

MÉMOIRE

« Au cœur de l'expertise infirmière - Contribuer pleinement, pour la santé des Québécois »

La contribution des infirmières dans le réseau de la santé et des services sociaux en 2021

Présenté dans le cadre de l'exercice de consultation des états généraux de l'OIIQ 2021

Direction des soins infirmiers et Conseil des infirmiers et infirmières du CISSS de Laval

Personne-ressource : Éleine Cardinal, directrice de soins infirmiers Hôpital de la Cité-de-la-Santé

1755, boul. René-Laennec, bureau 1.51

Laval (Québec) H7M 3L9

Téléphone : 450 668-1010 poste 20300 | Télécopieur :

Courriel : elaine.cardinal.ciSSLav@ssss.gouv.qc.ca

Mars 2021

Personnes consultées :

- Éline Cardinal, directrice des soins infirmiers
- Julie-A. Roberge, directrice adjointe des soins infirmiers volet soutien aux pratiques
- Comité des pratiques professionnelles :
 - Vickie Arsenault, conseillère clinique
 - Sophie Belzile, conseillère clinique
 - Maryse Carignan, conseillère clinique
 - Jacinthe Collin, conseillère clinique
 - Audrey Durocher, conseillère clinique
 - Mylène Fortin, conseillère clinique
 - Julie Huard, chef du service de prévention et contrôle des infections
 - Stéphanie Guindon, chef de la pratique avancée et du développement des compétences
 - Audrey Labrecque, conseillère clinique
 - Frédérique Lamoureux-Pelletier, conseillère cadre
 - Samira Nabil, conseillère clinique
 - Lemya Oukaci, conseillère clinique
 - Marie-Christine Ruel, chef du développement des pratiques professionnelles et de l'innovation
- Groupe de travail du comité de la relève infirmière :
 - Beverly-Naïta Méus, présidente du CRI
 - Sophie L'espérance, représentante du CRI
- Groupe de travail du comité exécutif du CII:
 - Hélène Ménard, présidente du CII
 - Justin Lefebvre, vice-président du CII
 - Beverly-Naïta Méus, présidente du CRI
 - Sophie L'espérance, représentante du CRI
 - Caroline Philibert, représentante des IPS au CII

Table des matières

Introduction-sommaire	4
Thème 1 : Des savoirs et des compétences uniques	5
Thème 2 : Innover pour mieux soigner	10
Thème 3 : Former le présent, développer l'avenir	12
Conclusion	15
Références	16

Introduction-sommaire

Monsieur Luc Mathieu, président de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ),

Nous vous remercions de votre invitation à émettre nos commentaires et suggestions dans le cadre du processus de consultation des états généraux de l'OIIQ 2021.

D'entrée de jeu, nous saluons la volonté de l'OIIQ de réaliser des états généraux, dans ce contexte de pandémie, qui a mis en lumière la contribution importante de l'infirmière dans le réseau de la santé québécois. C'est un point tournant pour camper la contribution des infirmières à un réseau en mouvance dans une perspective de décloisonnement des pratiques et de valorisation de l'interdisciplinarité. En effet, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (sanctionnée le 14 juin 2002) a positionné les compétences des infirmières dans le système professionnel de la santé et des services sociaux. En 2021, il est maintenant temps de mettre ces compétences en lumière, et ce, en complémentarité avec les compétences des autres professionnels de la santé. Le travail de collaboration intra et interprofessionnel doit être mis de l'avant pour s'assurer d'une contribution maximale des compétences infirmières et aussi pour favoriser l'accès aux soins de santé à toute la population.

Le présent mémoire énonce certaines recommandations visant à bonifier la contribution infirmière au sein du réseau et des équipes de soins dans un CISSS comme celui de la région de Laval. Plus particulièrement, nos recommandations portent sur trois thèmes pour faire face aux défis des prochaines années; les savoirs et compétences des infirmières, l'innovation en soins infirmiers et la formation du personnel infirmier.

