

**L'EXPERTISE INFIRMIÈRE D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN :
L'AVIS DE LA RELÈVE DE LA RÉGION DE MONTRÉAL ET LAVAL**

Mémoire du
Comité jeunesse de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal et Laval

- ❖ **Elisabeth Laughrea**, inf., M.Sc., Présidente
- ❖ **Lydia Ziani**, inf., M.Sc., Vice-présidente
- ❖ **Valerie Duff-Murdoch**, Inf., Et.M.Sc., Secrétaire et Coordinatrice de la vie associative
- ❖ **Alexandra Lachance**, Inf., Et.M.Sc., Coordinatrice des communications
- ❖ **Christine Perrouy**, Inf., Et.M.Sc., Et.MBA, Coordinatrice du sous comité de la relève
- ❖ **Pamella Pepin**, Inf., Et.M.Sc., Coordinatrice du sous comité leadership/rayonnement
- ❖ **Catherine Mercier**, Inf., Et.M.Sc, Conseillère
- ❖ **Justine Renald**, Inf., M.Sc., Conseillère
- ❖ **Julie Seguin Pilon**, Inf. Et.M.Sc., Conseillère
- ❖ **Gabrielle Gascon**, Inf. B.Sc., Conseillère
- ❖ **Kathleen Campos-Cunha**, Inf. B.Sc., Conseillère

Collaboration avec
Comité de la relève infirmières du CIUSSS Centre-Ouest de l'Île de Montréal

- ❖ **Sandrine Chauveau Sauvé**, Inf. B.Sc., B.A. M.A., Présidente

Comité de la relève infirmière du Centre université de santé McGill

- ❖ **Laurence Cobo**, Inf. B.Sc., Membre

Dans le cadre des États généraux de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 2021

LE COMITÉ JEUNESSE DE L'ORDRE RÉGIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE MONTRÉAL ET LAVAL

Le comité jeunesse de l'ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal et Laval a comme mandat de :

- ❖ Représenter les jeunes infirmier.ières de la région de Montréal/Laval et faire connaître leurs besoins;
- ❖ Rechercher des solutions et faire des recommandations aux instances stratégiques afin de favoriser l'intégration des jeunes infirmières dans le réseau de la santé québécois ;
- ❖ Faire la promotion du leadership infirmier de la relève et la faire rayonner;
- ❖ Favoriser le développement et la pérennité des Comité de la relève infirmier.ière (CRI) de la région de Montréal/Laval;
- ❖ Créer un réseau d'échanges pour les infirmier.ières de la relève de la région Montréal/Laval ;
- ❖ Attribuer des prix tels que les prix Relève régionale afin de souligner l'apport de la relève infirmière au rayonnement de la profession.

SOMMAIRE ET SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Ce mémoire représente la vision de la relève infirmière sur le futur de notre profession et couvre les trois thèmes proposés par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Nous proposons les 17 recommandations suivantes :

DES SAVOIRS ET DES COMPÉTENCES UNIQUES

1. Permettre une pratique plus élargie à l'ensemble du Québec
2. Éduquer les autres professionnels sur la profession infirmière
3. Rendre visible le travail intangible des infirmier.ières (*advocacy*)
4. Maintien des acquis pour exercer le plein champ de pratique

INNOVER POUR MIEUX SOIGNER

5. Optimiser le rayonnement des recherches infirmières
6. Développer une culture d'innovation
7. Développer l'expertise infirmière en santé numérique
8. Harmoniser et définir le rôle des ICS
9. Reconnaître plus de spécialisations infirmières
10. Faire la promotion du rôle d'ICS

FORMER LE PRÉSENT, DÉVELOPPER L'AVENIR

11. Développer le leadership politique infirmier
12. Internat en soins infirmiers
13. Développer une pratique infirmière plus inclusive
14. Mise à jour du cursus académique au baccalauréat en sciences infirmières
15. Développer des moyens incitatifs pour motiver la relève à continuer leurs études au BAC
16. Faciliter les conditions de la complétion d'heures de formation

THÈME 1 | Des savoirs et des compétences uniques

Les facteurs empêchant les infirmières d'occuper pleinement le champ d'exercice de leur profession

La profession infirmière est un domaine passionnant dont la polyvalence permet à celles et ceux choisissant ce parcours de s'épanouir professionnellement dans une grande variété de milieux et de rôles. Malheureusement, lorsque les infirmier.ières passent du milieu académique au milieu clinique, elles constatent rapidement que les compétences nécessaires au plein exercice de leurs activités réservées ne peuvent être déployées à leur pleine étendue et à leur juste valeur dans le système de santé actuel.

Le champ de pratique de la profession infirmière est régi par un cadre législatif découlant du *Code des professions*. En 2003, la profession infirmière a eu des gains lors de la mise en vigueur de la loi 90 : *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Cette loi a permis de moderniser et définir plus étroitement les 17 actes réservés des infirmières de la province en plus d'introduire le principe des ordonnances collectives (OC), autorisant ainsi les infirmier.ières à exercer certaines activités réservées qui nécessitent normalement une ordonnance médicale individuelle sans que le client soit vu au préalable par un médecin.¹ Cette loi a donc permis d'assurer à la fois une meilleure qualité et cohésion dans les soins et services offerts à la population par les différents professionnels ainsi qu'un meilleur accès à ceux-ci, notamment par l'intermédiaire des OC désignées pour les infirmier.ières. À ce gain, s'ajoute la prescription infirmière, régie par la *Loi médicale (chapitre M-9, a. 19 b)* depuis 2016, autorisant les infirmier.ières à prescrire dans un contexte de soins de plaies, des soins en lien avec la santé publique et les problèmes de santé courants.²

Manque de connaissance du rôle par le public et les autres professionnels de la santé

Malgré ces avancées, plusieurs facteurs continuent de limiter l'occupation du plein champ de pratique chez les infirmier.ières. Parmi ceux-ci nous retrouvons premièrement, un manque de connaissance généralisé en ce qui a trait à notre profession, non seulement par la population mais par les différents professionnels et acteurs du réseau de la santé.³ Ce manque de connaissance est malheureusement trop souvent teinté d'une perception dénigrante quant à l'importance primordiale de la profession et de l'expertise infirmière au Québec. Les infirmier.ières et les futures infirmier.ières y sont confrontées dès le début de leurs études. Ces fausses croyances finissent, pour certaines, par influencer négativement leur propre perception de leur rôle et de leur identité professionnelle.³

¹ OIIQ (2003). Guide d'application de la nouvelle *Loi sur les infirmières et infirmiers* et sur la *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de*

² OIIQ & CMQ (2016). Guide explicatif conjoint - Prescription infirmière. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1457804/guide-explicatif-prescription-infirmiere-final-web.pdf/bc37d864-663f-5047-5afa-c0f8ac382e39>

³ Hoeve, Y. T., Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295-309.

