), santé publique (6,7 %) et santé des jeunes/scolaire (6,0 %).

État de santé. Si l'état de santé de l'effectif infirmier de première ligne semble meilleur que celui des autres secteurs du réseau public, certains indicateurs indiquent toutefois des niveaux préoccupants (tableau 1). Par exemple, 46,2 % de l'effectif infirmier en première ligne rapporte un niveau dépassant le seuil clinique d'épuisement professionnel et 8,2 % vivent un niveau de stress élevé. De plus, le présentéisme (nombre de jours travaillés malgré la présence d'un problème de santé physique, mentale ou émotionnelle) se situe à un niveau élevé, atteignant 4,2 jours dans le mois précédent.

Tableau 1. État de santé du personnel infirmier en première ligne

Variables		TOTAL	Autres secteurs	1 ^{re} ligne
Santé générale (dernier mois) [0-100]	M(é.t)	67,5 (21,3)	67,1 (21,2)	69,1 (21,5)
Présentéisme (dernier mois) [0-30]	M(é.t)	4,1 (6,9)	4,0 (6,8)	4,2 (7,3)
Épuisement professionnel élevé	n(%)	2248 (55,3)	1970 (58,0)	478 (46,2)
Stress élevé	n(%)	335 (7,6)	250 (7,4)	85 (8,2)

Note. M=moyenne; é.t.=écart-type; n=nombre de participants

Facteurs psychosociaux de risque et de protection. Une analyse plus fine des données du personnel infirmier œuvrant en première ligne permet d'identifier certains facteurs de risque et de protection (tableau 2). Un équilibre sain entre les exigences au travail et les ressources mises à disposition de l'effectif infirmier constitue un élément clé dans le maintien de la santé et du bien-être du personnel, éléments eux-mêmes liés à l'intention de quitter.

Premièrement, une forte majorité de répondant.e.s en première ligne (69,1 %) évoluent dans un climat de sécurité psychosociale à risque élevé. Ensuite, les participant.e.s nomment un sentiment de déshumanisation organisationnelle (4,6±1,6). Enfin, en première ligne, les exigences liées au travail sont élevées (50,6±13,6) et concernent notamment l'ambiguïté de rôle, le rythme de travail, les exigences émotionnelles, l'insécurité liée aux conditions de travail, le conflit de rôle et la charge de travail. Il est à noter que, comparativement à l'effectif des GMF et cliniques médicales ou d'IPS, le personnel infirmier travaillant en CLSC rapporte des niveaux plus élevés relativement à plusieurs facteurs de risque psychosociaux.

Deuxièmement, les ressources au travail constituent un facteur de protection. Elles sont plutôt élevées en première ligne (68,3±14,0) et correspondent au sentiment de communauté au travail, aux possibilités de développement professionnel, au soutien social des collègues, au sentiment de confiance envers les supérieurs/organisations, à la justice organisationnelle, à un leadership du supérieur de qualité, aux possibilités d'influence au travail et au soutien social du superviseur. Si la perception de reconnaissance de la part des collègues (4,1±0,7) et des supérieurs (3,8±0,8) est élevée en première ligne, celle de la part de l'organisation l'est moins (2,9±0,7). De manière générale, les compétences infirmières sont sollicitées en première ligne, notamment l'exercice du jugement clinique (88,4±16,7), l'application des meilleures pratiques cliniques (78,6±20,8) et l'occupation du plein champ d'expertise (70,3±23,4). Il importe de souligner que les facteurs de protection sont plus élevés en GMF et en cliniques médicales/IPS qu'en CLSC.

