



Une réponse à la hauteur des besoins de santé de la population québécoise

Mémoire présenté à l'Office des
professions du Québec pour réviser
la norme d'entrée à la profession infirmière

Mai 2022



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

ÉDITION

Orientation

Luc Mathieu, inf., DBA
Président

Marie-Claire Richer, inf., Ph. D.
Directrice générale

Comité directeur

M^e Véronique Ardouin, LL. B.
Directrice
Direction, Affaires juridiques

Denise Beaulieu, Adm.A.
Directrice
Direction, Stratégie de marque et communications

Pierre-Yves Delaporte, M. Adm., PMP
Chargé de projets organisationnels
Direction, Optimisation et performance

Julie Fréchette, inf., Ph. D., CRHA, CEC, PMP
Directrice
Direction, Développement et soutien professionnel

Carol-Anne Langlois, inf., M. Sc. inf.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel

Chantal Lemay, inf., M. Sc.
Directrice
Direction, Admissions et registrariat

Colette Ouellet, L.L. L., M.B.A., D. 2^e cycle Aff. publiques
Directrice
Bureau du président

Coordination

Julie Fréchette, inf., Ph. D., CRHA, CEC, PMP
Directrice
Direction, Développement et soutien professionnel

Carol-Anne Langlois, inf., M. Sc. inf.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel

Martine Maillé, inf., M. Sc. adm.
Directrice adjointe, Développement et qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel

Caroline Roy, inf., M. Sc. inf.
Directrice déléguée, Relations avec les partenaires externes
Direction, Développement et soutien professionnel

Rédaction

Carol-Anne Langlois, inf., M. Sc. inf.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel

Marie-Ève Benoit, inf., M. Sc. inf.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel

M^e Pénélope Fortin, LL. B.
Avocate
Direction, Affaires juridiques

Julie Gélinas, inf., M. Éd.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel

Daniel Marleau, B.A.
Analyste, intelligence d'affaires
Direction, Optimisation et performance

Collaboration

Direction, Admissions et registrariat

Manon Allard, inf., M. Sc.
Directrice adjointe, Procédés évaluatifs

Nadine Fournier, M. Sc.
Conseillère à la reconnaissance des acquis

Chantale Lemieux, inf., M. Sc.
Conseillère

Olga Medeiros, inf., M. Sc.
Infirmière-conseil

Sylvie Paquet, inf., M. Sc.
Directrice adjointe, Procédés administratifs

Olivier Rémillard, M. Éd.
Conseiller pédagogique

Sonia Sévigny, inf., M. Éd.
Conseillère*

Direction, Bureau du syndic

Joanne Létourneau, inf., M. Sc.
Syndique

Direction, Développement et soutien professionnel

Esther Cimon, inf., M. Sc.
Conseillère à la qualité de la pratique*

Direction, Stratégie de marque et communications

Nathalie Grandoit, M. Sc.
Conseillère principale en communication

Direction, Surveillance et inspection professionnelle

Sylvie Charlebois, inf., M. Sc. inf.
Directrice

* Occupation au moment de la collaboration

Collaboration (suite)

Michèle Desmarais, inf., Ph. D. (c)
Assistante de recherche
École des sciences infirmières Ingram
Université McGill

Mariève Isabel
Chargée d'enseignement
McGill Writing Centre

Johanne Goudreau, inf., Ph. D.
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Marc-André Maheu-Cadotte, inf., Ph. D. (c)
Auxiliaire de recherche
Centre de recherche
Institut de Cardiologie de Montréal

PRODUCTION

Révision linguistique

Alexandre Roberge
Conseiller qualité de la communication
Direction, Stratégie de marque et communications

Conception graphique

Pascale Barcelo
Documentaliste
Direction, Développement et soutien professionnel

Catherine Beaupré
Designer graphique multiplateforme
Direction, Stratégie de marque et communications

DISTRIBUTION

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, rue Molson
Montréal (Québec) H1Y 4V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
ventepublications@oiiq.org

Ce document est disponible sur le site de l'OIIQ
oiiq.org

Adopté par le Conseil d'administration de l'OIIQ

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022
ISBN 978-2-89229-751-5 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2022
Tous droits réservés

Table des matières

Sommaire.....	1
Préambule	5
Section 1 Contexte de la demande de modification des diplômes donnant ouverture au permis d'exercice de l'infirmière	9
1.1 Ordre professionnel concerné : l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	9
1.2 Présentation des contextes professionnel, législatif, social, scientifique et technologique dont les enjeux justifient le besoin de modifier les diplômes donnant ouverture au permis d'exercice.....	9
1.2.1 Les enjeux professionnels et législatifs d'une profession en transformation.....	10
1.2.1.1 Deux niveaux de formation, une profession.....	10
1.2.1.2 Davantage de responsabilités professionnelles.....	15
1.2.1.3 De plus en plus de soins donnés à l'extérieur des hôpitaux.....	16
1.2.1.4 Un soutien clinique insuffisant pour les nouvelles infirmières	17
1.2.2 Des transformations sociales qui font évoluer la profession infirmière	18
1.2.2.1 Le vieillissement marqué de la population.....	18
1.2.2.2 Des phénomènes sociaux et démographiques propres au Québec.....	20
1.2.3 Des changements scientifiques et technologiques façonnent la profession infirmière..	21
1.3 Présentation de la profession infirmière et portrait de la main-d'œuvre.....	23
1.3.1 Exercice de la profession infirmière au Québec	23
1.3.1.1 Activités réservées.....	23
1.3.1.2 Activités partagées	24
1.3.1.3 Activités autorisées.....	25
1.3.1.4 Collaborations interprofessionnelles	26
1.3.2 Secteurs d'emploi et d'activité de l'effectif infirmier au Québec	28
1.3.2.1 Secteurs d'emploi.....	28
1.3.2.2 Secteurs d'activité.....	29
1.3.3 Disponibilité de la main-d'œuvre	30
1.3.3.1 Situation d'emploi de l'effectif infirmier	30
1.3.3.2 Croissance de l'effectif infirmier en emploi au Québec.....	31
1.3.3.3 Taux d'emploi à temps complet.....	32
1.3.3.4 Alors, qu'en est-il de la « pénurie »?	33
1.3.4 Évolution de l'effectif infirmier au cours des dernières années	33
1.3.4.1 Rajeunissement de l'effectif infirmier	33
1.3.4.2 Augmentation de l'attrait pour les études universitaires.....	34
1.3.5 Nombre de candidates qui intègrent annuellement la profession.....	36
1.3.5.1 Permis d'exercice délivrés annuellement.....	36
1.3.5.2 Intégration au marché du travail au Québec	37
1.3.6 Projections quant à l'évolution des ressources infirmières	38
1.3.7 Autonomie au seuil d'entrée à la profession.....	40

1.4	Portrait de la formation initiale donnant ouverture au permis de l'OIIQ	41
1.4.1	La formation collégiale en soins infirmiers	41
1.4.2	La formation universitaire en sciences infirmières	42
1.5	Formations continue et supplémentaire accessibles aux membres de l'OIIQ	44
1.5.1	Les attentes de l'OIIQ relativement aux activités de formation continue	44
1.5.2	Les activités professionnelles qui requièrent une formation supplémentaire	45
1.5.3	Les besoins anticipés de formation continue des infirmières	46
1.6	Portrait de l'examen professionnel de l'OIIQ	47
	À retenir	49

Section 2 Nature de la problématique, solutions envisagées et solution proposée.....51

2.1	Démonstration de l'écart entre les compétences développées au terme d'une formation collégiale et celles attendues par l'OIIQ au seuil d'entrée de la profession	51
2.1.1	Éléments manquants dans les programmes d'études techniques en soins infirmiers et écarts créés	52
2.1.2	Des écarts qui créent des risques de préjudice pour la population	62
2.2	Solution proposée	70
2.2.1	La solution proposée par l'OIIQ	70
2.2.2	Les différentes modalités de formation	71
2.2.2.1	Les programmes initiaux universitaires en sciences infirmières	71
2.2.2.2	Le baccalauréat décerné au terme d'un parcours DEC-BAC	73
2.2.3	Clause de droits acquis et mesures d'atténuation	74
2.2.3.1	Clause de droits acquis	74
2.2.3.2	Mesures d'atténuation	74
2.2.4	La formation universitaire en sciences infirmières comme exigence minimale pour exercer la profession infirmière : des appuis aux quatre coins du Québec	75
2.3	Solutions alternatives insuffisantes	77
2.3.1	Solution alternative 1 : nouvelle catégorie de permis de l'OIIQ – technicienne en soins infirmiers	77
2.3.2	Solution alternative 2 : prolongation de la formation collégiale	79
	À retenir	82

Section 3 Pertinence de la solution proposée.....83

3.1	Démonstration de la pertinence de la solution proposée sur la protection du public....	83
3.1.1	Une formation universitaire au bénéfice des patients hospitalisés	84
3.1.1.1	Réduction des taux de mortalité	84
3.1.1.2	Réduction des événements indésirables évitables (erreurs et préjudices)	85
3.1.1.3	Diminution de la durée de séjour à l'hôpital et de la probabilité d'y être réadmis	86

3.1.2	Une formation universitaire au bénéfice des patients tout au long de la trajectoire de soins et de vie.....	88
3.2	Impacts de la modification de la norme d'entrée sur l'attractivité de la profession.....	89
3.2.1	L'attractivité de la profession pour les générations futures d'infirmières	89
3.2.2	Incidence du passage au baccalauréat dans trois autres provinces canadiennes et en Suisse romande	90
3.2.2.1	Ontario.....	90
3.2.2.2	Colombie-Britannique et Alberta.....	92
3.2.2.3	Suisse romande	93
3.2.3	Rehaussement de la norme d'entrée de trois autres professions de la santé au Québec.....	94
3.3	Incidences de la modification de la norme d'entrée à la profession sur l'attractivité de la formation, la poursuite aux études et la réussite scolaire, l'accessibilité de la formation, la capacité d'accueil et les stages	96
3.3.1	L'attractivité de la formation universitaire.....	96
3.3.2	La réussite scolaire dans les programmes universitaires de formation initiale en sciences infirmières	99
3.3.3	Accessibilité de la formation universitaire en sciences infirmières au Québec.....	100
3.3.4	Capacité d'accueil dans les universités et lors des stages	100
3.3.4.1	Capacité d'accueil au sein des universités.....	100
3.3.4.2	Capacité d'accueil des étudiantes en stage.....	102
3.4	Incidences de la modification de la norme d'entrée sur la mobilité professionnelle ...	103
3.4.1	Processus découlant de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM).....	104
3.4.2	Processus découlant de l'Accord de libre-échange canadien (ALEC)	104
3.4.3	Processus découlant des normes d'équivalence	104
3.4.3.1	La reconnaissance d'équivalence de la formation.....	105
3.5	Incidences de la solution proposée sur la profession elle-même, sur les autres professions réglementées et sur le marché du travail en général	106
3.5.1	La formation universitaire comme voie minimale d'entrée à la profession : incidences sur la profession infirmière.....	106
3.5.1.1	Incidence sur la réalisation des activités professionnelles.....	106
3.5.1.2	Incidence sur l'évolution de la profession.....	108
3.5.2	La formation universitaire comme voie minimale d'entrée à la profession : incidences sur les autres professions de la santé	109
3.5.2.1	Incidence sur les membres de l'équipe de soins intradisciplinaires	109
3.5.2.2	Incidence sur les membres de l'équipe de soins interdisciplinaires.....	111
3.5.3	La formation universitaire comme voie minimale d'entrée à la profession : incidence sur le marché du travail	111
3.5.3.1	Incidence sur l'organisation des soins et des services.....	112
3.5.4	La formation universitaire comme voie minimale d'entrée à la profession : incidence sur la disponibilité de la main-d'œuvre	112
3.5.5	La formation universitaire comme voie minimale d'entrée à la profession : quantification des coûts et des bénéfices.....	113

3.6	Incidence du rehaussement sur les lois et les règlements professionnels.....	114
3.6.1	Les modifications réglementaires	114
3.6.1.1	Règlements pris en application de la Loi sur les infirmières et les infirmiers	114
3.6.1.2	Règlement pris en application du Code des professions	115
3.6.2	Les dispositions transitoires	115
À retenir		116

Section 4	Attestation	117
------------------	--------------------------	------------

