

Mémoire

Démontrer de l'expertise et agir avec *advocacy* pour de meilleurs soins à la population

Présenté à l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec dans le cadre des états généraux 2021

19 mars 2021



*Parce que
nous sommes
tous
concernés*

**CHAIRE DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS
À LA PERSONNE ÂGÉE ET À LA FAMILLE**

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Auteure

Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

Titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille
Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en soins aux personnes âgées
Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
C.P. 6128, succ. Centre-ville Montréal (Québec) H3C 3J7 | 514 343-6111, poste 2734
Anne.Bourbonnais@Umontreal.ca
www.chairepersonneagee.umontreal.ca/

Chercheure régulière, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

La Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille est une infrastructure de recherche visant spécifiquement à améliorer la qualité des soins infirmiers et la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches. En plus de ses rôles de chercheure et de professeure, Madame Bourbonnais a aussi une expérience clinique en contexte hospitalier, en soins de première ligne et auprès des personnes vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Pour la rédaction de ce mémoire, des échanges riches ont eu lieu avec des collaboratrices afin de nourrir la réflexion sur les thèmes visés par les états généraux. Nous les remercions sincèrement de leur contribution essentielle et de leur enthousiasme motivant. Nous remercions également Madame Pilar Ramirez-Garcia, inf., Ph. D., professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour sa relecture attentive et ses suggestions pertinentes.

Collaboratrices (par ordre alphabétique)

Isabelle Auclair, inf., M. Sc.

Étudiante au doctorat en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal | Coordinatrice de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Elisabeth Laughrea, inf., M. Sc.

Coordinatrice des activités en soins infirmiers, Hôpital Général Juif, CIUSSS du Centre-Ouest-de-Montréal

Geneviève Leblanc, inf., M. Sc.

Conseillère-cadre en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers (soutien à l'autonomie des personnes âgées, services d'adaptation/réadaptation), CIUSSS du Centre-Ouest-de-Montréal

Nathalie Rochette, inf., M. Sc.

Consultante en soins infirmiers, NR Solution santé inc. et coordinatrice des activités en soins infirmiers, CIUSSS de l'Est-de-Montréal

Johanne Salvail, inf., M.A.P

Coordinatrice de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille

Table des matières

Avant-propos	1
Sommaire de propositions d'actions	2
Des savoirs et des compétences uniques	3
<i>La pleine occupation du champ d'exercice : Ancrée sur un engagement moral, démontrons notre expertise.....</i>	3
<i>Une démonstration des bénéfices de soins infirmiers optimaux pour les personnes âgées et leurs proches : Un centre d'hébergement pleinement infirmier</i>	5
<i>Des moyens : Rendre visible l'expertise et crédible la parole</i>	9
Former le présent, développer l'avenir	12
<i>Arrêtons de tourner en rond : Repenser les stratégies pour la mise en place du baccalauréat comme norme d'entrée dans la profession</i>	12
<i>Des infirmières expertes et spécialistes, l'être et le rester par le développement professionnel continu.....</i>	14
Conclusion	15
Références.....	xvi

Avant-propos

Depuis quelques années, nous constatons que les avancées au sein de la profession infirmière au Québec piétinent ou encore qu'il existe certains reculs à l'égard de notre pratique alors que les enjeux sociaux et sanitaires cruciaux évoluent à grande vitesse. Cette situation nous préoccupe à l'égard des soins offerts à la population de façon générale, et plus particulièrement aux personnes âgées et à leurs proches.

De nombreux facteurs sociaux et organisationnels peuvent expliquer cette situation. Ceux-ci sont largement débattus, discutés, étudiés, et ce, souvent depuis plusieurs années. Le plus récent rapport des ordres professionnels sur la situation dans deux CHSLD pendant la première vague de la COVID-19 en est un exemple (Collège des médecins du Québec - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, 2021). De plus, nous avons constaté un discours fréquent au sein de la profession infirmière en lien avec le souhait de reconnaissance par des acteurs extérieurs (médias, autres professionnels, publics, etc.). Toutefois, le lien entre le fait d'être reconnu comme profession et la qualité des soins nous semble indirect et incertain. Cela semble porté par des besoins nous visant comme profession plutôt que directement par les besoins de la population. Bien que des actions puissent être entreprises pour influencer cette reconnaissance, il nous apparaît difficile de la contrôler, cette dernière devant inévitablement provenir d'acteurs extérieurs.

Sans nier l'importance indéniable de ces aspects et afin de considérer d'autres éléments qui pourraient contribuer à la santé de la population, nous avons choisi d'adopter une autre perspective pour réfléchir aux enjeux de notre profession, soit une perspective liée à l'éthique professionnelle plutôt qu'à une perspective de gouvernance ou de conditions de travail. Nous avons réfléchi, entre autres, en nous posant les questions : « Si les conditions de travail et l'organisation des soins étaient optimaux, est-ce que les enjeux de la profession seraient résolus? Quels problèmes subsisteraient et pourquoi? ». Cela nous a amenés à aborder les notions d'imputabilité, d'agentivité et d'*advocacy* des infirmières¹ directement en lien avec la qualité et l'équité des soins offerts à la population. Nous avons également tenté d'adopter un discours proactif et tourné vers l'intérêt de la population. Cette posture nous apparaît pertinente pour identifier des aspects que nous pouvons influencer directement. Nous souhaitons donc que les infirmières démontrent activement leur expertise au bienfait de la santé et du bien-être de la population en s'appuyant sur les valeurs morales de notre profession et en remettant en question certains a priori que nous avons sur notre profession et les stratégies que nous avons tendance à utiliser.

Tant l'auteure du mémoire que ses collaboratrices ont des expériences variées (clinique, gestion, formation, recherche) au sein de la profession et un intérêt commun pour les soins aux personnes âgées et à leurs proches. La réflexion que nous avons effectuée ensemble et nos propos s'appuient donc sur nos expériences professionnelles, ainsi que sur des écrits scientifiques et professionnels.

C'est à la lumière de ces constats, de cette perspective et de ces sources de réflexion que nous vous transmettons notre vision et nos propositions d'actions en lien avec les thèmes 1 (Des savoirs et des compétences uniques) et 3 (Former le présent, développer l'avenir) des états généraux. Certains éléments en lien avec le thème 2 (Innover pour mieux soigner) ont également été insérés au sein de nos propos.

¹ Dans le présent rapport, le féminin inclut le masculin afin d'alléger le texte et de refléter la majorité féminine de la profession infirmière.

Sommaire de propositions d'actions

Thème 1 | Des savoirs et des compétences uniques

- Rehausser les attentes à l'égard des infirmières afin qu'une pratique utilisant à son maximum le champ d'exercice soit attendue de tous les acteurs et pour toutes les infirmières.
 - Promouvoir le développement d'une culture professionnelle où l'imputabilité et les activités d'*advocacy* de l'infirmière sont attendues, valorisées et soulignées;
 - Développer une offre de formation continue pour les infirmières qui manifesteraient des difficultés à répondre à ces attentes et considérer l'influence importante des attitudes et des valeurs dans l'adoption de comportements d'imputabilité et d'agentivité.
- Démontrer de façon concrète les bénéfices pour la santé que peuvent avoir la science infirmière, les soins infirmiers et les divers rôles infirmiers afin de contribuer à l'agentivité des infirmières, à la transformation des environnements de soins et ultimement à des soins de meilleure qualité.
- Mettre en place des moyens variés pour favoriser la visibilité de l'expertise infirmière et la crédibilité des infirmières, tant sur les plans individuels, professionnels qu'organisationnels :
 - Faire ressortir le caractère distinctif de l'expertise infirmière;
 - Prendre le crédit des effets positifs des soins infirmiers;
 - Rehausser la norme d'entrée à la profession au niveau du baccalauréat;
 - Exposer les étudiants du 1^{er} cycle à la recherche;
 - Repenser les manuels de formation de façon cohérente avec une approche infirmière;
 - Tenir compte des entraves à la crédibilité des infirmières et sensibiliser à cet enjeu;
 - Exercer des pressions pour que les titres d'emploi soient représentatifs de l'expertise infirmière;
 - Promouvoir l'utilisation du titre professionnel d'infirmière, peu importe le champ d'exercice;
 - Surveiller plus étroitement l'utilisation illégale du titre d'infirmière par les infirmières auxiliaires;
 - Rehausser le rôle des CII;
 - Utiliser les statistiques sur les effectifs infirmiers et les domaines de pratique afin de faire des liens avec les besoins de la population.