Tableau 2. Facteurs de risque et de protection en première ligne

Variables		1 ^{re} ligne (total)	CLSC	GMF, clinique médicale/IPS
Facteurs de risque psychosociaux				
Climat de sécurité psychosociale : risque élevé	n(%)	715 (69,1)	539 (71,1)	176 (63,1)
Sentiment de déshumanisation organisationnelle [1-7]	M(é.t)	4,6 (1,6)	4,69 (1,57)	4,41 (1,7)
Exigences au travail [0-100]	M(é.t)	50,6 (13,6)	51,6 (13,5)	47,8 (13,6)
Facteurs de protection				
Ressources au travail [0-100]	M(é.t)	68,3 (14,0)	66,7 (14,2)	72,7 (12,5)
Reconnaissance au travail [1-5]				
3) Collègues	M(é.t)	4,1 (0,7)	4,0 (0,8)	4,2 (0,7)
4) Supérieurs		3,8 (0,8)	3,7 (0,9)	4,0 (0,7)
5) Organisation		2,9 (0,7)	2,9 (0,7)	3,1 (0,7)
Utilisation des compétences professionnelles [0-100]				
6) Exercice du jugement clinique	M(é.t)	88,4 (16,7)	86,7 (17,5)	93,1 (13,6)
7) Application des meilleures pratiques cliniques		78,6 (20,8)	75,7 (21,5)	86,7 (16,1)
8) Occupation du plein champ d'expertise		70,3 (23,4)	66,6 (23,0)	80,6 (21,4)

Réalisation des soins infirmiers de première ligne. Au-delà des conditions de travail et de pratique professionnelle, la manière dont les soins infirmiers sont réalisés est une composante importante de l'expérience professionnelle (tableau 3). Certains soins sont réalisés en totalité par une majorité de personnes dans l'effectif infirmier de première ligne, comme « évaluer ou contribuer à évaluer le patient, selon son état » (80,1 %) et, dans une moindre mesure, « documenter les activités cliniques (p. ex. tenue de dossiers et formulaires) » (64,8 %). D'autres soins, comme « réconforter les patients et leurs proches et communiquer avec eux » (57,9 %) et « enseigner et promouvoir la santé auprès des patients et leurs proches » (54,8 %) sont réalisés complètement par un peu plus de la moitié des répondant.e.s. Il est préoccupant de constater qu'une minorité de membres du personnel infirmier de première ligne ont pu « assurer un soutien adéquat aux autres membres de l'équipe de soins » (41,6 %) et « développer/mettre à jour/contribuer aux plans de soins/plan thérapeutique infirmier » (33,0 %) en totalité lorsque c'était requis. Dans l'ensemble, il s'avère significativement plus difficile pour le personnel œuvrant en CLSC que pour le personnel de GMF et de clinique médicale/IPS de réaliser les soins infirmiers nécessaires en totalité.

Tableau 3. Proportion de soins complètement réalisés en première ligne

Variables		1 ^{re} ligne (total)	CLSC	GMF, clinique médicale/IPS
Développer/mettre à jour/contribuer aux plans de soins/plan thérapeutique infirmier	n(%)	216 (33,0)	159 (30,3)	57 (43,5)
Assurer un soutien adéquat aux autres membres de l'équipe de soins	n(%)	374 (41,6)	272 (41,0)	102 (43,2)
Enseigner et promouvoir la santé auprès des patients et leurs proches	n(%)	510 (54,8)	334 (50,3)	176 (65,9)
Réconforter les patients et leurs proches et communiquer avec eux	n(%)	518 (57,9)	359 (55,9)	159 (62,8)
Documenter les activités cliniques (p. ex. tenue de dossiers et formulaires)	n(%)	624 (64,8)	428 (61,8)	196 (72,6)
Évaluer ou contribuer à évaluer le patient, selon son état	n(%)	747 (80,1)	519 (77,7)	228 (86,0)

Note : Certains soins sont « non requis » selon les milieux de pratique, ils n'ont donc pas été comptabilisés dans ces cas.

