

Faculté des sciences infirmières

Université 
de Montréal et du monde.

**Apprendre, exercer et défendre l'autorité
de la pratique professionnelle infirmière**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ AUX
ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'OIIQ 2021**

**FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES
Université de Montréal**

Montréal, 19 mars 2021

Table des matières	1
Sommaire	2
1. Introduction	3
2. Le contexte actuel et les défis du 21 ^e siècle.....	4
2.1 Les besoins de santé et de soins du 21 ^e siècle.....	4
2.2 Les défis de la pratique infirmière.....	5
2.3 Les failles du réseau de la santé et des services sociaux.....	6
3. L'autorité professionnelle de l'infirmière	7
3.1 Le nécessaire changement de culture	7
3.2 Les savoirs et les compétences infirmières	8
3.3 L'innovation et la spécialisation dans la discipline infirmière	10
3.4 Les savoirs et la formation de l'avenir	13
4. Les recommandations.....	14
5. Conclusion	15
Références	15

Sommaire

L'**autorité de la pratique professionnelle de l'infirmière**¹ s'affirme comme l'idée dominante de ce mémoire qui aborde les trois thèmes proposés pour les *États généraux* de la profession infirmière. L'autorité de pratiquer se définit comme étant le pouvoir de pratiquer en puisant dans les savoirs et les interventions thérapeutiques reconnus dans sa discipline professionnelle et scientifique.

Ce mémoire propose que la profession infirmière saisisse son autorité de pratiquer et qu'elle la défende auprès des instances internes et externes qui tendraient à la limiter. L'autorité professionnelle s'exerce tant dans les fonctions administratives, cliniques, que d'enseignement et de recherche en tenant compte du contexte, notamment politique.

Le contexte sanitaire de la dernière année a mis en évidence, plus fortement au Québec qu'ailleurs, à quel point les infirmières peinent à exercer l'autorité professionnelle conférée par leur permis d'exercice, ce qui n'a pas été sans conséquence pour la population comme en témoignent le nombre de décès et le report de traitements. Les infirmières ont-elles développé les compétences liées à l'autorité professionnelle à un niveau suffisant au cours de leur formation? Pratiquent-elles dans une structure qui met à profit des savoirs de leur discipline professionnelle? Sont-elles assez formées sur le plan politique pour se positionner et participer aux décisions qui ont un impact direct sur l'accessibilité et la qualité des soins, par exemple pour les personnes âgées? Combien d'infirmières avaient anticipé la catastrophe sans jamais être parvenues à se faire entendre?

Ce mémoire pose un regard sur l'avenir de la profession infirmière pour répondre aux défis du 21^e siècle. Il met l'accent sur la **recherche** dans et pour la pratique infirmière comme activité essentielle; sur la **pratique infirmière et la pratique infirmière avancée**, exercées avec autorité professionnelle au sein d'équipes intra et interprofessionnelles; sur la concertation **managériale et politique** pour mener l'incontournable changement de culture au sein de la profession et du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS); et sur la **formation universitaire** de tous les membres de la profession infirmière, afin qu'elle remplisse sa mission sociale avec éthique et responsabilité pour la santé de la population du Québec.

Ainsi, **nous recommandons** :

- L'obtention du permis d'exercice suite à la réussite du baccalauréat en sciences infirmières ou de la maîtrise qualifiante;
- La création d'un doctorat de premier cycle comme norme d'entrée à la profession infirmière;
- La mise de l'avant de la pratique infirmière avancée de l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et ses domaines de spécialisation, en concertation avec les facultés et écoles de sciences infirmières;
- La concertation managériale et politique entre les parties prenantes et décisionnelles de la profession menée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour un changement de culture;
- L'intégration de la recherche infirmière dans et pour la pratique infirmière dans toutes les directions de soins infirmiers avec les facultés de sciences infirmières.

¹ Le féminin est utilisé afin d'alléger le texte. Il englobe tous les membres de la profession infirmière.

1. Introduction

Dans ce mémoire, rédigé collectivement, les trois grands thèmes proposés pour les *États généraux* de la profession infirmière sont abordés :

- Savoirs infirmiers et compétences infirmières : mieux y recourir pour mieux soigner
- Innovation et spécialisation infirmières : une voie pour les soins de l'avenir
- Formation infirmière : pour relever les défis du 21^e siècle.

« Le défi sera d'inventer des établissements de santé [et de formation] et des systèmes organisationnels qui forment les infirmières dans un environnement qui promeut la vigilance, la responsabilité et l'excellence, où les étudiantes apprennent qu'elles ont l'autorité de pratiquer et non seulement cette responsabilité. »²

En premier lieu, la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal (UdeM) tient à remercier l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) d'organiser un moment de rencontre privilégié pour réfléchir à l'avenir de la profession infirmière. Ce mémoire répond aux questions soulevées par les *États généraux* et présente une vision de la profession infirmière dans un avenir assez rapproché, soit en l'an 2030.

Tel que l'annonce le titre de ce mémoire, la Faculté avance l'idée d'affirmer **l'autorité de la pratique professionnelle infirmière**. Cette pratique soutient et enrichit la santé des personnes, familles et communautés, elle influence l'accessibilité et la qualité des soins et participe, avec les autres professions, à la transformation du système de santé. Toute profession a le pouvoir de décider de la formation de ses membres ainsi que de conférer cette autorité de pratique aux membres qui ont développé et maintenu leur expertise pour remplir leur mission sociale de manière éthique et équitable.