Thème 3 | Former le présent, développer l'avenir

- Ajouter une commissaire adjointe provenant du comité jeunesse de l'OIIQ à l'équipe des commissaires des états généraux.
- Adopter une perspective critique pour remettre en question les stratégies récurrentes visant à rendre le baccalauréat la norme d'entrée à la profession.
 - Créer des alliances fortes avec d'autres ordres professionnels, facultés/département du domaine de la santé et organismes qui défendent les patients pour appuyer la mise en place de cette norme d'entrée dans la profession.
- Privilégier un discours où l'on parle de l'expertise spécifique des infirmières (p. ex., infirmière experte en soins aux personnes âgées, en soins critiques, en soins à domicile).
- Informer et encourager les infirmières à obtenir les certifications canadiennes existantes.
- Mettre en œuvre de façon pérenne des programmes de résidence en lien avec des domaines d'expertise infirmière (p. ex., en soins de longue durée, soins palliatifs).
- Créer un partenariat entre les milieux cliniques et les universités pour déterminer les compétences spécifiques aux divers domaines d'expertise et assurer un arrimage solide tant pour la formation initiale que pour le développement professionnel.

Des savoirs et des compétences uniques

La pleine occupation du champ d'exercice : Ancrée sur un engagement moral, démontrons notre expertise

Il est clair que les conditions de travail et la gouvernance dans les milieux de soins ont un impact important sur le déploiement des compétences des infirmières dans leur champ d'exercice. Cet aspect est démontré et essentiel (Déry et al., 2017). En plus de ces aspects importants, les infirmières ont aussi une responsabilité personnelle à développer leur expertise infirmière² et à la mettre en œuvre, ce qui est la perspective que nous explorons dans ce mémoire. Si plusieurs facteurs extrinsèques peuvent expliquer des difficultés rencontrées dans notre profession, il est également important de reconnaître que d'autres éléments, souvent non dits, sont aussi des facteurs contribuant au fait que des infirmières ne jouent pas leur rôle de façon optimale pour offrir des soins de qualité à la population, dont aux personnes âgées et à leurs proches. L'analyse de ce problème et la recherche de solutions uniquement axées sur l'environnement et les conditions de travail peuvent donner l'impression d'une absence d'agentivité³ chez l'infirmière, soit qu'elle n'a pas la capacité d'agir elle-même sur sa pratique professionnelle (Nagels, 2010), alors que selon son code de déontologie, elle « ne peut [...] se dégager de sa responsabilité civile personnelle » (article 9) et « doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité » (article 10, Éditeur officiel du Québec, 2020, 1^{er} septembre). Nous croyons donc que dans les prochaines années, il est temps d'affirmer et de considérer aussi l'agentivité des infirmières à démontrer leur expertise pour le bien-être de la population en dépit d'environnements de travail fréquemment peu optimaux. Ce changement de perspective permettrait d'éviter d'adopter un discours d'impuissance et de victimes du système de santé qui peut être internalisé par les infirmières et limiter leurs actions (Rodney, 2017), nuisant par le fait même à la qualité des soins reçus par la population. Bien que l'agentivité des infirmières soit influencée par le contexte, ce même contexte est aussi façonné par cette agentivité. Il est donc faux de croire que pour avoir un meilleur impact sur les soins aux personnes il soit nécessaire de transformer le contexte avant d'exprimer cette agentivité (Aveling et al., 2016).

Si certaines infirmières exercent avec agentivité, d'autres semblent restreindre leur exercice professionnel au rôle d'exécutante, instrumental, ou encore craignent de prendre des décisions qui les rendraient imputables. À d'autres moments, elles peuvent prendre des décisions pour être appréciées de leurs collègues plutôt que de prioriser les activités infirmières qui contribuent aux soins des personnes/proches. Ces situations sont suffisamment fréquentes pour ne pas être considérées comme des exceptions et elles soulèvent des enjeux éthiques. Que ces situations se présentent n'est guère surprenant, par contre, ce qui nous apparaît surprenant est que malgré ces attitudes et comportements qui vont à l'encontre de pratiques professionnelles contribuant à offrir des soins optimaux à la population, ces infirmières puissent continuer de pratiquer de cette façon sans que cela soit remis en question par leurs collègues ou leurs employeurs, du moins pas suffisamment pour mener à des changements dans la conception de leur rôle et responsabilités.

² Expertise infirmière : Combinaison de connaissances pratiques et théoriques qui se raffine dans un contexte clinique particulier et qui influence le jugement clinique et la qualité des soins (McHugh, M. D. et Lake, E. T. (2010). Understanding clinical expertise: nurse education, experience, and the hospital context. *Research in Nursing and Health*, 33(4), 276-287. <https://doi.org/10.1002/nur.20388>).

³ Agentivité : Capacité d'agir sur les autres et son environnement (Nagels, M. (2010). L'analyse de l'activité infirmière : ses effets sur l'auto-efficacité collective de cadres formateurs confrontés au changement. *Savoirs et soins infirmiers*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00516323/document>).

À partir de problèmes documentés au sein de la profession, il est possible d'émettre des hypothèses sur des raisons sous-tendant ces attitudes et ces comportements chez certaines infirmières outre l'environnement de travail. Par exemple, le développement historique de la profession sous la domination médicale (Cohen et al., 2002) et dans un contexte sociopolitique genré contraignant (Rodney et al., 2004) ont encore aujourd'hui une influence sur la profession infirmière. De même, les raisons pour choisir cette profession, dont l'accès presque garanti à un emploi, et la personnalité de certaines personnes qui choisissent notre profession (Drach-Zahavy et Srulovici, 2019) peuvent attirer un certain profil de personnes, par exemple une personne qui voudrait aider les autres, mais qui rechercherait aussi l'approbation des autres. Par ailleurs, l'inadéquation de la formation pour préparer aux activités professionnelles, dont une préparation scientifique et éthique, ainsi qu'une socialisation professionnelle présentant des lacunes (Institute of Medicine of the National Academies, 2011; Rodney et al., 2004; Srulovici et Drach-Zahavy, 2017) contribuent à des problèmes d'imputabilité⁴ et d'agentivité. Il y a également des caractéristiques de la pratique infirmière qui pourraient influencer telles que le fait que des résultats positifs sur la santé se manifestent souvent grâce à une continuité dans les soins ne permettant pas toujours à l'infirmière de constater les effets immédiats de ses actions (Sherman et Cohn, 2019).

Outre la formation qui sera abordée plus loin et qui nous paraît un facteur essentiel, il nous apparaît important de rehausser les attentes de façon importante à l'égard des infirmières afin qu'elles démontrent une expertise et agissent avec *advocacy*⁵ auprès de la population. Ce rehaussement nous apparaît des plus nécessaire dans les prochaines années, entre autres, pour assurer aux personnes âgées et à leurs proches, ainsi qu'au reste de la population, des soins de qualité, sécuritaires et contribuant à leur santé et bien-être. Les infirmières doivent transcender un rôle instrumental qui persiste parfois pour assurer la posture de professionnelles imputables.