Intention de quitter son emploi. En première ligne, 13,3 % du personnel infirmier a rapporté avoir sérieusement l'intention de quitter son emploi au cours de 12 prochains mois (14,6 % du personnel infirmier en CLSC et 9,7 % en GMF/clinique médicale ou IPS). Plusieurs facteurs sont associés à l'intention de quitter son emploi infirmier dans la prochaine année (tableau 4). Globalement, les membres du personnel infirmier de première ligne ayant plus de chance de penser sérieusement à quitter leur emploi sont les personnes qui travaillent en CLSC, les hommes et ceux/celles qui portent le titre d'infirmier.e (c.-à-d. ayant un diplôme d'études collégiales). Un état d'épuisement, un stress élevé, le présentisme ainsi qu'une perception d'une moins bonne santé générale augmentent aussi les chances de penser sérieusement à quitter son emploi. Plusieurs risques psychosociaux au travail accroissent les probabilités de songer à quitter son emploi : un mauvais climat de sécurité psychosocial, un sentiment élevé de déshumanisation organisationnelle et d'importantes exigences au travail. Qui plus est, ne

pas être en mesure de réaliser les soins infirmiers pertinents en première ligne en totalité augmente également l'intention de quitter son emploi. Malgré ces facteurs de risque, plusieurs facteurs de protection sont identifiés : de meilleurs niveaux de ressources au travail, de reconnaissance et la possibilité d'utiliser ses compétences professionnelles à travers l'exercice du plein champ d'exercice, du jugement clinique et l'application des meilleures pratiques diminuent les chances de penser sérieusement à quitter l'emploi.

Tableau 4. Facteurs associés à l'intention de quitter son emploi infirmier dans la prochaine année

Variable (ref)	RC [IC 95 %]
Caractéristiques socioprofessionnelles	
Sexe (femme)	2,04 [1,10; 3,60]
Titre professionnel infirmière DEC (autre)	2,06 [1,19; 3,42]
Type d'installation (CLSC)	0,63 [0,40; 0,97]
Santé et bien-être	
Épuisement professionnel (faible)	2,56 [1,77; 3,74]
Stress (faible/modéré)	1,86 [1,04; 3,17]
Présentéisme	1,03 [1,01; 1,05]
Santé perçue	0,98 [0,97; 0,99]
Facteurs de risque	
Climat de sécurité psychosociale (Risque faible)	1,72 [1,14; 2,68]
Soins complètement réalisés	
9) Développer, mettre à jour ou contribuer aux plans de soins/plan thérapeutique infirmier (oui)	2,63 [1,54; 4,76]
10) Évaluer ou contribuer à évaluer le patient, selon son état (oui)	2,13 [1,39; 3,23]
11) Assurer un soutien adéquat aux autres membres de l'équipe de soins (oui)	2,08 [1,34; 3,23]
12) Documenter les activités cliniques (p. ex. tenue de dossiers et autres formulaires) (oui)	1,69 [1,16; 2,44]
13) Enseigner et promouvoir la santé auprès des patients et leurs proches (oui)	1,59 [1,08; 2,33]
14) Réconforter les patients et leurs proches et communiquer avec eux (oui)	1,49 [1,02; 2,22]
Sentiment de déshumanisation organisationnelle	1,42 [1,25; 1,62]
Exigences du travail	1,05 [1,03; 1,06]
Facteurs de protection	
Ressources au travail	0,95 [0,94; 0,96]
Reconnaissance — Collègues	0,65 [0,52; 0,81]
Reconnaissance — Supérieurs	0,55 [0,45; 0,68]
Reconnaissance — Organisation	0,48 [0,37; 0,63]
Utilisation des compétences professionnelles	
15) Application des meilleures pratiques cliniques	0,98 [0,97; 0,99]
16) Application du plein champ d'expertise	0,98 [0,98; 0,99]
17) Exercice du jugement clinique	0,96 [0,98; 0,99]

