

A dark blue vertical bar on the left side of the page, with a blue arrow pointing to the right, containing the date 19/03/2021.

19/03/2021

Mémoire

Favoriser et valoriser
l'enracinement d'une culture
durable de développement
professionnel infirmier au
Québec : Analyse et
recommandations

Mémoire présenté dans le cadre des États
généraux de l'Ordre des infirmières et
infirmiers du Québec

Thématique 3 – Formation infirmière : pour
relever les défis du 21^e siècle

A series of thin, overlapping, wavy lines in shades of blue and grey, extending from the bottom left towards the center of the page.

Par : Jérôme Ouellet, inf., Ph. D. (c)

Auteur¹

Jérôme Ouellet, est membre de l'OIIQ depuis 2004. Titulaire d'une maîtrise en sciences de l'éducation et candidat au doctorat en sciences infirmières (option formation – Université de Montréal), il s'intéresse à la formation continue et au développement professionnel infirmier au Québec et ailleurs dans le monde depuis plus de 15 ans. Son intérêt à déposer ce mémoire est de faire prendre conscience à l'OIIQ que la réglementation de la formation continue ou du développement professionnel infirmier ne s'inscrit pas forcément en cohérence avec une mission de protection du public. Il propose des actions alternatives plus porteuses de sens pour que s'enracine une culture de développement professionnel chez les infirmières du Québec.

Personnes qui appuient le principe de ce mémoire (avec leur autorisation écrite)

Andréanne Robitaille, inf.,
Ph. D. (c)

Ariane Ballard, inf., Ph. D.
Benjamin Poiret, inf., B.
Sc.

Chantal Girard inf., B. Sc.
inf.

Christelle Khadra, Ph. D.

Geneviève Ménard inf.,
M. Sc. inf., M. Sc. A.

Julie L'Écuyer, inf. B. Sc.
Julie Morin, inf., M. Sc.

Lise Bertrand, M. Sc. Inf.
Marie-Hélène Goulet, inf.,
Ph. D.

Marie-Pierre Avoine, inf.,
M. Sc.

Natacha Bielinski, inf.,
Ph. D. (c)

Nathalie Boudrias, inf., B.
Sc.

Suzanne Durand,
infirmière retraitée, M.
Sc., DÉSS

Sylvain Brousseau, inf.,
Ph. D.

Sommaire

Le présent mémoire aborde la troisième thématique des États généraux de l'OIIQ soit la formation infirmière pour relever les défis du 21^e siècle. C'est sous l'angle du développement professionnel que ce mémoire propose une analyse et une réflexion quant aux actions que devrait poser l'OIIQ pour que se développe une culture de développement professionnel au sein de la profession infirmière. Globalement, il apparaît prioritaire que soient mises de l'avant des actions qui visent à ce que l'apprentissage soit intégré dans la pratique et que la pratique soit aussi une source d'apprentissage, comme cela est largement reconnu et surtout à la base de toute organisation apprenante. Pour ce faire, il est impératif que l'OIIQ agisse notamment en concertation avec l'ensemble des partenaires du réseau de la santé. Par ce mémoire, l'OIIQ est invité à procéder à une réflexion scientifique sérieuse et à faire preuve d'une grande prudence par rapport à la tendance largement répandue au sein d'autres ordres professionnels de réglementer tous azimuts la formation continue ou le développement professionnel en l'absence d'études scientifiques sérieuses montrant un lien entre cette réglementation et la protection du public.

¹ Les propos tenus dans ce mémoire n'engagent que l'auteur.

Table des matières

Auteur	2
Personnes qui appuient le principe de ce mémoire (avec leur autorisation écrite)	2
Sommaire	2
Table des matières	3
Introduction.....	4
1. Le portrait sommaire de l'état des lieux en matière de DPI	4
Au plan conceptuel	4
Au plan professionnel	4
Au plan scientifique.....	5
2. Le rapport des infirmières au DPI	6
Les aspects influençant la participation des infirmières à des activités de DPI.....	6
Les barrières à l'intégration des apprentissages réalisés dans la pratique	7
Les facteurs optimisant les retombées du DPI en milieu clinique	8
3. Les environnements de soins : un maillon important de la dimension socioculturelle du DPI qui affecte l'apprentissage et la qualité des soins	9
4. Les constats et recommandations pour mettre de l'avant des actions visant à soutenir l'enracinement d'une culture de DPI au Québec	10
Conclusion.....	14
Références	14

Introduction

Ce mémoire vise à alimenter l'un des objectifs des États généraux de l'OIIQ à savoir : « identifier les actions qui devraient être entreprises afin de rehausser et de favoriser la culture de développement professionnel (DP) continu au sein de la profession ». À ce sujet, le concept du « développement professionnel infirmier » (DPI) sera utilisé pour discuter du développement professionnel continu de la profession infirmière. Ce mémoire se divise en quatre parties soit : (1) le portrait sommaire de l'état des lieux en matière de DPI; (2) le rapport des infirmières au regard de leur DPI; (3) les environnements de soins comme maillon important de la qualité des soins et de l'apprentissage et (4) les constats et recommandations d'actions visant à soutenir l'enracinement d'une culture de DPI au Québec. Pour arriver à dégager des pistes de solutions efficaces, des incursions dans d'autres disciplines professionnelles trouvent aussi leur pertinence dans le propos de ce mémoire.

1. Le portrait sommaire de l'état des lieux en matière de DPI

Cette première partie définit le contexte dans lequel s'inscrit le DPI, particulièrement au Québec, par rapport à une perspective plus globale au plan conceptuel, professionnel et scientifique.