La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal propose que la profession infirmière saisisse son autorité de pratiquer et qu'elle la défende. Ainsi, chacun des membres apprend et exerce sa profession avec responsabilité et imputabilité. Des actions à tous les paliers de la pratique et dans toutes les organisations de santé, d'enseignement et de politique sont nécessaires dès maintenant.

La profession infirmière a connu des changements importants au cours des 100 dernières années ; 1920 étant l'année de la création de l'OIIQ et de la *Graduate School of Nursing* à l'Université McGill ; 1925 celle de la formation des infirmières hygiénistes à l'Université de Montréal³. Toutefois, l'image de l'infirmière n'évolue pas pleinement vers celle d'une professionnelle possédant des compétences ancrées dans des savoirs scientifiques. Au contraire, alors qu'en raison de l'avancement des connaissances l'exigence minimale de formation des autres professionnels de la santé est devenue le doctorat de premier cycle (médecin, pharmacien, optométriste, dentiste) ou la maîtrise (ergothérapeute, physiothérapeute), le permis d'exercice infirmier peut, encore aujourd'hui, être obtenu après une formation technique ou une formation universitaire. Pourtant, la discipline professionnelle infirmière, marquée par le développement de savoirs sur le soin et les expériences de santé, est bien vivante. Au Québec, le baccalauréat, suite à une formation

² Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L. (2010). *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. Jossey-Bass, traduction libre, p. 16.

³ Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E., Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières. Genèse d'une discipline*. Les Presses de l'Université de Montréal.

générale en sciences, est offert depuis 1957, puis la maîtrise et le doctorat en sciences infirmières sont offerts respectivement depuis 1961 et 1993⁴.

La section 2 de ce mémoire présente le contexte actuel et quelques défis saillants du 21^e siècle. La section suivante décrit l'exercice infirmier pour répondre à ces défis. Des recommandations sont formulées afin de permettre le nécessaire changement de culture et le rayonnement des savoirs infirmiers pour la santé de la population du Québec.

2. Le contexte actuel et les défis du 21^e siècle

Cette section présente les principaux besoins de santé et de soins du 21^e siècle qui constituent des défis de taille pour la pratique infirmière. Cette pratique rencontre de nombreux obstacles dans un système de santé médico et hospitalo-centrique, d'où l'importance pour les infirmières d'exercer l'autorité que leur confère leur profession de soins et de santé.

2.1 Les besoins de santé et de soins du 21^e siècle

Les besoins de santé et de soins changent sans cesse au gré des habitudes de vie suivant l'évolution des contextes et de l'environnement, des connaissances et des technologies. Les soins sont-ils à la hauteur des besoins actuels et futurs, notamment face au vieillissement, à la croissance des maladies chroniques et des nouvelles maladies infectieuses, aux défis de santé mentale et aux enjeux d'inégalités pour diverses communautés au Québec?

La pandémie montre que les **personnes âgées**, les personnes souffrant d'un cancer et celles souffrant de maladies mentales sont particulièrement vulnérables. Des sources révèlent que : plus de 89 % des décès dus à la COVID-19 sont survenus chez les personnes âgées ; un sondage (554 répondants) mené par la Coalition priorité cancer au Québec⁵ montre que 65 % des patients sondés vivent encore une aggravation de leur anxiété ou des problèmes de santé mentale causés par la crise de la COVID-19 ; des sondages sur le bien-être menés par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) montrent que la détresse psychologique touche plus de 25 % de la population⁶.

Les **maladies chroniques** constituent un défi majeur pour les sociétés. Selon l'Organisation mondiale de la santé, « les maladies chroniques sont responsables de 63 % des décès, [elles...] sont la toute première cause de mortalité dans le monde⁷ ». Et que dire du bien-être des personnes atteintes et de leur qualité de vie?

Concernant la **santé mentale**, au Québec, plus du quart de la population âgée de 15 ans et plus affirme vivre un stress quotidien élevé et les personnes de 25 à 44 ans sont les plus touchées ; un peu plus d'une personne sur 10 reçoit un diagnostic de troubles mentaux annuellement depuis le début des années 2000 et chez les moins de 20 ans, la

⁴ Cohen et al., (2002).

⁵ Coalition priorité cancer au Québec (30 juin 2020). <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-06-30/sondage-la-pandemie-affecte-les-malades-du-cancer-et-leurs-soins.php>.

⁶ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (16 juillet 2020). *COVID-19 – Pandémie, bien-être et santé mentale. Sondages sur les attitudes et comportements de la population québécoise*. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3037-sondage-sante-mentale-covid19>.

⁷ Organisation mondiale de la santé. (2018a), p.1 http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/.

prévalence des troubles mentaux a presque doublé au cours des 10 dernières années⁸. De plus, la pandémie met en évidence des besoins qui explosent en santé mentale.

Par ailleurs, **certaines communautés** présentent des besoins particuliers, notamment chez les Premiers Peuples qui ont des taux plus élevés que dans le reste de la population du Québec pour plusieurs maladies chroniques. La Commission Viens a interpellé les établissements du réseau de la santé et des services sociaux « à mettre sur pied des services et des programmes répondant aux principes de sécurisation culturelle, développés à l'intention des peuples autochtones et en collaboration avec eux »⁹. Enfin, seulement 55 % des immigrants ont un médecin de famille, ce qui peut rendre difficiles la consultation et la confiance envers le système de santé¹⁰.

2.2 Les défis de la pratique infirmière

Il est de plus en plus connu que les infirmières exercent majoritairement en milieu hospitalier (seulement 17 % exercent en soins de première ligne¹¹) dans des conditions souvent pénibles de manque de personnel et de temps supplémentaire obligatoire et qu'elles peinent à se faire entendre dans la recherche de solutions autres que des demandes syndicales. La pénurie d'infirmières fait surface régulièrement alors qu'un peu plus de 40 % des infirmières occupent un emploi à temps partiel¹² et que le nombre d'infirmières au Québec atteint plus de 78 000 membres¹³.