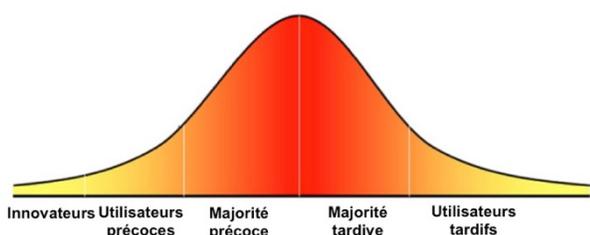
Étant donné le lien indissociable avec l'environnement de pratique, cette responsabilité de rehausser les attentes doit être systémique et s'appuyer sur des normes sociales (Aveling et al., 2016). Elle doit viser non seulement les gestionnaires dans les milieux cliniques et les milieux d'enseignement, mais également les infirmières elles-mêmes à l'égard de leurs collègues, ainsi que les autres professionnels de la santé, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le gouvernement. Dans l'intérêt de la population, nous recommandons que l'OIIQ promeuve le développement d'une culture professionnelle où l'imputabilité et les activités d'advocacy de l'infirmière pour défendre les intérêts des personnes et de leurs proches soient non seulement valorisées et soulignées, mais également attendues de toutes les infirmières. L'absence de cet engagement moral chez des infirmières doit être remise en question activement par tous, dont par les autres infirmières, afin de s'assurer que de plus en plus d'infirmières démontrent une expertise professionnelle. Ces attentes doivent être clairement communiquées afin que les infirmières soient au courant de leurs responsabilités de répondre à ces

⁴ Imputabilité : « Prendre la responsabilité de ses jugements, de ses actions et de ses omissions [...] afin d'offrir des soins de qualité et conforme aux standards de la profession tout en devant pouvoir rendre des comptes aux personnes qui sont influencées par sa pratique » (traduction libre, p. 46, Krautscheid, L. C. (2014). Defining professional nursing accountability: a literature review. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 43-47. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.06.008>).

⁵ Advocacy : Un processus impliquant des actions visant à préserver, représenter ou à défendre les intérêts, les valeurs et les choix des personnes dans le réseau de la santé, incluant ce qui concerne la justice sociale (Bu, X. et Jezewski, M. A. (2007). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 101-110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04096.x>).

attentes (Aveling et al., 2016) et un suivi doit être effectué afin d'identifier les difficultés et des solutions. Une offre de formation continue devrait être développée pour les infirmières qui manifesteraient des difficultés à répondre à ces attentes et considérer, entre autres, l'influence importante des attitudes et des valeurs dans l'adoption de comportements d'imputabilité professionnelle et d'agentivité.

Pour concevoir l'effet que pourrait avoir un rehaussement systémique des attentes à l'égard des infirmières, la théorie sur la diffusion des innovations (Rogers, 2003) peut être utile puisqu'elle tient compte de l'impact social d'un groupe. Elle décrit cinq profils de personnes face à l'adoption d'une nouvelle pratique ou technologie soit : les innovateurs, les utilisateurs précoces, la majorité précoce, la majorité tardive, les utilisateurs tardifs.



Il est possible d'émettre l'hypothèse qu'actuellement les infirmières occupant pleinement leur champ d'exercice et démontrant leur expertise ont peut-être le profil des innovateurs et des utilisateurs précoces. En rehaussant les attentes à l'égard de la démonstration de l'expertise, il serait possible d'encourager davantage d'infirmières ayant un profil

de majorité précoce ou de majorité tardive à adopter une telle pratique, ce qui permettrait d'atteindre un point critique permettant d'assurer la pérennité d'une pratique plus optimale afin que la population bénéficie pleinement des bienfaits des soins infirmiers. À cet effet, les infirmières qui démontrent pleinement leur expertise, incluant sur des aspects qui sont souvent invisibles mais au cœur de la discipline infirmière comme les aspects relationnels, et qui ont une pratique éthique doivent être valorisées par multiples stratégies à titre de leader. Elles doivent être identifiées comme étant la norme et non comme l'exception.

Nous constatons que certaines infirmières exercent quotidiennement leur pleine expertise de cette façon imputable et avec agentivité démontrant que cette façon de pratiquer est possible et réaliste. Notre recommandation est à l'effet de rehausser les attentes à l'égard des infirmières afin que cette pratique permettant d'utiliser à son maximum le champ d'exercice au bénéfice de la population soit celle attendue de la part de tous (personnes soignées, infirmières, professionnels de la santé, gestionnaire, ordre professionnel, milieu d'enseignement, gouvernement, etc.) et surtout pour toutes les infirmières. Étant donné que les personnes âgées et leurs proches doivent recevoir des soins infirmiers fréquemment et que presque toutes les infirmières en contexte clinique soignent des personnes âgées, ce rehaussement des attentes nous paraît essentiel pour améliorer les soins qu'elles reçoivent.

Une démonstration des bénéfices de soins infirmiers optimaux pour les personnes âgées et leurs proches : Un centre d'hébergement pleinement infirmier⁶

Afin de donner un exemple de bénéfices pour les personnes âgées et leurs proches de recevoir des soins infirmiers optimaux s'appuyant sur l'agentivité et l'intention d'agir avec *advocacy* présentées

⁶ Bien que la démonstration de ces bénéfices soit en lien avec le thème 1 des états généraux, plusieurs éléments rejoignent également des éléments des thèmes 2 et 3.

précédemment, voici un dialogue fictif entre deux infirmières, Florence et Virginia, inspiré d'idées ayant émergé d'échanges entre les collaboratrices de ce mémoire⁷.

Florence : Comment as-tu passé à travers la pandémie dans ton CHSLD ?

Virginia : Ouf que cela a été choquant, épuisant et triste ! J'ai été témoin de tellement de souffrance chez tout le monde. Les problèmes existaient depuis si longtemps en CHSLD et la pandémie est venue tout exacerber avec les conséquences horribles que l'on connaît. Pourtant, il était prévisible que les personnes âgées vivant en CHSLD seraient particulièrement vulnérables aux éclosions de COVID-19, puisque c'est une population qui est connue comme étant vulnérable aux infections étant donné la baisse de l'immunité liée à l'âge. À cela s'ajoute les troubles cognitifs souvent présents chez ces personnes âgées et qui rendent difficile le respect de consignes de prévention des infections. Et les proches ! C'est un peu chez eux aussi et ils sont une partie essentielle de la vie en CHSLD, alors leur absence lors de la première vague a été dramatique.

Florence : Considérant que les infirmières devraient avoir des connaissances sur les principes de transmission des infections, sur les soins à offrir à ces personnes âgées et sur l'accompagnement des proches, comment se fait-il que ces milieux n'aient pas été mieux préparés ?

Virginia : Cela a été maintes fois dit qu'il manquait énormément de ressources humaines, entre autres, les ratios de résidents par infirmière n'étaient pas adéquats. Je pense qu'une très grande souffrance et beaucoup de décès auraient pu être évités dans les CHSLD, s'il y avait eu plus d'infirmières ayant une expertise sur les soins à ces personnes âgées, qu'elles avaient été entendues lorsqu'elles auraient souligné dans un esprit d'*advocacy* les risques pour ces personnes en lien avec l'arrivée d'une nouvelle infection et qu'elles auraient eu l'agentivité et les moyens de mettre en place des stratégies de prévention des infections dès le début de la pandémie. En fin de compte, c'est la population qui a subi les impacts dramatiques de ce manque de soins infirmiers.

Florence : Ça me donne le goût de rêver au centre d'hébergement (ou à la maison des aînés) idéal où les soins infirmiers se concrétiseraient pleinement comme ils se doivent ! Après tout, ce sont des milieux dont la mission est directement d'offrir des soins infirmiers. S'il y a un endroit où l'infirmière peut pleinement jouer son rôle et avoir un impact immense sur le bien-être des personnes, c'est bien en CHSLD !