Au plan conceptuel

Pour arriver à dresser un portrait de l'état des lieux en matière de DPI, il importe d'abord de définir le concept de DPI qui est polysémique. Il est utilisé tantôt pour faire référence à des activités de formation continue (FC) et à d'autres moments pour des programmes informels de soutien, de mentorat, de préceptorat ou d'intégration en milieu de travail. Basé sur une récente recension des écrits à ce sujet réalisée par Vázquez-Calatayud, Errasti-Ibarrondo et Choperena (2021), dans ce mémoire, le DPI se définit comme toute activité d'apprentissage qui contribue au développement des compétences des infirmières en vue d'améliorer la qualité de leur pratique professionnelle.

Au plan professionnel

L'OIIQ est l'ordre professionnel qui compte le plus grand nombre de membres au Québec (OPQ, 2020). Pour les ordres, dont la mission est d'assurer la protection du public, la réglementation et le contrôle de l'exercice des professionnels, y compris du développement de leurs compétences, représente « un levier permettant d'assurer la qualité des services rendus ainsi que la protection du public » (Ostaficzuk et Gagnon, 2014, p. 67). À cet égard, certains ordres, en vertu de l'article 94o) du Code des professions, ont réglementé la FC ou le DP pour leurs membres, alors que d'autres comme l'OIIQ et l'Ordre des ergothérapeutes, par exemple, ont choisi un autre moyen pour souligner l'importance de la FC et du DP auprès de leurs membres sans que les sanctions qui découlent d'une non-conformité à ces exigences professionnelles conduisent ultimement, à elle seule, à une suspension de leur droit d'exercice.

Depuis la publication de la Norme professionnelle de FC de l'OIIQ en 2011 (OIIQ, 2011), d'année en année, le nombre d'infirmières qui déclarent réaliser aucune heure de FC est en décroissance. Une recension de différents rapports annuels publiés par l'OIIQ au fil des ans met en évidence que le nombre d'infirmières déclarant réaliser aucune heure de FC est passé de 20,6% en 2010, avant l'adoption de la norme professionnelle, à 1,6% en 2020 (OIIQ, 2020a). Selon le plus récent rapport annuel de l'OIIQ, 85% des membres de l'OIIQ « se sont déclarés en conformité avec la norme professionnelle », les 13,6% restant ayant déclaré avoir réalisé des activités de FC, mais moins que les exigences de la norme professionnelle (OIIQ, 2020a).

Toujours au plan professionnel, le Québec se distingue par son système d'inspection professionnelle évaluant directement le membre dans sa pratique². Un tel système identique à celui-ci semble inexistant ailleurs dans le monde pour évaluer la compétence des infirmières à exercer.

Au plan scientifique

Malgré les différences du système professionnel unique au Québec, des écrits scientifiques en matière de DPI et DP, sur la scène internationale, sont fortement susceptibles d'enrichir la réflexion des ordres professionnels québécois en matière d'orientations pour le DP. Cela prévaut également pour l'OIIQ et le DPI.

Ainsi, à l'instar de travaux de recherche réalisés par Gosselin, Viau-Guay et Bourrassa (2014), le DP en santé comporte trois dimensions qui permettent de dresser une vision globale du DP et qui peuvent s'appliquer au DPI. Ces trois dimensions sont : (1) personnelle; (2) professionnelle et (3) socioculturelle. La dimension personnelle concerne les caractéristiques individuelles des professionnels (ex. : temps disponible pour réaliser des activités de DPI, situation familiale et la motivation intrinsèque). La dimension professionnelle réfère au développement de la pratique (ex. : réalisation de nouvelles activités de soins, lignes directrices, normes, besoins de DPI). Enfin, la dimension socioculturelle réfère aux environnements de soins et d'apprentissage (ex. : structures de pratique et d'apprentissage, modes d'enseignement-apprentissage, culture apprenante (ou non) en milieu de travail). Ces trois dimensions sont interreliées les unes aux autres et constituent un système complexe qui est susceptible d'être influencé par chacune des décisions ou situations affectant l'une ou l'autre d'entre elles (les dimensions). Au Québec, cette interrelation demeure à travailler afin de développer une réelle culture de DPI. Encore aujourd'hui, la responsabilité de chacune des instances (OIIQ, milieux cliniques, syndicats et maisons d'enseignement) demeure à préciser afin de créer un système de DPI intégré où chacun joue pleinement son rôle.

À titre d'exemple, les ordres professionnels qui ont règlementé la FC ou le DP de leurs membres ont posé une action sur la dimension professionnelle du DP, mais ces actions ont eu des retombées sur les dimensions personnelles et professionnelles du DP. En 2017, ce sont environ 1000 ingénieurs et 1200 infirmières auxiliaires (4% de l'effectif total) qui se

² <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

sont vus systématiquement radiés du tableau de leur ordre professionnel pour non-conformité aux exigences du règlement de FC de leur ordre³. En ce qui concerne la situation des infirmières auxiliaires, des échanges avec des directrices de soins dans le réseau ont aussi permis d'établir qu'il était difficile de remplacer ces infirmières auxiliaires radiées qu'elles devaient retirer des milieux de soins. Globalement, en soins de longue durée, par exemple, environ 61,6% des absences de professionnels, peu importe la cause, ne sont pas remplacées et dans 48,5% des quarts de travail, on retrouve au moins un professionnel qui exerce en temps supplémentaire (Pelletier et Fecteau, 2019). Par conséquent, un nombre plus restreint de professionnels a sous sa responsabilité un nombre plus importants de patients. Au plan scientifique, il est démontré que les ratios professionnels en soins-patients exercent un impact sur la qualité des soins (Cho et al., 2020).

