

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC
DANS LE CADRE DES ÉTATS GÉNÉRAUX 2021

PAR

ÉTUDIANT(E)S À LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES
CHEMINEMENT INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE
PREMIÈRE LIGNE (IPSPL), COHORTES 2019 ET 2020

**THÈME 1 : SAVOIRS INFIRMIERS ET COMPÉTENCES INFIRMIÈRES —
MIEUX Y RECOURIR POUR MIEUX SOIGNER**

19 MARS 2021

Présentation des auteurs

Les auteurs de ce mémoire sont engagés dans la reconnaissance juste et équitable du plein potentiel des infirmières cliniciennes. Ainsi, ils espèrent travailler davantage en collaboration leur permettant de contribuer à l'offre de service en soins de santé. Offrir une accessibilité équitable et satisfaisante pour la population québécoise est leur principal objectif. Pour ce faire, ils croient que la reconnaissance de cette expertise infirmière est incontournable en plus de répondre à des besoins de santé publique.

C'est sans prétention que les auteurs croient que la diversité de leurs expériences leur sera bénéfique dans l'analyse du thème 1. Ensemble, ils ont été en mesure d'échanger quant à la pratique des infirmières cliniciennes œuvrant en milieu communautaire passant par certains groupes de médecine familiale (GMF), centres hospitaliers et centres locaux de services communautaires (CLSC). Ainsi, ils ont été en mesure de relever que non seulement leurs expériences cliniques étaient similaires, mais ils ont également soulevé les enjeux communs associés à la pratique de première ligne. En effet, l'exploitation limitée du rôle des infirmières et une faible satisfaction dans l'exercice de leurs fonctions sont récurrentes. Ayant tous à cœur l'accessibilité aux services de santé pour la population, les auteurs ont emprunté un autre chemin, soit la poursuite de leurs études au sein du programme de deuxième cycle menant au titre d'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) en soins de première ligne (IPSPL).

Malgré les importantes avancées quant à la pratique clinique des IPSPL au Québec, ils demeurent incontournables de reconnaître l'expertise des autres professionnels infirmiers au sein de cette même discipline. Ainsi, nous pourrions aspirer vers une collaboration intra professionnelle efficiente.

Sommaire

L'opportunité de s'exprimer dans le cadre des états généraux a été saisie afin de contribuer à la reconnaissance du rôle et de l'expertise infirmière. Vous pourrez noter dans ce mémoire les principaux enjeux vécus dans le cadre de notre pratique clinique, ainsi que les difficultés organisationnelles rencontrées reflétant notre savoir expérientiel. De plus, nous serons en mesure de vous démontrer les limites quant à l'adaptation de la recherche translationnelle dans une pratique basée sur les évidences scientifiques. Cet exercice nous permettra finalement de soutenir les pistes de solutions envisagées afin d'uniformiser la pratique et contribuer à l'avancement de la discipline infirmière. Nous souhaitons ainsi relever l'importance de reconnaître l'expertise de ces professionnels dignes de cette mention : les infirmières cliniciennes.

La reconnaissance du rôle des infirmières passera sans aucun doute par une application plus rigoureuse des 17 activités réservées à l'infirmier(ère) de la Loi modifiant le Code des professions et des autres dispositions législatives dans le domaine de la santé ¹(loi 90). Jusqu'à ce jour, force est de constater que malgré la diversité des expériences des auteurs de ce mémoire, peu ont été témoins de la pleine application de ces cadres législatifs. Pourtant, une expansion de ces activités à leur juste valeur aurait un réel impact quant à l'accessibilité à des soins de santé satisfaisant pour la population québécoise, et ce, tout au long du continuum de vie. Les principales recommandations soulignées viseront donc essentiellement à améliorer le partenariat entre le soignant et son patient dans un cadre de pratique adapté selon les compétences de l'infirmière. Ainsi, nous pourrions améliorer notre collaboration intra et inter professionnelle par l'application et le déploiement d'ordonnances collectives individuelles au patient préalablement remplies par l'omnipraticien ou l'IPSPL du patient ou encore par un médecin en clinique réseau GMF-R pour la population orpheline.