Par ailleurs, il serait impossible dans ce contexte de faire fi d'une perspective féministe dans l'analyse de cette dévalorisation des infirmier.ières comme professionnelles. En effet, la perception négative du rôle et de l'expertise infirmière s'accorde avec la perception plus générale des professions dites «traditionnellement féminines», notamment celles en lien avec le domaine des soins (du «care»).⁴ Le domaine du «care» a été longtemps éclipsé par le fait qu'il était non rémunéré, pratiqué par des femmes (souvent de couleur) dans la sphère domestique.⁵ En outre, la profession infirmière au Québec s'est développée intrinsèquement par le biais des communautés religieuses, ce qui nourrit la notion de vocation et qui pourrait avoir fait obstacle, dans la population et chez les professionnels, à la considération des infirmières comme des professionnelles scientifiques et expertes.⁶ Encore aujourd'hui, les infirmier.ières doivent continuer à affirmer leur crédibilité scientifique à travers le lourd héritage féminin et religieux qui teinte l'histoire de leur profession.

Structure organisationnelle limitant le déploiement des soins infirmiers

De plus, la perception erronée du rôle infirmier de la part de la population, combinée à la culture du clientélisme dans le réseau de la santé, peuvent mener à une surcharge de travail chez les infirmières.⁷ Cela s'explique entre autres par le fait qu'elles sont les professionnelles les plus accessibles aux usagers du système de santé. Ainsi, elles se font insidieusement attribuer des tâches connexes détachées de leurs responsabilités, rôles et compétences. Les infirmières doivent donc pallier des manques non infirmiers dans le réseau afin d'assurer le roulement des services aux usagers. La réalisation de ces tâches se fait au détriment du temps que les infirmier.ières peuvent consacrer à leur pratique auprès des patients. Prenons par exemple, répondre au téléphone et compléter des demandes administratives par manque d'agente administrative, se faire demander de remplir des demandes de réparation pour les télévisions non fonctionnelles ou tenter de les réparer nous même afin que les patients soient confortables, appeler la cuisine pour changer les repas des patients que nous allons devoir aller chercher par la suite, pallier le manque de PAB avec des soins d'assistance, etc. Ce ne sont que quelques exemples, très fréquents dans le quotidien de l'infirmier.ières, qui renvoient au concept de travail invisible traditionnellement effectué par les femmes.⁵ En effet, en raison des stéréotypes de genre, les femmes sont conditionnées à assumer des tâches connexes dites invisibles; les femmes font d'ailleurs 26,5 heures de travail invisible par semaine contrairement à 10h pour les hommes.⁸ Or, le système public dépend de ce travail non rémunéré pour continuer à effectuer des coupes budgétaires sans occasionner un bris de service.⁸

Comme le reste de la société le fait avec les femmes, le réseau de la santé impose cette charge mentale aux infirmier.ières qui n'ont d'autres choix que de l'accepter, sachant que si elles n'effectuent pas ces tâches connexes, il y aura des répercussions sur la santé physique ou le bien-être de leurs patients.⁴ D'autant plus qu'elles seront inévitablement les premières à devoir répondre à ces répercussions.

En consacrant moins de temps à s'approprier et à exercer leur rôle propre, certains actes peuvent devenir moins familiers ou maîtrisés et les infirmières peuvent perdre confiance en

⁴ Verville, M-H. (2013). Portrait de la femme invisible: À quand de meilleures conditions pour celles qui triment dur pour une bouchée de pain. Gazette des Femmes. Repéré à : <https://gazettedesfemmes.ca/8229/portrait-de-la-femme-invisible/>

⁵ Robert, C. & Toupin, L. (2018). Travail Invisible: portraits d'une lutte féministe inachevée. Montréal: les Éditions du Remue-Ménage.

⁶ Cohen, Y. (2000). Profession Infirmière, une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal. Repéré à : <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030141556>

⁷ Mishra, S. (2015). Respect for nursing professional: Silence must be heard. 413-415.

⁸ Afeas, (2020). Le travail invisible, ça compte! Manifeste pour la valorisation du travail invisible. Repéré à : <https://www.travailinvisible.ca/wp-content/uploads/2021/01/Manifeste-Travail-Invisible-FRA-2020-FINAL.pdf>

leur autonomie professionnelle. Ce phénomène s'accroît lorsque le milieu de pratique de l'infirmière ne valorise pas ou peu son leadership et l'utilisation de la pleine étendue de son champ de pratique. Les politiques des établissements de santé peuvent ainsi contribuer à limiter la pratique infirmière, ce qui a pour conséquence d'internaliser des limites et d'entraîner une perte graduelle de la maîtrise du plein champ de compétences des infirmières.

L'*advocacy* un rôle central, mais intangible

Un phénomène contribuant à la méconnaissance du rôle des infirmier.ières, qui limite le déploiement de leur champ de pratique, est la difficulté à définir et reconnaître leur travail qui est, pour la majeure partie du temps, «intangible» ou invisible. Quand nous pensons à une infirmière, l'image d'une professionnelle préparant et administrant des médicaments ou prenant des signes vitaux nous vient à l'esprit, mais cette image reflète très rarement toute la réflexion et le jugement clinique derrière chaque geste. Encore aujourd'hui, nous ne voyons que trop peu l'image d'une infirmière qui, suite à son évaluation clinique, suggère une prescription à son collègue médecin ou qui contribue activement, grâce à son expérience clinique, à la formation des médecins résidents.⁹ Pourtant, cela fait partie de la réalité quotidienne d'une infirmière et demeure une tâche méconnue découlant du manque de connaissance du rôle de l'infirmière.⁹

Les infirmier.ières sont des membres indispensables de l'équipe interdisciplinaire. Elles ont une influence sur toutes les décisions, mais leur contribution à la prise en charge médicale ne laisse pas de trace officielle. Cette compétence est ce que les infirmier.ières appellent l'*advocacy* : l'action de protéger son patient en questionnant et réévaluant, selon des indicateurs cliniques découlant de leur évaluation, la prise en charge de ce dernier à travers les ordonnances médicales, les prescriptions pharmaceutiques ou la présence ou non d'autres professionnels dans le dossier. C'est le rôle le plus prenant et central des infirmier.ières, mais pourtant si peu connu. Malheureusement, ne pas reconnaître ce rôle-clé de l'infirmière va limiter l'implication de cette dernière dans certaines décisions pour lesquelles elle aurait été la mieux placée pour assurer le bien-être du patient.