Plus spécifiquement en ce qui concerne la profession infirmière, dans le contexte de son plan stratégique 2020-2023, le souhait de l'OIIQ est de « faire évoluer sa norme professionnelle de FC vers un règlement » (OIIQ, 2020b, p. 10). Dans le but de déterminer si une telle approche règlementaire, qui se veut une action coercitive, devrait être entreprise « afin de rehausser et de favoriser la culture de développement professionnel continu au sein de la profession [infirmière] »⁴, il importe de revisiter l'ensemble des dimensions du DP dans un contexte appliqué à la profession infirmière et ce, de manière intégrée et systémique, plutôt que morcelée et en silo.

2. Le rapport des infirmières au DPI

De façon générale, au Québec, les infirmières accordent une importance à leur DPI (Ouellet et Mukamurera, 2015), comme ailleurs dans le monde, que ce soit pour rester à jour afin de répondre aux besoins de leur clientèle, pour avancer dans leur carrière ou plus largement pour améliorer la qualité des soins (Price et Reichert, 2017; Vázquez-Calatayud, Errasti-Ibarrondo et Choperena, 2021),

Les aspects influençant la participation des infirmières à des activités de DPI

La participation des infirmières à des activités de DPI est influencée par différents facteurs ou aspects. Selon la recension systématique des écrits de Vázquez-Calatayud, Errasti-Ibarrondo et Choperena (2021), ceux-ci sont le soutien pour l'accès à des activités de DPI; (2) la recherche d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale et (3) les occasions de DPI.

En ce qui concerne le soutien pour l'accès à des activités de DPI, ce dernier peut prendre diverses formes comme l'importance qu'accorde l'employeur à la FC ou au DPI, la libération possible sur le temps de travail pour participer à des activités de FC (ou de DPI) ou encore le remboursement de certains frais inhérents à celles-ci (Ouellet et Mukamurera, 2017).

³ <https://www.oiiq.org/actualites/communiqué-formation-continue-obligatoire>

⁴ <https://www.oiiq.org/evenements/etats-generaux-2021-thematiques-theme-3-former>

Les écrits d'autres auteurs, comme Suliman, Kruger et Pienaar (2020), mettent en lumière des barrières au DP en santé qui sont susceptibles de freiner la participation à des activités de DP. Parmi celles-ci se trouvent : (1) le manque de temps en raison d'autres priorités, (2) la surcharge de travail, (3) les obligations familiales ainsi que (4) les contraintes géographiques et financières. Considérant la réalité de pratique des infirmières, il est légitime de penser que ces freins au DP en santé, en général, trouvent aussi un écho dans leur réalité.

Bien que le DPI se veuille une *condition sine qua non* à des soins de qualité, en prenant connaissance de la réalité vécue par d'autres professionnels, la simple obligation de suivre un nombre d'heures de FC ou d'activités de DP ne semble pas en soi garante de protéger le public. Des auteurs comme Hardy (2016) ainsi que Ostaficzuk et Gagnon (2014) arborent des propos qui vont en ce sens, dans des secteurs professionnels comme l'éducation et le droit. Du côté du Royaume Uni, le *Nursing and Midwifery Council* s'inquiète, depuis 2017, de la difficulté d'accès à des activités de DP pour les infirmières et les sages-femmes. Il soutient aussi que la réinscription annuelle au tableau de l'ordre de ces professionnels ne devrait pas inclure de formation obligatoire malgré qu'elle soit essentielle au développement des compétences et à une prestation de soins sécuritaires (King et al., 2021).

Au-delà des aspects influençant la participation des infirmières à des activités de DPI et des freins au DP aussi relevés, tant chez les infirmières que chez d'autres professionnels de la santé, le simple fait de suivre ou de réaliser des activités de DPI n'est pas garant en soi systématiquement d'une amélioration de la pratique professionnelle. Il existe en effet d'autres barrières qui, de leur côté, nuisent à l'intégration des apprentissages réalisés dans la pratique professionnelle.

Les barrières à l'intégration des apprentissages réalisés dans la pratique

En effet, même si la plupart des écrits traitent des aspects ou des barrières influençant la participation à des activités de DPI, plus récemment, des chercheurs s'intéressent à l'intégration ou plutôt à ce qui freine l'intégration des apprentissages à la pratique lorsque des infirmières réalisent des activités de DPI. La pertinence perçue est certes le premier élément relevé dans les écrits qui traitent d'apprentissages et de motivation (Renninger, 2019). Autrement dit, si l'apprenant est obligé de suivre une formation et qu'il n'en voit pas la pertinence, il y a peu de chance qu'il y ait réalisation d'apprentissages ou encore d'intégration des apprentissages. De plus, selon Rayburn, Davis et Turco (2018), ce serait environ, au mieux, 5% des connaissances acquises par la FC que les professionnels de la santé intégreraient dans leur pratique, alors que l'exercice, la pratique en soi de sa profession, pourrait contribuer jusqu'à 70% de son DP. De tels constats issus de la recherche poussent à vouloir identifier d'autres barrières à l'intégration des connaissances dans la pratique, car même les apprenants qui sont motivés et qui suivent des activités de DPI pertinentes à leur pratique rencontrent des difficultés à intégrer ce qu'ils apprennent dans leur pratique clinique.

À cet égard, les travaux de recherche de Luconi et de ses collaborateurs (2019) soulignent que (1) le manque de ressources, (2) les stressseurs environnementaux de même (3) qu'un

style de gestion avec un climat de travail et des structures perçus comme étant rigides par les professionnels de la santé sont fortement susceptibles de représenter des barrières à l'intégration des apprentissages réalisés dans la pratique.