Tout au long de l'argumentaire, l'utilisation d'une vignette clinique sera effectuée pour illustrer les différents propos en lien avec une pratique à la hauteur des compétences et de l'expertise infirmière. Celle-ci permettra, concrètement, de démontrer la différence entre la pratique d'une infirmière clinicienne pratiquant en dispensaire au Nunavik en comparaison de la pratique dans la grande métropole de Montréal.

¹Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, LQ 2002, c 33, article 12 [Loi 90]

Vignette clinique

Mise en contexte

Selon le Comité fédéral-provincial-territorial sur l'effectif en santé [CFPTES] (2020), l'avenir des soins infirmiers au Canada repose entre autres sur « l'élargissement de possibilités pour le personnel infirmier d'exploiter l'éventail complet de ses compétences dans les modèles et les milieux de soins actuels et émergents » (CFPTES, 2020, p. 5). En effet, avec les besoins grandissants en matière de soins de santé d'une population vieillissante, il est primordial que le plus grand groupe de professionnels de la santé au Canada puisse mobiliser leurs compétences cliniques à leur plein potentiel (CFPTES, 2020). Ainsi, ils pourront contribuer au défi de l'accessibilité aux soins de première ligne (CFPTES, 2020). En effet, selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] (2013), les infirmières pratiquant en soins de première ligne peuvent contribuer à l'amélioration des soins prodigués de par leurs habiletés d'évaluation clinique, d'éducation et de promotion de la santé. Dans cette optique, il est nécessaire de moderniser et d'harmoniser la profession infirmière (CFPTES, 2020). L'élargissement du rôle infirmier est déjà appliqué dans certaines régions éloignées du Québec. Dans le but d'illustrer l'écart entre le champ d'activité des infirmières cliniciennes œuvrant dans des milieux de soins de première ligne dans le sud du Québec en comparaison avec celle œuvrant dans le nord du Québec, un exemple concret de cette différence est proposé dans ce mémoire.

Le grand saut de Florence, l'infirmière en rôle élargi

Pour commencer, la pratique infirmière en région éloignée diffère tellement de celle en ville, qu'elle est difficilement comparable en termes de champs de pratique. Prenons l'exemple fictif de Florence, une infirmière clinicienne qui jongle entre les services courants et le soutien à domicile (SAD) depuis quatre ans dans un Groupe de médecine de famille (GMF) achalandé de Montréal. Elle travaille au sans-rendez-vous, en suivi de personnes vivant avec une maladie chronique et aux soins à domicile auprès d'une clientèle âgée, mais son désir d'élargir son champ de pratique crée maintenant des frustrations au quotidien. Ainsi, devant l'impasse, elle décide de faire le grand saut et d'aller pratiquer le rôle élargi dans le Grand-Nord du Québec.

En effet, se sentant prête à acquérir plus de responsabilités professionnelles dans sa pratique infirmière, Florence est embauchée pour pratiquer le rôle élargi au Nunavik. Après une mise à niveau de quatre semaines, elle est prête à exercer une pratique infirmière en première ligne comprenant la prise en charge des problèmes de santé courants et les suivis de santé tels que la grossesse, l'ABCdaire et les maladies chroniques. Grâce aux ordonnances collectives et à sa formation, Florence pourra évaluer, diagnostiquer, traiter et faire des suivis auprès d'une clientèle de tous âges. Prenons l'exemple de M. Aupaluk qui se présente avec une cellulite au membre inférieur gauche à la

suite d'une piqûre d'insecte. Florence sera disponible pour ce patient dès son arrivée à la clinique, et ce, sans égard aux heures d'ouverture. En effet, un système de garde permet de prendre en charge les patients nécessitant une évaluation rapide.