Le plus alarmant est de constater que les infirmières ne parviennent pas à occuper pleinement leur champ d'exercice¹⁴. Certaines confient à d'autres professionnels des activités réservées aux infirmières, notamment l'évaluation de l'état de santé, limitant leur pratique à l'exécution de techniques et d'ordonnances médicales. Plusieurs sont appelées à exécuter des tâches (et non pas des activités cliniques) qui pourraient être effectuées par des personnes ayant d'autres titres d'emploi.

Cet état de fait s'explique en partie par la composition des équipes de soins et l'organisation du travail en milieu hospitalier. L'examen de l'effectif du réseau de la santé et des services sociaux selon certaines catégories de personnel infirmier¹⁵ montre que plus de la moitié (50,6 %) du personnel détient une formation de niveau secondaire (infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires) et moins du quart (20,5 %) est formé

⁸ La Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Programme national de santé publique 2015 – 2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*. Gouvernement du Québec.

⁹ Commission Viens (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès*, p. 513.

¹⁰ Benigeri, M. (2017). *Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé: Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016*. Commissaire à la santé et au bien-être. Gouvernement du Québec, p.14.

¹¹ Marleau, D. (2019) *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2018-2019: Le Québec et ses régions*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

¹² Marleau (2019).

¹³ Office des professions du Québec. (2020). Nombre de membres selon le genre par ordre professionnel au 31 mars 2020. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Statistiques/2019-2020/Membres_selon_genre_2020-03-31.pdf

¹⁴ Déry, J., D'Amour, D., Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière, une contribution essentielle à la performance du système de santé. *Perspective infirmière*, 14 (n° 1), 51-55. Éditeur officiel du Québec (2020). *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.

¹⁵ Institut de la statistique du Québec (2018). *Effectif du réseau de la santé et des services sociaux selon certaines catégories du personnel infirmier, régions sociosanitaires et ensemble du Québec, 2012-2013 à 2016-2017*. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/comp_interreg/tableaux/infirmiers.htm.

au baccalauréat en sciences infirmières. Or cette formation universitaire permet de développer des compétences complexes de raisonnement critique, leadership clinique, mobilisation de connaissances, collaboration interprofessionnelle, nécessaires à la dispensation de soins de qualité avec les personnes et leurs familles. Selon les statistiques de l'OIIQ, 4,7 % des infirmières ont complété une maîtrise ou un doctorat¹⁶, les amenant à développer de nouvelles compétences et à acquérir des savoirs spécialisés.

À cette réalité, s'ajoute dans la pratique, la non-reconnaissance des compétences spécifiques aux paliers de formation, dans le cadre de l'organisation du travail en milieu hospitalier entre infirmières bachelières, infirmières techniciennes, et parfois même infirmières auxiliaires, une situation non-respectueuse et unique au domaine de la santé. En effet, il arrive que les patients soient partagés entre ces professionnelles sans distinction de leur champ d'exercice.

2.3 Les failles du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)

Au Québec, plusieurs mesures et réorganisations du RSSS visant principalement l'amélioration de l'accès aux soins et aux services ont été instaurées depuis près de 50 ans. Une des premières mesures a été, en 1971, la création des CLSC destinés à devenir la principale porte d'entrée du réseau socio-sanitaire. Pour diverses raisons, les CLSC n'ont pas pu assumer ce rôle et le grand virage espéré ne s'est pas actualisé.

La dernière réorganisation du RSSS visait notamment l'optimisation de l'offre de services par des groupes de médecine de famille (GMF) pour améliorer l'accès aux soins et aux services. Malgré les ressources déployées, l'accès aux soins demeure toujours un problème¹⁷. En 2020, 81 % de la population était inscrite auprès d'un médecin de famille¹⁸. Toutes les mesures et les actions mises en œuvre n'ont pas donné les résultats escomptés comme en témoigne, entre autres, la liste des personnes en attente d'avoir un médecin et inscrites au Guichet d'un médecin de famille. En septembre 2020, 629 440 personnes étaient en attente d'un médecin de famille, alors qu'il y en avait 522 603 un an plus tôt.

Le réseau de la santé s'est ainsi restructuré suivant le paradigme hospitalo-centriste qui donne passablement de pouvoir aux médecins. Il ne s'agit pas d'une évolution du réseau de la santé pour mieux répondre aux besoins de soins et de santé en interdisciplinarité, ni de mesures qui ont amélioré l'efficacité du réseau. En effet, le Commissaire à la santé et au bien-être¹⁹ soulignait que l'indicateur global de productivité du Québec était seulement « à 80,7 % de la balise » précisant que la productivité clinique se situait à un niveau préoccupant de performance, « 65,2% d'atteinte de la balise ». La contribution optimale des ressources professionnelles, en particulier des infirmières occupant pleinement leur champ d'exercice, est capitale pour améliorer la performance du système de santé en matière d'accessibilité, de continuité et de coordination des soins. Selon

¹⁶ Marleau (2019).

¹⁷ Salois, R. (2015). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois : Résultats et analyses 2015*. Commissaire à la santé et au bien-être. Gouvernement du Québec.

¹⁸ Cousineau, M.É (2021). Les groupes de médecine de famille devront donner plus de rendez-vous aux patients orphelins. *Le Devoir*. 3 mars 2021. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/596207/groupes-de-medecine-de-famille-plus-de-rendez-vous-pour-les-patients-orphelins>.