Aussi, avant-même d'arriver à l'intégration des apprentissages dans la pratique, des auteurs, comme Stevenson et Moore (2018), soulèvent une incohérence entre les stratégies efficaces et efficientes reconnues au plan scientifique pour dispenser de la formation, dans ce cas-ci aux professionnels, et celles qu'utilisent un bon nombre de dispensateurs de FC ou d'activités de DP.

De plus, d'autres expériences vécues dans d'autres disciplines professionnelles peuvent apporter un éclairage à la profession infirmière quant à son rapport au DP. À titre d'exemple, une vaste étude réalisée, nommée LETR, en 2011 auprès de 160 000 juristes en Angleterre et au pays de Galles, a mis en lumière des lacunes importantes en ce qui concerne les ordres professionnels qui ont règlementé la FC et le DP de leurs membres (dans le domaine du droit). Découlant de cette étude, Ostaficzuk et Gagnon (2014, p. 71), de HÉC Montréal, soulignent que :

[...] le projet LETR constate que la conception traditionnelle du développement professionnel axée sur la conformité à l'égard d'un minimum de formation à suivre, limite les activités de DP admissibles, ce qui pourrait avoir comme effet de nuire à l'atteinte des objectifs poursuivis et de restreindre les pratiques innovantes dans ce domaine. Dans ce contexte, les données obtenues à travers le sondage de divers intervenants témoignent d'un cynisme à l'égard du cadre actuel relatif à l'obligation de FC, qui est basée sur un nombre minimal d'heures à accomplir et souvent dénuée des considérations centrales à l'apprentissage, telles que la réflexion sur les besoins et l'évaluation des acquis. »

Dans ce même rapport de recherche, les auteurs soulignent que les meilleures pratiques en matière de DP s'inscrivent dans une approche réflexive, laquelle implique une réflexion, une planification, une exécution ainsi qu'une évaluation (Ostaficzuk et Gagnon, 2014). Enfin, ils soulignent aussi que la mission des ordres professionnels, en termes de protection du public, ne se limite pas à exiger un nombre d'heures de FC ou de DP de leurs membres, mais qu'il leur appartient également de soutenir leurs membres par un accompagnement adéquat pour la réalisation de cette approche réflexive (LETR Report, 2011).

Maintenant que les barrières à l'intégration des apprentissages et plus largement à l'apprentissage, en général, ont été succinctement abordées dans un contexte de DP et de DPI, il importe, pour dégager des pistes d'actions empreintes d'une véritable perspective d'améliorer la qualité des soins et de la pratique professionnelle pour le bien-être des personnes soignées et de leurs familles, de s'intéresser aux facteurs optimisant les retombées du DPI en milieu clinique.

Les facteurs optimisant les retombées du DPI en milieu clinique

Bien qu'il soit répandu que la FC et le DPI soient perçus comme des leviers assurant la protection du public, il apparaît de plus en plus clair que ce sont plutôt les facteurs

optimisant les retombées du DPI en milieu clinique qui renferment le véritable potentiel de contribuer au développement des compétences des infirmières et à l'amélioration de la qualité de soins... et donc à la protection du public.

À ce sujet, une recension des écrits réalisée par King et ses collaborateurs (2021) met en lumière les facteurs qui optimisent les retombées du DPI dans la pratique. À la lumière de l'analyse de 39 études scientifiques, ces auteurs ont identifié cinq facteurs qui optimisent les retombées des activités de DPI suivies dans la pratique en milieu clinique. Ces facteurs sont (1) la motivation intrinsèque, ou individuelle, (2) un environnement de travail qui soutient l'apprentissage, (3) des activités de DPI perçues pertinentes, par les infirmières, pour la pratique, (4) un leadership fort ainsi qu' (5) une culture positive dans le milieu de travail. Force est de constater qu'excepté la pertinence des activités, aucun autre paramètre des facteurs optimisant les retombées du DPI en milieu clinique, et plus largement du DP en santé, n'ont été pris en considération ni intégrés dans les diverses réglementations du DP ou de la FC des professionnels en santé.

Sur la scène internationale, en matière de culture positive en milieu de travail, à peine 29% des milieux de soins canadiens étaient perçus comme étant flexibles (« *Flexible Work Practices in Nursing* ») par les infirmières, comparativement à 48% en Nouvelle-Zélande et à 72% au Royaume-Uni (McPhee et al., 2012). Considérant les facteurs optimisant les retombées du DPI en milieu clinique présentés précédemment, il semble que du travail reste à faire pour arriver à créer et à enraciner une culture durable de DPI au sein de notre profession, en milieu clinique, pour qu'ultimement il y ait optimisation des retombées des activités de DPI suivies par les infirmières, au bénéfice de la clientèle. Ces résultats portent à vouloir explorer davantage le lien entre les environnements de soins et le DPI.

Au Québec, l'instauration du plan thérapeutique infirmier (PTI) dans les milieux de soins est un exemple de travail en silo dont les retombées en milieu de soins auraient pu être optimisées. L'OIIQ a dispensé plusieurs formations en milieu clinique, mais l'intégration à la pratique n'a pas fait l'objet de suivis conjoints systématiques avec les directions de soins infirmiers, ce qui a pour conséquence de faire en sorte que certains milieux de soins éprouvent encore des défis avec l'utilisation du PTI dans les équipes de soins plus de 10 ans après son instauration.