Les bénéfices de l'utilisation du plein champ de pratique des infirmières pour la population et le système de santé

Prise en charge de qualité supérieure de la sécurité et santé de la population

L'occupation du champ de pratique des infirmier.ières, sans tâches connexes surajoutées et ce, dans un contexte où le ratio infirmière-patient permet d'exercer pleinement et adéquatement leur rôle, a un impact considérable sur plusieurs indicateurs de qualité et sécurité du patient sensibles aux soins infirmiers. En effet, il est démontré qu'une surcharge de travail peut mener à une augmentation des chutes, des plaies de pression, des erreurs de médication, des extubations non planifiées, des pneumonies nosocomiales et des infections urinaires nosocomiales.¹⁰ Corroborant ces résultats, la contribution active de l'expertise infirmière dans la collaboration interdisciplinaire sur la prise en charge du patient va diminuer grandement les risques d'erreur médicale. Par exemple, une étude sur l'impact du rôle

⁹ Summers, S & Summers, H.J. (2014). Saving lives: Why the media's portrayal of nurses puts us all at risk. Oxford Scholarship Online. Repéré à: DOI:10.1093/acprof:oso/9780199337064.001.0001

¹⁰ Liu L.-F., Lee, S. Chia, P.-F, Chi, S.-C, Yin, Y.-C. (2012). Exploring the association between nurse workload and nurse-sensitive patient safety outcome indicators. Journal of Nursing Research, 20(4), 300-309.

infirmier dans la prévention des erreurs médicales en chirurgie a démontré avec un échantillon de 438 infirmières que, sur une période de trois mois, elles ont prévenu 3392 erreurs et ainsi protéger leurs patients.¹¹ Ces risques sont principalement associés à la mauvaise gestion des effets secondaires d'une intervention, à l'oubli ou l'absence d'une évaluation physique du patient, à une mauvaise gestion des comorbidités, à des oublis de prescriptions médicales et des mauvaises pratiques de précaution.¹¹

Taux de satisfaction plus élevé et soins plus humains

Le niveau de satisfaction des patients est étroitement lié au temps que les infirmières ont pu consacrer à prodiguer les soins infirmiers au patient. Plus les infirmières peuvent passer du temps avec le patient, plus celui-ci se dit satisfait des services et soins reçus.¹² Dans le contexte de leur formation, les infirmières et infirmiers apprennent à exercer un rôle holistique auprès des patients et de leurs familles, le tout à travers une optique biopsychosociale. La perception d'une expérience de moindre qualité est accentuée par le fait que les premiers types de soins infirmiers qui sont coupés, par surcharge de travail, sont ceux qui relèvent de la sphère psychosociale de l'expertise biopsychosociale des infirmières. En effet, selon un sondage fait auprès de celles-ci, le soin de parler avec les patients et leur famille, de les soutenir émotionnellement à travers une expérience de santé éprouvante et le soin d'offrir de l'éducation sur leur situation de santé sont les premières tâches mises de côté par les infirmières, par manque de temps.¹² Ceci signifie non seulement que les infirmières et infirmiers ne sont pas en mesure d'exercer complètement leurs champs d'exercice, mais que cet inconvénient peut les amener à rencontrer des problématiques éthiques ou à ressentir des sentiments négatifs relativement à leur incapacité de compléter leur rôle de manière holistique, comme ils et elles l'ont appris lors de leur formation.¹³ Donc nous voyons un impact important sur les infirmiers et infirmières, mais aussi sur les patients et leur familles, qui sont laissés à affronter des difficultés psychosociales sans support infirmier, les mettant à risque de préjudice et de réhospitalisation.¹⁴

Un rôle plus élargi et un système de santé plus accessible

La loi 90, autorisant les OC ainsi que la loi médicale autorisant les prescriptions infirmières sont de grandes avancées ouvrant la porte à de nombreuses possibilités quant à l'augmentation de l'accessibilité aux soins et services à coûts réduits.^{1,2} Les infirmières sont les professionnels de la santé que nous retrouvons en plus grand nombre dans le réseau. Permettre la prescription de pansements de façon autonome ou débiter une thérapie médicamenteuse selon un OC sans attendre la visite d'un médecin rend les soins et services plus efficaces et plus rapides. La pratique infirmière élargie dans le Grand-Nord du Québec est un exemple concret où les ordonnances collectives et prescriptions infirmières sont utilisées à leur plein potentiel et permettent le bon fonctionnement du système de santé là-bas majoritairement composé d'infirmières. Quoique cette région du Québec permette la pleine utilisation du champ de pratique des infirmières, les autres régions peinent à laisser les

¹¹ Gaffney, T., Hatcher, B., Milligan, Trickey A. (2016). Enhancing patient safety : factors influencing medical error recovery among medical-surgical nurses. *The Online Journal of Issues in Nursing*. Repéré à <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-21-2016/No3-Sept-2016/Enhancing-Patient-Safety.html>

¹² Aiken, L.H., Sloane, D.M., Ball, J., Bruyneel, Lk., Rafferty, A.M., Griffiths, P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *British Medical Journal*. Repéré à <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/1/e019189.full.pdf>

¹³ Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: a review. *Nursing ethics*, 27(1), 258-272.

¹⁴ Recio Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., ... & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2248-2259.

infirmières exercer ce qu'elles ont étudié. Or, quand les infirmières ne peuvent pas accomplir les activités qui leurs sont réservées, c'est les patients qui en souffrent.¹⁵

L'impact positif de la valorisation des infirmières sur les patients

Lorsque les infirmières pourront utiliser leur plein champ de pratique et voir leur expertise reconnue et valorisée, cela ne pourra qu'augmenter leur satisfaction professionnelle.¹⁶ La pleine reconnaissance des infirmières favorise également la rétention du personnel qui se voit ainsi plus satisfait de ses conditions et de son environnement de travail.¹⁵ La satisfaction des infirmières augmente également leur motivation professionnelle.¹⁵ Il existe également un lien entre l'autonomie professionnelle des infirmières et la satisfaction dans leur travail.¹⁷ La rétention et la satisfaction des infirmières sont des indicateurs de qualité significatifs pour le système de santé. En effet, ceux-ci ont un impact positif sur la qualité des soins offerts aux patients ainsi que leur propre satisfaction quant aux soins reçus.¹⁵ En étant plus confiantes dans leur rôle, les infirmières pourraient procéder à des évaluations plus approfondies ainsi que des interventions cliniques découlant de leur champ de compétences. Cette pleine possession de leur rôle améliorerait la prise en charge clinique des patients ainsi que la surveillance de leur état de santé.