¹⁹ Salois (2015), p. 34.

l'OMS, « si tous les pays mettent en place les interventions les plus rentables, ils pourront d'ici à 2030 non seulement sauver des millions de vies, mais assurer un retour sur investissement de sept fois le montant investi. »²⁰

À cet égard, les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) contribuent à l'accès aux soins et services en première ligne. Actuellement 562 IPS exercent en première ligne et 373 infirmières sont en voie de le devenir (étudiantes et candidates)²¹. De plus, le récent plan de transition du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit l'embauche de ressources hors établissement²², ce qui pourrait avoir le potentiel de mieux servir la population en matière de soins et de santé.

3. L'autorité professionnelle de l'infirmière

Cette section présente les changements nécessaires pour répondre aux défis de santé de la population et de pratique infirmière et pour contribuer à l'amélioration du système de santé. Nombre de pays ont d'ailleurs misé sur la formation scientifique des infirmières et leur entrepreneuriat de pratique au moment de renouveler leur système de santé et de renforcer leur première ligne de soins²³.

En premier lieu, des réponses sont apportées aux questions soulevées dans le document présentant les *États généraux*. Par la suite, l'exercice de l'infirmière en l'an 2030 est proposé. Cet exercice se situe dans un contexte socio-culturel, environnemental et politico-économique. Essentiellement, l'exercice de l'infirmière en sera un d'**autorité professionnelle** qui comprend l'autonomie et la responsabilité professionnelles et qui confère à la profession infirmière une **reconnaissance d'une discipline professionnelle et scientifique**.

3.1 Le nécessaire changement de culture

D'une part, des travaux de domaines variés dont la gestion, portant sur la qualité du travail dans une organisation, proposent un changement de culture au niveau managérial afin de tendre « vers des gains véritables et durables en matière de performance et de santé » où « les questions de l'autorité, du pouvoir de décision, du pouvoir d'agir sont soulevées »²⁴. Cet auteur définit l'autorité professionnelle comme le pouvoir d'agir sur la qualité du travail. Le changement proposé vise à miser sur l'action collective et le dialogue pour une autorité dans l'activité, la profession et l'organisation. C'est à travers le processus de développement de « la fonction sociale du collectif », du dialogue sur l'action, que peuvent émerger des solutions et que s'exercerait l'autorité professionnelle pour la qualité.

²⁰ Organisation mondiale de la Santé. (2018b). *Sauver des vies en dépensant moins : une riposte stratégique face aux maladies non transmissibles*. (WHO/NMH/NVI/18.8), p. 4.

²¹ Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (2021). *Les récentes modifications légales et réglementaires quant à la pratique des infirmières praticiennes spécialisées*. Non publié.

²² Cousineau (2021).

²³ Dubois, C.A., Dallaire, C., Lavoie-Tremblay, M., Mathieu, L., Pepin, J. et al. (2013) Aligner la formation initiale des infirmières aux besoins de santé et de soins de la population québécoise et aux défis du système de santé – Une étude comparative. Rapport soumis au MSSS.

²⁴ Bonnefond, J.Y. (2019). *Agir sur la qualité du travail. L'expérience de Renault Flins*. Eres, p. 201.

D'autre part, en sciences infirmières, Benner²⁵, l'auteure qui fait figure d'autorité dans le domaine du développement de l'expertise infirmière, prend appui sur les écrits de Sullivan et al. (2005) portant sur le professionnalisme. Ce dernier soutient que les infirmières et les médecins ont une place privilégiée au sein de la population qu'ils servent. En retour, ces professionnels ont une importante responsabilité sociale, dans les limites de leur cadre légal. Ils ont l'autorité de contrôler qui entre dans la profession, comment ils ou elles sont formé(e)s et quels sont les aspects clés d'un travail de qualité.

Cette question de l'autorité professionnelle infirmière à partir des savoirs et interventions thérapeutiques infirmières, d'action collective et de dialogue pour la qualité et qui n'a rien à voir avec « être autoritaire », n'a que peu ou pas été discutée ou défendue dans les 100 ans de l'histoire de l'OIIQ. Or, un changement de culture s'impose au sein de la profession infirmière, tout comme au sein du système de santé, afin que toutes les infirmières apprennent, exercent et défendent leur autorité de pratiquer et prennent part aux décisions de soins et de santé à tous les paliers. La pandémie de la Covid-19 a fait la démonstration de cet impératif.

3.2 Les savoirs et les compétences infirmières

Le thème ***Des savoirs et des compétences uniques*** qui questionne l'optimisation de la contribution des infirmières et des infirmiers au système de santé interpelle l'exercice d'une pratique à la pleine étendue de son champ légal. À l'instar de Benner et al. (2010), nous pensons qu'il importe d'accélérer le développement des compétences liées à l'exercice de l'autorité professionnelle, dont la capacité d'action collective et de dialogue sur la qualité, tout autant que les compétences liées au champ d'exercice.

Parmi les principaux facteurs qui gênent l'occupation du champ d'exercice, on trouve le développement par un trop petit nombre d'infirmières de certaines compétences dont, entre autres, la rigueur scientifique, le leadership clinique et la collaboration interprofessionnelle, soutenu par la formation universitaire. Les savoirs scientifiques disciplinaires n'imprègnent pas suffisamment l'exercice de l'infirmière soignante et trop peu de milieux ne semblent exiger une telle pratique. En fait, l'organisation du travail en milieu hospitalier ne soutient pas le développement ni l'exercice de l'autorité professionnelle. De plus, des études montrent que trop souvent les infirmières qui travaillent à l'hôpital laissent leur pouvoir à d'autres professionnels²⁶.