Virginia : C'est vrai. Je peux imaginer un tel centre ! Il serait dirigé par une infirmière ayant une formation de 2^e cycle en sciences infirmières et en administration qui travaillerait en étroite collaboration avec les équipes de soins infirmiers. Il y aurait un ratio de résidents par infirmière clinicienne qui lui permettrait de jouer pleinement son rôle et de démontrer une expertise en soins aux personnes âgées. Ces infirmières cliniciennes seraient appuyées par des infirmières auxiliaires et des préposés bien formés, entre autres, sur les soins aux personnes âgées. Cette équipe serait soutenue sur leur unité par une infirmière-chef ayant une maîtrise en sciences infirmières lui permettant d'avoir des connaissances scientifiques, ainsi qu'en gestion de projet et du changement.

Florence : Oui ! En plus, je pense que les infirmières cliniciennes pourraient non seulement démontrer leur expertise dans ce domaine, mais étant donné les caractéristiques des soins requis en CHSLD, elles pourraient même avoir un rôle élargi dans ce type de milieu. Par exemple, en plus de leur droit de prescrire en lien avec les soins de plaies, ce droit pourrait être élargi à certains problèmes de santé

⁷ Nous remercions particulièrement notre collaboratrice Elisabeth Laughrea pour cette idée du centre d'hébergement pleinement infirmier.

courants en centre d'hébergement comme des infections urinaires ou cutanées ou encore d'ajuster certaines médications. Cela permettrait de mettre en œuvre leur expertise à comprendre les problèmes de santé très particuliers des personnes qui vivent dans ces milieux et de mettre à profit leurs connaissances fines de leur histoire de santé et de vie. On répondrait plus vite à leurs besoins et à ceux de leurs proches en tenant mieux compte de leurs préférences! Elles agiraient donc dans une visée d'*advocacy* et en étant imputables des résultats obtenus de leurs soins sur la qualité de vie des résidents.

Virginia : Cela me paraît une excellente idée! Cela permettrait aussi de peut-être attirer dans ce domaine d'expertise que sont les soins de longue durée un profil particulier d'infirmières recherchant une pratique particulièrement autonome. Ces infirmières cliniciennes pourraient alors évaluer la condition de santé des personnes hébergées de façon à optimiser leurs capacités et à assurer leur qualité de vie dans le respect de leurs préférences, effectuer le suivi infirmier et la surveillance requise, ainsi que dépister les facteurs de risque, par exemple, les infections, les chutes, les idées suicidaires! Elles interviendraient de façon proactive, et ce, afin de planifier et coordonner les soins en collaboration avec les proches, de les offrir ou, si elles les délèguent à ses collègues infirmières auxiliaires ou préposés, de s'assurer qu'ils sont soutenus dans leur réalisation et d'en assurer le suivi (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018) pour réduire au maximum les soins manqués ou oubliés.

Souvent, ce que l'on ne fait pas comme infirmière cause beaucoup de torts. Juste comme ça, je pense à l'importance de faire marcher des résidents quotidiennement, de prévenir les infections, de stimuler cognitivement les résidents, de réviser leur médication, d'évaluer les changements de comportements, de communiquer adéquatement avec les personnes qui ont des troubles cognitifs, etc. Lorsque cela n'est pas fait ou bien fait, cela cause beaucoup de problèmes aux personnes âgées surtout qu'elles n'ont souvent plus la capacité de réclamer ou d'exprimer leur mal-être de façon typique! Ces personnes âgées perdent alors plus vite leurs capacités restantes et leur qualité de vie, elles peuvent avoir de la douleur non soulagée, elles peuvent être désorientées, développer une dépression ou vouloir mourir, avoir des effets secondaires pénibles mais non identifiés, se sentir isolées et avec la COVID-19, on l'a vu, elles peuvent en mourir et elles peuvent mourir dans des conditions extrêmement difficiles.

On sait qu'elles sont dans la dernière période de leur vie, mais il y a quand même une façon éthiquement acceptable de vivre cette période afin qu'elles aient le meilleur bien-être possible et qu'elles puissent rester dans leur centre d'hébergement pour recevoir ces soins parce que l'équipe serait celle qui la connaîtrait le plus elle et ses proches. De plus, cette équipe serait celle qui aurait le plus d'expertise sur les problèmes de santé et les soins de ces résidents. Les infirmières cliniciennes pourraient alors les accompagner dans cette étape souvent difficile de leur vie et aussi pour leurs proches, parce que ce n'est pas facile pour eux non plus de s'ajuster à ce milieu de vie et de se préparer à leur fin de vie.

Florence : Pour moi, il est clair que pour faire cela, ces infirmières cliniciennes resteraient activement à jour dans leurs connaissances scientifiques sur les soins aux personnes âgées, aux proches et de fin de vie en consultant les études dans ces domaines et en les intégrant à leur pratique. En collaboration avec l'infirmière-chef et avec l'infirmière clinicienne spécialisée, elles soutiendraient aussi le reste de l'équipe de soins dans l'actualisation de leur pratique dans une approche de partenariat, de respect du milieu de vie des résidents et de la création d'une communauté tant au sein du centre qu'avec le quartier environnant.

Virginia : Et leur collègue directrice du centre d'hébergement s'organiserait pour qu'elles aient un accès sur place aux bases de données scientifiques et aux périodiques. J'y pense, il pourrait y avoir des appareils mobiles pour tous les membres de l'équipe de soins pour faciliter la consultation des écrits et aussi des outils sur ces appareils qui aideraient à l'ajustement, en temps réel, du plan thérapeutique infirmier et à sa consultation ! Ces outils pourraient aussi faciliter la communication entre elles et les proches (Bourbonnais et al., 2019b, 2020).

Florence : Bonne idée ! Comme cela, ce centre d'hébergement deviendrait une vraie communauté. Aussi, il y aura des infirmières ayant une pratique avancée, soit qui ont une maîtrise en sciences infirmières : des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et des infirmières cliniciennes spécialisées (ICS). Les infirmières cliniciennes collaboreraient avec des IPS en 1^{re} ligne formées aux soins en centre d'hébergement qui viendraient évaluer et traiter de nouvelles conditions de santé.

Ces dernières seraient appuyées par des ICS qui contribueraient à l'analyse de situations complexes de soins à titre de spécialiste de la qualité des soins. Par leurs connaissances avancées sur les soins infirmiers, ainsi que sur les processus d'implantation de nouvelles pratiques pour promouvoir la qualité des soins, ces ICS soutiendraient des changements durables et aideraient les équipes à innover dans leur façon d'offrir des soins à des résidents vulnérables dans un environnement où les enjeux de cohabitation peuvent être nombreux. On a tellement réduit la présence de ces ICS dans les centres d'hébergement dans les dernières années (Collège des médecins du Québec - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, 2021), que cela a eu un impact important sur la dégradation de la qualité des soins et de l'innovation dans ces milieux, en plus d'avoir eu des coûts humains et financiers importants ! Pourtant, les ICS sont directement responsables d'opérationnaliser le mandat de la direction des soins infirmiers à l'égard de la qualité des soins et prévu dans la Loi sur les services de santé et des services sociaux (Éditeur officiel du Québec, 2020, 20 octobre) !

Virginia : Tu as raison ! Dans notre centre, une telle ICS y aurait son bureau pour être facile d'accès, serait présente régulièrement sur les unités de soins et son rôle serait bien connu de l'équipe de soins. Elle consacrerait au moins 20 % de sa pratique à l'analyse de situations cliniques complexes et à la résolution de dilemme éthique en soutien aux équipes (Chan et Cartwright, 2014; Kilpatrick et al., 2016). Outre des activités de formation et de coaching, elle utiliserait aussi ses compétences de collaboration afin de favoriser le partage des meilleures pratiques avec les autres centres d'hébergement et elle collaborerait à la recherche pour améliorer les soins de longue durée.

Évidemment, il y aurait aussi une infirmière spécialisée en prévention des infections. Elle travaillerait avec toute cette équipe en analysant les risques d'infection et les façons de les prévenir de façon adaptée à un centre d'hébergement puisque les interventions prévues en contexte hospitalier ne se transposent pas à une communauté d'hébergement de longue durée.