L'apport des infirmières est une solution à différents enjeux du système de santé. Que ce soit pour améliorer l'accessibilité grâce au développement de la pratique avancée ou pour améliorer la qualité des soins par un encadrement exemplaire de la pratique, la direction des soins infirmiers et le conseil des infirmières et infirmiers s'affirment davantage et occupent une place essentielle au sein des établissements. Les valeurs d'interdisciplinarité, de transversalité, d'expérience patient améliorée et de qualité des soins font partie des assises sur lesquelles reposent l'ensemble de nos actions. Au CISSS de Laval, c'est plus de 2600 infirmières et infirmières auxiliaires qui déploient quotidiennement leur savoir et offrent des soins et services de qualité, sécuritaires et respectueux. Nous sommes engagées à poursuivre notre contribution au succès de la mission du CISSS de Laval et d'être dignes de confiance par l'excellence des soins offerts.

Enfin, nous croyons que la trame de fond de la transformation contemporaine de la profession infirmière passe par un leadership infirmier et une gouvernance stratégique en soins infirmiers dans tout le réseau. Les directions de soins infirmiers doivent être reconnues et imputables de leurs responsabilités définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et définies aux articles 207, 207.1 et 208 de la LSSSS. Les Conseils des infirmières et des infirmiers doivent également exercer leur pouvoir d'influence au sein des organisations pour soutenir l'utilisation judicieuse et novatrice de l'expertise infirmière en assumant leurs responsabilités envers le PDG et le Conseil d'administration.

Thème 1 : Des savoirs et des compétences uniques

Selon vous, quels facteurs empêchent les infirmières et infirmiers d'occuper pleinement le champ d'exercice de leur profession ?

Plusieurs facteurs freinent actuellement le plein déploiement du champ d'exercice des infirmières. Le champ d'exercice des infirmières est encore méconnu, et ce, à plusieurs niveaux, tant par les infirmières elles-mêmes, le corps médical et professionnels, les gestionnaires, les instances de gouvernance et la population. Il persiste encore de la confusion entre les rôles d'infirmière, d'infirmière clinicienne, d'infirmière auxiliaire et de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) qu'on continue d'attribuer la mention des « super » infirmière.

Malgré que cela fait maintenant 19 ans que le champ d'exercice des infirmières a été modifié par la loi, l'infirmière est encore reconnue comme une soignante, une exécutante d'ordonnances médicales dans plusieurs secteurs. L'activité d'évaluation de la condition physique et mentale est mal comprise par nos collègues professionnels de la santé, mais aussi par les infirmières elles-mêmes. Cette activité d'évaluation qui se veut le cœur du rôle autonome de l'infirmière est peu valorisée et est souvent délaissée au profit des techniques de soins ou autres tâches pouvant être exécutées par d'autres membres du personnel. Le travail de coordination de l'épisode de soins et de planification du congé ne fait pas partie intégrante des activités régulières des infirmières.

Le leadership de l'infirmière passe aussi par la perception que chaque infirmière a de son rôle. Malheureusement, nous observons beaucoup d'infirmières qui semblent dans une culture de sous-responsabilisation de leur rôle, tel qu'attendu par leur champ d'exercice. La surcharge de travail ou la perception de cette surcharge de travail est un frein au développement professionnel et à la pleine utilisation du champ de pratique. Dans une visée de protection du public, pour mesurer objectivement la charge de travail, il est requis de prioriser des travaux permettant la mesure de l'acuité des soins par des outils de mesure valides, disponibles et harmonisés. Des indicateurs administratifs sont mesurés par les organisations (durée de séjour, roulement...), mais peu d'indicateurs quant à la lourdeur de la clientèle sont reconnus et mesurés systématiquement.