Conclusion	119
-------------------------	------------

Références.....	121
------------------------	------------

Annexes

Annexe 1	Groupes de travail d'experts et de chercheurs de la profession infirmière	143
Annexe 2	Sommaire historique des efforts de modification de la norme d'entrée à la profession infirmière	145
Annexe 3	Perspective internationale des voies d'entrée à la profession infirmière.....	147
Annexe 4	Composantes du champ d'exercice infirmier	149
Annexe 5	Activités réservées des infirmières.....	151
Annexe 6	Programmes d'études techniques Soins infirmiers 180.A0 et Soins infirmiers 180.B0.....	153
Annexe 7	Liste des établissements d'enseignement et des diplômes donnant ouverture au permis de l'OIIQ	167
Annexe 8	Liste des établissements d'enseignement et des diplômes donnant ouverture aux certificats de spécialistes.....	169
Annexe 9	Exemples de fiches descriptives de programmes d'études techniques en soins infirmiers	171
Annexe 10	Exemples de fiches descriptives de programmes universitaires	181
Annexe 11	Déclinaisons possibles de parcours DEC-BAC.....	195
Annexe 12	Nombre de sites d'enseignement universitaire et collégial par région administrative.....	197
Annexe 13	Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière – Extrait	199
Annexe 14	Avis du Comité de l'examen professionnel de l'OIIQ	225
Annexe 15	Avis du Comité jeunesse de l'OIIQ.....	237
Annexe 16	Lettres d'appui	253

■ Liste des figures et tableaux

Figures

Figure 1	Formation collégiale en soins infirmiers et formation universitaire en sciences infirmières – Comparaison des heures de formation, des cibles, du niveau de complexité et des domaines d'intervention.....	11
Figure 2	Étendue des connaissances acquises et compétences développées au terme de la formation initiale pour répondre aux réalités contemporaines de la profession infirmière au Québec	12
Figure 3	Formation initiale des professionnels de la santé et des relations humaines membres d'un ordre professionnel.....	26
Figure 4	Répartition de l'effectif infirmier du Québec selon le secteur d'emploi au 31 mars 2021	28
Figure 5	Répartition des infirmières du Québec selon le secteur d'activité au 31 mars 2021	30
Figure 6	Évolution de l'effectif infirmier en emploi au Québec, 2011-2012 à 2020-2021	31
Figure 7	Évolution du nombre d'infirmières syndiquées du réseau de la santé et des services sociaux, 2011-2012 à 2019-2020	32
Figure 8	Évolution de la pyramide des âges de l'effectif infirmier, 2011-2012 à 2020-2021...	34
Figure 9	Proportion des titulaires d'un DEC en soins infirmiers qui s'inscrivent au baccalauréat (parcours DEC-BAC) dans l'année d'obtention du permis, 2011-2012 à 2020-2021.....	35
Figure 10	Nombre de permis d'exercice délivrés par l'OIIQ, selon la formation initiale.....	36
Figure 11	Taux d'emploi des nouveaux titulaires de permis, selon la formation initiale	38
Figure 12	Nombre d'admissions dans un programme de formation initiale, selon le niveau d'enseignement, 2011-2012 à 2020-2021.....	39
Figure 13	Courbe démographique des 16 à 19 ans au Québec, 2010 à 2020, projections 2021 à 2025	39
Figure 14	Comparaison du nombre d'années d'études, Québec et Amérique du Nord	42
Figure 15	Éléments manquants aux programmes d'études techniques en soins infirmiers, écarts créés et risques de préjudice pour la population.....	52
Figure 16	Solution alternative 1	77
Figure 17	Solution alternative 2.....	79
Figure 18	Démonstration de la pertinence de la solution proposée sur la protection du public – Sommaire des résultats de recherche	87
Figure 19	Proportion de titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières (ou plus) au sein de l'effectif, Québec et Ontario, 2005 à 2020	91

Figure 20	Nombre total de diplômées des programmes de formation initiale infirmière en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique.....	92
Figure 21	Nouvelles diplômées des Hautes écoles spécialisées en Suisse, 2006-2019	94
Figure 22	Nombre de nouveaux permis délivrés par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et par l'Ordre de la physiothérapie du Québec.....	95
Figure 23	Effectif étudiant au baccalauréat et au DEC (programmes d'études techniques), 2011-2012 à 2020-2021.....	97

Tableaux

Tableau 1	Comparaison des différents niveaux de scolarité donnant ouverture au permis d'exercice au Canada	13
Tableau 2	Distinction entre les diplômes d'études collégiaux en soins infirmiers 180.A0 et 180.B0	41
Tableau 3	Distinctions entre les programmes universitaires en sciences infirmières	43
Tableau 4	Activités professionnelles de l'infirmière requérant une formation supplémentaire ...	45
Tableau 5	Clientèles et contextes cliniques exclus des programmes d'études techniques en soins infirmiers	56
Tableau 6	Nombre de crédits et durée des programmes initiaux universitaires en sciences infirmières – Baccalauréat.....	71
Tableau 7	Nombre de crédits et durée des programmes initiaux universitaires en sciences infirmières – Maîtrise (appliquée)	72
Tableau 8	Nombre de crédits et durée des programmes de baccalauréat au terme du parcours DEC-BAC	73
Tableau 9	Pistes de mesures d'atténuation	75
Tableau 10	Analyse – Nouvelle catégorie de permis : technicienne en soins infirmiers.....	78
Tableau 11	Analyse – Prolongation de la formation collégiale	80
Tableau 12	Impact sur la durée de séjour et poids financier d'événements indésirables	86
Tableau 13	Nombre d'années d'études pour obtenir un permis d'exercice de la profession infirmière, selon l'ordre d'enseignement, Ontario et Québec.....	90
Tableau 14	Portrait du rehaussement de la norme d'entrée d'autres professions de la santé au Québec.....	94
Tableau 15	Variation de l'effectif étudiant, 2011-2012 à 2020-2021.....	97
Tableau 16	Taux de diplomation moyen des programmes de formation initiale infirmière, cohortes d'étudiantes admises de 2007-2008 à 2014-2015	99
Tableau 17	Résumé des capacités d'accueil actuelles et futures des universités.....	101

■ Liste des sigles et acronymes

ACESI	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ALEC	Accord de libre-échange canadien
ARM	Arrangement de reconnaissance mutuelle
BAC	Baccalauréat
BCI	Bureau de coopération interuniversitaire
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSE	Conseil supérieur de l'éducation
DEC	Diplôme d'études collégiales
DHQ	Diplômée hors Québec
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICS	Infirmière clinicienne spécialisée
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MES	Ministère de l'Enseignement supérieur
MESS	Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science
MIFI	Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Office des professions du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SIDIIEF	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone
TSI	Technicienne en soins infirmiers

■ Notes

- Les termes « patient », « client » et « personne » sont utilisés indistinctement dans le texte. Leur emploi varie selon le contexte.
- Bien que nous soyons sensibilisés à l'importance de l'inclusivité sous toutes ses formes, compte tenu de la complexité et de l'exhaustivité du présent mémoire, nous avons dû opter pour un choix rédactionnel qui en facilite la lecture. Le féminin est donc utilisé aux seules fins d'alléger le texte et désigne également toute autre personne qui n'est pas précisément nommée.

Certains propos des experts et des chercheurs des groupes de travail tenus par l'OIIQ, présentés à l'annexe 1, figurent en exergue dans le présent mémoire. L'abréviation « GT » est utilisée afin d'identifier le groupe de travail auquel ils ont participé.

Sommaire

À propos de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

L'OIIQ est le plus grand ordre professionnel dans le domaine de la santé au Québec. Il est régi par la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et par le *Code des professions*. Il compte plus de 80 000 membres et quelque 16 000 personnes dans un parcours d'admission à la profession. Sa mission est d'assurer la protection du public par et avec les infirmières et infirmiers, tout en veillant à l'amélioration de la santé de la population québécoise. L'OIIQ a également pour mandat d'assurer la compétence et l'intégrité des infirmières et infirmiers du Québec, ainsi que de contribuer à la promotion d'une pratique infirmière de qualité.

Une réponse nécessaire à un contexte en évolution

À l'image des grandes transformations sociales, démographiques, scientifiques et technologiques qu'a connues le Québec, la profession infirmière a vu son environnement de pratique complètement métamorphosé au cours des dernières décennies. En témoignent :

- La complexification des situations cliniques en raison de l'évolution du contexte sociodémographique du Québec, notamment le vieillissement, la prévalence des maladies chroniques et les changements climatiques.
- L'élargissement des obligations et des responsabilités professionnelles confiées aux infirmières, par les lois et les règlements, au cours des 20 dernières années.
- La transformation majeure du système de santé, qui fait en sorte que les infirmières doivent offrir des soins dans une multitude de milieux, au-delà des hôpitaux où elles demeurent un maillon essentiel.
- La réduction de l'offre de soutien clinique dans les établissements de soins, qui oblige la relève infirmière à être plus autonome dans ses apprentissages et à avoir acquis un plus grand éventail de connaissances avant son arrivée sur le marché du travail.
- L'accroissement de l'usage de nouvelles technologies et de l'acquisition de nouvelles connaissances scientifiques nécessaires dans la pratique quotidienne.



En fait, plus le temps passe, plus l'écart se creuse entre les limites qu'impose la formation collégiale en soins infirmiers et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de soins et de santé de la population.

Préoccupées par ce constat, au terme d'un vaste exercice de consultation, la communauté infirmière et la population ont exprimé le souhait d'offrir aux générations futures d'infirmières une formation initiale à la hauteur du caractère distinctif de leur profession.

À l'heure actuelle, l'existence de deux formations (collégiale et universitaire), donnant ouverture **au même permis d'exercice et au même champ d'exercice** à la suite de la réussite du **même examen professionnel**, place la profession infirmière dans une situation à part au Canada et parmi les professions de la santé, ce qui a pour effet de la fragiliser.

La proposition de l'OIIQ vise à remédier à cette situation et repose sur le principe que les seuls diplômes donnant ouverture au permis d'exercer soient de niveau universitaire :

1. Un **baccalauréat** décerné au terme d'un parcours de formation en sciences infirmières **DEC-BAC**.
2. Un **baccalauréat** décerné au terme d'un programme de formation initiale en sciences infirmières.
3. Une **maîtrise (appliquée) en sciences** au terme d'un programme de formation initiale en sciences infirmières.

Inspirée d'expériences nationales et internationales positives, cette solution s'accompagne de mesures capables de soutenir la croissance de l'effectif infirmier dans les années qui suivront sa mise en œuvre, c'est-à-dire :

- Maintenir les parcours DEC-BAC existants en renforçant les partenariats entre les cégeps et les universités.
- Adopter une clause de droits acquis et des mesures d'atténuation afin d'assurer un effectif infirmier stable lors de la période de transition qui s'échelonnnera sur plusieurs années.
- Faire évoluer l'organisation des soins pour offrir aux infirmières une plus grande autonomie professionnelle et décisionnelle ainsi que la possibilité de contribuer pleinement à un meilleur accès aux soins.
- Mettre en place des mesures de soutien clinique en vue de l'intégration et de la rétention de la relève infirmière.

Pour l'OIIQ, et plusieurs partenaires des milieux cliniques et des milieux d'enseignement, il est temps que ce projet de société se concrétise, non seulement pour les infirmières qui verront dans la foulée leur expertise reconnue, mais aussi pour la population.



Préambule

Dans le but d'identifier les grands enjeux actuels de la profession, l'OIIQ a initié au cours de la dernière année un important processus de consultation auprès de citoyens, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé. Cette démarche s'est conclue par la tenue d'États généraux de la profession en mai 2021, présidés par les commissaires Francine Ducharme et Robert Salois. À l'issue de cette vaste démarche de concertation, l'incohérence liée aux différents niveaux de préparation pour exercer la profession infirmière a été décrite par de nombreuses organisations. Un jury citoyen, des directions de soins infirmiers, d'autres ordres professionnels et des associations infirmières des quatre coins du Québec ont souligné l'urgence d'agir : la formation initiale des infirmières doit être de niveau universitaire pour offrir à la population les soins dont elle a besoin¹. En plus, les infirmières de la relève elles-mêmes ont ajouté leur voix à celles de leurs collègues en publiant un mémoire et un avis sur le sujet².

L'incohérence : deux niveaux de formation pour une seule profession

Le Québec accuse, sur le plan canadien, un retard en matière de formation initiale de la relève infirmière. Alors que les autres provinces et les territoires canadiens qui offrent la formation initiale ont complété depuis au moins dix ans la transition vers une formation universitaire, le Québec recourt toujours à deux voies d'entrée (collégiale ou universitaire) qui donnent accès au même permis d'exercice et au même champ d'exercice. Cette situation est insoutenable, car la formation collégiale **à elle seule** ne permet plus de préparer la relève infirmière à répondre à toutes ses obligations professionnelles relativement aux besoins de santé de la population. Ces besoins sont de plus en plus complexes et exigent que l'infirmière prenne ses propres décisions, appuyées par des connaissances scientifiques. L'OIIQ, qui contrôle l'accès à la profession, estime que le développement de ces compétences relève de la formation universitaire.

Pour les générations futures d'infirmières, cette formation constitue une solution à large portée pour faire évoluer les soins offerts à la population. Les infirmières constituent le cœur du réseau de la santé et de soins du Québec. Elles œuvrent dans divers contextes de soins, en collaboration avec plusieurs professionnels de la santé et auprès de clientèles variées. Les infirmières sont donc aux premières loges des changements sociodémographiques au Québec et des transformations du réseau de soins. Les connaissances qu'elles acquièrent et les compétences qu'elles développent en formation initiale sont donc essentielles pour qu'elles

¹ Ducharme et al., 2021.