Florence : En effet, il faut tenir compte de la nature communautaire de cet environnement, en plus des particularités des résidents qui ont, par exemple, une vulnérabilité accrue aux infections, des manifestations ou complications souvent atypiques, des difficultés cognitives et qui vivent à temps plein dans ce milieu avec ce que cela implique sur les relations avec leurs proches, des bénévoles, des agents de loisirs. Donc, cette infirmière spécialisée en prévention des infections démontrait non seulement une expertise sur les infections, mais aussi sur les soins infirmiers à offrir aux personnes âgées dans ce contexte afin de pouvoir proposer des actions cohérentes et réalistes.

Virginia : Avec une telle équipe infirmière qui démontrerait son expertise, qui ferait preuve d'*advocacy* et d'imputabilité, la grande majorité des problèmes de soins dans le CHSLD pourrait se régler, l'équilibre entre la prévention des risques et la liberté des résidents pourrait être favorisé et surtout, la qualité de vie et le bien-être pourraient être augmentés tant pour les personnes âgées que pour leurs proches. Par exemple, il y aurait moins de comportements réactifs comme les comportements vocaux ou agressifs chez les personnes âgées parce que la douleur pourrait être traitée plus efficacement et les sens de ces comportements mieux compris par le travail en partenariat avec les proches (Bourbonnais et al., 2019a), l'environnement serait propice à optimiser les capacités restantes des résidents et les états confusionnels aigus pourraient être repérés plus rapidement. En impliquant les proches même dans les soins de fin de vie selon leurs souhaits, les personnes âgées pourraient être mieux soulagées de leurs symptômes et les proches mieux accompagnés dans cette dernière étape de la vie en hébergement (Auclair et Bourbonnais, 2020).

Florence : Au besoin, en fonction des résultats de leur évaluation de la situation de santé, les infirmières cliniciennes pourraient collaborer avec d'autres professionnels comme le pharmacien, la nutritionniste ou la physiothérapeute pour des besoins spécifiques en assurant un rôle d'*advocacy*.

Virginia : Dans 20 ans, tu y crois toi que les infirmières oseront démontrer leur expertise de cette façon et faire valoir les conséquences concrètes sur la population quand elles peuvent vraiment offrir ces soins? À défendre ardemment les droits des personnes âgées vivant dans ces centres et leurs proches à recevoir des soins infirmiers de qualité puisque c'est ce qui leur permet de vivre dignement les dernières années de leur vie? Ou les personnes les plus vulnérables et ayant de nombreux handicaps de notre société souffriront encore d'un déficit en soins qu'elles peuvent difficilement dénoncer?

Florence : Je l'espère tellement, sinon la population et le système de santé ne bénéficieront pas du plein potentiel de l'expertise infirmière dans un domaine où cette expertise fait toute la différence entre vivre cette dernière période de la vie de façon digne et confortable plutôt que dans une immense souffrance.

Ce dialogue fictif illustre les bénéfices qui pourraient découler pour la population d'un centre d'hébergement pleinement infirmier. Il serait certainement possible de dégager d'autres bénéfices tant dans ce contexte de soins que dans d'autres contextes si les infirmières pratiquaient en mettant en action l'étendue des savoirs infirmiers, savoirs qu'il serait idéalement possible de déployer dans le contexte législatif de l'exercice infirmier au Québec. Nous recommandons de démontrer de façon concrète et orientée vers la population les bénéfices que peuvent avoir la science infirmière et les soins infirmiers afin de contribuer à l'agentivité des infirmières, à la transformation des environnements de soins et ultimement à des soins de meilleure qualité.

Des moyens : Rendre visible l'expertise et crédible la parole

Outre divers moyens déjà exposés dans ce qui précède, nous avons identifié d'autres actions qui nous paraissent pertinentes pour contribuer à démontrer l'expertise infirmière. Un de nos constats est que les infirmières, peu importe leur milieu de travail, doivent rendre visible concrètement ce qu'elles font, comment elles pensent et les retombées de leur pratique, et ce, tant au public, qu'aux autres infirmières, autres professionnels de la santé ou diverses instances gouvernementales (Buresh et Gordon, 2013). Cet aspect nous apparaît important, entre autres, pour contribuer à la culture de l'imputabilité et de

l'agentivité que nous avons décrite plus haut et aussi pour s'assurer que les infirmières seront sollicitées dans les situations où leur expertise pourrait contribuer à la santé de la population. Cela pourrait également contribuer à améliorer les conditions de travail des infirmières.

Malgré une apparence souvent procédurale, le savoir infirmier et la pratique infirmière sont de nature abstraite puisqu'ils visent une compréhension des expériences humaines de façon holistique en lien avec des problèmes de santé variés et l'aspect relationnel inhérent à notre profession et discipline (Newman et al., 2008). Ces caractéristiques requièrent que les infirmières soient capables d'expliquer ce qu'elles font, incluant d'un point de vue relationnel, et qu'elles soulignent les connaissances qui guident leurs soins. En étant imputables, elles doivent aussi prendre le crédit des effets positifs de leurs soins (Buresh et Gordon, 2013). Par exemple, une infirmière pourrait identifier un problème en lien avec une ordonnance médicale pour une personne âgée sur la base de ses connaissances scientifiques et de son engagement moral à soulager la douleur de cette personne. Elle pourrait agir avec *advocacy* en contactant le médecin pour exposer des faits clairs à ce propos et son analyse sous-tendant cette demande de modification, et ce, en persévérant pour s'assurer que ce dernier modifiera le traitement dans l'intérêt de la personne. Les retombées sur cette personne âgée qui serait alors mieux soulagée sans avoir d'effets secondaires découleraient alors de soins infirmiers s'appuyant sur des connaissances et un jugement clinique. Selon Buresh et Gordon (2013), dans une telle situation, l'infirmière devrait expliquer ses démarches à la personne pour s'assurer de son confort et lui indiquer qu'elle effectuera un suivi pour s'assurer que le confort visé est bien atteint. Cette façon de faire permettrait de rendre visible l'expertise et l'imputabilité infirmière et, par le fait même, de contribuer à générer des attentes à l'égard des soins infirmiers chez la population et à une meilleure offre de soins.

Cette capacité à rendre visible les soins infirmiers dépend, entre autres, sur le fait que les infirmières doivent reconnaître leur propre expertise. Lorsqu'on leur demande ce qu'elles font de distinctif, il n'est pas rare qu'elles aient des difficultés à répondre ou encore qu'elles répondent en exposant uniquement des actes techniques qui peuvent être réalisés par d'autres professionnels ou par des proches. Il est alors difficile de déterminer si ces infirmières n'ont pas d'expertise ou si elles ont de la difficulté à l'expliquer. Cette situation nous permet d'aborder le problème fondamental de la formation des infirmières.

Nous considérons donc que la formation des infirmières devrait être universitaire et s'appuyer de façon explicite sur la science infirmière afin d'expliquer les mécanismes permettant d'atteindre certains résultats de soins. Elle devrait permettre de développer une pensée scientifique et critique, ainsi qu'une capacité à justifier ses choix et à les expliciter. Cette formation devrait, entre autres, inclure des notions avancées d'éthiques professionnelles et aborder l'imputabilité, l'agentivité et l'agir avec *advocacy* requis des infirmières. Les étudiantes de 1^{er} cycle devraient être exposées à la recherche en sciences infirmières et côtoyer des chercheurs afin de prendre acte concrètement de l'assise scientifique de notre profession. De plus, une réflexion s'impose sur les manuels utilisés dans la formation infirmière afin de mieux refléter une approche infirmière dans la façon d'analyser les situations de santé. Par exemple, il nous apparaît incohérent que les manuels en soins infirmiers soient organisés par système physiologique ou par pathologie alors que la science infirmière considère la santé de façon globale.