Par ailleurs, la reconnaissance formelle de l'expertise infirmière par la population et les acteurs du système de santé pourrait contribuer à consolider le leadership infirmier et à lui donner une place dans le débat public. En reconnaissant les infirmières comme des professionnelles de l'*advocacy*, celles-ci pourraient approfondir ce rôle avec l'approche populationnelle et prendre la parole sur la scène politique pour la santé des populations. Les infirmières étant des agents-clef du système de santé, une meilleure reconnaissance de leur expertise pourrait leur conférer leurs pleins pouvoirs (*empower*) et valider la pertinence de leur voix et de leur expérience sur le terrain, ce qui pourrait les inciter à s'impliquer en politique. La société serait alors gagnante, car le leadership infirmier a beaucoup à apporter aux instances décisionnelles.

Moyens à prendre pour favoriser une pratique à la hauteur de l'expertise

Recommandation #1 : Permettre une pratique plus élargie à l'ensemble du Québec

Dans le Nord-du-Québec, les infirmières occupent un rôle dit élargi car leur champ d'exercice est bonifié par de nombreuses OC leur offrant une grande autonomie. Une possibilité qui se doit d'être considérée et développée davantage chez leurs voisins au sud de la province. Les établissements de santé, par l'intermédiaire de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* peuvent présentement baliser, optimiser et restreindre une activité réservée.¹⁸ Pour permettre des soins plus complets dans le reste de la province, l'utilisation et l'offre des OC doit être bonifiée dans les milieux où celles-ci sont moins utilisées, tels que les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres hospitaliers de

¹⁵ Poirier, P.J. (2019). Véronique Bonin. Le Nord, une pratique qui donne des ailes. Repéré à <https://www.oiiq.org/veronique-bonin-le-nord-une-pratique-qui-donne-des-ailes?inheritRedirect=true>

¹⁶ Psychological Associates and DAISY Foundation (2009). Literature Review on Meaningful recognition in nursing. Repéré à : <https://www.daisyfoundation.org/system/files/Literature%20Review%20on%20Meaningful%20Recognition%20in%20Nursing%20-1.pdf>

¹⁷ Fakhy, S.F., Mohamed, H.A. & El Sayed Hendam, E.M. (2018). Relationship between professional autonomy and job satisfaction among staff nurses. Port Said Scientific Journal of Nursing 15(2). DOI: 10.21608/PSSJN.2018.54473

¹⁸ OIIQ (2016). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers : 3e édition. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf

soins de longue durée (CHSLD), afin de mieux encadrer l'exercice des activités réservées plutôt que de le restreindre.

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dans les établissements de santé a un pouvoir décisionnel sur la mise en place d'ordonnances collectives, l'application du droit de prescription infirmière, ainsi que l'exercice du champ de pratique infirmière. Sachant le conflit d'intérêt associé à la rémunération à l'acte qui peut pousser les médecins à vouloir conserver le monopole sur certaines actions médicales, malgré leurs bénéfices pour la population, il est inacceptable qu'en 2021 ce processus ne soit pas encore revu. Il est temps de questionner la pertinence d'un comité avec autant de pouvoir d'influence dans nos CIUSSS, mais qui n'inclut pas les infirmières qui sont pourtant la raison d'être des hôpitaux.

Recommandation #2: Éduquer les autres professionnels sur la profession infirmière

Afin de contrer la méconnaissance des acteurs qui ont le pouvoir de limiter le rôle des infirmières ainsi que celle de nos collègues de travail, il serait primordial d'être proactif et d'offrir à ces derniers une formation sur le champ de pratique des infirmières, leur cursus scolaire, leurs compétences, etc. Cette formation pourrait se faire sous forme de conférence donnée aux futurs médecins et aux autres professionnels de la santé au cours de leur formation. Ceci aurait comme but de changer l'image qu'ont les autres professionnels et surtout ceux qui contrôlent l'étendue du rôle infirmier.¹⁹

Recommandation #3 : Rendre visible le travail intangible des infirmières (advocacy)

Rendre visible l'intangible est un gros défi pour la profession infirmière, mais il est important que des instances stratégiques telles que l'OIIQ s'y penchent afin de valoriser un des rôles les plus importants de la profession pour la protection du public : l'advocacy. Le plan de traitement infirmier est une solution qui a été amenée par l'OIIQ et qui permet d'exposer par écrit les constats d'évaluation clinique et les interventions infirmières associées à l'évaluation clinique. Par contre, une limite à cet outil, est qu'il est conservé, la majeure partie du temps entre les mains des infirmières et n'est pas partagé avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaires.

Les infirmières ont besoin de solutions visibles qui s'arriment avec l'application en temps réel de l'advocacy infirmière. Au quotidien les infirmières émettent verbalement des suggestions aux équipes médicales et multidisciplinaires afin de prévenir des erreurs ou optimiser la prise en charge des patients.¹¹ Ces suggestions sont, par la suite, transcrites sous forme de prescription médicale sans mention de la contribution de l'infirmière. Présentement, les membres des équipes multidisciplinaires (pharmaciens, nutritionnistes, physiothérapeutes et ergothérapeutes) peuvent émettre des suggestions professionnelles sur les documents légaux d'ordonnances médicales et de prescription médicale qui doivent par la suite être approuvés par l'équipe médicale. Les infirmières sont les seules professionnelles de la santé à ne pas suivre cette pratique. En s'inspirant de nos collègues, il faudrait autoriser les "suggestions infirmières" émises sur les documents officiels au dossier médical. Cette stratégie ne demande pas de nouveaux outils et elle permettrait de mettre en lumière le travail intangible des infirmières au quotidien. Ainsi, leur contribution au quotidien laisserait une trace. Pour ce faire, ces suggestions doivent être balisées par l'OIIQ et transmises lors de l'orientation des nouvelles infirmières et des formations continues.