² Comité jeunesse de l'OIIQ, 2021a, 2021b.

puissent, par la qualité de leurs soins, accompagner ces changements et être à la hauteur des besoins de santé de la population québécoise.

Mais qu'est-ce qu'une infirmière en 2022?

Force est de constater que dans l'imaginaire collectif, l'infirmière porte encore les stigmates de son passé vocationnel, comme en témoignent les représentations sociales de l'infirmière nourries pendant la crise sanitaire de la COVID-19 : ange gardien ou super-héroïne dont la vocation est le dévouement et le don de soi³. Or, la pratique infirmière en 2022 n'a rien « d'angélique », « d'inné » ou « de surhumain ». Au-delà des soins de nature technique et procédurale, qui peuvent également être réalisés par d'autres professionnels, on attend beaucoup plus des infirmières, et ce, dès leur entrée dans la profession. Malheureusement, un écart se creuse entre les attentes et la réalité, en partie parce que les infirmières **ne sont pas toutes** formées pour exercer de façon sécuritaire l'ensemble de leurs activités professionnelles.

Une infirmière est d'abord et avant tout une professionnelle à l'identité distincte qui doit déployer un esprit scientifique, critique et innovant. En partenariat avec les patients, elle prend des décisions de façon autonome et exerce des activités à haut risque de préjudice dans des situations uniques et complexes. Elle évalue, détermine, planifie et prodigue des soins personnalisés de qualité et sécuritaires à partir des données issues de la science et en collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Elle accompagne les personnes, leurs proches et les communautés dans leurs trajectoires de soins et de vie. Sa contribution spécifique et ses compétences sont essentielles à la santé de la population auprès de qui elle intervient, de même qu'aux divers intervenants et professionnels⁴.

Objectif du mémoire

En raison de sa mission de protection du public, la responsabilité de l'OIIQ est d'établir les exigences minimales pour que les infirmières d'aujourd'hui et de demain puissent répondre adéquatement aux besoins de santé évolutifs des personnes et des communautés, et ce, dès leur entrée dans la profession. Pour y arriver, l'OIIQ doit s'assurer que la formation initiale permette aux étudiantes de développer toutes les compétences attendues. L'avertissement que nous lançons est clair : la formation collégiale, soit les programmes d'études techniques en soins infirmiers⁵ ne sont plus suffisants pour exercer l'ensemble des activités professionnelles de manière autonome et sécuritaire.

³ Bernard et al., 2021; OIIQ, 2020.

⁴ Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), 2015; Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC), 2021; Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI), 2016; Groupes de travail 1 à 4 (voir annexe 1); OIIQ, 2009, 2010b.

⁵ Les deux programmes d'études techniques en soins infirmiers sont présentés à la section 1.4.

Cette position n'est pas nouvelle. Fort des appuis répétés du Comité de la formation des infirmières⁶ et du Comité jeunesse⁷, l'OIIQ signale **pour la deuxième fois**⁸ auprès de l'Office des professions du Québec (OPQ) l'écart grandissant entre les compétences développées au terme des programmes d'études techniques en soins infirmiers et les besoins de santé de la population. La particularité de notre démarche réside en ceci : **la solution existe déjà**. Ainsi, l'OIIQ recommande qu'au bénéfice de la population, **les seuls diplômes donnant ouverture au permis de l'OIIQ soient de niveau universitaire** (au terme du baccalauréat initial en sciences infirmières⁹ ou d'un parcours DEC-BAC).

En d'autres mots, la solution recommandée dans ce mémoire ne vise pas à offrir un nouveau diplôme, mais bien à miser sur les parcours de formation existants qui permettent d'obtenir tous les bénéfices d'une formation universitaire. En ce sens, bien qu'il ne s'agisse pas d'une demande visant à « rehausser » un diplôme, nous avons tenu à suivre le Guide recommandé par l'OPQ, en y adaptant le contenu et la séquence afin d'en faciliter la lecture.

- La **Section 1** du présent mémoire vise à renseigner le lecteur sur le contexte de la demande. Elle informe sur les principaux enjeux qui justifient une demande de modification de la norme d'entrée à la profession et brosse un portrait global de la profession, de la main-d'œuvre ainsi que de la formation.
- Quant à la **Section 2**, elle vise à informer sur la nature de la problématique, la solution proposée ainsi que les solutions envisagées. Une analyse de l'écart entre les compétences développées au terme de la formation initiale collégiale et celles attendues au seuil d'entrée à la profession, ainsi que les solutions choisies et des solutions alternatives au statu quo, seront présentées.
- Finalement, la **Section 3** du mémoire vise à démontrer la pertinence de la solution proposée. Elle présente une analyse d'impact de cette solution, notamment sur la protection du public ainsi que sur la profession elle-même.

Remerciements

Nous tenons à remercier les infirmières et infirmiers de même que les organisations et associations qui ont participé à la vaste consultation ainsi qu'aux travaux qui ont mené à la rédaction de ce mémoire. Leur expertise aidera à définir la pratique infirmière de demain.

⁶ Le Comité de la formation des infirmières, constitué en vertu du *Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, a pour mandat d'examiner les questions relatives à la qualité de la formation des infirmières et infirmiers, dans le respect des compétences respectives et complémentaires de l'Ordre, des établissements d'enseignement et du ministère de l'Enseignement supérieur (MES). Ce comité a pris position sur la formation initiale des infirmières par deux avis déposés en 2011 et 2014.

⁷ Le Comité jeunesse est un comité consultatif du Conseil d'administration de l'OIIQ, qui a pour mandat d'explorer les questions relatives à la relève infirmière et de prendre position sur les enjeux de la profession qui la concernent. Ce comité a pris position sur la formation initiale des infirmières par un avis déposé en 2012, deux en 2018 et deux en 2021.

⁸ Le lecteur est invité à consulter la ligne du temps à l'annexe 2.

⁹ Pour les prochaines sections, le baccalauréat initial en sciences infirmières fait aussi référence à la maîtrise (appliquée) initiale en sciences infirmières (voir section 1.4) offerte à l'Université McGill. La solution proposée et ses déclinaisons sont présentées de manière plus détaillée à la section 2.2.

Contexte de la demande de modification des diplômes donnant ouverture au permis d'exercice de l'infirmière

Cette section informe sur le contexte de la demande de modification de la norme d'entrée à la profession infirmière. Elle aborde les différents enjeux professionnels, législatifs, sociaux, scientifiques et technologiques justifiant la demande. Elle fait état des perspectives canadiennes et internationales à ce sujet et brosse un portrait global de la profession, de l'effectif infirmier ainsi que de la formation initiale actuelle.

1.1 Ordre professionnel concerné : l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

L'OIIQ compte plus de 80 000 infirmières et infirmiers, ce qui fait de lui le plus grand ordre professionnel au Québec. Il est dûment constitué en vertu de *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (chapitre I-8). Sa fonction principale est d'assurer la protection du public afin que la population puisse bénéficier de services de qualité et sécuritaires, prodigués par des infirmières compétentes et intègres.

1.2 Présentation des contextes professionnel, législatif, social, scientifique et technologique dont les enjeux justifient le besoin de modifier les diplômes donnant ouverture au permis d'exercice

Au cours des 50 dernières années, la société québécoise, comme le reste du monde, a connu de grandes transformations. Des changements démographiques et environnementaux, de nouvelles politiques et réalités économiques, la venue de nouvelles habitudes sociales (Internet, réseaux sociaux, etc.), de même que des avancées scientifiques et technologiques sans précédent ont eu une incidence directe sur la santé des populations et sur l'offre de soins de santé.

Parallèlement, les professionnels de la santé ont vu leurs professions se transformer pour s'ajuster à ces réalités changeantes. La profession infirmière n'a pas échappé à cette vague et a dû s'adapter pour répondre aux besoins de santé de la population. La section 1.2 examine les enjeux professionnels, législatifs, sociaux, scientifiques et technologiques afin de mettre en lumière les exigences qu'ils posent quant à une préparation adéquate de la relève infirmière.

1.2.1 Les enjeux professionnels et législatifs d'une profession en transformation

La profession infirmière a grandement évolué à travers les années. Bien que, dans le passé, elle ait misé sur l'application de gestes techniques et procéduraux, aujourd'hui on s'attend des infirmières qu'elles exercent des activités professionnelles et prennent des décisions plus complexes et à haut risque de préjudice en regard de l'évaluation de l'état de santé ainsi que de la surveillance et du suivi cliniques des patients. De plus, elles exercent dans divers milieux et auprès de différentes clientèles, et ce, avec peu de soutien clinique. Quatre enjeux liés au contexte professionnel et à la transformation de la profession ont particulièrement retenu l'attention de l'OIIQ :

1. L'existence de formations de deux niveaux différents (collégial et universitaire) menant à la même profession.
2. Un contexte législatif qui augmente les responsabilités des infirmières.
3. Une réalité sociale qui occasionne des besoins de soins accrus à l'extérieur des hôpitaux.
4. La diminution du soutien clinique pour les nouvelles infirmières.

1.2.1.1 Deux niveaux de formation, une profession

Le premier enjeu lié au contexte professionnel des infirmières est l'existence de deux formations de nature différente (collégiale et universitaire), donnant ouverture **au même permis d'exercice et au même champ d'exercice** à la suite de la réussite du **même examen professionnel**. Concrètement, l'examen couvre seulement les **connaissances de base acquises à la formation de niveau collégial**. Ainsi, les connaissances des infirmières nouvellement diplômées des programmes universitaires qui portent notamment sur des situations de soins complexes et qui demandent une autonomie professionnelle et décisionnelle ne sont pas évaluées, parce qu'elles ne sont pas prévues aux programmes d'études techniques en soins infirmiers (voir section 1.6).

Rappelons que contrairement aux autres provinces et aux territoires canadiens¹⁰, le Québec est la seule province qui recourt toujours à deux niveaux de formations distincts (voir la section 1.4 pour un portrait détaillé des programmes de formation). Ce non-sens perdure, malgré les interventions répétées de l'OIIQ et des divers partenaires (milieux cliniques, milieu universitaire, ordres professionnels, etc.) auprès de diverses instances gouvernementales au fil des années.

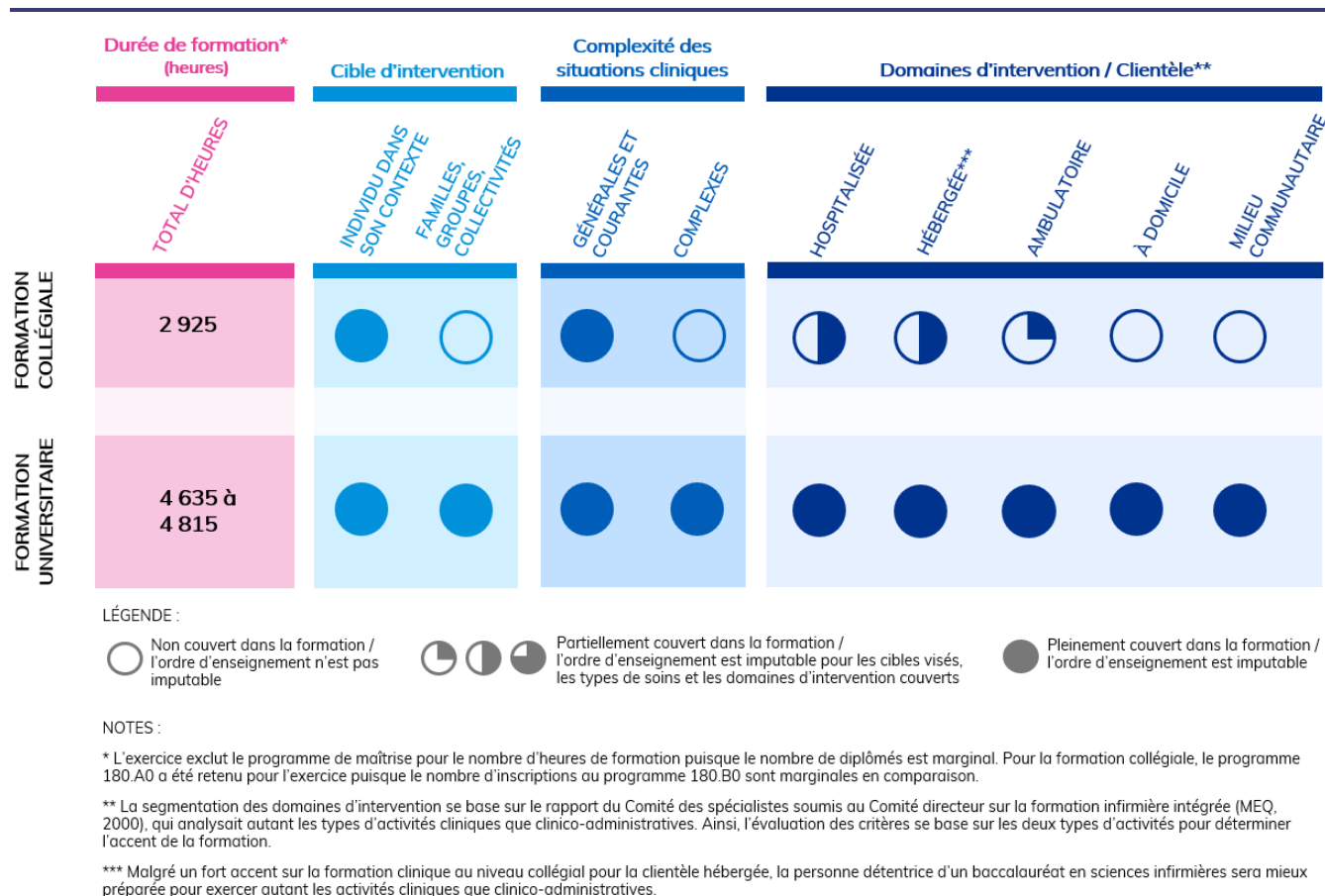
¹⁰ Sauf le Yukon, qui n'offre pas de formation initiale pour devenir infirmière.