Il importe également de souligner que le rôle exercé par les directrices de soins infirmiers ne correspond pas dans tous les cas au cadre légal qui leur permettrait de participer pleinement aux décisions dans leurs organisations²⁷. Ces dernières exerçant intégralement leurs fonctions pourraient soutenir l'exercice d'une pratique par les infirmières des unités de soins et de services infirmiers, qui soit fondée sur les savoirs, couvrant l'entièreté du champ légal et participant aux prises de décisions.

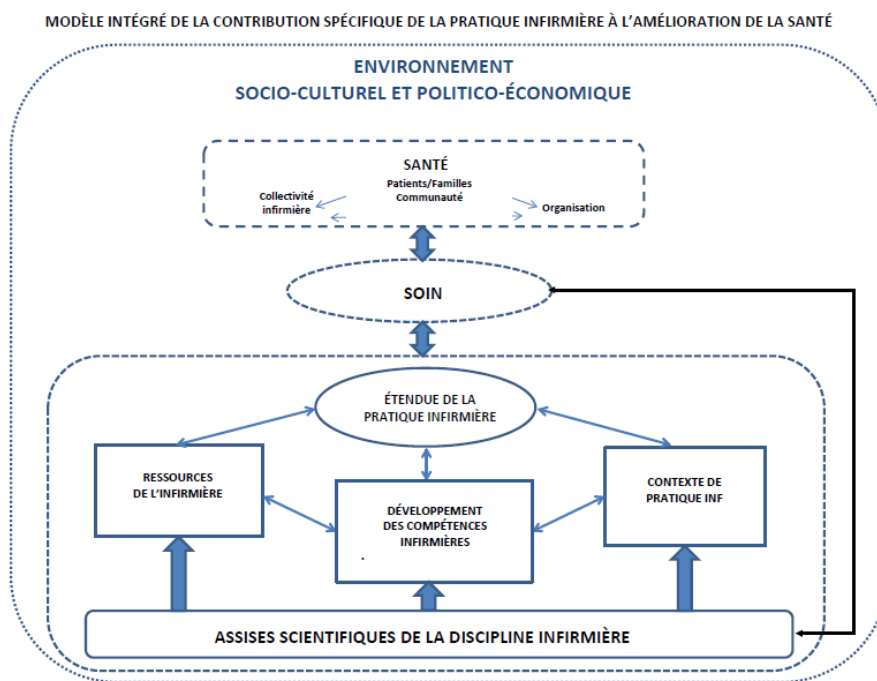
²⁵ Benner et al., (2010)

²⁶ Déry, J., Clarke, S., D'Amour, D., Blais, R. (2016). Education and role title as predictors of enacted (actual) scope of practice in generalist nurses in a pediatric academic health sciences center, *Journal of Nursing Administration*, 46, (5), 265-270.

²⁷ Ferrada-Videla, M., Dubois, S., Pepin, J. (2020). The strategic leadership of nursing directorates in the context of healthcare system reform. *Healthcare Management Forum.*, 1-6. <https://doi.org/10.1177%2F0840470420952472>.

Quant aux bénéfiques pour la population et pour le système de santé québécois qu'apporterait l'occupation entière du champ d'exercice, par une infirmière formée au baccalauréat, les principaux sont la diminution des durées de séjour, la réduction des incidents/accidents/mortalité et la qualité des soins²⁸.

Le modèle intégré de la contribution spécifique de la pratique infirmière à l'amélioration de la santé, développé à la FSI de l'UdeM, à partir des travaux de Déry, Boyer, Pepin, Dubois et coll. (en préparation), illustre les relations entre les savoirs de la discipline infirmière, le développement des compétences, l'étendue de la pratique infirmière - prenant en compte le contexte et les ressources de l'infirmière - la qualité du travail de soins et de santé et les retombées pour la population, l'organisation et les infirmières elles-mêmes, dans un environnement socio-culturel et politico-économique.



© Déry, Boyer, Pepin, Dubois (en préparation)

Concernant les moyens à prendre au regard des savoirs et des compétences, des chercheurs de la FSI, UdeM poursuivent leurs travaux d'évaluation de l'implantation de deux référentiels de compétences élaborés en co-construction avec des infirmières de milieux de pratique (par Boyer, Lavoie, et coll.), dont de communautés de Premières Nations (par Blanchet Garneau, Pepin et coll). Une subvention a été obtenue (par Lavoie et coll) afin de rendre accessibles à l'échelle du Québec ces référentiels visant à favoriser le développement professionnel, selon l'évaluation des infirmières elles-mêmes.

²⁸ Aiken LN, Sloane DM, Bruyneed L, Heede KV den, Griffiths P, Busse R, et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931): 1824-30.
 Audet, L. A., Bourgault, P. et Rochefort, C. M. (2018). Associations between nurse education, experience, and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 128-146.
 Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) (2015). *La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale*. Auteurs.

Dans la même lignée de ces travaux, l'élaboration et l'évaluation d'interventions infirmières dans et pour la pratique sont au cœur de la **recherche infirmière**. Il importe donc que des efforts concertés au sein de la profession soient déployés pour amplifier le développement de savoirs par la recherche, leur valorisation et l'intégration rapide dans les activités des infirmières auprès des personnes, familles et communautés. Or, le soutien financier de la recherche pour répondre à des questions soulevées par la pratique infirmière s'inscrit dans un contexte interdisciplinaire et compétitif des organismes subventionnaires, ce qui est tout à fait sain. Les infirmières peuvent cependant se constituer en communautés de recherche pour se pencher, entre autres, sur ces points : quelles questions sont les plus pertinentes à étudier pour maximiser les retombées pour la santé et les soins, quels collaborateurs doivent être sollicités, quelles perspectives théoriques et quelles méthodes sont les plus appropriées. La Fondation de l'OIIQ, constituée par les dons de l'ensemble des infirmières ainsi que de donateurs qui ont à cœur la profession infirmière, a déjà soutenu la recherche infirmière. Elle pourrait redevenir l'instance qui facilite la mise sur pied de communautés de recherche infirmière.