Recommandation #4 : Maintien des acquis pour exercer le plein champ de pratique

À force de ne pas exercer la pleine étendue du champ de pratique infirmier, certaines connaissances et habilités peuvent se perdre. La mise en place d'un programme de maintien des acquis dans les établissements est une solution qui permettrait d'assurer le maintien des connaissances théoriques acquises lors du cursus scolaire et favoriserait leur application dans un contexte clinique au long terme. Ce programme se doit d'être dirigé autant vers les nouvelles infirmières que les infirmières d'expérience, sachant que l'expertise peut se perdre avec le temps, afin d'atteindre un standard de soins offert à la population. Il est nécessaire d'intégrer des formations multimodales tout au long du parcours professionnel des infirmières en utilisant diverses méthodes d'apprentissage pour favoriser une meilleure intégration et maintien des acquis (exemple : simulation, pratique sur patients, cours magistraux, vidéo, etc.).²⁰ Pour ce faire, l'accréditation des formations, qui sera abordé au thème 3, doit être facilitée. En parallèle, le nombre d'heures accréditées recommandé par l'OIIQ pourrait également être revu à la hausse afin d'assurer un nombre d'heures raisonnables de formation continue.

THÈME 2 | Innover pour mieux soigner: Comment maximiser le recours aux pratiques innovantes et avancées dans les soins à la population?

Soutenir l'émergence, le déploiement et la diffusion de pratiques infirmières innovantes et ce, au bénéfice de la population

Depuis plusieurs années, le système de santé et de services sociaux fait face à d'importants changements technologiques, sociodémographiques et environnementaux. La pratique de l'infirmière doit s'adapter pour mieux accompagner le patient et sa famille dans leur expérience de santé. Dans ce processus évolutif, l'infirmière doit développer des protocoles cliniques et des modèles d'organisation de soins, en plus d'encourager le développement de savoirs spécialisés. Cependant, la recherche en sciences infirmières est encore méconnue des différents professionnels de la santé dans les organisations, parfois même parmi leurs propres homologues.

Recommandation #5 : optimiser le rayonnement des recherches infirmières

Ces recherches pourraient être utilisées par les soignants pour optimiser la qualité des soins offerts aux patients et améliorer les environnements de travail. Une inclusion des infirmières techniciennes, cliniciennes et en pratique avancée dans les recherches en science infirmière permettrait une meilleure compréhension de l'utilisation des données probantes dans les milieux de soins. Nous sommes d'avis que les infirmières œuvrant sur les unités de soins en pratique directe au patient devraient bénéficier d'une libération à des fins de recherche. Sans une participation active de l'ensemble des infirmières à la création de données probantes, il apparaît difficile d'imaginer une bonne compréhension de l'importance de l'inclusion optimale de celles-ci dans la pratique clinique.

²⁰ NICE (2007). How to change practice. Repéré à <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/into-practice/support-for-service-improvement-and-audit/how-to-change-practice-barriers-to-change.pdf>

Afin de faire connaître les nouveautés dans la profession, les infirmières en pratique avancée (IPA) doivent participer à la diffusion des résultats de recherche recensés. Elles devraient être encouragées par les universités et leurs employeurs à participer à des conférences nationales et internationales pour présenter les données de leur projet. Aussi, les établissements de santé pourraient afficher ces projets afin qu'il y ait une meilleure connaissance des interventions proposées par les IPA pour améliorer les soins. Par leur parcours académique au cycle supérieur, ces infirmières possèdent une expertise aigüe dans un domaine qui leur est propre. Elles ont acquis des connaissances sur un sujet d'intérêt et développé des compétences sur la présentation des résultats.

Recommandation #6 : Développer une culture d'innovation

Une des solutions proposées serait que, tout comme le fait l'OIIQ, les ordres régionaux (ORII), les établissements de santé et les institutions académiques distribuent des prix afin de mettre en valeur des projets qui se distinguent chaque année. Considérant que cette culture de développement de projet n'est pas présente ou bien développée dans tous les milieux, il serait intéressant que l'OIIQ soutienne l'émergence de projets soit par le biais d'un comité de consultation ou par l'introduction de ressources associées dans les différents établissements où œuvrent les infirmières.

Finalement, l'OIIQ, les ORII, les établissements de santé et les universités pourraient développer diverse communautés de pratiques afin de favoriser le partage d'initiatives infirmières, la collaboration inter-organisationnelle, et le réseautage infirmier au sein du système de santé québécois grâce aux outils de collaboration en ligne tels que Microsoft Teams. Ce partage permettra aux infirmières de partout dans la province de bénéficier des idées innovantes de leurs collègues, ce qui faciliterait leur déploiement.

Recommandation #7 Développer l'expertise infirmière en santé numérique

Les infirmières et l'aspect humain qui est central à leur pratique ne peuvent être remplacées par la technologie. Ainsi, les nouvelles avancées en télésanté ne peuvent que optimiser et bonifier la pratique actuelle des infirmières soignantes. Par contre, pour ce faire, celles-ci doivent maîtriser ce domaine et faire partie des acteurs consultés sur les tables de décisions en ce qui a trait à l'intégration des nouvelles technologies dans leur pratique et dans réseau de la santé. Il est ainsi nécessaire que le cursus scolaire intègre un volet sur la technologie en santé afin de faciliter leur participation.

L'IPA devrait d'autant plus être au cœur des projets innovants dans les milieux de soins, cela passe par des cours d'option offert à la maîtrise sur l'usage de la technologie. Cette innovation en particulier est à la base de plusieurs changements au sein du système de santé. Elle lui permet à la fois de diffuser ses travaux de recherche, mais aussi d'améliorer les interventions qui sont proposées aux patients et leurs familles. L'IPA doit savoir utiliser la technologie à travers sa pratique, et s'inscrire comme un leader en démontrant les multiples possibilités qui peuvent être offertes dans les suivis des patients. Il peut par exemple être intéressant de porter un intérêt au respect de la confidentialité des données lorsqu'une personne envoie ses résultats d'imagerie médicale. Un soutien de la formation des IPA en matière de technologie d'information et de communication (TIC) doit être offert dans les établissements dans un processus de formation continue.