De même, afin d'exercer pleinement leur champ de pratique, il importe que les infirmières délèguent certaines activités de soins et que la composition des équipes de soins permette cette délégation et un travail de collaboration. Les infirmières sont encore très impliquées dans des soins d'hygiène,

des soins de confort, d'administration des médicaments et des techniques de soins qui peuvent être exercés par d'autres titres d'emploi. Le partage des tâches et des activités est encore d'actualité dans les équipes de soins et, souvent, les infirmières doivent assumer des activités non-exclusives. Le rôle de coordination de l'équipe de soins, la délégation et le partage des tâches, la prise de décision par rapport à la prise en charge de l'usager dans sa globalité est à clarifier. Enfin, la nature des postes infirmiers (temps partiel, équipes volantes...), l'organisation du travail dans plusieurs services ainsi que l'encadrement excessif par des assistantes-infirmières chef (AIC) rendent difficile l'affirmation du leadership de l'infirmière dans l'équipe intra et interdisciplinaire.

Une vision hiérarchique des rôles professionnels qui préconise la culture médicale et les restrictions budgétaires freinent aussi la mise en place de mode de distribution de soins qui favorise l'utilisation du plein champ d'exercice et de compétences de l'infirmière. En effet, parce qu'elle représente une large part des dépenses en salaires du système de santé, parce que son travail est perçu comme un appui au service médical et parce que nous avons peu de mesures pour démontrer la contribution de l'infirmière, la profession infirmière devient la cible de rationalisation, alors que la complexité et la charge des soins deviennent plus grandes (SIDIIEF, 2015). Ces restrictions empêchent la mise en place des modes de distribution de soins qui permettraient à l'infirmière d'exercer les activités réservées prévues à son champ d'exercice, mais également d'assumer des rôles à valeur ajoutée tel que l'évaluation et la planification des soins et du congé hospitalier dans une approche collaborative et de partenariat, la coordination de l'équipe de soins, l'évaluation de la qualité, etc. De plus, la couverture médicale combinée aux conditions de travail (dont la charge de travail, le manque d'effectifs et le salaire) empêche les infirmières de certains secteurs de voir la valeur ajoutée d'exercer des rôles autonomes, tel que l'évaluation et la prescription infirmière et de mettre de l'avant leur expertise.

L'utilisation du plein champ d'exercice nécessite que les infirmières acquièrent et maintiennent à jour leurs connaissances et leurs compétences. Toutefois, le manque de poste dédié au soutien clinique, le manque de disponibilité de ressources pour soutenir les équipes sur le terrain, ainsi que le manque de temps de libération pour des formations qui répondent aux intérêts du personnel freinent le transfert des connaissances dans la pratique, l'acquisition de nouvelles compétences et le développement de l'expertise.

Enfin, bien qu'il soit essentiel d'encadrer les pratiques pour assurer des soins de qualité et sécuritaires, certains outils cliniques (règle de soins infirmiers, ordonnances collectives, protocoles) n'exploitent pas pleinement le champ d'exercice de l'infirmière et certaines pratiques sont tellement encadrées dans des protocoles, qu'il reste peu de place au jugement clinique et à l'autonomie de l'infirmière.

Si les infirmières et infirmiers pouvaient jouer pleinement leur rôle, quels seraient les bénéfices pour la population ? Et pour le système de santé québécois ?

La pleine utilisation du champ de pratique de l'infirmière permettrait une meilleure accessibilité aux services de santé ainsi que des soins de meilleure qualité et plus sécuritaires. Une hiérarchisation définie des soins infirmiers est nécessaire pour permettre une meilleure accessibilité à des soins de première ligne. L'infirmière pourrait davantage contribuer à l'évaluation et au suivi des problèmes de santé courants et de maladie chronique dans la communauté pour diminuer l'utilisation des urgences et ainsi rendre les médecins plus disponibles pour des soins complexes.