3. Les environnements de soins : un maillon important de la dimension socioculturelle du DPI qui affecte l'apprentissage et la qualité des soins

Les environnements de soins s'inscrivent dans la dimension socioculturelle du DP (et du DPI) qui est susceptible d'affecter positivement ou négativement la qualité des soins ainsi que l'apprentissage des infirmières, par exemple, en milieu clinique. Pour bien évaluer quelles actions seraient susceptibles de rehausser et de favoriser la culture de DPI au sein de la profession infirmière, il importe d'abord de comprendre quelles conditions de l'environnement de travail des infirmières nuisent à leur apprentissage et à la qualité des soins. Pour ce faire, selon le Nursing Times, il est particulièrement pertinent de s'intéresser

aux conditions dans lesquelles les infirmières exercent, faisant ici référence aux *poor working environments*.⁵

À cet égard, des associations et des chercheurs américains ont mené des études dont les résultats sont particulièrement inquiétants. De manière générale, jusqu'à 33% des infirmières seraient insatisfaites du milieu de travail dans lequel elles exercent. Ceux-ci sont souvent nommés *poor working environments*, lesquels se caractérisent par : (1) un taux élevé d'épuisement professionnel, (2) un haut niveau d'insatisfaction, (3) un contexte défavorable à une bonne qualité de soins et (4) un haut niveau d'intention de quitter l'organisation (Hamad Al-Qahtani et al., 2020). Ces quatre caractéristiques représentent des conditions susceptibles de nuire fortement à la réalisation d'apprentissages, car ils entravent la motivation à apprendre (Renninger, 2019).

D'autres chercheurs, comme McHugh et ses collaborateurs (2016), ont découvert que les patients étant traités pour un arrêt cardiaque dans un *poor working environment* avaient 16% moins de chance de survivre à un arrêt cardiaque. Ces mêmes environnements de soins se caractérisent aussi souvent par un climat de travail hostile pouvant conduire à du harcèlement et de la violence horizontale ou verticale⁶. Enfin, l'*American Association of Nurse Anesthetists* (2018) souligne également que ces *poor working environments* sont susceptibles d'être à l'origine des problèmes de santé aigus et chroniques chez les infirmières tels le stress, l'anxiété, la dépression, la perte d'estime de soi, des difficultés de concentration ainsi que des problèmes de mémoire et de sommeil. Toujours selon cette association, de tels environnements pourraient même être à l'origine de problèmes de stress post traumatique. Enfin, selon l'*American Association of Critical Care Nurses*, les *poor working environments* illustrent une piètre performance en termes de qualité des soins avec un résultat tournant autour de 37%, comparativement aux « healthy working environments » qui seraient à 66% (Ulrich et al., 2019).

De tels résultats de recherche témoignent que des actions concertées, plutôt que isolées et en silo, s'avèrent nécessaires pour que les activités de DPI que réalisent les infirmières puissent réellement avoir des retombées positives et concrètes dans leur milieu de pratique pour le bénéfice de la clientèle qu'elles soignent. À cet égard, la plupart des ordres professionnels qui ont règlementé le DP de leurs membres semblent percevoir le DP comme une finalité ou un résultat individuel, plutôt que comme un processus continu qui s'enracine dans un contexte, une culture et surtout un milieu de travail.

4. Les constats et recommandations pour mettre de l'avant des actions visant à soutenir l'enracinement d'une culture de DPI au Québec

Jusqu'à maintenant, l'examen des résultats des études scientifiques sérieuses réalisées sur le DP, en général, et le DPI porte à croire que la réglementation à ce sujet par les organismes régulateurs des professions s'inscrit davantage dans un souci de projeter une

⁵ <https://www.nursingtimes.net/news/workforce/exclusive-working-conditions-contributing-to-poor-nurse-wellbeing-15-07-2020/>

⁶ *Ibid.*

image crédible des professionnels auprès du public plutôt que dans un mécanisme réel d'amélioration de la pratique professionnelle au quotidien. Une telle approche apparaît comme reposant davantage sur des fausses conceptions attribuées à la formation à savoir : (1) « la logique du miracle⁷ » et (2) « la logique de la vertu⁸ » (Rivard et Lauzier, 2013, p. 77) ou encore à un biais d'ancrage et de confirmation.

D'ailleurs, rappelons qu'au Québec, la fin de la première décennie et la deuxième décennie des années 2000 a été faste pour plusieurs ordres professionnels qui ont règlementé le DP ou la FC de leurs membres. Parmi les différents événements ayant conduit à une telle réglementation se trouve notamment le scandale ayant miné la confiance du public envers la profession d'ingénieur (Ostaficzuk et Gagnon, 2014). D'autres éléments, comme l'évolution et la transformation des champs d'exercice de professionnels ont aussi conduit d'autres ordres à vouloir adopter une telle réglementation, ayant comme prémisse, que cette réglementation servirait à protéger le public (Ostaficzuk et Gagnon, 2014). Néanmoins, rappelons que l'article 94o) du Code des professions permettrait aussi plus spécifiquement de réglementer la FC requise par des professionnels appelés à réaliser des activités à haut risques de préjudices pour le public. Une telle réglementation a, par exemple, été adoptée pour les physiothérapeutes qui effectuent des manipulations vertébrales⁹. Ce même principe a aussi été utilisé, selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada¹⁰, en Colombie Britannique, pour les infirmières qui souhaitent être en mesure de poser certains diagnostics. Ces infirmières doivent obtenir une certification, en suivant de la FC, si elles souhaitent devenir habilitées à poser ces diagnostics. Ce type de réglementation plus circonscrite semble plus cohérente avec l'esprit de protection du public, comparativement aux règlements qu'ont adopté plusieurs ordres professionnels québécois dont la portée est générale et la finalité floue. Ces règlements à portée générale ne semblent pas, non plus, être au diapason de la vitesse à laquelle évolue la pratique des professionnels (Alsop, 2013).