Facteurs facilitant et limitant le déploiement du rôle des ICS au Québec

Recommandation #8 : harmoniser et définir le rôle des ICS

Présentement au Canada, la position de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada indique que l'infirmière clinicienne spécialisée est reconnue comme étant une infirmière « autorisée possédant des connaissances et des aptitudes en soins avancés pour prendre des décisions complexes » et « détenant une maîtrise ou un doctorat en sciences infirmières [dont] l'expertise [est axée vers] une spécialité de soins cliniques ». ²¹ Par ailleurs, au Québec, plusieurs facteurs facilitent ou limitent le déploiement du rôle des infirmières cliniciennes spécialisées.

Il existe deux types d'IPA au Québec, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS). La formation de ces infirmières en pratique avancée nécessite un diplôme d'études supérieures (maîtrise). Toutefois, hormis les ICS en prévention des infections, seules les infirmières praticiennes spécialisées détiennent un titre officiellement reconnu au Québec .

Le manque de modèle clair encadrant le rôle des ICS nuit au déploiement de leur plein champ d'exercice. Cette situation entraîne un manque de constance dans la manière dont le rôle est déployé dans les institutions. De plus, lors de coupures budgétaires, la non-reconnaissance du titre peut amener à des dérives quant aux tâches qui sont allouées à ces professionnelles. Il est important de se demander si ces situations peuvent à long terme avoir une incidence directe sur la qualité des soins offerts à la population. La reconnaissance officielle du titre d'ICS pour toutes les IPA pourrait également permettre un meilleur contrôle du rôle par l'OIIQ et assurer une protection optimale du public. Cette inclusion au code des professions assurerait une imputabilité à l'ICS, lui permettant ainsi d'aller chercher des pouvoirs décisionnels adéquats pour agir dans son champ de compétence, tout comme ses collègues IPS ont pu le faire durant les dernières années.

Cette non-reconnaissance du titre peut mener un à une mauvaise compréhension du rôle des ICS auprès de leurs collègues infirmières et de l'équipe interprofessionnelle. L'exclusion de la reconnaissance des différentes spécialités chez les ICS et le manque de définition claire de leur rôle au sein des institutions de santé rendent difficile l'intégration adéquate de celle-ci au sein des équipes interprofessionnelles. Même parmi les infirmières, le rôle de l'ICS est méconnu et incompris. Un ajout clair du rôle de l'ICS au code des professions leur permettant de jouir d'une latitude déterminée afin de mettre en œuvre leur plein potentiel.

Recommandation #9: reconnaître plus de spécialisation infirmières

La formation des infirmières en pratique avancée nécessite un diplôme d'études supérieures (maîtrise) et une rigueur, quelle que soit la spécialité visée (clinique, administration, formation ou gestion). Toutefois, seules les IPS, œuvrant dans des champs de pratique plus « cliniques », sont reconnues officiellement au Québec. Depuis maintes années, la profession infirmière tente de se détacher de l'image biomédicale accessoirisant le rôle des infirmières. En ne reconnaissant pas officiellement à titre égal les ICS aux IPS, la profession alimente passivement la glorification clinique du rôle des infirmières. Les IPS ont su faire des

²¹ Association des infirmières et infirmiers du Canada. [AIIC] (2016). *Énoncé de position* :

L'infirmière clinicienne spécialisée. Repéré en ligne à : [https://www.cna-](https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-sur-linfirmiere-clinicienne-specialisee_2016.pdf?la=fr&hash=6F147E687C2C1F14F52377F5347CA91F77FA36F1)

[aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-sur-linfirmiere-clinicienne-specialisee_2016.pdf?la=fr&hash=6F147E687C2C1F14F52377F5347CA91F77FA36F1](https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-sur-linfirmiere-clinicienne-specialisee_2016.pdf?la=fr&hash=6F147E687C2C1F14F52377F5347CA91F77FA36F1)

gains énormes dans le déploiement de leur rôle et il semble maintenant que ces gains doivent être pris en exemple afin de développer le rôle de leurs collègues en pratique avancée. Par ailleurs, il est évident que les domaines de l'administration, de la formation et de la gestion constituent la pierre angulaire d'un système de santé sain. Ces domaines de pratique avancée se doivent d'être soutenus. La reconnaissance du rôle des ICS permettrait de mettre en valeur à juste titre les infirmier.ières en pratique avancée dans toutes les sphères du réseau de la santé.

Nous croyons également que cette reconnaissance du rôle passe par l'éducation des infirmier.ières. Une intégration de l'apprentissage des différents rôles infirmiers dans la formation initiale permettrait aux infirmier.ières cliniciennes de comprendre la plus value des ICS et ainsi utiliser cette ressource de manière efficace.

Recommandation #10 : Faire la promotion du rôle d'ICS

Les facteurs qui facilitent le déploiement du rôle des ICS sont nombreux. Les ICS sont avides de faire reconnaître leur expertise. Elles ont une vision qui s'appuie sur un **leadership transformationnel** ce qui peut servir de levier à la profession et aux avancées dans le domaine des sciences infirmières. Elles ont également la **volonté de partage et de transfert de connaissances**. Elles pourraient contribuer activement à titre consultatif à l'élaboration des normes associées à légiférer leur titre.

Finalement, l'OIIQ a fait un énorme travail sur l'image public des infirmières et s'efforce à faire connaître notre rôle au sein de la population. Il serait important d'inclure la promotion et la valorisation des différents rôles des IPA afin que la population soit également au fait des responsabilités et devoirs d'une ICS.

THÈME 3 | Former le présent, développer l'avenir

Le rôle de l'infirmier.ère au 21e siècle : une voix qui doit prendre sa place

Le rôle de l'infirmier.ère ne cesse d'évoluer, de s'adapter et se diversifie selon les nouveaux enjeux émergents de santé et de société, la complexité des patients et l'arrivée de nouvelles technologies en santé, mais font-elle réellement partie des décisions et de la discussion menant aux changements ?

Recommandation #11 : Développer le leadership politique infirmier

L'expertise infirmière a de façon générale une faible représentativité dans les médias malgré que celles-ci fassent partie du plus grand ordre professionnel de la province. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène, or plusieurs solutions existent pour pallier la situation. Le cursus scolaire est axé sur le rôle holistique de l'infirmier.ière et ne met pas l'accent sur le volet leadership politique ainsi que sur le fondement complexe du système de santé du Québec. Les infirmier.ières ont tendance à subir les décisions prises au niveau hiérarchique sans y contrevenir, cette conformité est issue d'un lourd passé de non reconnaissance de la pratique infirmière. Prenons par exemple, les décisions prises par le CMPD sur la pratique infirmière. Un passé lourd en termes de politique qui déteint encore aujourd'hui sur la

profession et qui explique en grande partie pourquoi les infirmiers.ières ne sont que très peu impliqués.es à ce niveau.