Pour bien comprendre l'enjeu de la formation initiale des infirmières au Québec, il faut entre autres examiner la nature des programmes de formation :

- Au niveau collégial, les programmes d'études techniques se concentrent d'abord et avant tout sur des « **fonctions de travail de niveau technique** »¹¹ donnant accès au marché du travail à titre de techniciennes ou technologues¹².
- Les programmes universitaires, quant à eux, visent plutôt à développer des compétences **d'analyse, de rigueur scientifique et d'autonomie**¹³.

Ce contraste marqué entre ces programmes se reflète sur la portée des deux niveaux de formation infirmière, comme le démontre la figure 1. Les différences entre les deux niveaux de préparation sont marquantes et préoccupantes. Les infirmières nouvellement diplômées issues de chacun de ces programmes **ne sont pas préparées également à exercer les mêmes activités, dans les mêmes milieux de soins, auprès des mêmes clientèles**.

Figure 1
Formation collégiale en soins infirmiers et formation universitaire en sciences infirmières – Comparaison des heures de formation, des cibles, du niveau de complexité et des domaines d'intervention



Source : KPMG, 2021.

¹¹ Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science (MESS), 1993, p. 10.

¹² Conseil supérieur de l'éducation (CSE), 2004; ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), 2010.

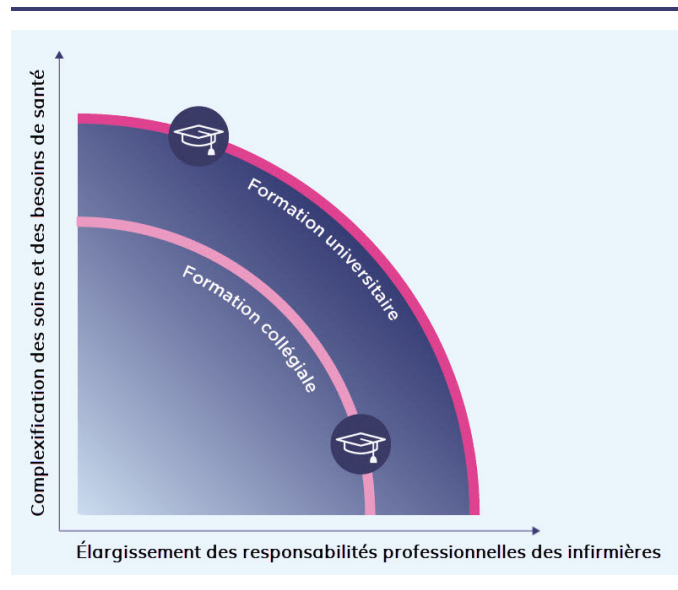
¹³ Bureau de coopération interuniversitaire (BCI), 2019; Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 2007.

Il existe donc des incohérences et des disparités qui sont uniques à la profession infirmière au Québec :

- le temps de formation universitaire excède celui de la formation au collégial par au moins 1 710 heures et jusqu'à 1 890 heures;
- la formation collégiale ne prépare pas les étudiantes notamment à intervenir lors de situations cliniques complexes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des hôpitaux;
- la population québécoise, contrairement au reste du Canada, ne bénéficie pas de **suffisamment** d'infirmières formées à la hauteur de leurs besoins.

Comment pouvons-nous expliquer ces disparités? Comme nous le verrons à la section 2.1, depuis le début des années 2000, les cours qui permettent d'intervenir et de prendre des décisions de manière autonome auprès de personnes qui présentent des **états de santé complexes** sont exclus des programmes d'études techniques en soins infirmiers et inclus dans les programmes universitaires en sciences infirmières. Or ces compétences, sont essentielles à la pratique infirmière actuelle et vont au-delà de la portée technique de la formation collégiale. Il suffit de penser à la complexité des soins palliatifs offerts à domicile ou en CHSLD, aux soins critiques offerts dans les urgences et les soins intensifs, à la détection précoce des troubles du développement chez l'enfant, aux réflexions morales et éthiques que suscitent l'aide médicale à mourir ou l'avortement, ou encore aux besoins de santé imprévisibles que provoquent notamment des catastrophes naturelles.

Figure 2
Étendue des connaissances acquises et compétences développées au terme de la formation initiale pour répondre aux réalités contemporaines de la profession infirmière au Québec



Le Québec doit pouvoir compter sur des infirmières bien préparées pour faire face aux réalités de soins actuelles, dès leur entrée dans la profession. Néanmoins, il demeure qu'une infirmière nouvellement diplômée du niveau collégial n'a pas développé les mêmes compétences que la nouvelle diplômée formée à l'université. Pourtant, elle aura les mêmes responsabilités et obligations professionnelles vis-à-vis de ses patients et de son équipe de soins que l'infirmière détenant un baccalauréat. Cette préoccupation face au niveau de préparation des infirmières est également observée à l'international.

■ La formation des infirmières : une préoccupation internationale

À cet égard, on observe, au cours des dernières décennies, un mouvement international qui tend à revoir le niveau de préparation requis pour exercer la profession infirmière. C'est à la fois une mesure réactive pour faire face aux demandes accrues de soins déjà observées et une mesure préventive pour mieux préparer les futures infirmières à contribuer à l'évolution prochaine des besoins de la population mondiale.

Canada

À partir de 1998, à l'exception du Québec, l'ensemble des provinces et des territoires du Canada qui offrent la formation initiale ont souscrit à l'exigence minimale du diplôme universitaire de baccalauréat pour exercer la profession.

Tableau 1
Comparaison des différents niveaux de scolarité donnant ouverture au permis d'exercice au Canada

Provinces et territoires	Niveau de scolarité donnant ouverture au permis	Année de la modification de la norme d'entrée
Terre-Neuve-et-Labrador	Universitaire	1998
Île-du-Prince-Édouard	Universitaire	1998
Nouvelle-Écosse	Universitaire	1998
Nouveau-Brunswick	Universitaire	1998
Saskatchewan	Universitaire	2000
Ontario	Universitaire	2005
Colombie-Britannique	Universitaire	2006
Alberta	Universitaire	2010
Territoires-du-Nord-Ouest	Universitaire	2010
Nunavut	Universitaire	2010
Manitoba	Universitaire	2012
Yukon	Le Yukon n'offre pas de programme de formation initiale	—
Québec	Collégial (cégep ¹⁴) ou universitaire	—

Source : Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC), 2021, p. 48.

Avant le changement de norme d'entrée, ces autres provinces et ces territoires canadiens offraient, comme actuellement au Québec, des programmes collégiaux de deux à trois ans qui formaient des infirmières prêtes à intégrer le marché de l'emploi. Depuis, pour rendre plus disponible et accessible la formation initiale, plusieurs provinces canadiennes offrent différents cheminements académiques universitaires. Le baccalauréat en sciences infirmières et les programmes collaboratifs (appelés baccalauréats collaboratifs) entre les collèges et les universités sont parmi les plus communs¹⁵. À noter qu'ailleurs au Canada, le diplôme collégial (sans formation universitaire) donne maintenant accès à la profession d'infirmière auxiliaire.

¹⁴ Collège d'enseignement général et professionnel.

¹⁵ AIIIC, 2021, p. 47-48.

États-Unis

Dès 1965, l'American Nurses Association recommandait le baccalauréat comme préalable requis pour l'entrée dans la profession. C'est toutefois la cible établie par l'Institute of Medicine (IOM) dans son rapport de 2011 qui fait figure d'indicateur à l'échelle internationale depuis une dizaine d'années. Pour faire face à la complexité des soins que requerra la population américaine, l'IOM recommandait qu'au moins 80 % des infirmières soient détentrices d'un baccalauréat d'ici 2020. Bien que la cible émise par l'IOM ne soit toujours pas atteinte, 59 % des infirmières américaines détenaient en 2020 une formation de niveau universitaire¹⁶. Cette progression est nourrie par une forte pression des employeurs : 43,2 % exigent un diplôme universitaire à l'embauche et 82,1 % préfèrent fortement les candidatures d'infirmières formées à l'université¹⁷. Parmi ces organisations qui valorisent l'obtention du baccalauréat¹⁸, notons les plus influentes des États-Unis, dont le Magnet Recognition Program de l'American Nurses Credentialing Center, les U.S. Army, U.S. Navy et U.S. Air Force et la Veterans Health Administration.

L'État de New York est actuellement le seul à prendre les moyens pour répondre à long terme aux besoins de sa population en ayant adopté une loi qui exige l'obtention d'un baccalauréat en sciences infirmières (*BSN in 10 Law*). Ainsi, depuis juin 2019, toute nouvelle infirmière doit obtenir un baccalauréat dans les dix ans suivant l'obtention de son permis d'exercice. Cette décision a été appuyée par les législateurs de l'État, pour qui « la complexité croissante du système de santé américain ainsi que du développement rapide des technologies nécessite que la préparation scolaire de l'infirmière soit rehaussée »¹⁹.

Ailleurs dans le monde

En Europe, les accords de Bologne (1999) et de Copenhague (2008), ainsi que la Déclaration de Genève (2011), ont propulsé l'universitarisation de la profession infirmière. De plus, une Directive de l'Union européenne²⁰ sur la reconnaissance des diplômes a obligé plusieurs pays d'Europe à augmenter le nombre d'heures de formation. Ainsi, les pays européens suivants exigent la voie d'entrée universitaire à la profession infirmière : Andorre, Bosnie-Herzégovine, Espagne, France, Irlande, Islande, Italie, Malte et Royaume-Uni²¹. Il est important de rappeler que dans le cadre de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) France-Québec, seules les infirmières québécoises détentrices d'une formation universitaire peuvent se voir octroyer un permis d'exercice français. Il en va de même pour la partie francophone de la Suisse (Suisse romande) qui a rendu la formation universitaire obligatoire en 2002. D'ailleurs, les infirmières québécoises détentrices d'un niveau de formation collégial qui travaillent actuellement en Suisse romande ne seront plus

Déclaration de Genève

Par la Déclaration de Genève, l'Assemblée générale soutient et ratifie la position du SIDIEF en faveur de la formation universitaire pour les infirmières et infirmiers de l'espace francophone tel qu'énoncé dans son mémoire 2011 et demande la poursuite des efforts pour en assurer la réalisation dans les différents pays de la francophonie d'ici 2020.

SIDIEF, 2012

¹⁶ Campaign for Action, 2022.

¹⁷ American Association of Colleges of Nursing, 2019a.

¹⁸ American Association of Colleges of Nursing, 2019b.

¹⁹ *BSN in 10 Law*, traduction libre.

²⁰ *Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles*, art. 31.

²¹ Lahtinen et al., 2014; SIDIEF, 2019.

reconnues à titre d'infirmières, mais bien d'assistantes en soins et santé communautaire (semblable aux infirmières auxiliaires québécoises)²².

En Océanie, l'Australie et la Nouvelle-Zélande exigent une formation universitaire pour accéder à la profession infirmière. Sur le continent africain, notons qu'un rehaussement de la formation infirmière a été observé au Burkina-Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Maroc et au Sénégal. Enfin, malgré les recommandations issues du rapport du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF)²³, deux pays francophones, soit la Belgique et le Liban, et une province, le Québec, offrent toujours deux niveaux différents de formation donnant accès à la profession infirmière. Un tableau détaillé des diplômes donnant ouverture à l'exercice de la profession infirmière dans différents pays est disponible à l'annexe 3.