Ajoutons que c'est par la structure de formation BSc-MSc-PhD en sciences infirmières que les savoirs infirmiers seront développés, valorisés et mobilisés pour la santé de la population. L'infirmière détentricice d'un doctorat contribue au développement de savoirs infirmiers et exerce un leadership scientifique au sein de la communauté infirmière. L'infirmière détentricice d'une maîtrise exerce en pratique infirmière avancée (PIA) en soutenant l'intégration des savoirs et des pratiques exemplaires dans les pratiques de soins et en adaptant les interventions thérapeutiques. L'infirmière détentricice d'un baccalauréat, exerçant principalement à titre de soignante, a développé les compétences nécessaires pour sa pratique ancrée dans des savoirs, dont ceux de sa discipline.

Ainsi, en l'an 2030, le rôle de l'infirmière soignante sera sans ambiguïté avec ceux des autres membres de l'équipe immédiate de soins, soit des techniciennes en soins infirmiers (formation à l'ordre collégial) et des aides-soignantes (formation de niveau secondaire). Le pourcentage d'infirmières détenant un baccalauréat en sciences infirmières et donc ayant développé les compétences pour exercer avec autorité professionnelle, aura atteint au moins 40 % de l'ensemble des membres de l'équipe de soins. Les conditions de travail permettront à chacun des membres de l'équipe de participer à la qualité des soins. Des communautés de recherche seront constituées et soutenues par la Fondation de l'OIIQ.

Au Québec, en l'an 2030: **la recherche dans et pour la pratique infirmière** est conçue comme une activité essentielle, orientée par la détentricice d'un doctorat en sciences infirmières, soutenue par des communautés de recherche, valorisée et faisant partie de la culture de tous les milieux de santé et de soins. Guidées par les savoirs de leur discipline, les infirmières exercent avec autorité professionnelle la pleine étendue de leur pratique avec les personnes, familles et communautés au sein d'équipes interprofessionnelles.

3.3 L'innovation et la spécialisation dans la discipline infirmière

Le thème *Innovier pour mieux soigner* vise à maximiser l'émergence et le déploiement de pratiques infirmières innovantes ainsi que la consolidation et le recours aux pratiques avancées. Afin de soutenir l'émergence de pratiques innovantes, il importe de miser sur l'expertise, le pouvoir d'agir, l'imagination et la créativité professionnelle²⁹ de toute infirmière à partir de ses savoirs. Ces caractéristiques de l'autorité professionnelle se développent³⁰ et permettent de dépasser les limites de l'activité pour engager un dialogue sur la qualité³¹. Elles exigent l'ouverture et l'**engagement managérial et politique** vers un changement de culture. En milieu de santé et de soins, cet engagement signifie de tendre vers la création d'espaces, même minimes, de réflexion sur et dans l'action, sur le soutien du développement des compétences et des forces de chaque infirmière, et sur la participation aux décisions à partir de savoirs partagés.

La pratique infirmière avancée (PIA) contribue considérablement à l'émergence, au déploiement et à la diffusion de pratiques infirmières innovantes. En identifiant et en soutenant l'implantation de pratiques exemplaires dans les soins ainsi que l'utilisation de nouvelles technologies, l'infirmière en PIA participe à l'amélioration de la qualité des soins, ce qui augmente l'efficacité du réseau. Afin de soutenir l'émergence des pratiques innovantes, il est donc important de renforcer la PIA, notamment en consolidant la pratique des **infirmières cliniciennes spécialisées** (ICS). Le Conseil international des infirmières (CII)³² appelle à investir dans cette pratique pour relever les défis sanitaires mondiaux et à en protéger le titre par la loi.

Concernant les facteurs qui facilitent le déploiement du rôle des ICS, statuer sur les domaines de spécialisation en concertation avec les universités, reconnaître et officialiser cette pratique par voie réglementaire constituent les assises pour assurer le développement de cet exercice et sa pérennité. La non-reconnaissance de cette pratique et l'utilisation sous-optimale du rôle constituent les principales limites à son déploiement.

L'intégration réussie des ICS au sein des équipes de soins repose sur leur apport spécifique aux soins et au soutien de la pratique directe des infirmières dans un domaine de spécialisation qui relève de la discipline infirmière. Dans les milieux de santé, des rôles clairs, reconnus et valorisés, fondés sur des savoirs spécifiques, et un plan d'effectifs contribueront à une intégration harmonieuse.

Au Québec, en l'an 2030 : La **pratique d'infirmière clinicienne spécialisée** dans des domaines infirmiers est reconnue et intégrée dans tous les milieux de santé et de soins. L'innovation et la spécialisation dans la discipline infirmière sont soutenues par une **concertation managériale et politique** au sein de la profession.

²⁹ Benner et al., (2010) ; Bonnefond (2019).

³⁰ Benner et al. (2010).

³¹ Bonnefond (2019).