Le leadership politique devrait faire partie des compétences infirmières essentielles, puisque travailler dans le milieu hospitalier nécessite des habiletés politiques pour faire avancer ses idées et pour générer du changement. Il est nécessaire d'intégrer un volet leadership politique à la formation des infirmières. Cette intégration permettra de normaliser la contribution de l'expertise sur la place publique ainsi que la faire rayonner lors de leur participation aux tables de concertation interne ou externe à leur réseau.

Malgré une bonification du cursus scolaire , la peur de représailles qui perdu qui perdure depuis plusieurs années, autrement dit, l'omerta du réseau de la santé demeure une importante limite de la prise de parole.

Le 2 février 2021, l'Assemblée nationale du Québec a adopté une résolution visant à « protéger de toutes représailles potentielles les professionnels de la santé qui osent s'exprimer publiquement sur les situation inacceptables dont ils sont témoins dans le réseau de santé ». Ceci représente un avancement encourageant pour remédier au problème. Tout de même, afin de favoriser l'implication des infirmières aux débats de société dans l'optique de protéger la population, l'OIIQ doit prendre activement part à la solution en outillant ses membres sur la prise de parole par l'intermédiaire d'un cadre de référence.

Recommandation #12 : internat en soins infirmiers

Le système de santé du 21ème siècle est en constant changement. Ces changements dans le réseau peuvent résulter en de grands écarts en ce qui est appris dans le cursus scolaire comparativement à ce que la nouvelle infirmière découvre en débutant dans la profession.²² Afin d'assurer une meilleure transition entre le milieu académique et le milieu clinique et une meilleure adaptation aux défis d'aujourd'hui, plusieurs études ont mis en lumière la pertinence d'intégrer un programme d'internat infirmier d'une durée de 6 à 12 mois dans les établissements.²³ Ces programmes, qui existent déjà dans divers pays sous le nom de résidence infirmière, permettent d'accompagner les nouvelles infirmiers.ères à travers la mise en pratique de leur rôle professionnel ainsi que dans le développement de leur expertise. Ce programme assure d'ailleurs aussi une meilleure rétention du personnel tout en augmentant la confiance qu'ont les infirmières en ce qui attrait le développement de leurs compétences.²⁴ L'internat, ayant fait ses preuves ailleurs, est une solution qui pourrait s'intégrer au cursus scolaire actuel, que les infirmières aient un DEC ou un BAC.

Recommandation #13 : Développer une pratique infirmière plus inclusive

En septembre dernier est horriblement décédée une femme de 37 ans, Joyce Echaquan, à l'hôpital de Joliette. Son décès est connu grâce à un vidéo qui démontrait que l'offre de service infirmière avait été non-professionnel et empreint de racisme envers cette femme atikamekw. Le racisme systémique dans le système de la santé a été mis en lumière par plusieurs organisations : l'association québécoise des infirmières et infirmiers, l'institut de recherche d'information socioéconomique, le Collège des médecins de famille du Canada.

²² Greenway, Kathleen, Graham Butt, and Helen Walthall. "What is a theory-practice gap? An exploration of the concept." *Nurse education in practice* 34 (2019): 1-6.

²³ Warren, Joan I., Sherry Perkins, and Mary Ann Greene. "Advancing new nurse graduate education through implementation of statewide, standardized nurse residency programs." *Journal of Nursing Regulation* 8.4 (2018): 14-2.

²⁴ Goode, Colleen J., et al. "Requiring a nurse residency for newly licensed registered nurses." *Nursing outlook* 66.3 (2018): 329-332.

Ainsi, nous demandons à l'OIIQ de reconnaître le racisme systémique dans le réseau de la santé. En plus de prendre position sur l'existence du racisme systémique, l'ordre doit aussi passer à des actions plus concrètes. La formation collégiale et universitaire n'est pas suffisante pour rendre aptes les infirmiers.ères à entrer en contact avec les communautés autochtones. Il est primordial d'assurer une formation rigoureuse pour augmenter la sécurité culturelle des services et soins offerts à la population autochtone. Cette formation devra être construite de manière participative et transparente avec les communautés autochtones. De plus, il est important de mieux comprendre les conceptions autochtones de la santé, leur perspective étant beaucoup plus holistique avec l'environnement que la nôtre plus centrée sur les causes biologiques de la maladie. Pour finir, l'OIIQ doit se positionner en faveur du principe de Joyce qui vise à garantir à tous les autochtones un accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir de meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.

Outre les communautés autochtones, les autres communautés racisées sont à risque de préjudice. Par exemple, des résultats d'études effectuées aux États-Unis démontrent que la population à la peau noire est moins bien soulagée pour la douleur dans le réseau de la santé que les patients à la peau blanche.^{25 26 27} Au Québec, un biais racial existe inconsciemment envers la population racisée ce qui peut engendrer un biais de traitement substantiel. Cet enjeu doit être abordé dans la formation infirmière. Il est nécessaire d'assurer que l'évaluation clinique d'aujourd'hui soit plus inclusive des autres communautés.

Favoriser la mise en place du baccalauréat obligatoire

Pour entrer dans la profession, les futurs infirmières ont le choix entre trois parcours: le diplôme d'étude collégial (DEC) pour détenir le le titre d'infirmier.ère technicien.ne; le DEC-Baccalauréat (BAC) et le BAC pour détenir le titre d'infirmier.ère clinicien.ne. Pour exercer, l'infirmier.ère technicien.ne et clinicien.ne se doivent de passer le même examen d'entrée à la profession de l'OIIQ.

La formation collégiale et la formation universitaire sont différentes, malgré qu'elles permettent de détenir le même permis de pratique. La possibilité pour un infirmier.ère d'enchaîner ses études au BAC a été adoptée suite aux derniers états généraux qui ont eu lieu en 1996. À cette époque, l'université était un avantage pour celles qui voulaient se concentrer dans le secteur des soins critiques, ou encore en santé communautaire.²⁸ Depuis, la formation universitaire permet à l'infirmier.ère clinicien.ne bien plus que de simplement œuvrer dans ces secteurs. Ces compétences professionnelles, son jugement clinique, son leadership et son autonomie professionnelle se voient davantage développés dans le BAC.