1.2.1.2 Davantage de responsabilités professionnelles

Le deuxième enjeu relatif à l'environnement professionnel de l'infirmière est lié au contexte législatif et réglementaire qui encadre sa pratique. Au cours des 20 dernières années, les gouvernements successifs ont agi afin d'améliorer l'accès aux soins de santé au Québec en misant sur l'apport de plusieurs professionnels de la santé, dont les infirmières en qui ils ont vu un puissant levier pour atteindre cet objectif (voir le rappel historique à l'annexe 2). Des lois et des règlements ont donc été adoptés pour permettre à la profession infirmière de s'adapter aux besoins de santé de la population sans cesse croissants.

Les changements sont évidents depuis l'entrée en vigueur de la première *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (1973)²⁴. Si son rôle dans l'équipe de soins était alors davantage axé sur l'assistance médicale et sur l'exécution de gestes techniques et procéduraux (voir encadré), l'infirmière se positionne désormais comme une professionnelle en mesure de prendre ses propres décisions, véritable partenaire des soins offerts au patient et à ses proches.

Champ d'exercice de l'infirmière en 1973

« Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale. »

Depuis le début des années 2000, les différents gouvernements ont mis en place des réformes qui ont accru les responsabilités professionnelles de l'infirmière et par le fait même la portée du rôle infirmier :

- En 2002, le projet de loi n° 90²⁵ a conféré aux infirmières du Québec un champ d'exercice élargi qui traduit une identité professionnelle distincte (voir section 1.3.1). Les 14 activités réservées (activités 1 à 14 à l'annexe 5) qui leur ont été octroyées

²² Conseil fédéral suisse, 2019. La Croix-Rouge suisse reconnaît aussi la primauté de la formation universitaire pour y travailler à titre d'infirmière.

²³ SIDIEF, 2011.

²⁴ OIIQ, 2001.

²⁵ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (2002, chapitre 33), plus connue sous les appellations « Projet de loi 90 », « PL 90 » ou « Loi 90 ».

témoignent du rôle stratégique des infirmières en matière de soins de santé. On confère alors à l'infirmière une grande autonomie et responsabilité au regard de l'évaluation de l'état de santé, de la surveillance clinique et du suivi infirmier, notamment auprès des personnes présentant des problèmes de santé complexes²⁶.

- Il en est de même pour le projet de loi n° 21²⁷, adopté en 2009, dont l'ajout de trois nouvelles activités réservées (activités 15 à 17 à l'annexe 5) n'a fait qu'accroître la responsabilité de l'infirmière et l'importance de sa contribution, notamment auprès de personnes présentant des particularités développementales et de santé mentale.
- En 2016²⁸, les infirmières détentrices d'un diplôme d'études universitaires se sont vu reconnaître par le Collège des médecins du Québec (CMQ) le droit de prescrire dans les domaines de soins de plaies, de santé publique et pour des problèmes de santé courants²⁹.

En somme, depuis le début des années 2000, les besoins de soins de la population ont mené à l'octroi de 17 activités réservées, à haut risque de préjudice, afin que l'infirmière puisse offrir davantage de soins à la population (voir section 1.3.1). Certaines de ces activités, puisqu'elles peuvent être particulièrement complexes, invasives ou entraîner des complications, doivent nécessairement s'appuyer sur des bases scientifiques et un jugement clinique affirmé qui ne s'acquiert qu'en formation universitaire (voir section 2.1). D'ailleurs, d'autres professionnels de la santé (psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes) ont récemment rehaussé leur formation initiale à un deuxième ou troisième cycle universitaire en raison des compétences requises pour exercer leurs propres activités réservées. En 2022, la formation initiale de niveau collégial en soins infirmiers se trouve en décalage avec les grandes responsabilités professionnelles que l'infirmière doit assumer de manière autonome et sécuritaire. Il est temps de rétablir cette incohérence : les prochaines générations d'infirmières doivent avoir, comme leurs collègues, un niveau de formation initial qui leur permet de soutenir la réalisation sécuritaire de l'ensemble de leurs activités et d'assumer les responsabilités professionnelles qui leur ont été confiées depuis les 20 dernières années.

1.2.1.3 De plus en plus de soins donnés à l'extérieur des hôpitaux

Le troisième enjeu lié au contexte professionnel de l'infirmière est d'ailleurs l'évolution graduelle des soins donnés à l'hôpital vers des soins offerts dans la communauté; une tendance qui s'est accentuée au cours des dernières années et particulièrement avec la pandémie de COVID-19. En effet, de plus en plus, les soins sont prodigués à l'extérieur des hôpitaux, y compris les domiciles des patients, les centres de réadaptation en dépendance, les cliniques et les pharmacies, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), pour ne nommer que ces endroits. Les réflexions quant à l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile au Québec démontrent d'ailleurs le haut niveau de complexité de

²⁶ D'ailleurs, l'utilisation maintenant répandue des ordonnances collectives, est un exemple concret de l'impact de ces nouvelles responsabilités professionnelles sur l'optimisation des soins.

²⁷ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (2009, chapitre 28), plus connue sous les appellations « Projet de loi 21 », « PL 21 » ou « Loi 21 ».

²⁸ *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*.

²⁹ Certaines infirmières détentrices d'un diplôme d'études collégiales ont pu se prévaloir des dispositions transitoires.

soins auquel la relève infirmière pourra être confrontée³⁰. Une question se pose dès lors : toutes les infirmières sont-elles prêtes à relever ce défi?

Les soins donnés à l'extérieur de l'hôpital requièrent que l'infirmière identifie les besoins de soins spécifiques aux patients, déploie un haut niveau de raisonnement critique, évalue rapidement les risques, fasse preuve d'autonomie dans ses décisions et offre plus d'une solution à un problème complexe. Il s'agit de secteurs de soins où l'infirmière doit répondre à des situations uniques et imprévisibles, d'un point de vue autant clinique que familial, social et environnemental. Par exemple, il pourrait s'agir de la mise en place de mesures sanitaires d'urgence face à une éclosion de gastro-entérite dans un CHSLD ou de la gestion de la détérioration de l'état respiratoire d'un détenu en soins palliatifs en milieu carcéral. Ce type d'intervention requiert des connaissances spécifiques en physiopathologie, en pharmacologie, en évaluation clinique et en intervention familiale, qui sont toutes acquises et approfondies dans la formation universitaire.

« La majorité des soins se passent à l'extérieur de l'hôpital, mais on continue d'avoir une vision et une formation axée sur l'hôpital. »

Patricia Germain, GT3

En somme, devant ces situations inattendues et complexes, toutes les infirmières doivent intervenir promptement et être en mesure d'évaluer l'ensemble des dimensions de la situation en utilisant leurs connaissances et leurs compétences. Cette responsabilité leur incombe peu importe le diplôme détenu, qu'il soit collégial ou universitaire. Les patients ont droit à des services de qualité, complets et rapides sans vivre les préjudices causés par un manque de connaissances ou de compétences de la part de l'infirmière. Or, par les contenus scientifiques et cliniques plus avancés et plus approfondis, la formation universitaire prépare mieux la relève infirmière à faire face seule à des situations complexes et imprévisibles.

1.2.1.4 Un soutien clinique insuffisant pour les nouvelles infirmières

Le quatrième et dernier enjeu concernant le contexte professionnel de l'infirmière porte sur le soutien clinique qui est offert au seuil d'entrée à la profession. Jusqu'à tout récemment, dans le réseau public, les infirmières nouvellement diplômées bénéficiaient d'un soutien par des expertes cliniques lorsqu'elles arrivaient sur le marché du travail : mentores, préceptrices et conseillères en soins infirmiers, pour ne nommer que celles-là. Or, les récentes transformations du système de santé québécois, particulièrement celles de 2015³¹ (la fusion des établissements de santé), ont réduit considérablement le soutien clinique qui permet de faciliter le développement des compétences après la formation initiale. En abolissant près de 1 300 postes de personnel cadre, majoritairement des cadres intermédiaires qui s'impliquaient de près dans l'encadrement de l'exercice infirmier et le soutien clinique³², c'est tout un réseau d'aide et de soutien à l'intégration de nouvelles infirmières qui a disparu.

³⁰ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2021.

³¹ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

³² Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2014, 2015a.

Bien que l'insuffisance de soutien clinique préoccupe grandement l'OIIQ, la perte de l'expertise engendrée par le départ de ces infirmières expertes était inévitable. Par conséquent, les milliers de nouvelles infirmières qui arrivent dans les établissements de santé à chaque année doivent maintenant être plus autonomes dans leurs apprentissages et avoir acquis un plus grand éventail de connaissances. Cette situation est encore plus marquée dans les milieux extrahospitaliers (domiciles, CLSC, CHSLD, milieux carcéraux, pharmacies, etc.). Dans ces environnements, l'équipe interdisciplinaire est réduite et il n'y a souvent qu'une seule infirmière par quart de travail. Sans le soutien clinique par des infirmières expertes et expérimentées, il est d'autant plus capital que les infirmières nouvellement diplômées soient adéquatement préparées pour le marché du travail en fonction des activités et responsabilités qui leur incombent.

En somme, le contexte professionnel des infirmières québécoises comporte plusieurs enjeux de taille. Ces tendances observées au cours des 20 dernières années se poursuivront et continueront de transformer la profession. Ainsi, la qualité de la préparation des prochaines générations d'infirmières, lors de leur formation initiale, est d'une importance capitale pour l'avenir de nos soins de santé.

1.2.2 Des transformations sociales qui font évoluer la profession infirmière

Les infirmières sont aux premières loges des transformations sociodémographiques omniprésentes dans notre système de santé. Ces transformations, notamment le vieillissement marqué de la population, justifient que les exigences minimales qui donnent accès à la profession, en termes de connaissances et de compétences, soient rehaussées.

1.2.2.1 Le vieillissement marqué de la population

Au Québec, comme ailleurs, le vieillissement de la population est une réalité qui complexifie les soins de santé. De plus, cette tendance n'est pas près de s'inverser : le Québec compte parmi les sociétés parmi les plus vieillissantes au monde³³. La proportion de personnes âgées de plus de 65 ans continuera à croître significativement au cours des prochaines années. La préparation de la relève infirmière s'avère cruciale et incontournable pour nous doter des professionnelles à la hauteur des besoins de cette population souvent vulnérable.

³³ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2016.

Si la situation de santé des personnes âgées se complexifie avec le temps, c'est que l'allongement de la vie est caractérisé d'abord par des modifications physiologiques normales (p. ex. : diminution de l'audition, de la force musculaire et de la capacité respiratoire), lesquelles peuvent s'additionner à des problèmes de santé ponctuels ou chroniques (p. ex. : cancer, problème de santé mentale, diabète, AVC). Cette combinaison d'états de santé peut aussi entraîner une invalidité, un déconditionnement, une perte d'autonomie ou la consommation de plusieurs médicaments, etc. Pour la très grande majorité des personnes de plus de 65 ans, ces situations génèrent une demande accrue pour des soins et des services de santé adaptés. Avec le vieillissement de la population, les besoins de santé des personnes de plus de 65 ans s'intensifieront donc au-delà de ce qui est observé actuellement (voir encadré) et mettront une charge supplémentaire sur le réseau de la santé.

Portrait des besoins de soins des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec

Hôpital

50 % de la clientèle

Soins à domicile

80 % de la clientèle

Soins de longue durée

90 % de la clientèle

Problèmes de santé chroniques

75 % en ont au moins 1

50 % en ont au moins 2

25 % en ont au moins 3

Médicaments

Plus de 9 aînés sur 10 consomment des médicaments prescrits. Ceux qui en consomment 5 ou plus ont 58 % de risque d'avoir des effets indésirables.

Troubles neurocognitifs

7,3 % des 65 ans et plus

29,6 % des femmes de 85 ans et plus

23,3 % des hommes de 85 ans et plus

Sources : INSPQ, 2021b; MSSS, 2021a; Voyer, 2016, 2021.

Pour l'infirmière, les conséquences du vieillissement de la population ont un impact direct sur sa pratique. Au-delà des soins techniques et procéduraux, l'infirmière se doit d'adopter une toute nouvelle approche des soins qui tient compte de toutes les particularités du vieillissement. Parce que les signes et les symptômes d'un problème de santé ne se présentent pas comme chez un adulte plus jeune, l'infirmière doit avoir des connaissances scientifiques approfondies, notamment en gériatrie (étude du vieillissement), en physiopathologie (fonctionnement des organes au cours d'une maladie) et en pharmacologie (propriétés chimiques des médicaments et leur classification). Ces connaissances plus approfondies, acquises au cours de la formation universitaire, permettent à l'infirmière de reconnaître les alertes cliniques spécifiques à cette population et d'offrir une intervention adaptée à la personne âgée³⁴ (comme nous le verrons aux sections 2.1 et 3.1 de ce mémoire).