Au Nord, les longs délais d'attente et les prises de rendez-vous complexes sont rares puisque la disponibilité des infirmières en première ligne vient combler la demande de services de manière rapide et efficiente. Ainsi, M. Aupaluk est évalué par Florence, qui lui diagnostique une cellulite. En se référant à ses ordonnances collectives, elle s'assure qu'elle n'oublie pas les signaux d'alarme tels qu'une atteinte articulaire ou une lymphangite. Étant novice, Florence décide de demander l'aide du médecin de garde pour confirmer son diagnostic. Grâce à la collaboration interprofessionnelle, elle peut se référer à un médecin dans les cas plus complexes où elle juge qu'elle dépasse la limite de ses capacités ou encore s'il y a présence de signaux d'alarme préalablement indiqués dans les ordonnances collectives.

Pour ce qui est de M. Aupaluk, le médecin se basera à 100 % sur l'évaluation de Florence pour confirmer le diagnostic de cellulite. Il posera des questions et orientera le traitement selon les impressions de l'infirmière. Le médecin laissera l'entière responsabilité de la prise en charge des soins de plaies à Florence, conscient de l'expertise de celle-ci. Le lien de confiance entre l'infirmière et le médecin, la collaboration dans une approche centrée sur la personne ainsi que le travail multidisciplinaire sont des éléments qui permettent la reconnaissance de l'expertise de chaque professionnel de la santé. Ainsi, M. Aupaluk bénéficiera d'une prise en charge rapide, holistique et basée sur les données probantes. Il fera son suivi avec Florence qui lui administrera également ses antibiotiques intraveineux. De plus, l'équipe de soins sera informée du cas au rapport et son dossier sera disponible rapidement grâce aux personnels de la clinique membres de la communauté.

Maintenant, il serait pertinent de se demander si les soins offerts par une infirmière répondent autant aux besoins de la clientèle que ceux offerts par les médecins. En fait, la qualité de soins donnés par les médecins serait égale voir légèrement inférieure que ceux offerts par des infirmières (Laurant et al., 2018). D'ailleurs, le taux de satisfaction des patients (AIIC, 2013 ; Laurant et al., 2018) et l'amélioration de la gestion de l'hypertension artérielle semblent meilleurs lorsque l'infirmière en est en charge (Laurant et al., 2018).

Reconnaissance de la pratique

Pratique infirmière en groupe de médecine familiale

Dans un autre ordre d'idée, l'optimisation de la contribution des infirmières au système de santé passe nécessairement par une meilleure acceptation et connaissance du rôle infirmier. Au Québec, une grande méconnaissance des différents rôles infirmiers subsiste toujours, tant au niveau de la population, des décideurs publics que des autres professionnels de la santé, entravant ainsi la contribution réelle possible des infirmières cliniciennes dans les soins de première ligne. Selon l'AIIIC (2014), le manque de clarté des rôles est un obstacle majeur à l'intégration des rôles infirmiers. En effet, il existe, dans la pratique infirmière en première ligne, une grande variabilité dans les tâches quotidiennes. Selon Allard, Frego, Katz et Halas (2010), plus de 50 % des infirmières en médecine de famille réalisent tous les jours des activités administratives telles que la prise de rendez-vous, la préparation de salle et le réapprovisionnement de matériel. Ces tâches, ne relevant pas directement de la compétence infirmière, réduisent le temps disponible pour effectuer des tâches en lien avec leur champ d'expertise. Par ailleurs, comme le mentionnent Gosselin et al. (2016), le modèle de pratique de soins ponctuels en assistance au médecin est encore très présent en médecine familiale, réduisant ainsi l'infirmière à un rôle d'exécutante.