Par ailleurs, les infirmières semblent également vivre des difficultés en lien avec la crédibilité de leurs observations lorsqu'elles identifient des problèmes dans le réseau de la santé. Par exemple, les infirmières qui travaillent en CHSLD ont sonné l'alarme à plusieurs reprises dans les dernières années, entre autres, afin de dénoncer les conditions qui ne leur permettaient pas d'assurer des soins de qualité.

Toutefois, elles ne semblent pas avoir été entendues, du moins pas assez pour mener à un changement. La pandémie a révélé de façon dramatique les effets de cette situation sur la santé des personnes âgées. Ce constat amène à réfléchir à la crédibilité des infirmières à titre de lanceuses d'alertes. Voici un extrait à ce propos que nous avons partagé avec le protecteur du citoyen dans le cadre de l'enquête sur la gestion de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD : «Le contexte d'une enquête judiciaire (l'enquête Sinclair) au Manitoba dans les années 90 en lien avec des erreurs médicales commises par un chirurgien a amené une auteure à analyser cette crédibilité des infirmières qui avaient maintes fois dénoncé la situation sans avoir été entendues, ce qui a mené au décès de plusieurs enfants (Ceci, 2004a, 2004b). Bien que le contexte soit différent, des parallèles peuvent être faits avec la situation en CHSLD avant et pendant la pandémie. Ceci (2004a) fait le constat qu'un discours rapportant des faits inquiétants, mais empreint de compassion et d'émotions, soulève souvent des doutes sur la validité des faits rapportés et peut plutôt faire dévier les préoccupations vers les capacités d'adaptation de la personne qui porte ce discours. Les infirmières, exerçant une profession qui est ancrée dans des valeurs humanistes, rapportent souvent des faits en lien avec la qualité des soins en s'appuyant sur un tel discours, réduisant, selon la perception de certains, leur crédibilité. Nous faisons l'hypothèse que ce type de discours, et surtout l'interprétation qui en est faite par les diverses instances, a nui à la mise en place de correctifs aux problèmes de qualité des soins soulevés dans les CHSLD par les infirmières et que cela a aussi pu les amener à se taire face à des enjeux cruciaux. Pourtant, lorsqu'elles soulèvent des enjeux, ces derniers sont généralement ancrés dans une préoccupation profonde pour le bien-être des résidents et de leurs proches» (Bourbonnais et Dubé, 2020, p. 12).

Cet enjeu de la crédibilité nous apparaît important pour les infirmières et ces dernières, peu importe leur milieu de travail, devraient tenir compte de ce problème potentiel afin d'adopter des moyens pertinents pour augmenter leur crédibilité et contribuer à changer les perceptions à cet égard. Dans une perspective d'*advocacy* et d'agentivité, elles pourraient, par exemple, s'assurer de présenter des faits et les impacts concrets lorsqu'elles exposent un problème, en plus d'exposer des éléments humains ou expérientiels. Elles pourraient sensibiliser leurs collègues sur ce biais à l'égard d'un discours plus humain malgré l'importance de cette forme de discours qui découle de valeurs primordiales dans notre profession et qui est souvent associée aux femmes. Tant les milieux cliniques que d'enseignement devraient considérer ce problème de crédibilité et identifier des stratégies pour le surmonter dans l'intention de permettre à la population de réellement profiter de notre expertise.

Par ailleurs, à l'égard de ce besoin d'être visible et crédible, nous constatons au Québec une tendance dans les dernières années à ce que le mot infirmier ou infirmière soit absent de titres d'emploi visant pourtant des infirmières. Cette tendance semble se produire principalement dans les milieux francophones (p. ex. chef d'unité, coordonnatrice, conseillère-cadre, etc.) alors que dans les milieux anglophones ou ailleurs dans le monde le mot «nurse» est présent (p. ex., *head nurse*, *clinical nurse specialist*, etc.). De plus, certaines infirmières occupant des fonctions importantes dans les établissements de santé ne s'identifient pas non plus à ce titre (p. ex., adjointe à la direction du soutien à l'autonomie de la personne âgée ou même président-directeur général d'un CISSS/CIUSSS), alors que d'autres professionnels identifient clairement leur appartenance professionnelle malgré ces hautes fonctions. Cette réalité nous semble contribuer à l'invisibilité de l'expertise infirmière et à notre apport concret dans le réseau de la santé. Sans compter qu'il est très fréquent que les infirmières auxiliaires se présentent comme étant infirmières malgré la nature réservée de notre titre, ce qui contribue également à la confusion à l'égard de l'expertise infirmière. Comme recommandé par Buresh et Gordon (2013), les infirmières devraient utiliser leur titre explicitement, peu importe leur fonction, incluant lorsqu'elles

pratiquent dans les champs d'activité liés à la gestion, à l'enseignement et à la recherche afin d'augmenter la visibilité et la crédibilité de l'expertise infirmière. Des pressions devraient également être exercées afin que les titres d'emploi demandant une expertise infirmière reflètent dans leur nomenclature cette expertise. Et finalement, des actions supplémentaires devraient être entreprises à l'égard des infirmières auxiliaires qui ne se présentent pas de façon conforme aux lois québécoises.

Sur le plan des organisations, il nous apparaît important que le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) retrouve un rôle central dans les établissements pour favoriser la démonstration de l'expertise infirmière. À cet effet, un tel CII devrait être associé à chacun des regroupements d'installations ayant la même mission au sein d'un CISSS/CIUSSS (p. ex., un CII pour l'hébergement, un autre pour les CLSC, etc.) plutôt que de représenter l'ensemble du CISSS/CIUSSS, et ce, afin de permettre un engagement plus important des infirmières et de tenir compte de l'expertise spécifique des infirmières dans chacune de ces missions de soins. Ces CII devraient également avoir un rôle renforcé dans l'évaluation de la qualité des soins dans l'esprit d'une culture d'imputabilité et d'agentivité dans la démonstration de l'expertise infirmière. Par exemple, il pourrait contribuer à des activités d'audit sur la qualité des actes infirmiers.

Finalement, les statistiques annuelles produites par l'OIIQ sur les effectifs infirmiers pourraient permettre d'aborder dans le discours public la distribution de l'expertise infirmière (p. ex., en soins aux personnes âgées, en soins critiques, etc.) selon les diverses régions et le niveau de formation afin de faire des liens avec les besoins de la population. Cela pourrait permettre de démontrer plus concrètement cette expertise et les problèmes découlant de l'absence de cette dernière.

Ainsi, nous recommandons de mettre en place plusieurs moyens variés pour favoriser la visibilité de l'expertise infirmière et la crédibilité des infirmières, tant sur les plans individuels, professionnels qu'organisationnels.

Former le présent, développer l'avenir

Tout d'abord, en lien avec cette thématique, nous avons une recommandation visant à ajouter une commissaire adjointe provenant du comité jeunesse de l'OIIQ à l'équipe des commissaires des états généraux. En effet, étant donné l'intention de réfléchir à la profession pour les prochaines années, il nous apparaît pertinent d'intégrer concrètement au moins une infirmière de la relève dans ce processus.

Arrêtons de tourner en rond : Repenser les stratégies pour la mise en place du baccalauréat comme norme d'entrée dans la profession

Nous ne reprendrons pas ici les arguments à l'égard de la nécessité du baccalauréat comme norme d'entrée dans la profession infirmière puisque cela a été maintes fois et largement documenté, entre autres, par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012) et par le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (2012). L'importance de cette formation universitaire est aussi soulignée par l'Institute of Medicine of the National Academies (2011) et par des experts sur la formation des infirmières (Benner et al., 2009).