« Les infirmières auront à intervenir pour réduire l'âgisme. Plusieurs enjeux éthiques se poseront, certains en lien avec les ressources disponibles, d'autres en lien avec le développement de la science biomédicale, et plusieurs en lien avec les notions d'aptitude, de consentement aux soins, d'aide médicale à mourir, etc. Ces enjeux demanderont des connaissances avancées en éthique, sur les aspects légaux et une réflexion critique sociale afin de bien accompagner les personnes âgées et leurs proches dans les choix qui s'offriront à elles. »

Anne Bourbonnais, GT3

³⁴ MSSS, 2011.

Parce que les personnes âgées sont les plus grands utilisateurs de services de santé, la relève infirmière doit acquérir ces connaissances et développer ces compétences pendant sa formation initiale afin d'être à même d'offrir des soins adaptés aux personnes âgées, dès son entrée dans la profession.

1.2.2.2 Des phénomènes sociaux et démographiques propres au Québec

D'autres phénomènes sociaux et démographiques transforment l'exercice de la profession infirmière au Québec³⁵ :

- de 20 à 25 % de la population présentera un trouble mental au cours de sa vie, pour lequel une détection et une intervention précoces peuvent permettre un rétablissement plus rapide;
- près de 20 % des adultes et 45 % des personnes âgées vivent avec au moins deux maladies chroniques (diabète, hypertension, démence, asthme, cancer, etc.), pour lesquels une prise en charge globale par une infirmière (enseignement, suivis, prévention des consultations à l'urgence et admissions à l'hôpital) peut permettre de mieux contrôler la maladie³⁶;
- près de 14 % de la population est immigrante, donc doit recevoir des services adaptés à sa situation familiale, économique et d'emploi, ainsi qu'à sa compréhension de la santé;
- plus de 2 % des Québécois sont autochtones, dont plusieurs vivent des inégalités sociales en matière de santé qui doivent être reconnues et contrées³⁷;
- les changements climatiques (phénomènes comme les vagues de chaleur, les inondations, la pollution de l'air, etc.) observés au cours des dernières années entraînent des conséquences directes sur la santé des Québécois dont les infirmières devront tenir compte dans leurs interventions³⁸ : troubles de santé mentale, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, maladies à transmissions vectorielles ou zoonoses (p. ex. : maladie de Lyme, COVID-19), etc.

Le risque d'hospitalisation pour un infarctus augmente de 1,6 % à chaque augmentation de 1 °C de la température ambiante.

Jusqu'à 40 % des gens qui ont vécu un événement météorologique extrême (tornade, inondation, etc.) souffrent de stress post-traumatique.

Source : INSPQ, 2021a.

Ces quelques indicateurs sociaux et épidémiologiques nous rappellent que la société québécoise est composée d'individus et de familles dont les besoins seront sans cesse croissants et importants. Toutes les activités professionnelles attribuées aux infirmières au fil des années (entre autres les activités réservées d'évaluation, de surveillance et de suivi, le droit de prescrire et l'évaluation des troubles mentaux) doivent être mises à profit en vue de répondre à ces besoins. Pour ce faire, les infirmières devront être hautement qualifiées afin de prendre en charge « un nombre important de patients avec des problèmes chroniques,

³⁵ INESSS, 2017; INSPQ, 2019; Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), s.d.

³⁶ Davis et al., 2021; Karam et al., 2021.

³⁷ MSSS, 2021b.

³⁸ Comité jeunesse de l'OIIQ, 2020.

complexes, maintenir leur bien-être et leur indépendance, prévenir la détérioration de leur condition et réduire les inégalités sociales en santé »³⁹. Or, à peine 25 % des infirmières nouvellement diplômées arrivent dans la profession adéquatement préparées pour répondre à ces transformations sociales et démographiques, qui continueront de s'opérer tout au long de leur carrière.

1.2.3 Des changements scientifiques et technologiques façonnent la profession infirmière

L'introduction de nouvelles technologies et de nouvelles connaissances scientifiques transforment aussi la profession infirmière. Depuis les 20 dernières années, le développement des connaissances scientifiques et technologiques s'est accéléré et leur partage, facilité. À tous les jours, la performance du système de santé est améliorée par des chirurgies plus courtes grâce à l'assistance de robots, par la réception plus rapide des résultats de laboratoire ou par l'instauration de nouvelles techniques moins invasives. Ces innovations ont largement contribué à améliorer la santé des populations, mais aussi à transformer les soins offerts. En voici deux exemples.

Exemple 1

L'augmentation de services de soins à domicile est une priorité du plan stratégique 2019-2023 du MSSS (objectif 1.7)⁴⁰. Comme les séjours à l'hôpital sont souvent plus courts, davantage de soins aigus sont donnés dans la communauté et à domicile⁴¹ (p. ex. : par les CLSC). Cette nouvelle réalité touche la profession infirmière puisqu'elle signifie que l'infirmière sera de plus en plus appelée à offrir des télésoins (avec un ordinateur ou un téléphone mobile), à faire de la télésurveillance (avec des moniteurs) et à utiliser des appareillages pour offrir des soins plus aigus à la maison (respirateur, pompe pour soluté, dialyse). Or, comme nous l'avons vu à la section 1.2.1, ces soins complexes à donner à domicile ne sont pas enseignés au collégial en raison des connaissances scientifiques et du niveau d'autonomie professionnelle et décisionnelle requis.

Exemple 2

Les patients ont maintenant accès à beaucoup d'information sur leur santé grâce à Internet (où la qualité est souvent discutable), au Carnet santé Québec, à une montre intelligente ou encore à des capteurs de glycémie. Par le fait même, ils ont davantage de questions sur ces données et sur l'interprétation qu'ils doivent en faire. L'infirmière doit être en mesure de vulgariser la science, mais surtout d'évaluer la qualité de l'information disponible sur Internet pour bien conseiller les patients afin qu'ils soient en mesure de faire des choix éclairés en rapport avec leur santé. Encore une fois, la capacité à effectuer une analyse critique des écrits scientifiques est une compétence développée à l'université.

Ces innovations n'en sont qu'à leur début et l'infirmière est déjà aux premières loges pour représenter les intérêts des patients, des groupes et des collectivités devant ces avancées. Elles devront par le fait même être sensibilisées aux enjeux légaux et éthiques (notamment les notions d'aptitude et de consentement aux soins) que leur utilisation pourrait entraîner.

³⁹ Centre Ferasi, 2013, p. 175.

⁴⁰ MSSS, 2021a.

⁴¹ INESSS, 2021.

Ces enjeux demanderont une réflexion critique sociale, de même que des connaissances plus poussées en santé publique, en éthique et en droit de la santé qui dépassent les compétences techniques de soins.

De plus, ces nouvelles avancées scientifiques et technologiques sont indissociables de nouvelles connaissances en sciences infirmières. Depuis les dernières années, de nombreux travaux menés par des infirmières chercheuses ont permis de transformer la pratique infirmière. Pensons par exemple aux travaux d'Anne Bourbonnais⁴² qui permettent aux infirmières de mieux intervenir auprès de personnes vivant avec une démence; à ceux de Céline Gélinas⁴³ qui offrent des outils aux infirmières pour mieux évaluer la douleur chez les patients inconscients, ainsi qu'aux travaux de Francine de Montigny⁴⁴ qui permettent aux infirmières d'offrir des soins plus adaptés aux familles qui vivent une fausse-couche à l'urgence. Les infirmières peuvent ainsi faciliter l'introduction de ces nouvelles connaissances qui mènent à de meilleurs résultats de santé, tout en réduisant les risques de préjudice pour le patient.

L'infirmière doit être informée des nouvelles avancées québécoises et internationales dans sa discipline. Pour ce faire, elle doit savoir chercher cette information, la comprendre, la critiquer et l'utiliser en fonction des besoins des patients. Ces compétences développées à l'université permettent à l'infirmière d'inclure ces connaissances scientifiques dans sa pratique quotidienne, d'offrir des soins de meilleure qualité et plus personnalisés, et d'apporter des idées nouvelles au sein d'une équipe interdisciplinaire.

À la lumière des plus récentes transformations professionnelles, législatives, sociales, scientifiques et technologiques vécues au Québec au cours des 20 dernières années, il apparaît évident que l'évolution de la profession infirmière doit être dictée par les changements qui s'opèrent dans la société. Puisque ces réalités de soins se complexifient et exigent une responsabilité et une autonomie accrues sur le plan professionnel, il est impératif que toutes les infirmières soient suffisamment bien préparées pour faire face à ces défis. Il ne peut donc y avoir qu'un seul niveau de formation donnant accès à la profession : la formation universitaire (au terme d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'un parcours DEC-BAC).

« La pandémie a démontré l'importance de se redéfinir comme infirmière, de collaborer avec les autres professionnels, d'utiliser la technologie et le numérique dans la prise en charge des patients, de travailler de façon à optimiser les ressources humaines, financières, matérielles disponibles. Cela montre que l'infirmière de "demain" (en post-pandémie) devra apprendre à travailler dans un environnement de plus en plus complexe, avec des soins plus complexes, et dans un contexte en perpétuel changement. »

Eric Tchouaket, GT4

⁴² Anne Bourbonnais est infirmière et notamment professeure agrégée à l'Université de Montréal, chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal ainsi que titulaire de deux chaires de recherche qui s'intéressent aux soins à la personne âgée.

⁴³ Céline Gélinas est infirmière et notamment professeure agrégée à l'Université McGill ainsi que chercheuse au Centre de recherche en sciences infirmières de l'Hôpital général juif.

⁴⁴ Francine de Montigny est infirmière et notamment professeure à l'Université du Québec en Outaouais, titulaire d'une chaire de recherche qui s'intéresse à la santé psychosociale des familles ainsi que responsable du Centre d'études et de recherche en intervention familiale.

1.3 Présentation de la profession infirmière et portrait de la main-d'œuvre

Cette section présente la profession infirmière telle qu'elle s'exerce aujourd'hui, au Québec. Elle brosse aussi un portrait de la main-d'œuvre actuelle, de la relève et des projections quant à l'évolution de l'effectif infirmier. Également, elle fait état des différents secteurs où l'on retrouve des infirmières et de l'autonomie requise pour exercer les activités professionnelles au seuil d'entrée à la profession.

1.3.1 Exercice de la profession infirmière au Québec

Les infirmières québécoises bénéficient, à l'instar des médecins, du champ d'exercice le plus étendu parmi les professionnels de la santé. Ce champ décrit le caractère distinctif de la profession infirmière et couvre à la fois la prévention et la promotion, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs. Il permet à l'infirmière d'intervenir sans limitation quant aux clientèles et aux secteurs d'activité (voir annexe 4)⁴⁵. Qu'elles soient issues d'une formation collégiale ou universitaire, les infirmières exercent leurs activités professionnelles en vertu du même champ d'exercice. Ces activités professionnelles sont de trois catégories différentes : réservées, partagées et autorisées.

Champ d'exercice de l'infirmière

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

La déclinaison des différentes composantes du champ d'exercice infirmier qui permettent de mieux saisir la responsabilité qui incombe à l'infirmière se trouve à l'**annexe 4**.

1.3.1.1 Activités réservées

Le champ d'exercice de l'infirmière constitue aussi les balises à l'intérieur desquelles s'exercent les activités réservées⁴⁶. Depuis 2002, 17 activités réservées ont été attribuées à l'infirmière (voir annexe 5) et viennent s'ajouter aux activités principales identifiées dans la définition du champ d'exercice, soit : évaluer l'état de santé, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, prodiguer des soins et traitements, maintenir et rétablir la santé, prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs (voir annexe 4).

⁴⁵ Une seule limite de lieux s'applique pour la décision d'utiliser des mesures d'isolement, qui est réservée aux installations maintenues par un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones* cris.

⁴⁶ OPQ, 2003.

Des activités sont dites « réservées » en raison des risques qu'elles comportent, des compétences requises ainsi que des connaissances exigées pour les exercer⁴⁷. Par exemple, certaines comportent un risque de préjudice en raison de leur caractère complexe ou invasif :

- évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- appliquer des techniques invasives.

D'autres peuvent causer ou entraîner la perte d'un droit, tel que l'exercice de l'autorité parentale, la libre gestion de ses biens ou l'aptitude à rendre compte de ses actes⁴⁸, par exemple :

- décider de l'utilisation des mesures de contention;
- décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*.

Le risque de préjudice associé aux activités réservées impose que toutes les nouvelles infirmières, dès leur entrée dans la profession, puissent être en mesure d'offrir les soins requis, adaptés et sécuritaires à la population dans des situations parfois complexes et inattendues. Cette préparation implique de développer des compétences d'analyse, de rigueur scientifique et d'autonomie dans la prise de décision – compétences développées à l'université à l'issue d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'un parcours DEC-BAC⁴⁹.