Ce manque de reconnaissance envers les compétences infirmières et la limitation du potentiel d'exercice est une source importante d'insatisfaction au travail et est la cause primaire de l'intention de démissionner chez les infirmières dans ces milieux (Allard et al., 2010). Comme bien d'autres infirmières en première ligne, Florence est limitée dans sa pratique à cause des politiques établies par son organisation et son employeur ou encore à cause du manque de connaissance de son champ d'activité (Allard et al., 2010). Ainsi, l'absence de balises claires, définies et exploitant l'entièreté des compétences du rôle de l'infirmière clinicienne en GMF, influence grandement la clarté des rôles et nuit au champ d'exercices des soins infirmiers. La production d'un guide pratique à l'intention des infirmières travaillant en GMF publié par le Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS] (2019) a permis de mieux cerner le champ de pratique de l'infirmière dans ce secteur d'activités et de faciliter son plein potentiel. Cependant, l'application réelle de celui-ci pose encore des problèmes dans plusieurs milieux de soins, certains employeurs limitant volontairement son utilisation.

Une meilleure reconnaissance du rôle infirmier passe donc invraisemblablement par l'intégration du rôle sociopolitique des infirmières, afin d'obtenir une meilleure reconnaissance de ce rôle. Ainsi, il importe que son évolution ne se fonde pas sur une substitution des rôles, sous seul prétexte d'une pénurie de médecins. Il est nécessaire de se centrer sur la plus-value, la contribution supplémentaire et surtout la complémentarité des infirmières au sein

d'une équipe multidisciplinaire. En effet, tant les infirmières cliniciennes que les praticiennes travaillent en étroite collaboration avec les autres fournisseurs de soins de santé, elles ne les remplacent pas. Par son action politique, l'infirmière accroît la visibilité de sa profession et favorise l'acquisition d'une crédibilité forte qui permet, par la suite, d'optimiser sa pratique.

Des initiatives telles que la série *stagiaire d'un jour* est un exemple de la valorisation infirmière qui permet une meilleure compréhension du rôle infirmier. En ce sens, des campagnes publicitaires additionnelles sur les médias sociaux ou les médias traditionnels visant à clarifier le rôle infirmier faciliteraient la reconnaissance des compétences et l'expertise infirmière au sein de la population. Celles-ci pourraient diriger vers des capsules informatives sur les différentes plateformes web dans lesquelles il serait possible de retrouver des explications pédagogiques sur le champ de pratique infirmier, les différences entre les titres infirmiers, les actes réservés à la profession et les différences entre le rôle infirmier et celui des autres membres de l'équipe soignante. En effet, un *leadership* clinique fort de la part des infirmières est essentiel à l'élargissement, ou du moins à la reconnaissance, des rôles infirmiers dans les soins primaires au Québec.

Par ailleurs, il importe également d'identifier les facteurs organisationnels qui influencent positivement et négativement la mise en application des savoirs infirmiers dans la pratique. Deux chercheuses canadiennes se sont d'ailleurs intéressées à ce sujet, concluant que l'exercice du *leadership* infirmier n'est pas suffisant à l'implantation de pratiques exemplaires s'il n'est pas combiné à une culture de soutien et de valorisation de l'apprentissage (Marchionni & Ritchie, 2008). Bien évidemment, l'implantation de cette dite culture est difficile dans un contexte de surcharge de travail, de roulement de personnel et de manque d'effectif. La mise en place d'un partenariat entre les établissements universitaires et les milieux de soins pour favoriser le développement et le transfert de connaissances est donc essentielle à l'obtention d'une pratique à la hauteur des compétences des infirmières et infirmiers du réseau de la santé.

Droit de prescrire en soins communautaire

Il est également important de se rappeler que le droit de prescrire offert aux infirmières cliniciennes exerçant en milieu communautaire avait pour objectif de diminuer la surcharge du système. Ainsi, les infirmières, comme Florence, ont dorénavant la possibilité d'offrir certains traitements selon leurs champs de compétences et d'exercices. Toutefois, certains milieux comme le soutien à domicile (SAD) et les soins courants limitent l'exploitation de ce droit, ayant directement des conséquences quant à l'accessibilité aux services de soins de plaies. Pourtant, les soins de plaies font partie des activités réservées à la profession en plus de représenter la majorité des soins offerts par ces services communautaires.