Il semble aussi important de rappeler que, dans l'histoire, dans les années 1990 entre autres, certains états des États-Unis ont même dû faire volte-face, après avoir règlementé la FC pour les infirmières, faute d'être en mesure d'appliquer et de faire respecter, de manière crédible, un tel règlement (Thurston, 1992). Aujourd'hui, force est de constater qu'il n'existe pas de consensus clairs entre les prises de position des différents organismes régulateurs de la profession infirmière à ce sujet¹¹. Pour autant qu'il en soit, l'état actuel des

⁷ « Logique du miracle : Il s'agit de la formation solution miracle. On attribue à la formation des vertus qu'elle ne possède pas, comme si elle pouvait servir de remède miracle à un problème. Sans en comprendre clairement les causes, tous s'entendent sur le fait qu'une formation ne peut qu'être bénéfique pour améliorer la situation. Ce faisant, les facteurs réels qui sont à la source du problème sont négligés » (Rivard et Lauzier, 2013, p. 77).

⁸ « Logique de la vertu : Il s'agit de la formation *qui-n'a-jamais-fait-de-mal-à-personne*. Cette logique se situe à l'opposé d'une logique d'efficacité. [...] Sans trop se préoccuper de la réelle efficacité [on pense] que cela ne peut qu'être positif [...] et respecte son obligation annuelle en matière de formation. » (Rivard et Lauzier, 2013, p. 77).

⁹ <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20192.1%20/>

¹⁰ https://cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/regulated-nursing-in-canada_f.pdf?la=fr&hash=840D2620F74D8743786A52A243887B265D74586B

¹¹ https://www.aaaceus.com/state_nursing_requirements.asp

connaissances scientifiques porte à croire que la réglementation du DPI semble avoir une portée floue pour ne pas dire inconnue, à elle seule, au regard de l'amélioration de la qualité des soins et de la protection du public. Le nombre d'heures d'activités de DPI suivies, à lui seul, n'apparaît pas non plus comme étant un indicateur très spécifique ou sensible à l'incompétence. De plus, déjà dans les années 1990, Brockett (1992) soutenait l'existence d'un gaspillage des ressources utilisées à imposer et à forcer la participation à des activités de FC plutôt qu'à concentrer ces dernières sur l'évaluation de la performance – aujourd'hui de la compétence – des professionnels. Aussi d'autres facteurs présents dans l'environnement de pratique, comme l'isolement ou les caractéristiques des *poor working environments* semblent davantage immuables et prédictifs du développement des compétences des infirmières (Cruz, 2017) et de là, sont plus susceptibles d'être associés à une meilleure (ou non) prestation de soins à la clientèle.

Ainsi, considérant :

- le haut taux de confiance (94%) qu'accorde actuellement le public, en temps de pandémie, à la profession infirmière québécoise sans réglementation de la FC ou du DPI¹²
- l'absence de résultats d'études scientifiques sérieuses ayant démontré un lien manifeste entre le nombre d'heures d'activités de FC et la compétence à exercer (en l'absence d'autres facteurs contributifs);
- la puissance du levier que représente l'inspection professionnelle pour assurer la compétence des infirmières à exercer;
- l'efficacité des autres mécanismes règlementaires de protection du public déjà utilisés par l'OIIQ dont l'imposition de stages ou le recours à une réglementation spécifique de FC lorsque les infirmières sont appelées à réaliser de nouvelles activités professionnelles;
- la volonté de l'OIIQ que les infirmières fondent leurs interventions sur des résultats probants de qualité et que pour ce faire, l'OIIQ doive agir en modèle de rôle comme organisme régulateur de la profession et donc fonder lui-même ses décisions sur des résultats probants de qualité;
- l'importance que joue l'environnement dans le DPI et le développement des compétences des infirmières pour une prestation de soins de qualité;
- l'absence apparente d'actions concertées entre l'ensemble des acteurs du réseau de la santé, en ce qui concerne la profession infirmière (ex. : syndicats, universités, OIIQ, MSSS, associations professionnelles), pour créer des environnements de soins favorables à l'apprentissage et au DPI;

il apparaît prioritaire, si le souhait de l'OIIQ est de rehausser et de favoriser la culture de DPI au sein de la profession, qu'il :

¹² <https://www.oiiq.org/les-infirmieres-et-infirmiers-ont-la-confiance-du-public-pour-leur-travail-durant-la-pandemie#:~:text=Les%20Qu%C3%A9b%C3%A9cois%20accordent%20une%20impressionnante,et%20infirmiers%20durant%20la%20pand%C3%A9mie.&text=Ils%20r%C3%A9v%C3%A8lent%20par%20ailleurs%20que,gagnerait%20%C3%A0%20%C3%Aatre%20mieux%20connue.>