Rappelons que dans l'intérêt d'assurer à la population des soins à la hauteur des connaissances scientifiques de la discipline infirmière et d'assurer la sécurité, la norme d'entrée à la profession dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada est le baccalauréat, à l'exception du Québec. Dans le

reste du Canada, la formation est passée des collèges communautaires, qui offraient des programmes équivalents à ceux des CÉGEPs au Québec, à l'université entre les années 1998 et 2012 (Almost, 2021). Pourtant, les besoins de la population, les connaissances scientifiques requises pour y répondre et les compétences nécessaires pour déployer ces connaissances sont les mêmes au Québec que dans le reste du Canada. Cela soulève un questionnement éthique à savoir pourquoi la population du Québec n'aurait pas le droit de recevoir des soins de professionnels formés au même niveau qu'ailleurs au Canada. En Europe, le processus de Bologne a également mené au rehaussement de la norme d'entrée au niveau universitaire et plusieurs pays d'Afrique sont également à suivre cette voie (SIDIEF, 2019).

Depuis plusieurs années, les tentatives pour mener à ce rehaussement de la norme d'entrée auprès du gouvernement du Québec n'ont pas eu de succès. Pourtant, nous constatons une certaine constance dans les stratégies utilisées pour influencer les décideurs quant à la pertinence de ce rehaussement. Les éléments mentionnés précédemment sur le besoin de démontrer notre expertise et de la rendre crédible sont probablement des facteurs contribuant à cette difficulté, tout comme les différents niveaux de formation contribuent à ces problèmes d'expertise et de crédibilité. Cette situation donne l'impression d'une profession coincée dans les mêmes enjeux depuis plusieurs décennies. À cet effet, nous considérons qu'il est temps d'adopter des stratégies différentes et peut-être audacieuses qui sont orientées vers la défense des droits de la population à recevoir les meilleurs soins possibles dans l'avenir, entre autres, les personnes âgées et leurs proches.

Notre réflexion nous amène à considérer que cette préoccupation pour la population est partagée par l'ensemble des ordres professionnels du domaine de la santé et par l'ensemble des professions de la santé. Il nous apparaît donc étonnant que des appuis interprofessionnels n'aient pas été sollicités alors que les autres professionnels travaillent au quotidien avec les infirmières et peuvent constater sur le terrain l'apport d'une formation universitaire. Par exemple, les médecins ont tout intérêt à collaborer avec des infirmières ayant une formation universitaire solide afin d'assurer le meilleur suivi possible à leurs patients, la résultante ne pouvant être que bénéfique pour la population. Il en est de même pour les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les nutritionnistes, les travailleurs sociaux, etc. À l'examen de la formation des divers professionnels de la santé, il ressort clairement qu'il existe une incohérence du fait que la norme d'entrée à la profession infirmière ne soit pas universitaire. Ainsi, la norme d'entrée de l'ensemble des autres corps professionnels est une formation universitaire, à l'exception des inhalothérapeutes qui demandent eux aussi activement d'être formés à l'université (Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2020). Pourtant, la complexité des compétences et des connaissances requises en sciences infirmières n'est pas moindre que pour les autres professionnels.

Cela nous amène à nous demander si notre besoin historique à vouloir démontrer notre autonomie professionnelle nous empêche aujourd'hui de créer des alliances qui permettraient de favoriser un changement bénéfique pour la population ? Est-ce que notre autonomie professionnelle est si fragile ou notre besoin de projeter une certaine image est si important qu'il ne serait pas acceptable de travailler en équipe avec les autres professionnels pour influencer le gouvernement à mener un changement documenté depuis de nombreuses années comme étant nécessaire pour le bien de la population ? Nous formons les professionnels de la santé à travailler en collaboration. Dans les dernières années, des dossiers ont progressé pour le bien de la population grâce à la collaboration entre divers ordres professionnels (p. ex., pratique de la psychothérapie). Alors pourquoi est-ce que ce dossier de la norme d'entrée pour la profession infirmière ne pourrait pas bénéficier lui aussi d'alliés, qui sont indirectement concernés par ce problème, tant dans les ordres professionnels que dans les diverses facultés /

départements universitaires ou encore avec les organismes défendant les droits des patients afin de corriger une incohérence qui persiste ?

Nous recommandons donc qu'une perspective critique soit adoptée pour remettre en question des stratégies récurrentes qui pourraient découler, entre autres, de préoccupations historiques qui maintiennent une certaine posture dans la profession auprès des diverses instances, ne contribuant ainsi pas à modifier une dynamique qui s'enlise. Nous suggérons de créer des alliances fortes avec d'autres ordres professionnels, facultés/département du domaine de la santé et organismes qui défendent les patients qui pourraient venir appuyer la mise en place du baccalauréat comme norme d'entrée dans la profession dans l'intention d'assurer les meilleurs soins à la population et des soins équitables comparativement aux autres provinces et pays.

Des infirmières expertes et spécialistes, l'être et le rester par le développement professionnel continu

Notre réflexion a porté sur le fait que les infirmières doivent démontrer leur expertise. Nous considérons qu'elles la démontrent lorsqu'elles mettent en action des actes professionnels s'appuyant sur la combinaison de connaissances pratiques et théoriques qui influence leur jugement clinique et la qualité de leurs soins (McHugh et Lake, 2010). Cette expertise peut donc s'approfondir, continuer de se développer et surtout elle doit être ancrée sur des connaissances rigoureuses et pertinentes à l'état actuel des connaissances.

À cet effet, il nous apparaît impossible de démontrer de l'expertise sans activités de développement professionnel continu. Afin de promouvoir une telle culture, les recommandations faites plus haut sur le rehaussement des attentes pourraient y contribuer. De même, un discours où l'on parle de l'expertise spécifique des infirmières (p. ex., infirmière experte en soins aux personnes âgées, en soins critiques, en soins à domicile) devrait être privilégié afin d'atténuer l'impression que les infirmières sont interchangeables tant auprès de la population que chez les infirmières elles-mêmes qui internalisent ce discours. Il serait alors pertinent de souligner que les infirmières ayant une formation de 2^e cycle pourraient être distinguées des infirmières expertes en étant explicitement présentées comme étant plutôt des spécialistes d'un domaine précis, tant les infirmières cliniciennes spécialisées, les infirmières praticiennes spécialisées que les infirmières spécialisées en prévention des infections.

De plus, les infirmières devraient être davantage informées et encouragées à obtenir les certifications canadiennes existantes dans divers domaines d'expertise, entre autres, en gérontologie. Est-ce que l'obtention d'une telle certification pourrait être ajoutée parmi les informations recueillies par l'OIIQ annuellement lors de la mise à jour du dossier et être disponible lors de la vérification du permis d'exercice? Les milieux cliniques et d'enseignement devraient certainement encourager et faciliter une telle certification. Par ailleurs, la mise en œuvre de programmes de résidence en lien avec des domaines d'expertise infirmière (p. ex., en soins de longue durée, soins palliatifs) devrait être encouragée de façon pérenne (Charette et al., 2020) afin de favoriser le développement de l'expertise et de sensibiliser, dès le début de la pratique professionnelle, à l'importance de la formation continue. Un partenariat entre les milieux cliniques et les universités devrait être mis sur pied afin de déterminer les compétences spécifiques aux divers domaines d'expertise et assurer un arrimage solide tant pour la formation initiale que pour le développement professionnel.

Conclusion

Ayant à cœur que les personnes âgées et leurs proches bénéficient des meilleurs soins infirmiers possibles, nous sommes grandement préoccupées par l'évolution actuelle de la profession infirmière et pour son avenir. Nous souhaitons que dans 20 ans, nous puissions constater que les infirmières, dont la norme d'entrée à la profession serait universitaire, démontreront activement leur expertise infirmière ancrée sur des assises scientifiques solides et sur un engagement moral marqué par leur agentivité et leur *advocacy* pour les personnes soignées et leurs proches. Pour notre part, nous y travaillerons vivement et nous espérons qu'un bassin important d'infirmières et de diverses instances y contribueront également.