³² Conseil international des infirmières (2020). *Directives sur la pratique infirmière avancée*. Auteurs

Il existe principalement deux types de PIA : infirmière praticienne spécialisée (IPS) et infirmière clinicienne spécialisée (ICS), formées à la maîtrise en sciences infirmières. Au Québec, la pratique d'IPS est reconnue, règlementée et largement soutenue par un programme de bourses³³. Par contre, la pratique d'ICS demeure peu développée et il existe une grande confusion quant à cette pratique. Pour diverses raisons, on observe des formations, des fonctions et des conditions d'exercice fort différentes.

« Investir dans la pratique infirmière avancée (PIA) constitue une des interventions ayant des retombées importantes et documentées sur la qualité des soins et la réduction des coûts de santé »³⁴. Les impacts de l'ICS sont en effet bien documentés, notamment sur la réduction des visites aux urgences, la réduction des durées de séjour, la réduction des ré-hospitalisations, l'amélioration de la qualité des soins et la réduction des coûts des systèmes de santé.³⁵

Au Québec, les premiers domaines de spécialisation étaient, dans les années soixante, ceux que nous nommons aujourd'hui gestion de proximité et formation en sciences infirmières³⁶. Les domaines de soins et de santé des ICS ont, quant à eux, été définis autour des savoirs spécialisés en sciences infirmières, graduellement développés en santé publique et communautaire, en santé mentale, en soins aux personnes âgées, en soins de chronicité et en soins critiques et aigus. Ces domaines recèlent une grande proximité avec les besoins de santé et de soins du 21^e siècle, mais n'ont pas toujours été mis à profit dans le système de santé.

La définition des domaines de pratique avancée des ICS devra ainsi être revue en concertation à l'intérieur de la profession, en fonction des besoins de santé de la population et à partir des savoirs spécialisés dans la discipline infirmière. Ces domaines devant tant s'inscrire dans la discipline infirmière que correspondre à une masse critique en termes de nombre d'ICS à former dans une même spécialité, les universités deviennent des partenaires incontournables.

Les compétences de l'infirmière détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières ont été définies par l'ACÉSI (2015) et le SIDIEF (Pepin et al. 2015)³⁷ pour une pratique infirmière avancée. À celles-ci doivent s'ajouter celles de l'exercice de l'autorité professionnelle et d'entrepreneuriat, car un plus grand nombre d'infirmières exercent en équipes dans le cadre de cliniques fondées par des infirmières pour une proximité avec des clientèles spécifiques.

³³ Direction nationale des soins et services infirmiers, MSSS (2018).

³⁴ Association des infirmières et infirmiers du Canada (2019). *Les soins infirmiers en pratique avancée. Un cadre pancanadien*. Auteurs. <https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/advanced-practice-nursing-framework-fr.pdf?la=fr>

³⁵ CII, (2020). p.15

³⁶ Cohen et al. (2002).

³⁷ ACÉSI (2015). *Cadre national de l'ACÉSI sur la formation infirmière*. Auteurs. <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL-FR-Framework-web.pdf>. Pepin J., Larue C., Allard É., Ha L. (2015) *La discipline infirmière – Une contribution décisive aux enjeux de santé*. Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI), Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. SIDIEF.

3.4 Les savoirs et la formation de l'avenir

Les savoirs et la formation de l'avenir s'inscrivent dans le thème **Former le présent, développer l'avenir** et s'intéresse à la formation infirmière pour faire face aux défis du 21^e siècle. Il est fondamentalement évident que l'infirmière nécessite une formation universitaire pour exercer sa profession face aux défis de santé et de soins, et cela, dans un monde fondé sur l'économie du savoir et tourné vers l'interdisciplinarité et l'inter-professionnalisme³⁸.

La profession infirmière doit cesser de se distinguer par ses deux formations pour un même permis d'exercice, dont une formation technique, qui ne correspond pas aux exigences du champ professionnel, ainsi que par ses trop nombreux titres d'emploi, qui ne correspondent pas à ceux des autres professions de la santé. Les exemples à suivre sont nombreux, parmi eux : dentistes (formation universitaire) / hygiénistes dentaires et techniciens dentaires (DEC technique) / assistants dentaires (DEP). De manière similaire, nous proposons que l'équipe de soins infirmiers, en plus des infirmières de pratique avancée soit composée des : infirmières (ou infirmières cliniciennes) (formation universitaire) / techniciennes en soins infirmiers (formation DEC technique) / aides-soignantes (formation DEP).

Imaginer le rôle de l'infirmière et de l'infirmier du 21^e siècle consiste à porter un regard principalement sur le rôle de l'infirmière clinicienne. Celle-ci exercera dans des milieux divers, principalement dans des soins de proximité, à domicile et dans la communauté (le taux de celles qui exercent en première ligne passera de 17 % à plus de 40 %). Elle exercera sa profession avec autorité professionnelle, grâce aux savoirs scientifiques, ce qui lui permettra d'occuper pleinement son champ d'exercice.

En 2030, chaque infirmière exercera son **autorité professionnelle** puisée dans des **savoirs scientifiques de la discipline infirmière**. La profession infirmière s'imposera comme incontournable pour la qualité des soins et l'efficacité du RSSS qui se concentrera sur les soins de proximité. Cette profession sera centrale dans toute organisation de soins et de santé. La discipline infirmière rayonnera et fera autorité en matière de soins et de santé.

La reconnaissance de la discipline infirmière et des savoirs infirmiers scientifiques comme les savoirs d'autres sources constitue le principal facteur favorisant que le baccalauréat en sciences infirmières soit la norme d'entrée dans la profession infirmière. Il s'agit de promouvoir la mission sociale spécifique de la profession à l'endroit de la population et de changer l'image de l'infirmière au service du système de santé dans lequel elle n'a pas de pouvoir décisionnel. Valoriser les savoirs infirmiers, la fonction sociale du collectif et le dialogue dans l'action pour la qualité du travail au sein de chacun des établissements du RSSS sera crucial en raison de l'interdépendance étroite entre les milieux de soins et d'enseignement. La formation au baccalauréat doit donc être accompagnée d'un changement de culture dans la profession même et dans le réseau afin que l'infirmière clinicienne puisse exercer sa profession avec autorité professionnelle dans des conditions décentes.