- 1- suspende sa démarche visant à développer un règlement de portée générale prescrivant un nombre d'heures de FC ou d'activités de DPI, étant donné le manque d'études sérieuses démontrant un lien entre la conformité d'un professionnel de s'acquies de ses obligations de compléter un nombre d'heures d'activité de développement professionnel suivi et sa compétence à exercer la profession de manière sécuritaire, prudente et diligente;
- 2- priorise l'inspection professionnelle des membres qui déclarent ne pas réaliser d'activités de FC sur une base consécutive et soutenue dans le temps et présentant d'autres facteurs de risque reconnus d'incompétence (ex. : pratique en solo et âge avancé);
- 3- recourt judicieusement à un règlement spécifique de FC pour des activités professionnelles nouvelles qui comportent des risques de préjudices pour la clientèle (article 94o) du Code des professions);
- 4- instaure un comité permanent interdisciplinaire et paritaire de DPI à l'OIIQ. Ce comité devrait être constitué : d'un expert des sciences de l'éducation en théories de l'apprentissage, d'un dsi, de la dnsi, d'un expert en neurosciences, d'un expert en développement professionnel infirmier, d'un représentant de l'enseignement supérieur du MEES, d'un représentant du CA de l'OIIQ, d'un expert en mesure et évaluation, d'un représentant des syndicats et d'un représentant d'associations professionnelles d'infirmières afin de (1) formuler des recommandations au CA de l'OIIQ sur toute question concernant le DPI et ses orientations en matière de FC pour la profession infirmière, (2) valoriser et soutenir le développement d'environnements d'apprentissage en milieu clinique (ex. : en réduisant les barrières à l'accès à des activités de DPI pertinentes pour la pratique et réduisant les barrières à l'intégration des apprentissages dans la pratique); (2) procéder périodiquement à une analyse rigoureuse des besoins de DPI chez les infirmières en pratique clinique; (3) proposer une offre concertée (plutôt que compétitive) d'activités de DPI afin de répondre au plus grand nombre possible de besoins DPI et (4) évaluer les retombées des activités de DPI rendues disponibles aux infirmières;
- 5- révisé la Norme professionnelle de FC adoptée en 2011 par le conseil d'administration afin de la faire évoluer vers une prise de position sur le développement professionnel infirmier (DPI) qui s'inspire des principes du *Right-touch regulation*¹³ provenant du Royaume-Uni;
- 6- valorise davantage l'inspection professionnelle comme un moyen de se développer professionnellement en rendant accessible les outils utilisés par les inspecteurs de l'OIIQ à l'ensemble de la communauté infirmière afin que ces outils puissent être utilisés individuellement par les infirmières dans un contexte d'auto-évaluation ou encore par les directions de soins infirmiers pour évaluer la qualité de la pratique professionnelle et
- 7- mette sur pied de toute urgence une table de concertation composée de représentants de l'OIIQ (y compris des membres en pratique clinique), des dirigeants du MSSS, des représentants des écoles de sciences infirmières et des sciences de

¹³ <https://www.professionalstandards.org.uk/publications/right-touch-regulation>

l'éducation ainsi que des syndicats d'infirmières, du MÉQ et de l'Office des professions afin de développer des politiques et des guides de pratique de gestion et de formation qui soutiendront le développement d'environnements cliniques propices à l'apprentissage et au DPI.

Conclusion

Pour conclure, il est préoccupant de lire dans la planification stratégique de l'OIIQ de 2020-2023, qu'il formule expressément sa volonté de « faire évoluer la norme de FC vers un règlement de FC obligatoire¹⁴ », alors qu'il ne semble exister de preuves sérieuses soutenant que la réglementation du DPI permettrait d'atteindre les objectifs pour lesquels elle serait mise de l'avant, c'est à dire assurer la protection du public. Les données collectées à ce jour témoignent que la Norme professionnelle de FC a potentiellement contribué à faire en sorte que les infirmières comprennent l'importance de la FC et du DPI sans pour autant potentiellement réduire les effectifs dans le milieu clinique par la radiation. L'expérience dans d'autres milieux, dont aux États-Unis et au Royaume Uni, témoigne d'ailleurs que la réglementation du DPI peut représenter davantage un défi de gestion pour les « Boards of Nursing » et les gestionnaires de soins infirmiers qu'un levier véritable pour assurer la protection du public. Au Québec, le Code des professions a doté les ordres professionnels d'un puissant levier pour s'assurer de la compétence de leurs membres à exercer. Il s'agit de l'inspection professionnelle. En effet, le meilleur moyen de s'assurer de l'aptitude d'un professionnel à exercer sa profession reste l'évaluation de ses compétences. C'est ce qui se dégage de résultats probants sérieux en sciences de l'éducation (Tardif, 2017). Conséquemment, il serait souhaitable que l'OIIQ fonde ses actions sur des données scientifiques sérieuses, pertinentes aux sciences infirmières, et travaille en synergie avec d'autres partenaires pour arriver à développer des milieux de soins qui s'inscrivent dans le créneau des organisations apprenantes (Landry et Gril, 2017). Ainsi, prendre action pour assurer le développement d'une culture durable de DPI au Québec, c'est l'affaire de tous, à commencer par les infirmières, mais ce n'est pas une question de coercition.

Références

- Alsop, A. (2013). *Continuing Professional Development in Health and Social Care*. New Delhi, Inde: Wiley-Blackwell.
- American Association of Nurse Anesthetists (2018). *Promoting a Culture of Safety and Healthy Work Environment – Practice Considerations*. Repéré à [https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-\(all\)/professional-practice-manual/promoting-a-culture-of-safety-and-health-work-environment.pdf?sfvrsn=e4fa54b1_4](https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-(all)/professional-practice-manual/promoting-a-culture-of-safety-and-health-work-environment.pdf?sfvrsn=e4fa54b1_4)
- Brockett, R. G. (1992). Do we really need mandatory continuing education? *New Directions for Adult and Continuing Education*, (54), 87–93. <https://doi.org/10.1002/ace.36719925412>
- Cho, S.-H., Lee, J.-Y., You, S. J., Song, K. J., & Hong, K. J. (2020). Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12803>
- Cruz, J. P. (2017). Quality of life and its influence on clinical competence among nurses: a self-reported study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(3-4), 388–399. <https://doi.org/10.1111/jocn.13402>
- Gosselin, M., Viau-Guay, A., et Bourassa, B. (2014). Le développement professionnel dans une perspective constructiviste ou socioconstructiviste : compréhension conceptuelle pour des implications pratiques. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16(3), 1-20.