Droit de prescrire : Facteurs contraignants

Présentement, le droit de prescrire en soins de plaies n'est pas une exigence pour détenir un poste au SAD ni pour les soins courants. L'absence du prérequis relatif au droit de prescrire comme critère d'embauche est donc un facteur contraignant dans le déploiement de cette pratique à grande échelle. Pourtant, il s'agit d'un prérequis dans certains secteurs d'activité, comme en GMF. Maintenant, croyez-vous qu'il soit adéquat qu'un patient suivi par une infirmière clinicienne en GMF ait plus facilement accès à des traitements individualisés et adaptés à sa condition, contrairement à celui qui est suivi par une infirmière clinicienne d'un autre secteur d'activité communautaire? Malheureusement, cette absence d'encadrement dans la pratique infirmière limite l'accessibilité à des soins de santé pour cette population plus vulnérable et souvent orpheline.

Un deuxième facteur contraignant quant à la prescription infirmière est la restriction de son application pour les infirmières à temps partiel ou remplaçante. Dans la réalité de soins actuelle, cette restriction limite l'exploitation de ce service pour les patients puisque ce sont les infirmières novices comme Florence, qui ont bien souvent acquis le droit de prescrire. Dépendant de l'établissement où la formation académique a été reçue, certaines bachelières termineront leurs études avec un cours de 50 heures en soins de plaies et en débridement. Cependant, l'accès à un poste à temps complet nécessite plusieurs années d'expérience depuis la fusion des établissements de santé où les postes sont octroyés en fonction de l'ancienneté plutôt qu'en fonction des compétences. Il est donc courant qu'une jeune infirmière clinicienne fraîchement graduée remplace une autre infirmière clinicienne lors d'un congé de maternité ou lors d'un congé ponctuel. Bien que cette infirmière « volante » ait son droit de prescrire, elle ne pourra pas en faire bénéficier le patient si elle n'est pas détentrice d'un poste. En effet, les gestionnaires expliquent que l'infirmière prescriptrice doit pouvoir faire le suivi régulier des traitements qu'elle aura prescrits. Pourtant, selon la loi 90, toute infirmière peut prodiguer le suivi, l'évaluation et l'application des traitements requis en soins de plaies, et ce, particulièrement au SAD où la majorité des interventions sont des soins de plaies. De plus, même si une infirmière clinicienne voit un patient qu'une seule fois et lui prescrit un traitement, elle devrait pouvoir transférer son suivi à une collègue. Ainsi l'accès au traitement ne serait pas limité et le suivi serait optimal (Warriner, Wilcox, Carter, & Stewart, 2012).

Bénéfices pour la population

En théorie, une infirmière clinicienne comme Florence devrait pouvoir exercer pleinement son rôle, afin d'envisager une réduction de la surcharge des cliniques de deuxième ligne. Prenons par exemple les cliniques en soins de plaie, Florence pourrait y référer les patients en cas de retard de cicatrisation, de doute ou en cas de dégradation de l'état de la plaie. De cette manière, elle s'assurerait que ses patients aient accès au bon intervenant, au bon moment tout en assurant les soins les plus optimaux pour ceux-ci. Présentement, la réalité est que tous les patients, particulièrement ceux du SAD, sont directement référés en clinique de soins de plaie, malgré que bien souvent ils éprouvent de la difficulté à se déplacer. En ce sens, les infirmières cliniciennes du SAD et des soins courants prodiguent principalement les soins de plaies prescrits par leurs collègues infirmières ou par les médecins de la clinique de soins de plaies. Ainsi, les listes d'attente de ces cliniques sont très longues, compliquant la prise en charge des cas les plus complexes en plus de restreindre l'accès à ses professionnels spécialisés. En permettant et en demandant aux infirmières cliniciennes du SAD et des soins courants d'initier d'abord le traitement approprié, ces cliniques de deuxième ligne seraient alors moins surchargées et consacrerait l'entièreté de leurs ressources pour leur clientèle cible. De plus, les infirmières cliniciennes des milieux communautaires pourraient alors suivre un plus grand nombre de patients par des évaluations hebdomadaires de la plaie et se référer à l'infirmière auxiliaire pour les changements de pansement selon le plan de traitement prescrit par celle-ci (Warriner et al., 2012). Ainsi, leurs compétences seraient exploitées davantage, augmentant le sentiment d'auto-efficacité et la rétention du personnel infirmier. Par ailleurs, les patients pourraient ainsi bénéficier d'un accès plus adapté au moment opportun.