1.3.1.2 Activités partagées

Parmi les activités que l'infirmière partage avec d'autres professionnels, certaines sont réservées et d'autres ne le sont pas. Les activités **réservées partagées**, c'est-à-dire celles dont les libellés sont identiques à ceux d'autres professionnels (p. ex. : mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance ou décider de l'utilisation des mesures de contention), témoignent d'une compétence commune à exercer cette activité. Toutefois, « l'activité de l'un diffère de celle de l'autre puisque la finalité propre à chaque profession n'est pas la même. Les différents professionnels ne sont donc pas interchangeables, mais plutôt complémentaires dans l'exercice d'une activité partagée »⁵⁰. Le champ d'exercice de chacun guidera les professionnels qui l'exerceront⁵¹.

⁴⁷ OPQ, 2021.

⁴⁸ OPQ, 2005, 2021.

⁴⁹ L'évaluation des troubles mentaux, à l'exception du retard mental, est la seule activité réservée qui ne peut être exercée dès l'entrée à la profession par les infirmières nouvellement diplômées du niveau collégial et du niveau universitaire parce qu'elle requiert une **formation universitaire de deuxième cycle** et une expérience clinique significative (voir section 1.5.2).

⁵⁰ OPQ, 2021.

⁵¹ OPQ, 1996.

Quant aux activités **non réservées partagées** avec d'autres professionnels, celles-ci regroupent la promotion, la prévention et l'information auprès des individus, des familles et des collectivités. L'article 39.4 du *Code des professions* prévoit non seulement que tous les professionnels concernés peuvent effectuer ces activités, mais qu'ils ont également une responsabilité à cet égard :

« L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès **des individus, des familles et des collectivités** font également partie de l'exercice de la profession du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. »

Toutes les infirmières ont ainsi une responsabilité face à ces activités partagées. Or, rappelons que les programmes d'études techniques en soins infirmiers se limitent à l'intervention auprès **des individus**. Les infirmières diplômées du niveau universitaire ont, quant à elles, développé toutes les compétences pour les exercer auprès des individus, mais aussi **des familles et des collectivités**, par exemple :

- suivi post-partum à domicile;
- interventions auprès d'une famille dont l'enfant est accompagné par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ);
- mise sur pied d'une campagne de promotion de la vaccination dans un quartier défavorisé;
- prévention du suicide dans une école secondaire.

1.3.1.3 Activités autorisées

Il existe un mécanisme permettant aux ordres professionnels et à l'OPQ d'adopter un règlement qui autorise d'autres personnes à exercer des activités réservées aux membres d'un ordre. C'est le cas d'un règlement pris en vertu du *Code des professions* qui encadre les conditions d'exercice de la psychothérapie⁵², au terme d'une formation universitaire de deuxième cycle. Aussi, le CMQ autorise par règlement l'exercice de deux activités. La réalisation de celles-ci implique d'avoir les connaissances et les compétences développées dans un programme universitaire en sciences infirmières :

1. Activités de prescription dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants⁵³.
2. Activités d'une infirmière première assistante en chirurgie (IPAC)⁵⁴.

⁵² *Règlement sur le permis de psychothérapeute.*

⁵³ *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier.*

⁵⁴ *Règlement sur certaines activités de première assistance chirurgicale pouvant être exercées par une infirmière.*

L'utilisation et l'installation de divers instruments et appareils chirurgicaux complexes et spécialisés à l'intérieur du site opératoire; l'incision, la manipulation, la dissection et le prélèvement de tissus; l'exécution de certaines étapes de la procédure chirurgicale à l'intérieur du site opératoire; le choix et l'utilisation des diverses méthodes d'hémostase en profondeur; la suture des plans profonds de la plaie chirurgicale et les ligatures en profondeur.

L'infirmière doit répondre également aux autres conditions émises dans les règlements d'autorisation de ces activités (voir section 1.5.2 pour les exigences particulières).

1.3.1.4 Collaborations interprofessionnelles

L'ensemble des activités professionnelles que l'infirmière peut réaliser contribuent à la multitude des collaborations qu'elle développe et entretient. Dans leur pratique courante, les infirmières collaborent avec différentes personnes-clés de la chaîne de soins et de services de santé, telles que des préposés aux bénéficiaires, des policiers, des techniciens ambulanciers paramédics, des intervenants du milieu communautaire, des enseignants et des intervenants en soins spirituels. Également, l'infirmière collabore et interagit avec la plupart des 29 professionnels de la « santé et des relations humaines »⁵⁵. Il faut noter que la grande majorité des professionnels avec lesquels elle interagit détiennent une formation initiale universitaire (voir figure 3).

Figure 3
Formation initiale des professionnels de la santé et des relations humaines membres d'un ordre professionnel

Diplôme d'études professionnelles (DEP)	Diplôme d'études collégiales (DEC)	Diplôme d'études Universitaires
• Infirmière auxiliaire	• Infirmière • Acupuncteur • Audioprothésiste • Denturologiste • Hygiéniste dentaire • Inhalothérapeute • Opticien d'ordonnance • Technologiste médical • Technologue en imagerie médicale, radio-oncologie, électrophysiologie médicale • Technologue en physiothérapie • Technologue en prothèses et appareils dentaires	Baccalauréat • Infirmière • Diététiste/Nutritionniste • Sage-femme • Sexologue • Travailleur social Maîtrise • Infirmière • Audiologiste • Ergothérapeute • Orthophoniste • Physiothérapeute • Psychoéducateur • Sexologue • Thérapeute conjugal • Travailleur social Doctorat • Chiropraticien (1^{er} cycle) • Dentiste (1^{er} cycle) • Médecin (1^{er} cycle) • Optométriste (1^{er} cycle) • Pharmacien (1^{er} cycle) • Podiatre (1^{er} cycle) • Psychologue (3^e cycle)

⁵⁵ Professions telles que regroupées par l'OPQ (*Liste des professions selon le secteur d'activité*).

Dans l'équipe **intradisciplinaire** de soins infirmiers (p. ex. : incluant les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires), cette collaboration se présente sous la forme suivante : l'infirmière agit comme une « chef d'équipe ». À la suite de son évaluation de la condition de santé des patients qui sont sous sa responsabilité, l'infirmière prend les décisions adaptées quant aux soins infirmiers à prodiguer, les détermine, les priorise et les planifie pour elle-même et pour les membres de l'équipe. Elle coordonne les activités de soins, s'assure de l'ensemble de leur réalisation et les réajuste au besoin. Elle agit ainsi comme la personne-ressource dans l'équipe en dirigeant les membres qui la composent, en répondant à leurs questions et en supervisant parfois certaines de leurs activités.

L'étendue de son champ d'exercice, touchant à la fois les aspects physiques, mentaux, sociaux et de réadaptation, amène l'infirmière à identifier des besoins de santé nécessitant l'implication d'autres professionnels. Cette collaboration de l'infirmière au sein de l'équipe **interdisciplinaire** (p. ex. : physiothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.) se caractérise par de multiples contacts avec les autres professionnels et intervenants pour des consultations, mais aussi pour la transmission d'informations sur l'évolution de la condition de santé et pour des discussions sur des situations de soins complexes pouvant nécessiter de coordonner les efforts de tous vers un but commun : offrir des soins adaptés à la condition du patient. Dans l'équipe, elle assure les communications entre les divers professionnels et intervenants. Sa vision large des soins et sa proximité avec les patients font de l'infirmière une professionnelle incontournable dans l'organisation et la continuité des soins.

Par la posture unique que lui confère son champ d'exercice au sein du système professionnel ainsi que par sa vision globale de la situation de santé du patient, l'infirmière est appelée à jouer un rôle décisif et souvent central, au sein de l'équipe tant intradisciplinaire qu'interdisciplinaire. Sa formation initiale doit donc lui permettre d'acquérir des connaissances sur les champs d'exercice respectifs des autres professionnels, sur l'intervention en interdisciplinarité et sur le développement de son leadership, ce que le niveau de formation universitaire lui permet, notamment par des apprentissages communs avec les autres professionnels (voir section 2.1). De plus, ceux-ci favorisent la confiance mutuelle et la cohésion entre les professionnels d'un même niveau de formation. La formation universitaire permet à l'infirmière d'interagir efficacement avec l'ensemble des différentes personnes-clés de la chaîne de soins et de services de santé et d'assurer le leadership attendu.

« [...] du point de vue de la relève, le fait pour les infirmières et les infirmiers de détenir une formation universitaire les place sur un pied d'égalité avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, majoritairement formés au baccalauréat et à la maîtrise. Cela facilite également l'expression d'un certain leadership professionnel. »

Ducharme et al., 2021, p. 58

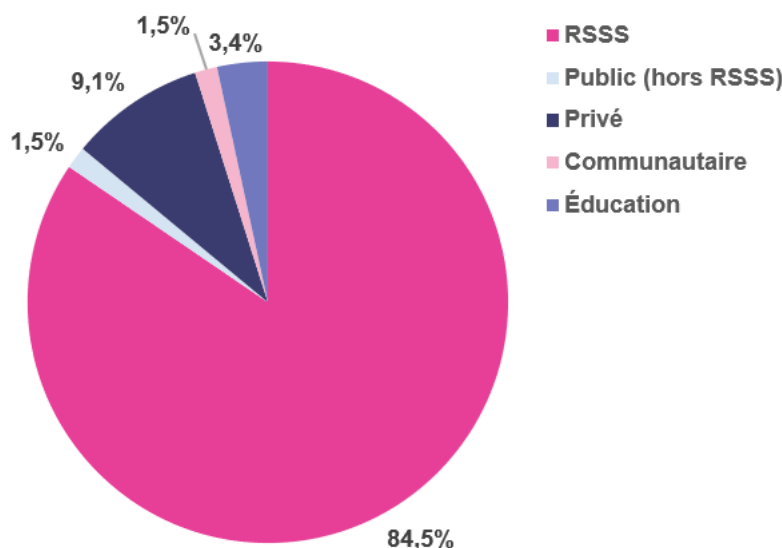
1.3.2 Secteurs d'emploi et d'activité de l'effectif infirmier au Québec⁵⁶

La profession infirmière a toujours été et sera toujours une profession clinique exercée dans une grande diversité de secteurs d'emploi et d'activité. Cette variété multiplie les points de contact entre les infirmières et les patients tout au long de leur trajectoire de soins et de vie.

1.3.2.1 Secteurs d'emploi

Une très grande majorité des infirmières (87,7 %), y compris les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), exercent des fonctions cliniques auprès des patients. Néanmoins, 8 % de l'effectif exerce des fonctions en gestion, notamment celles de directrice des soins infirmiers, de coordonnatrice, d'infirmière-chef ou de conseillère cadre. Enfin, 3,3 % de l'effectif occupe des fonctions d'enseignement et 1 % fait de la recherche. Au 31 mars 2021, les infirmières exerçaient ces fonctions dans les secteurs suivants.

Figure 4
Répartition de l'effectif infirmier du Québec selon le secteur d'emploi au 31 mars 2021



Source : OIIQ, Tableau des membres et déclaration annuelle.

⁵⁶ L'effectif infirmier fait référence aux infirmières qui ont un emploi (ou exercent la profession) au Québec et non à l'ensemble des membres de l'OIIQ.

■ Secteur public

La grande majorité (84,5 %) des infirmières du Québec exercent la profession dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux⁵⁷ (RSSS). En plus, on compte 1,5 % de l'effectif qui travaille dans le secteur public ou parapublic, mais pour une organisation hors du réseau de la santé (p. ex. : Forces armées canadiennes, municipalités, Hydro-Québec, etc.).

■ Secteur privé

Quant au secteur privé, il embauche 9,1 % de l'effectif. Les agences de placement et de soins sont le principal employeur du secteur privé, mais on trouve aussi les cliniques médicales et de soins de santé, les pharmacies, les secteurs manufacturier, minier et forestier, l'industrie pharmaceutique et médicale ainsi que les travailleurs autonomes.

■ Secteur de l'éducation et autres secteurs

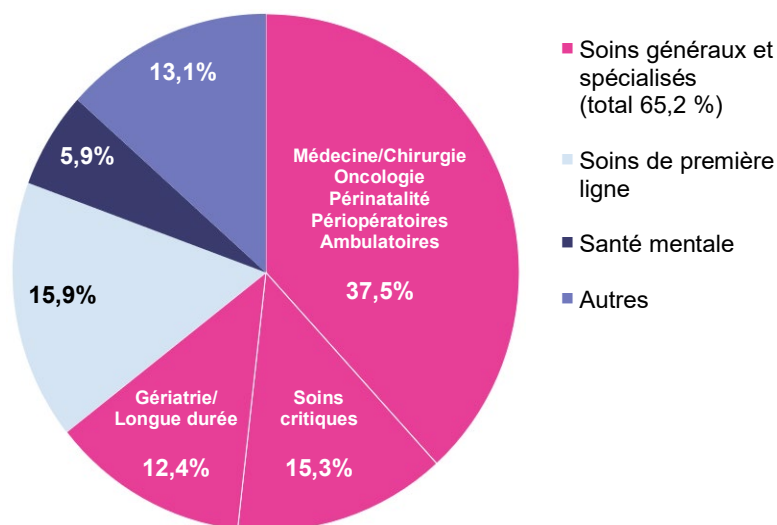
Le secteur de l'éducation regroupe 3,4 % de l'effectif infirmier, principalement des enseignants et professeurs dans un centre de formation professionnel, un cégep ou une université. À noter que les infirmières en santé scolaire sont embauchées par les établissements de santé du réseau public. Enfin, 1,5 % de l'effectif infirmier exerce dans des organismes communautaires, associations et regroupements professionnels.