Par sa formation, l'infirmière a une expertise distincte et tient compte de la santé globale des usagers, de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et le traitement et soins en lien avec des problèmes de santé. Cette approche holistique peut amener des résultats de soins de santé de la population telles que la diminution des complications et du risque de mortalité, la meilleure gestion des symptômes, la prévention de la maladie et l'élaboration de plans de soins personnalisés favorisant le partenariat de soins avec la personne/famille et misant sur l'empowerment en complémentarité à l'approche des autres professionnels et médecins.

Quels moyens pourraient être pris, par vous ou votre organisation (milieux cliniques, maisons d'enseignement, etc.), pour favoriser une pratique à la hauteur des compétences et de l'expertise des infirmières et infirmiers ?

Tout d'abord, la direction des soins infirmiers doit exercer un leadership fort et établir des modèles de soins infirmiers et des modes d'organisation du travail de collaboration. Le travail de collaboration intra-professionnel doit être la pierre angulaire de cette transformation avec une coordination assurée par l'infirmière. De même, les organisations doivent mettre des structures de soins en place, établir des descriptions de fonctions claires pour faciliter l'implantation de ce travail de collaboration. La composition des équipes doit être révisée et harmonisée au niveau provincial pour mettre en

place des modèles de soins favorisant le leadership infirmier. La révision des plans d'effectifs doit se camper dans une vision davantage interdisciplinaire et de collaboration en y révisant scrupuleusement les tâches devant être exécutées par les autres titres d'emploi. Cela nécessiterait un changement de culture tant au niveau des infirmières qu'au niveau des autres professionnels et de l'équipe entière. Les organisations doivent ainsi mettre en place des environnements de pratiques de qualité et innovantes pour permettre l'empowerment des infirmières et pour fournir les leviers requis à l'exercice de leur plein potentiel afin de leur permettre de répondre aux besoins des usagers et d'offrir des soins sécuritaires, efficaces et efficaces (AICC, 2006, Dubois et al., 2012).

Certaines activités infirmières, telles que la vaccination ou la prescription infirmière doivent être encouragées et doivent pouvoir être appliquées dans tous les milieux de soins de façon autonome, et ce, même en milieu hospitalier. Les modes de documentation doivent aussi être révisés pour permettre à l'infirmière de documenter ses évaluations, suivis et interventions sans trop de rigidité et surtout en collaboration avec les autres professionnels.

Aussi, il importe que le MSSS révisé et rehausse les programmes d'enseignement pour favoriser le développement des compétences sur un continuum entre les différents niveaux de formation (professionnel, collégial et universitaire) et pour qu'ils s'arriment avec la pratique dans les milieux de travail.

Une collaboration plus étroite entre les maisons d'enseignement et les milieux de soins afin de mettre en place des programmes de formation tenant compte des besoins et de l'évolution du réseau de la santé est essentielle. Les maisons d'enseignement et les milieux cliniques pourraient collaborer davantage dans l'élaboration des objectifs de cours ou de stage pour s'assurer que ces derniers répondent vraiment aux besoins des milieux de travail et soient cohérents avec les attentes. Les maisons d'enseignement doivent préparer la relève infirmière au travail de collaboration intra et interprofessionnel et à exercer un leadership clinique au sein des équipes de soins. Par exemple, nous jugeons qu'il est grand temps de revoir les programmes de formation des infirmières et des infirmières auxiliaires en y ajoutant des apprentissages sur le travail de collaboration. Des initiatives de stages en collaboration intra-professionnelle (infirmière-infirmière auxiliaire) deviennent essentielles pour faciliter la transition entre l'académique et le marché du travail. La relève infirmière est de plus en plus appelée à travailler en dyade avec une infirmière auxiliaire, et ce, très tôt dans sa pratique. Cette nouvelle réalité requiert un apprentissage adapté.

Les maisons d'enseignement pourraient aussi collaborer avec les milieux de soins n'ayant pas accès à des centres de simulation à la fine pointe de la technologique ou à des locaux de laboratoires afin de contribuer à la formation continue de la relève. Dans le même sens, des infirmières cliniciennes intéressées par l'enseignement pourraient contribuer à la formation de la relève dans le cadre de leur emploi. Pour ce faire, les initiatives plus locales doivent être soutenues au niveau national, car elles se voient souvent avortées en raison des divergences syndicales très rigides entre le milieu de l'enseignement et celui de la santé et des services sociaux.