³⁸ Castonguay, C. (2012). *La santé, l'heure des choix*. Boréal.

Au Québec, en l'an 2030 : Pour avoir accès à la profession infirmière, la candidate détient un baccalauréat en sciences infirmières : elle possède les savoirs scientifiques pour exercer avec autorité professionnelle.

L'exigence d'une formation universitaire en sciences infirmières comme norme d'entrée pour toutes les nouvelles infirmières doit être portée par toutes les instances de la profession de manière concertée et déterminée afin que les ambitions d'autorité de pratique infirmière pour la santé de la population se réalisent au plus tard en 2025. Les programmes de baccalauréat devront respecter les principes d'équité, de diversité et d'inclusion, incluant des Premières Nations et des Inuits, et être accrédités par le Bureau canadien d'agrément. Sur ces programmes de premier cycle universitaire pourront se construire la maîtrise pour la pratique avancée et le doctorat pour la recherche infirmière.

Ainsi, la formation infirmière s'organisera dans un continuum de formation universitaire qui permet de développer les compétences pour une pratique d'une infirmière clinicienne, puis d'une pratique infirmière avancée et de leader scientifique. Tout au long de sa formation, la candidate sera engagée dans une pratique clinique rémunérée qui fait partie de son cheminement universitaire : externe depuis l'été de la première année, interne depuis l'été de la deuxième année, candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) à la fin du programme de baccalauréat.

4. Recommandations

Les recommandations visent essentiellement un changement de culture afin que d'ici 2030, toute infirmière apprenne, exerce et défende l'autorité de la pratique professionnelle infirmière au sein du RSSS au bénéfice de la santé de la population, et cela de manière coopérative et non autoritaire.

Nos recommandations sont donc les suivantes :

- La profession infirmière doit être exercée pleinement à partir de connaissances scientifiques. La formation des infirmières doit être universitaire. Au plus tard en 2025, **le permis d'exercice ne devrait être obtenu que suite à la réussite du baccalauréat en sciences infirmières ou de la maîtrise qualifiante**. Nous contribuerons assurément aux actions à entreprendre et nous mettrons en place notre programme de maîtrise qualifiante.
- Des travaux devront être amorcés au sein des facultés et écoles de sciences infirmières en concertation avec les instances décisionnelles dans la profession pour **la création d'un doctorat de premier cycle afin que ce dernier devienne la norme d'entrée** dans la profession en 2030. Nous initierons ces démarches afin que la formation des infirmières devienne équivalente à celle des autres professionnels de la santé. La collaboration interprofessionnelle en sera renforcée pour le bénéfice de la santé de la population.

- La **pratique infirmière avancée de l’infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et ses domaines de spécialisation devront être repensés en concertation avec les facultés et écoles de sciences infirmières** qui sont à l’affût du développement des connaissances et qui créent et mettent en œuvre les formations universitaires de deuxième cycle.
- La **concertation managériale et politique entre les parties prenantes et décisionnelles de la profession est essentielle**; elle doit être orchestrée dès maintenant par l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour mener de manière stratégique l’incontournable changement de culture au sein de la profession elle-même et du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). L’interdépendance des milieux le requiert et nous y participerons pleinement.
- La **recherche infirmière dans et pour la pratique infirmière doit être conçue et promue comme étant une activité essentielle, vitale pour la profession infirmière** afin que cette dernière remplisse sa mission sociale avec éthique et responsabilité, tout en mobilisant ses forces entrepreneuriales pour la santé de la population au Québec et ailleurs dans le monde.

5. Conclusion

Au cours de la dernière année, des professionnels de diverses disciplines ont observé et parfois commenté au sujet de la violence qu’ont subie, trop souvent en silence, les infirmières. L’infirmier et professeur Roy souligne le déficit de soins au Québec, révélé au cours de la crise de la COVID-19, dans un système de santé « devenu un *business* à rentabiliser ». Il souligne également « le peu de considération que l’État québécois porte, depuis des décennies, aux soignants »³⁹.

De toute évidence, les coûts liés aux soins doivent être contrôlés et l’infirmière représente une ressource sous-estimée et sous-utilisée malgré les impacts positifs bien documentés de la valeur du travail de l’infirmière. L’exercice de l’autorité professionnelle s’impose et il s’actualisera à certaines conditions gagnantes.

Tout d’abord, les DSI auront à jouer le rôle qui leur est imparti et prendre leur place au sein de l’équipe de direction de leur organisation et du RSSS. Les infirmières auront à être formées comme leurs collègues des autres professions de la santé, au niveau universitaire ; elles auront à être soutenues dans les milieux de soins et de santé pour exercer leur autorité professionnelle à partir des savoirs de leur discipline et d’autres savoirs pertinents. Les publicités relatives aux infirmières auront à exposer des savoirs de la discipline infirmière et leurs impacts sur la santé de la population du Québec.

En somme, il s’agit d’affirmer sa profession scientifique et de faire émerger les savoirs de la discipline infirmière pour redonner à la population du Québec la santé et les soins auxquels elle a droit.

³⁹ Roy (15 mars 2021). La COVID-19 révélatrice d’un Québec en déficit de soins, *Le Devoir*, p. 7.