Pistes de solutions

Au regard des points soulevés dans les paragraphes précédents, voici quelques ébauches de solutions. Tout d'abord, lorsque l'on regarde les 17 activités réservées à l'infirmière et l'infirmier de la loi 90, force est de constater que plusieurs d'entre elles font référence à l'application d'ordonnances. En effet, l'aspect des ordonnances collectives est primordial pour l'accomplissement du plein potentiel du champ de pratique de l'infirmière clinicienne et devrait être utilisé davantage. Ces ordonnances prévoient que le professionnel qui les exécute soit imputable de ses décisions et de ses actions (Trudeau & Bélanger, 2012). Le tout ayant pour but de « reconnaître une plus grande autonomie aux différents professionnels de la santé avec la responsabilité qui s'y rattache. » (Trudeau & Bélanger, 2012, p. 15). Ses ordonnances sont déjà utilisées en GMF, en pharmacie, dans des cliniques privées et au nord du Québec et permettent aux infirmières cliniciennes une plus grande autonomie. De plus, il existe des cliniques d'infirmières cliniciennes qui fonctionnent grâce à des ordonnances

collectives qui leur permettent d'exercer leur rôle tel qu'il est prévu par la loi, sans avoir besoin de médecin sur les lieux. Entre autres, mentionnons les cliniques privées *ServiceSoins*, situées à Sainte-Julie et Saint-Canut, composées entièrement d'infirmières cliniciennes travaillant en collaboration avec des spécialistes et des médecins généralistes. Ces cliniques offrent des services de dépistage, de soins de santé, de suivi pédiatrique, de contraception, etc. Cet exemple démontre bien comment avec les ordonnances collectives le champ de pratique de l'infirmière clinicienne pourrait être bénéfique à la population québécoise en lui favorisant une accessibilité aux soins de santé. Par contre, pour y arriver, il ne suffit pas d'une volonté et d'un *leadership* de la part des infirmières, il y a, de toute évidence, une partie qui est hors de leur contrôle. En effet, il est important de souligner que ce genre d'initiatives sont privées, puisque malgré le désir d'offrir des soins de qualité gratuits à la population québécoise, le régime actuel d'assurance-maladie ne prévoit pas le remboursement d'une quelconque facturation pour les services d'infirmières. Il y a donc une nécessité de la part du Ministère de la Santé et des Services sociaux et du gouvernement provincial de reconnaître davantage l'étendue du champ de pratique de l'infirmière clinicienne et de faire des modifications judicieuses aux politiques afin d'en faire bénéficier la population générale.

De plus, une autre piste de solution serait celle d'incorporer l'utilisation des protocoles élaborés pour la pratique en région éloignée à celles qui pratiquent dans les autres régions québécoises. Si les infirmières travaillant dans le nord, ayant à la base la même formation scolaire que celle œuvrant dans le sud, peuvent avoir un champ d'exercices beaucoup plus large, pourquoi ne pas l'appliquer dans ces milieux ? Offrir une formation en rôle élargi aux infirmières bachelères pourrait être une option afin qu'elles puissent appliquer toutes les dimensions de leur rôle, et ce, dans toutes les régions du Québec. Pour arriver à des fins d'harmonisation du rôle de l'infirmière clinicienne au sein des différents milieux, plusieurs obstacles administratifs entrent en ligne de compte. Sachant également que le programme du baccalauréat diffère selon les différentes universités de la province, l'intégration d'une formation en rôle élargi dans tous ces programmes apparaît un défi à relever. Toutefois, au fil des années, les différents milieux de soins pourront réellement prendre conscience du champ d'expertise des cliniciennes et des impacts positifs de leur rôle. Cela représente une piste de solution intéressante en vue d'une population qui se fait de plus en plus vieillissante et dans une optique d'engorgement des urgences. Aussi, les professionnels de la santé font face à un réseau de santé qui nécessite, plus que jamais, des infirmières cliniciennes autonomes pouvant prendre en charge des patients dans leur ensemble. Malgré le déploiement et les avancées en pratique avancée au Québec, principalement dans la pratique IPS, les infirmières cliniciennes ne sont pas reconnues à leur juste valeur. Ces deux rôles complémentaires, tout aussi importants et utiles, ne doivent pas être en compétition dans la recherche d'une pratique plus reconnue et à la hauteur de