Les exigences de performance envers la relève sont immenses, notamment en raison de la pénurie de main d'œuvre, le vieillissement de la population et la complexité grandissante des soins infirmiers. Il est donc essentiel de bien former et encadrer la relève dans cette transformation. L'externat, par exemple, constitue une belle opportunité de sensibiliser les nouvelles recrues au leadership infirmier. L'externat est considéré comme une expérience d'apprentissage en or pour « pratiquer les techniques ». Certes, l'externe doit, en effet, apprendre à maîtriser les méthodes de soins selon les pratiques exemplaires durant son externat, mais l'externat devrait aussi être perçu comme une occasion de faciliter la transition entre le milieu académique et le marché du travail et ainsi de mettre en pratique les compétences d'évaluation clinique. Un programme de résidence pour la relève et d'autres programmes d'intégration et de soutien de la relève doivent être instaurés.

Depuis plusieurs années, les plus anciennes infirmières sur des unités de soins peuvent avoir un ou deux ans d'expérience, notamment sur les quarts défavorables. La CEPI qui intègre une unité de soins est souvent entourée de jeunes infirmières, qui ont aussi besoin de soutien clinique pour raffiner leurs compétences en préceptorat et en transfert des connaissances. Il est essentiel de maintenir, voire de rehausser les investissements en préceptorat, surtout sur les quarts défavorables. Ces investissements doivent pouvoir permettre une présence 7 jours sur 7 de conseillères en soins infirmiers dédiées au soutien clinique en quantité suffisante dans l'ensemble des milieux de soins où la relève est omniprésente.

Enfin, il est primordial de mesurer des indicateurs sensibles aux soins infirmiers pour rendre visible la contribution infirmière et démontrer les liens entre les ressources infirmières, les interventions infirmières et les résultats afin de guider les prises de décision et faire des choix à valeur ajoutée qui sont en faveur de l'occupation du plein champ d'exercice et de modes d'organisation qui optimisent la qualité des soins. Il est également important d'alimenter le CII avec les résultats de ces mesures

afin qu'il puisse donner son avis au CA sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers ainsi que sur la planification de la main d'œuvre. La diffusion des résultats, autant au sein de l'Établissement que publiquement, permettrait également de faire connaître et de valoriser le rôle de l'infirmière.

Thème 2 : Innover pour mieux soigner

Comment soutenir l'émergence, le déploiement et la diffusion de pratiques infirmières innovantes (par exemple, l'utilisation de l'intelligence artificielle en soutien à l'expertise infirmière pour les soins à la personne âgée – *Profil AINÉES intelligent* –, le projet *RIRE*, la pratique infirmière en cabinet privé, etc.), et ce, au bénéfice de la population?

Les innovations en soins infirmiers sont souvent initiées par les conseillères de directions de soins infirmiers et rarement par les infirmières « terrain ». L'organisation du travail permet difficilement l'implication des infirmières à du développement ou à des projets innovants. Tout changement dans les soins est lourd et complexe, car les infirmières peuvent difficilement être libérées de leurs fonctions comme d'autres professionnels peuvent l'être. Il faut donc valoriser le partage de l'expertise des infirmières au sein des organisations et avoir des forums provinciaux visant le partage des bonnes pratiques et des projets innovants. Aussi, la création de centres d'excellence en soins infirmiers qui pourrait faire des veilles sur les meilleures pratiques, développer des projets pilotes avec les milieux cliniques et voir à leur déploiement dans les autres milieux.

Il importe aussi de développer des cultures d'innovation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des organisations. La syndicalisation de la profession est parfois un frein à ces innovations et ces changements qui sont trop souvent perçus comme une charge de travail supplémentaire.