²⁵ Anderson K, Green C, Payne R. Racial and Ethnic Disparities in Pain: Causes and Consequences of Unequal Care. *The Journal of Pain*. 2009;10(12):1187-1204.

²⁶ Cleeland C. Pain and Treatment of Pain in Minority Patients with Cancer: The Eastern Cooperative Oncology Group Minority Outpatient Pain Study. *Annals of Internal Medicine*. 1997;127(9):813.

²⁷ Hoffman K, Trawalter S, Axt J, Oliver M. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2016;113(16):4296-4301.

²⁸ Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2012). *La relève infirmière du Québec : Une profession, une formation* (Mémoire inédit). OIIQ, Montréal, Qc. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/376MA_memoire-releve.pdf Consulté le 2021-03-03.

Recommandation #14 : Mise à jour du cursus académique au baccalauréat en sciences infirmières

Bien que le BAC permet de développer un jugement clinique rigoureux et d'acquérir des compétences en recherche, changement de pratique ainsi que des compétences relatives à l'expertise infirmière, le volet pratique y comporte des lacunes. Par la mise en place d'un BAC sur 4 ans, il serait possible d'ajouter des stages où les infirmières pourraient mettre à profit et consolider les connaissances acquises au cours de la formation avant leur entrée dans la profession. Présentement, le BAC en sciences infirmières de l'Université de Montréal est de 103 crédits concentré sur trois ans d'étude tandis qu'un BAC régulier est de normalement 90 crédits (exemple : Bac en physiothérapie). Ainsi le programme comprend déjà assez de crédits universitaires pour justifier une prolongation raisonnable de la durée des études. En raison du grand nombre de crédits versus le nombre d'années accordé pour les compléter, le temps réservé aux stages pour détenir un BAC en sciences infirmières en est écourté.

Dû au manque de pratiques, les infirmières du BAC initial arrivent sur le marché du travail en ayant parfois jamais exercé certaines techniques de soins pourtant essentielles. Ainsi, le fait de leur permettre d'exercer dans le cadre académique ces techniques autant relationnelles que pratiques permettrait d'outiller davantage l'infirmière pour l'arrivée sur le marché du travail. La bonification du BAC par plus d'exposition dans les milieux cliniques et plus de cours de développement professionnels, tels que ceux mentionnés plus haut, permettraient de rendre le BAC plus attrayant, mais aussi comme un incontournable comme norme d'entrée à la profession.

Recommandation #15 : Développer des moyens incitatifs pour motiver la relève à continuer leurs études au BAC

Pour ce faire, les possibilités de détenir une bourse d'études doivent être augmentées. De plus, sachant que les infirmières détenant un DEC sont pour la plupart déjà des employés du réseau de la santé, la conciliation études-travail est essentielle pour favoriser le retour aux études. Par exemple, la possibilité de suivre les cours en ligne pourrait faciliter l'inscription.

Valoriser le développement professionnel en continu

Les normes de formation continue sont déterminées par le Conseil d'administration de l'Ordre professionnel en établissant leur fonctionnement, notamment les obligations, les modes de contrôle et d'évaluation ainsi que les sanctions.²⁹ L'OIIQ a établi les normes de formation continue à 20h par année dont 7 heures accréditées, mais peu d'informations sont partagées quant aux sanctions mises en vigueur lorsque les infirmières ne suivent pas cette norme.

²⁹ Code des professions, L.R.Q., c. C-26. Consulté le 2021-02-26

Quelques facteurs incitent les infirmiers.ères à compléter leurs heures de formation continue. Par exemple, le code de déontologie leur impose d'œuvrer avec compétence et de renouveler ces compétences pour assurer la sécurité et la qualité de leurs soins.²⁶ De plus, le manque d'information quant aux sanctions peut leur faire craindre de perdre leur permis de pratique. Cependant, une culture de formation pérenne ne se développe pas par la contrainte, mais plutôt par l'engouement, par des motifs inspirants et par des conditions favorables à la complétion des heures de formation continue. Plusieurs facteurs contraignants limitent la culture de développement professionnel tels que : le manque de temps, la surcharge de travail, le manque de ressources financières, la pénurie de personnel, la difficulté d'accès à des formations, le manque de soutien de l'employeur.³⁰ En effet, les infirmiers.ères, pour plusieurs raisons soulevées au thème 1, vivent une surcharge de travail laissant parfois même peu de temps pour leur vie personnelle. Les heures de formations sont donc perçues comme un fardeau qui s'ajoute à leur charge personnelle et professionnelle. Par ailleurs, les formations sont onéreuses et les employeurs ne libèrent pas systématiquement les infirmières pour celles-ci, ce qui cause d'autres barrières à la formation continue.

Recommandation # 16: faciliter les conditions de la complétion d'heures de formation

Pour que la culture de formation continue s'imprègne dans l'identité des infirmiers.ères, il est important de faciliter et créer des conditions qui les mènent à vouloir compléter les heures de formation. Notamment, au même titre que les médecins ont des heures réservées pour la mise à jour de leurs connaissances, les infirmiers.ères devraient pouvoir être libérées pour assister à des formations, de préférence accréditées. De cette manière, elles n'auront pas à empiéter sur leurs heures personnelles pour s'y conformer, comme ces heures entreraient sur leur horaire prévu.

Il serait également facilitant pour les infirmiers.ères d'avoir le soutien de leur milieu de travail dans l'offre et le développement de formations accréditées. Un matériel éducatif adapté à leur travail changera positivement la perception négative associée à la complétion de ces heures obligatoires. De plus, le milieu pourrait facilement contribuer au registre des employés ayant participé à des formations accréditées et non accréditées ce qui permettrait de faciliter le suivi des formations autant pour les infirmiers.ères individuellement lors de la complétion de la déclaration annuelle, mais aussi pour l'employeur qui peut assurer un suivi des compétences de ses employés.

Recommandation #17 : faciliter le processus d'accréditation et réduire les coûts associés

Malheureusement, le processus d'accréditation d'une formation est complexe ce qui réduit le nombre de ce type de formation offert par les établissements. Les critères pour qu'une formation soit accréditée devrait être revus afin d'optimiser leur accessibilité. Cela pourrait également démontrer l'importance accordée par l'organisation au maintien des acquis par la formation continue. De plus, l'accès à un bassin de formations accréditées gratuites permettrait d'encourager les infirmières à maintenir à jour leurs connaissances de façon autonome.

³⁰ CROP (2011). Rapport d'analyse / Étude d'opinion, rapport présenté à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Westmount, OIIQ.