leurs compétences. Avec une formation en rôle élargi, les infirmières cliniciennes seraient potentiellement plus satisfaites et épanouies dans l'exercice de leurs compétences et elles pourraient continuer de prêter main-forte au réseau de la santé, au lieu de se réorienter vers d'autres professions ou d'autres types de postes. La modification ou la bonification des programmes de premier cycle au baccalauréat de formation initiale ou du DEC-BAC avec une formation en rôle élargi serait donc bénéfique et souhaitée pour reconnaître adéquatement le potentiel infirmier.

Conclusion

Revenons maintenant à Florence. Celle-ci s'est épanouie durant quelques années dans sa pratique en région éloignée où elle a pu exercer ses activités professionnelles à leur plein potentiel. Elle a eu l'occasion d'approfondir son évaluation, de prendre de l'assurance dans ses décisions et de renforcer les liens de collaboration multidisciplinaire. De plus, elle a vécu de multiples enjeux éthiques associés au manque de ressources. Après quatre ans au Nunavik, Florence a senti le besoin de revenir auprès de sa famille à Montréal. À son retour, faute d'autres options, celle-ci est confrontée à une décision de carrière difficile : retourner à la case départ, dans une pratique limitée ou faire son cours d'IPS, afin d'obtenir davantage d'autonomie. Florence fera probablement comme plusieurs de ses collègues et décidera de poursuivre son parcours universitaire à la maîtrise. Cet exemple démontre bien ce que les auteurs de ce mémoire ont pu constater sur le terrain. À défaut d'avoir une expertise reconnue dans les milieux cliniques, beaucoup d'infirmières cliniciennes, au lieu de la revendiquer, décident de continuer leur formation universitaire, ou même de s'orienter vers une nouvelle carrière, afin de se prévaloir d'un niveau d'autonomie et de reconnaissance supérieur. Si celles-ci étaient reconnues à leur juste valeur et avaient accès à un rôle élargi à l'aide d'ordonnances collectives et de protocoles préétablis dès le départ, elles seraient probablement plus satisfaites et épanouies dans leur travail. Bien que certaines décideraient tout de même, tout comme les auteurs de ce mémoire, de poursuivre des études de deuxième cycle pour accéder à un rôle différent, une meilleure reconnaissance du rôle infirmier encouragerait les infirmières cliniciennes à se plaire dans leur champ de pratique. Dans le contexte actuel de manque d'infirmières, il importe de travailler à rendre la profession attrayante et intéressante, autant pour les nouvelles infirmières que pour les plus expérimentées. C'est pourquoi, en tant que futurs IPSPL, les auteurs de ce mémoire ont voulu se mobiliser afin de soulever certains enjeux et prêter main-forte à leurs consœurs, pour qu'elles puissent se sentir accomplies et reconnues dans leur travail quotidien.