Plusieurs projets en première ligne seraient intéressants pour améliorer l'accessibilité aux soins et services et diminuer l'utilisation des urgences par la population. La pratique autonome des infirmières et IPS en cabinet et en téléconsultation pourrait en être un. Par le service info-santé, on voit que, même par téléphone, les infirmières réussissent à évaluer et définir si un usager a besoin ou non de consulter un médecin et dans quel délai et ainsi des milliers de visites à l'urgence sont évitées à chaque année. Si un service semblable était disponible en personne ou en mode virtuel,

les bénéfiques seraient encore plus tangibles avec un lien direct vers une IPS et par la suite vers un médecin. La hiérarchisation des services est nécessaire si nous voulons répondre au vieillissement de la population. L'organisation et la rémunération médicale en première ligne sont essentiellement à revoir pour déployer des projets innovants dans ces secteurs. Aussi, les infirmières doivent davantage être impliquées dans les évaluations des personnes âgées à domicile et hospitalisées pour éviter leur déconditionnement. L'implication des infirmières dans la trajectoire de soins palliatifs et de fin de vie est aussi nécessaire pour améliorer la prise en charge des usagers et des familles.

Quels sont les facteurs qui facilitent ou limitent le déploiement du rôle des ICS au Québec ?

La reconnaissance de l'expertise infirmière et de la pratique avancée est un sujet très sensible. Peu de cursus universitaires permettent d'obtenir un titre d'ICS et de développer une expertise dans une spécialité. Il incombe donc de réviser ces spécialités et que l'OIIQ travaille de pair avec les organisations pour en déterminer les modalités. Les spécialisations reconnues par l'OIIQ ne le sont pas nécessairement reconnues dans les organisations (par exemple l'ICS en santé mentale) et d'autres telles que les infirmières en stomathérapie devraient l'être. Il y a donc différents niveaux de spécialisation, des formations parfois peu ou pas encadrées et un vide important dans la reconnaissance de la pratique avancée des conseillères cliniques avec un diplôme de 2^e cycle en soins infirmiers. De même, ces rôles sont méconnus et peu valorisés.

La première étape sera de revoir les différentes spécialités par l'OIIQ en collaboration avec les partenaires des milieux de soins et d'enseignement. Il devra ensuite y avoir par le MSSS la reconnaissance de ces spécialités et la création de la nomenclature de ces titres d'emploi d'infirmière spécialisée afin de les implanter dans les milieux. La nomenclature, les exigences et les fonctions associées à ces rôles devront être bien définies pour éviter la confusion des rôles entre ICS, conseillères, IPS etc.

La spécialisation des IPS est toutefois mieux reconnue, le financement du déploiement de ces nouveaux postes en facilite l'implantation dans les milieux de même que l'encadrement légal qui clarifie des fonctions et l'utilisation du titre.

Comment l'intégration des ICS au sein des équipes pourrait-elle être favorisée ?

Tout d'abord, le développement de ces spécialités doit découler des besoins de la clientèle et du réseau de la santé afin d'être bien intégré dans l'organisation des soins. Dans les milieux, il pourrait y avoir une valeur ajoutée d'avoir des ICS selon les besoins de la population, tel qu'en soins de plaies, en soins palliatifs et fin de vie, en approche adaptée à la personne âgée, en santé mentale, en maladie chronique, en prévention et contrôle des infections (etc) pour :

- Exercer un rôle d'expert clinique surtout dans des domaines en constante évolution;
- Soutenir le personnel infirmier des différents milieux, dont les CHSLD et les services de premières lignes pour évaluation et détermination des plans de traitement, application de la prescription infirmière, etc;
- Dédier du temps dédié à l'innovation et à des projets de recherche;
- Optimiser des résultats de soins pour les usagers (ex : qualité de vie, gestion douleur, guérison ou prévention des complications, diminution des consultations médicales, des consultations à l'urgence, etc.)