«La profession infirmière est devenue ce qu'elle est en raison de toutes ces influences, mais aussi en raison de ce que les infirmières elles-mêmes considèrent comme important. Malheureusement [...] des caractéristiques spécifiques de la profession infirmière, qui sont des vestiges du passé et des images dominantes des soins infirmiers aujourd'hui, sont devenues des stéréotypes qui entravent l'épanouissement de la profession infirmière. Une perception différente de la profession permettrait d'obtenir une vision plus intéressante et plus diversifiée. Différemment comme dans une profession où la réflexion et l'utilisation des connaissances sont nécessaires à la bonne qualité des soins. [...] Et aussi différemment comme dans une profession qui serait un travail épanouissant pour les hommes et les femmes, dans laquelle ils peuvent "faire le bien" et être importants pour les autres.» (Traduction libre, van der Cingel et Brouwer, 2021, p. 5)

Références

- Almost, J. (2021). *Les soins infirmiers réglementés au Canada : le portrait de 2021*. Association des infirmières et infirmiers du Canada. https://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/regulated-nursing-in-canada_f.pdf?la=fr&hash=840D2620F74D8743786A52A243887B265D74586B
- Auclair, I. et Bourbonnais, A. (2020). L'implication des proches dans les soins de fin de vie de personnes âgées vivant en centre d'hébergement : une revue narrative des écrits. *L'infirmière clinicienne*, 17(1), 29-42. <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/AuclairetBourbonnais2020Revue-InfClinicienneVol17no1pp29-42.pdf>
- Aveling, E. L., Parker, M. et Dixon-Woods, M. (2016). What is the role of individual accountability in patient safety? A multi-site ethnographic study. *Sociology of Health and Illness*, 38(2), 216-232. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12370>
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. et Day, L. (2009). *Educating nurses: A call for radical transformation*. Jossey-Bass.
- Bourbonnais, A. et Dubé, V. (2020). *Des soins compétents et humains en CHSLD : Essentiels pour assurer la dignité et le bien-être en toute circonstance*. Mémoire présenté au Protecteur du citoyen dans le cadre de l'enquête sur la gestion de la crise de la COVID-19 dans les centres d'hébergement et de soins et de longue durée (CHSLD) du Québec. https://www.chairepersonneagee.umontreal.ca/fileadmin/images/actualites/Memoire_crise_CHSLD-Bourbonnais-Dube.pdf
- Bourbonnais, A., Ducharme, F., Landreville, P., Michaud, C., Gauthier, M.-A. et Lavallée, M.-H. (2019a). Effects of an intervention approach based on the meanings of vocal behaviours in older people living with a major neurocognitive disorder: A pilot study. *Science of Nursing and Health Practices/Science infirmière et pratiques en santé*, 2(1), article n° 2. <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1029>
- Bourbonnais, A., Rousseau, J., Lalonde, M.-H., Meunier, J., Lapierre, N. et Gagnon, M.-P. (2019b). Conditions and ethical challenges that could influence the implementation of technologies in nursing homes: A qualitative study. *International Journal of Older People Nursing* 14, article n° e12266. <https://doi.org/10.1111/opn.12266>
- Bourbonnais, A., Rousseau, J., Lalonde, M.-H., Meunier, J., Lapierre, N. et Gagnon, M.-P. (2020). Perceptions and needs regarding technologies in nursing homes: An exploratory study. *Health Informatics Journal*, 26(3), 1714 –1727. <https://doi.org/10.1177/1460458219889499>

- Bu, X. et Jezewski, M. A. (2007). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 101-110.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04096.x>
- Buresh, B. et Gordon, S. (2013). *From silence to voice : what nurses know and must communicate to the public* (3^e éd.). Cornell University Press.
- Ceci, C. (2004a). Gender, power, nursing: A case analysis. *Nursing Inquiry*, 11(2), 72-81.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00211.x>
- Ceci, C. (2004b). Nursing, knowledge and power: A case analysis. *Social Science and Medicine*, 59, 1879-1889. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.022>
- Chan, G. K. et Cartwright, C. C. (2014). The clinical nurse specialist. Dans A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy et E. T. O'Grady (dir.), *Advanced Practice Nursing : An integrative approach* (5^e éd.). Elsevier Saunders.
- Charette, M., Goudreau, J. et Bourbonnais, A. (2020). Soutenir les infirmières nouvellement diplômées : Une résidence en soins infirmiers ? *Perspective infirmière*, 17(5), 54-59.
<https://www.oiiq.org/en/soutenir-les-infirmieres-nouvellement-diplomees>
- Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E. et Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Collège des médecins du Québec - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2021, Février 2021). *Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19*.
<https://www.oiiq.org/documents/20147/2943833/RAPPORT-ENQUETE-2021.pdf>
- Déry, J., D'Amour, D. et Rot, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière : Une contribution essentielle à la performance du système de santé. *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55.
<http://www2.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol14no01/11-recherche.pdf>
- Drach-Zahavy, A. et Srulovici, E. (2019). The personality profile of the accountable nurse and missed nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 75(2), 368-379.
<https://doi.org/10.1111/jan.13849>
- Éditeur officiel du Québec. (2020, 1er septembre). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/l-8,%20r.%209>

- Éditeur officiel du Québec. (2020, 20 octobre). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>
- Institute of Medicine of the National Academies. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209880/pdf/Bookshelf_NBK209880.pdf
- Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Carter, N., Bryant-Lukosius, D. et DiCenso, A. (2016). Structural and Process Factors That Influence Clinical Nurse Specialist Role Implementation. *Clinical Nurse Specialist*, 30(2), 89-100. <https://doi.org/10.1097/NUR.000000000000182>
- Krautscheid, L. C. (2014). Defining professional nursing accountability: a literature review. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 43-47. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.06.008>
- McHugh, M. D. et Lake, E. T. (2010). Understanding clinical expertise: nurse education, experience, and the hospital context. *Research in Nursing and Health*, 33(4), 276-287. <https://doi.org/10.1002/nur.20388>
- Nagels, M. (2010). L'analyse de l'activité infirmière : ses effets sur l'auto-efficacité collective de cadres formateurs confrontés au changement. *Savoirs et soins infirmiers*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00516323/document>
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D. et Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16-E27. <https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000311533.65941.f1>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *La relève infirmière du Québec : Une profession, une formation*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/376MA_memoire-releve.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : Cadre de référence*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsld-cadre-reference-web.pdf>
- Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. (2020). *Demande de rehaussement du diplôme donnant ouverture au permis d'inhalothérapeute*. https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2020/07/opiq_e-memoire_rehaussement_VF.pdf
- Rodney, P. A. (2017). What we know about moral distress. *American Journal of Nursing*, 117(2), S7-S10. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000512204.85973.04>

- Rodney, P. A., Brown, H. et J. L. (2004). Moral agency: Relational connections and trust. Dans J. L. Storch, P. A. Rodney et R. C. Starzomski (dir.), *Toward a moral horizon : Nursing ethics for leadership and practice* (p. 154-177). Pearson Prentice Hall.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5^e éd.). Free Press.
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. (2012, 22 mai). *Déclaration en faveur de la formation universitaire pour les infirmières et infirmiers de l'espace francophone*. <https://sidiief.org/wp-content/uploads/2019/09/Declaration-Geneve-FR.pdf>
- Sherman, R. O. et Cohn, T. M. (2019). Promoting professional accountability and ownership: Nursing leaders set the tone for a culture of professional responsibility. *American Nurse Today*, 14(2), 24-26. <https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2019/02/ant2-Accountability-117.pdf>
- SIDIIEF. (2019). *L'état de la formation dans différents pays francophones - 2018*. Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI), Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, sous la direction de Jacinthe Pepin, Montréal (QC).
- Srulovici, E. et Drach-Zahavy, A. (2017). Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003>
- van der Cingel, M. et Brouwer, J. (2021). What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nursing Philosophy*, article n° e12343. <https://doi.org/10.1111/nup.12343>