Références

- Allard, M., Frego, A., Katz, A., et Halas, G. (2010). Analyse du rôle des infirmières autorisées dans les programmes canadiens de résidence en médecine familiale. *Infirmière Canadienne*, 106 (3), 20-24.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013). *Infirmières et infirmiers autorisés, acteurs de la transformation des soins de santé*. Ottawa, ON : Auteur. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/registered_nurses_stepping_up_to_transform_health_care_e.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2014) *Optimisation du rôle des infirmières et des infirmiers dans les soins primaires au Canada : rapport final*. Ottawa, ON : Auteur. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/optimisation-du-role-des-infirmieres-et-infirmiers-dans-les-soins-primaires-au-canada.pdf>
- Comité fédéral-provincial-territorial sur l'effectif en santé. (2020). *Le comité FPT sur l'effectif en santé vision pour l'avenir des soins infirmiers au Canada*. Ottawa, ON : Auteur. Repéré à <https://indigenousnurses.ca/resources/publications/vision-pour-lavenir-des-soins-infirmiers-au-canada>
- Gosselin, S., Royer, A.-M., Noël, P., Beaugard, M.-F., Keays, J., & Gravel, S. (2016). *Intégration des infirmières et des autres professionnels dans les groupes de médecins de famille. Expérience sherbrookoise*. Sherbrooke, QC : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Repéré à https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Documentation-generale/Rapport_Integration_GMF.pdf
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. A. H. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), 109. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, LQ 2002, c 33.
- Marchionni, C., & Ritchie, J. (2008). Organizational factors that support the implementation of a nursing Best Practice Guideline. *Journal of Nursing Management*, 16 (3), 266-274. doi : 10.1111/j.1365-2834.2007.00775.x

- Ministère de la santé et des services sociaux. (2019). *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire : dans une perspective de collaboration interprofessionnelle*. Québec, QC : Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4000312>
- Trudeau, J-B., & Bélanger, L. (2012). Ordonnances collectives — le médecin n'est pas responsable de tout! *Le Collège*, 52 (4), 14-15. Repéré à <http://www.cmq.org/pdf/activites-partage/article-ordonnanceslecollege-automne2012.pdf>
- Warriner, R. A., Wilcox, J. R., Carter, M. J., & Stewart, D. G. (2012). More frequent visits to wound care clinics result in faster times to close diabetic foot and venous leg ulcers. *Advances in Skin & Wound Care*, 25(11), 494–501. doi:10.1097/01.ASW.0000422629.03053.06

**Auteures et membres du comité de rédaction formé par des étudiant(e)s
IP SPL de l'Université de Sherbrooke des cohortes finissantes 2021 et 2022:**

Elisabeth Boisclair
Gabrielle Tremblay
Isa Eve Jetté Corriveau
Joëlle César

Madeleine Pelletier
Mélissa Martel
Pénélope Penroz-Vargas

**Avec l'approbation des étudiant(e)s IP SPL de l'Université de Sherbrooke
des cohortes finissantes 2021 et 2022 :**

Agläé Asselin
Alexandra Plante
Amélie Lefebvre
Ariane Blouin
Audrey Charland
Audrey Lamarre
Caroline Dupont
Christelle Lavoie
Cynthia Guay
Diane Vu
Dominique Jodoin-Malo
Elizabeth Lenoir
Erika Gélinas
Erika Martin
Eugénie Matteau
Geneviève Maheux
Jacinthe Gauthier
Jade Equilbec
Joanie Cloutier
Kézia Maurice
Laeticia Guilhem

Lauryane Boulette
Lysandra Giguère
Magali Thibeault-Williams
Magalie Legault
Mathieu Lépine
Marianne Montambault
Marie-Ève Tisseur
Mélissa Roy
Pamela Jacques
Patricia Bellerose
Roxanne Bédard
Sheila Mai
Stéphanie Bernier
Stéphanie Moisan
Tessa McDonald
Tiffany Foug
Valérie Rochefort
Vanessa Evangeliste
Véronique Bélisle
Véronique Premont
Virginie Cloutier

En collaboration avec les professeures de l'Université de Sherbrooke :

Pre Edith Ellefsen, inf Ph. D.
Pre Mylène Désorcy, M.Sc., IP SPL