Cette intégration exige la valorisation et la reconnaissance de ces rôles ainsi qu'un financement pour implanter ces postes au sein des établissements.

Le rôle des infirmières en pratique avancée doit aussi être reconnu, harmonisé et valorisé au sein des organisations pour permettre l'émergence et l'implantation de nouvelles pratiques ainsi que la surveillance et le suivi des indicateurs sensibles en soins infirmiers.

Thème 3 : Former le présent, développer l'avenir

Face aux pratiques émergentes, comment voyez-vous le rôle de l'infirmière et de l'infirmier du 21^e siècle? Que faire pour y arriver?

L'infirmière du 21^e siècle devra assurément être habilitée à intervenir de façon autonome auprès de personnes/familles avec des besoins complexes, ce qui exige du jugement clinique et une grande capacité de décision clinique et qui se réalise dans une approche collaborative et de partenariat. Elle devra par conséquent être « dégagée » de plusieurs tâches techniques. Elle doit connaître et maîtriser plusieurs techniques selon les bonnes pratiques sans toutefois être responsable de réaliser ses soins techniques. Son rôle d'évaluation, de planification, de coordination et d'évaluation de la qualité doit être priorisé. Elle doit aussi être en mesure

d'exercer un leadership clinique et un rôle de coordination de l'équipe de soins infirmiers de même qu'auprès des équipes interdisciplinaires de professionnels majoritairement formées au baccalauréat et à la maîtrise. L'infirmière doit connaître les résultats de la recherche en soins infirmiers et utiliser les résultats de recherche pour faire évoluer et améliorer les soins aux usagers, aux familles et à la population.

Les infirmières doivent aussi être préparées à œuvrer dans des secteurs de pointe ou spécialisées de plus en plus complexes et dont le développement des connaissances scientifiques et technologiques se développe rapidement. La spécialisation et la formation continue sont par conséquent nécessaires au développement et au maintien de l'expertise des infirmières.

Quels facteurs favoriseraient la mise en place du baccalauréat comme norme d'entrée dans la profession? Quelles actions pourraient être prises par vous ou votre organisation (milieux cliniques, maisons d'enseignement, etc.) pour mener à bien ces changements?

Nous sommes d'avis que de privilégier le baccalauréat pour porte d'entrée à la profession est un incontournable tout en maintenant différents chemins pour accéder à cette porte d'entrée. Un DEC en science nature suivi d'un baccalauréat revampé de 4 ans en sciences infirmières pourrait être un chemin proposé. Toutefois, nous croyons qu'une formation sur 5 ans, tel que le DEC-BAC, est le parcours académique à privilégier pour favoriser le développement de l'éventail des compétences requises pour permettre à l'infirmière d'exercer selon son champ d'exercice et les responsabilités et fonctions attendus tel que l'évaluation et la planification des soins, la surveillance, la communication et la coordination des soins, la coordination des ressources, l'éducation aux usagers et aux proches, la mise à jour et le partage de connaissances, les activités relatives à la qualité des soins et au développement des pratiques, etc. (D'amours et ses collègues 2009 et 2012, Aiken 2003). En effet, le DEC-BAC est d'une grande richesse pour favoriser le transfert des connaissances dans la pratique et soutenir l'infirmière dans l'appropriation de ses différents rôles. Il faut donc que le programme au baccalauréat s'inscrive en continuité avec la formation collégiale en soins infirmiers et permette d'accroître la polyvalence de l'infirmière tout en favorisant un certain degré de spécialisation au niveau clinique, tel qu'en soins critiques, en santé communautaire, en périnatalité et obstétrique, en soins à la personne âgée. De même, ce cursus pourrait inclure un externat obligatoire et un programme de résidence en fin de parcours scolaire. Un tel continuum dans le parcours académique pourrait permettre l'accès à un permis d'exercice avec restrictions ou d'un titre d'infirmière auxiliaire suite à un DEC pour éventuellement graduer du baccalauréat et accéder au titre d'infirmière.