Notes. ref=catégorie de référence; RC=Rapport de cotes; IC 95 %= intervalle de confiance à 95 %
Les catégories de référence s'appliquent seulement pour les variables catégorielles.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Le présent avis se base sur la première étape d'une vaste enquête longitudinale (projet EXPRIMER) dont, malgré une grande taille d'échantillon, le taux de réponse est plutôt modeste. À la lumière des résultats discutés, il apparaît nécessaire de réfléchir sur le développement d'interventions pour favoriser le bien-être professionnel du personnel infirmier de première ligne pour agir en amont des problèmes récurrents de roulement infirmier et optimiser la rétention. Un souci particulier devrait être porté au personnel infirmier dans les CLSC. Plus précisément, il faudrait réduire les exigences au travail et le sentiment de déshumanisation organisationnelle, ainsi qu'augmenter le climat de sécurité psychosociale par des politiques, des pratiques et des procédures organisationnelles qui soutiennent la santé mentale des employés. Il semble également important que le personnel infirmier puisse utiliser pleinement ses compétences professionnelles de manière concrète à travers la réalisation complète des soins requis dans l'exercice de ses fonctions. En plus d'aider à l'amélioration du bien-être au travail, ces actions contribueraient à améliorer la qualité des soins infirmiers offerts dans le système public assurant ultimement une meilleure santé de la population.

RÉFÉRENCES

1. Shahaed, H., Glazier, R. H., Anderson, M., Barbazza, E., Bos, V. L. L. C., Saunes, I. S., Auvinen, J., Daneshvarfard, M., & Kiran, T. (2023). Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, 195(47), E1628-E1636. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221824>
2. CSBE. (2017). La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016. Commissaire à la santé et au bien-être. Québec, QC, CA. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE_RapportGlobal_2016_ACCESS.pdf
3. Kiran, T. (2024). Les soins primaires ont besoin de nos soins; Le rapport final de la plus grande conversation pancanadienne sur l'avenir des soins primaires. MAP Center for urban health solutions. https://issuu.com/dfcm/docs/les_soins_primaires_ont_besoin_de_nossoins_le_rap?fr=xKAE9_zU1NQ
4. Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of family medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
5. Nundy, S., Cooper, L. A., & Mate, K. S. (2022). The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*, 327(6), 521-522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
6. Faubert, E. B. (2023). *La pénurie de personnel infirmier au Québec: améliorer la flexibilité et les conditions de travail*. Collection santé; Les notes économiques. IEDM, Institut économique de Montréal,. <https://www.iedm.org/fr/la-penurie-de-personnel-infirmier-au-quebec-ameliorer-la-flexibilite-et-les-conditions-de-travail/>
7. Plourde, A. (2024). *Mythes et réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec*. Récupéré le 13 décembre 2024 de <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2024/05/2024-05-Penurie-de-main-doeuvr-WEB.pdf>
8. MSSS. (2022a). *Données inédites*. Gouvernement du Québec.

9. Bae, S. H. (2022). Non-economic and economic impacts of nurse turnover in hospitals: A systematic review. *International Nursing Review*, 69(3), 392-404. <https://doi.org/10.1111/inr.12769>
10. Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S., & Drennan, V. (2017). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17, e824. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2707-0>
11. Leitão, I. M. T. A., Sousa, F. S. P., Santiago, J. C. S., Bezerra, I. C., & Morais, J. B. (2017). Absenteeism, turnover, and indicators of quality control in nursing care: a transversal study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(2), 119-129. <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5623>
12. O'Brien-Pallas, L., Murphy, G. T., Shamian, J., Li, X., & Hayes, L. J. (2010). Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1073-1086. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01167.x>
13. MSSS. (2022b). *Rapport du groupe de travail national sur les effectifs infirmiers*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-945-03W.pdf>

SOURCE SUGGÉRÉE

- Beaulieu, M. (2025). Exprimer : Parce que toutes vos expériences comptent. Exprimer.Québec. <https://exprimer.quebec/>

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts.*

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.