¹⁴ <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306027/planification-strategique-2020-23.pdf/595c0bfb-2bc6-d63b-9ffc-1438097ea6df> (p. 10)

- Hamad Al-Qahtani, A., Stirling, B., & Forgrave, D. (2020). The impact of job satisfaction on nurses' work lives: a literature review. *Qscience Connect*. <https://doi.org/10.5339/connect.2020.1>
- Hardy, G. (2016). Rethinking the Idea of Mandatory Continuing Education. *CJMLS* (Winter, 2016), 16-17.
- King, R., Taylor, B., Talpur, A., Jackson, C., Manley, K., Ashby, N., ... Robertson, S. (2021). Factors that optimise the impact of continuing professional development in nursing: a rapid evidence review. *Nurse Education Today*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104652>
- Landry, S. et Gril, E. (2017). L'amélioration continue pour construire l'organisation apprenante. *Gestion*, 42(4), 96–96. <https://doi.org/10.3917/riges.424.0096>
- LETR Report, 2011.
- Luconi, F., Boillat, M., Mak, S., Chartrand, D., Korah, N., Daly, M., ... Gutberg, J. (2019). Patient safety and quality of care are everybody's business: evaluating the impact of a continuing professional development program beyond satisfaction. *Mededpublish*, 8(1). <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000046.1>
- MacPhee, M., Conseil international des infirmières et Fondation Internationale Florence Nightingale. (2012). *Flexible work practices in nursing*. International Council of Nurses.
- McHugh, M. D., Rochman, M. F., Sloane, D. M., Berg, R. A., Mancini, M. E., Nadkarni, V. M., ... American Heart Association's Get With The Guidelines-Resuscitation Investigators. (2016). Better nurse staffing and nurse work environments associated with increased survival of in-hospital cardiac arrest patients. *Medical Care*, 54(1), 74–80. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000456>
- OPQ (2020). *Nombre de membres selon le genre par ordre professionnel au 31 mars*. Repéré à : https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Statistiques/2019-2020/Membres_selon_genre_2020-03-31.pdf
- OIIQ (2011) La formation continue pour la profession infirmière au Québec – Norme professionnelle. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf>
- OIIQ (2020a) Rapport annuel 2019/20. Document repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/rapport-annuel-2019-2020.pdf/6b63679a-65aa-1095-e3bc-4f012f854174>
- OIIQ (2020b). Plan stratégique 2020-2023. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306027/planification-strategique-2020-23.pdf/>
- Ouellet, J. et Mukamurera, J. (2015). La formation continue d'infirmières de soins à domicile : retombées perçues au regard de l'amélioration de la qualité des soins aux aînés. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation Infirmière*, 1(3). <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1051>
- Ouellet, J. et Mukamurera, J. (2017). Comment l'employeur peut-il soutenir la formation continue et le développement professionnel infirmier ? Résultats d'une étude qualitative canadienne auprès d'infirmières de soutien à domicile. *Recherche en soins Infirmiers*, 131(4), 29–29. <https://doi.org/10.3917/rsi.131.0029>
- Ostaficzuk, Y., et Gagnon, S. (2014). Les compétences au service de l'excellence professionnelle. *Gestion*, 39(4), 67–67. <https://doi.org/10.3917/riges.394.0067>
- Pelletier, M. et Fecteau, K. (2019). Les ratios sécuritaires professionnelles en soins/patients. Repéré à <http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/OP/2019/op421026.pdf>
- Price, S. et Reichert, C. (2017). The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span. *Administrative Sciences*, 7(2). <https://doi.org/10.3390/admsci7020017>
- Rayburn, W. F., Davis, D. A., & Turco, M. (Eds.). (2018). *Continuing professional development in medicine and health care: better education, better patient outcomes*. Wolters Kluwer.
- Renninger, K. A. (2019). *The cambridge handbook of motivation and learning*. Cambridge University Press.
- Rivard, P. et Lauzier, M. (2013). La gestion de la formation et du développement des ressources humaines : pour préserver et accroître le capital compétence de l'organisation (2e édition). Presses de l'Université du Québec.
- Suliman, Z., Kruger, W., et Pienaar, J. (2020). Continuing professional development (CPD): a necessary component in the workplace or not? *The Journal of Medical Laboratory Science & Technology South Africa* 2020; 2(1):41-45. <https://doi.org/10.36303/JMLSTSA.2020.2.1.9>
- Stevenson, R., & Moore, D. E. J. (2018). Ascent to the summit of the cme pyramid. *Jama*, 319(6), 543–544. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.19791>
- Tardif, J. (2017). Organiser la formation à partir des compétences. In *Chapitre 1. Des repères conceptuels à propos de la notion de compétence, de son développement et de son évaluation* (pp. 15–15). essay, De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.pouma.2017.01.0015>
- Thurston, H. I. (1992). Mandatory continuing education: what the research tells us. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 23(1), 6–14.
- Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L., & Varn-Davis, N. (2019). Critical care nurse work environments 2018: findings and implications. *Critical Care Nurse*, 39(2), 67–84. <https://doi.org/10.4037/ccn2019605>
- Vázquez-Calatayud Mónica, Errasti-Ibarrondo Begoña, & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: a systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 50. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>