Tout au long du cursus, il est important que le programme soit bien aligné aux besoins et à la réalité des milieux de soins. Un meilleur arrimage entre la prestation de soins dans les milieux de soins et les milieux d'enseignement pourrait être bénéfique pour modifier la perception qu'ont les infirmières techniciennes envers le baccalauréat. Plusieurs thèmes cliniques doivent être privilégiés pour bonifier la formation infirmière notamment les soins de fin de vie, l'approche adaptée à la personne âgée, les soins oncologiques, les soins de plaies, les maladies chroniques, la prévention et contrôle des infections, la santé mentale et les soins critiques pour permettre aux infirmières de travailler dans les milieux de soins diversifiés tels qu'hospitaliers, hébergement, soins à domicile ou ambulatoires. Actuellement, certains thèmes sont considérés comme superflus ou dépassés dans la formation universitaire et mériteraient d'être révisés pour une formation plus contemporaine.

L'autorisation de congé pour études, de la flexibilité dans les horaires ainsi qu'un programme de bourses ou de stages rémunérés pourraient aussi encourager les infirmières à poursuivre la formation vers le niveau universitaire, tel que pour la formation des IPS.

Quelles actions devraient être entreprises afin de rehausser et de favoriser la culture de développement professionnel continu au sein de la profession?

La formation continue doit être encouragée pour augmenter l'expertise et développer les compétences des infirmières. La professionnalisation de l'infirmière est primordiale pour reconnaître l'importance de la formation continue. Les offres de formations au sein des organisations, de l'OIIQ et de l'ÉNA ne répondent pas toujours au besoin de développement des infirmières. Ces dernières doivent avoir la responsabilité et la possibilité de choisir les formations nécessaires à leur développement professionnel. Elles doivent pouvoir être dégagées un certain nombre d'heures de leurs fonctions pour consulter les données probantes, les nouvelles lignes directrices, assister à des formations ou des congrès.

Conclusion

Nous souhaitons remercier l'OIIQ de nous permettre d'émettre nos commentaires, réflexions et suggestions dans le cadre de cet exercice de consultation. Les directions de soins infirmiers et CII doivent être considérées comme des parties prenantes dans l'évolution contemporaine du rôle de l'infirmière. La pandémie a mis en lumière l'importante contribution des infirmières au système de santé québécois et il incombe maintenant d'utiliser les leviers nécessaires pour que cette expertise infirmière soit reconnue et valorisée. Les états généraux sont une occasion en or pour faire connaître l'étendue du rôle infirmier et aussi pour camper le leadership infirmier au sein des équipes intra et interprofessionnelles pour les prochaines années. La direction des soins infirmiers et le Conseil des infirmiers et infirmières du CISSS de Laval souhaitent être des parties prenantes dans l'implantation du rôle contemporain des infirmières au bénéfice de la population lavalloise.

Références

Aiken, L.H., Clarke, S. P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., & Silber, J. (2003). Educational levels of hospital nurse and surgical patient mortality. *JAMA*, 290 (12), 1617-1623.

Aiken, L.H., Clarke, S. P., Sloane, D.M. Sochalski, J. & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patients mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288 (16), 1987-1993.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). Énoncé de position : la sécurité des patients. Ottawa : AIIC.

D'Amours, D., Dubois, C-A. & Dery, J., & Clarke, S. (2012). Measuring actual scope of nursing practice. A new tool for nurse leader. *The journal of nursing administration*, 42 (5), 248-255.

D'Amours, D., Dubois, C-A. & Dery, J.(2009). Mesure de l'étendue de la pratique infirmière : cadre de référence et mesure. Présentation powerpoint présenté au congrès international du SIDIEF à Marrakech.

Dubois, CA., D'amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organisation models in hospital. *BMC Health services research*, 12, 286.

Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF). (2015). La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale. SIDIEF : Montréal.