1.3.2.2 Secteurs d'activité

Les infirmières du Québec œuvrent dans presque tous les secteurs d'activité de la santé physique et mentale. Une large portion de l'effectif (65,2 %) exerce dans le vaste secteur des soins généraux et spécialisés qui sont dispensés principalement dans les centres hospitaliers et les centres d'hébergement : médecine, chirurgie, gériatrie et soins de longue durée, soins critiques (p. ex. : urgence et soins intensifs), ainsi que soins ambulatoires, opératoires, oncologiques et périnataux. Quant aux soins de première ligne (comme en CLSC), ils occupent 15,9 % de l'effectif, tandis que le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie, 5,9 %. Enfin, 13,1 % de l'effectif infirmier exerce dans une foule d'autres secteurs, dont les principaux sont les soins palliatifs et de fin de vie, la santé et sécurité au travail, la santé publique de même que la prévention et le contrôle des infections.

⁵⁷ Sont compris les centres intégrés de santé et de services sociaux (CIUSSS), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), les centres hospitaliers et instituts universitaires, les établissements desservant une population nordique et autochtone non visés par la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, de même que les établissements privés conventionnés et privés non conventionnés qui exploitent une des cinq grandes missions du réseau, principalement des CHSLD.

Figure 5
Répartition des infirmières du Québec selon le secteur d'activité au 31 mars 2021



Source : OIIQ, Tableau des membres et déclaration annuelle.

Dans les secteurs d'activité cités précédemment, les infirmières exercent auprès de clientèles ayant des besoins de santé complexes en constante évolution et doivent proposer une offre de soins personnalisés aux individus, à leurs proches et aux communautés. Pour ces raisons, **il est insoutenable d'accepter, que des infirmières nouvellement diplômées des programmes d'études techniques** exercent des activités professionnelles à haut risque de préjudice, comme le prévoient les lois et règlements adoptés depuis 2002, sans avoir développé toutes les compétences requises pour agir de manière autonome et sécuritaire (voir section 2.1).

1.3.3 Disponibilité de la main-d'œuvre

La disponibilité de la main-d'œuvre infirmière est une question d'intérêt afin de s'assurer que les besoins de soins et de services infirmiers de la population sont comblés aujourd'hui et pour le futur. La situation d'emploi, la croissance de l'effectif et le taux d'emploi à temps complet caractérisent la disponibilité de la main-d'œuvre infirmière au Québec.

1.3.3.1 Situation d'emploi de l'effectif infirmier

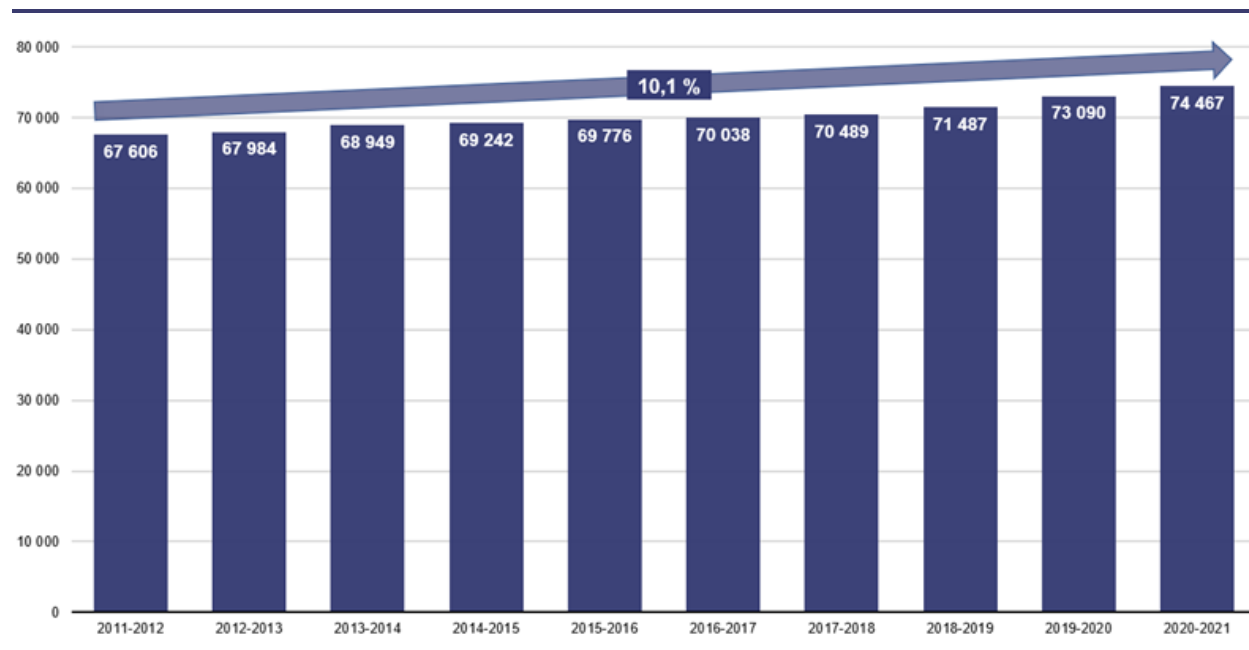
Depuis le début des années 2000, la proportion des membres de l'OIIQ qui ont un emploi infirmier demeure stable autour de 95 %⁵⁸. On peut donc affirmer que l'effectif infirmier est en situation de plein emploi et que le nombre d'infirmières sans emploi est plutôt faible. Quant aux infirmières de la relève, leur taux d'emploi, dans l'année d'obtention du permis, était de 88,6 % en 2020-2021. Ce point sera élaboré plus en détail dans la rubrique concernant la relève.

⁵⁸ Parmi les membres qui n'ont pas d'emploi, on trouve des infirmières qui ont pris leur retraite en cours d'année, qui sont en congé de parentalité, d'études ou en arrêt de travail. À noter que la période de référence relative à chaque inscription au Tableau de l'OIIQ est du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante. Ainsi, un membre qui cesse d'exercer au cours de l'année demeure inscrit avec son droit d'exercice jusqu'au 31 mars suivant, soit à la fermeture du Tableau. Le taux d'emploi est calculé en excluant les membres inactifs retraités, puisqu'ils n'ont pas de droit d'exercice.

1.3.3.2 Croissance de l'effectif infirmier en emploi au Québec

Comme le montre la figure suivante, le nombre d'infirmières en emploi est passé de 67 600 à 74 500 sur une période de dix ans, soit une croissance totale de 10 %. Ce taux de croissance est un peu plus élevé que celui de la population québécoise qui, lui, est de 7 % pour la période 2011 à 2020⁵⁹.

Figure 6
Évolution de l'effectif infirmier en emploi au Québec, 2011-2012 à 2020-2021



Source : OIIQ, Tableau des membres et déclaration annuelle.

Le nombre d'infirmières en soins directs⁶⁰ pour 100 000 habitants, quant à lui, est légèrement à la hausse, passant de 732 à **762** de 2011 à 2020. À titre comparatif, le taux pour l'ensemble du Canada était de **662** en 2020; quant à l'Ontario, la province la plus peuplée et qui regroupe plus du tiers des infirmières canadiennes, ce taux était de **609**⁶¹ en 2021.

Plus spécifiquement, selon les plus récentes données du MSSS⁶², le réseau comptait parmi son personnel, en 2019-2020, 60 143 infirmières syndiquées⁶³, exclusion faite des gestionnaires infirmiers. Les données du MSSS montrent aussi une croissance du nombre d'infirmières syndiquées dans le réseau. Comme l'indique la figure ci-dessous, il s'agit de quelque 8 000 infirmières de plus qu'il y a dix ans, soit une croissance de 15 %.

⁵⁹ Institut de la statistique du Québec, 2021b.

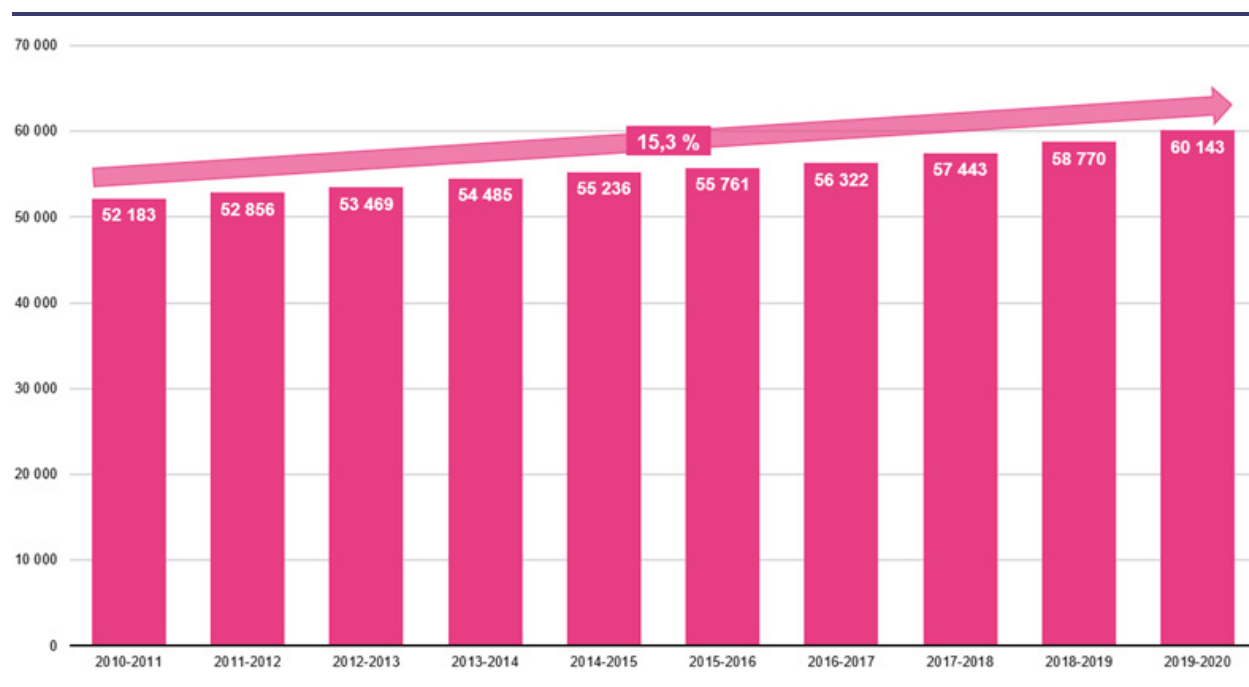
⁶⁰ Sont exclus les infirmières et infirmiers exerçant des fonctions de gestion, d'enseignement et de recherche.

⁶¹ ICIS, 2021.

⁶² MSSS, 2020.

⁶³ Comprend les infirmières, les infirmières cliniciennes, les conseillères et les IPS.

Figure 7
Évolution du nombre d'infirmières syndiquées du réseau de la santé et des services sociaux,
2011-2012 à 2019-2020



Source : MSSS, *Portrait du personnel des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux (2019-2020)*, 2020.

1.3.3.3 Taux d'emploi à temps complet

Selon les données du MSSS⁶⁴, le taux d'emploi à temps complet se situait à 57,1 % en 2019-2020; il s'agit d'une augmentation de 3 % de ce taux qui était demeuré stable autour de 54 % pendant plusieurs années. Ce taux de travail à temps complet, peu élevé, s'explique par de nombreux facteurs. L'un d'entre eux est l'impact d'un effectif composé majoritairement de femmes qui doivent souvent répondre à des obligations parentales et familiales. D'ailleurs, les données du Tableau des membres de l'OIIQ indiquent que les infirmiers ont un taux d'emploi à temps complet supérieur de 7 points de pourcentage à celui de leurs consœurs. Bien que la proportion des infirmiers augmente lentement, les femmes représentent toujours 88 % de l'effectif.

Également, la poursuite des études à l'université par les infirmières diplômées du niveau collégial entraîne des conséquences importantes pour tout le système de la santé. En effet, ces infirmières doivent demander des congés « pour fins d'études », ce qui réduit leurs disponibilités dans les milieux de soins et complexifie la planification des horaires. Inversement, les infirmières qui obtiennent leur formation initiale directement à l'université intègrent plus durablement le marché du travail.

⁶⁴ MSSS, 2020.

Il faut souligner brièvement que d'autres facteurs peuvent influencer le choix ou la possibilité de travailler à temps complet : les conditions de travail, l'organisation du travail, l'attribution des postes à temps complet et l'imposition régulière de temps supplémentaire obligatoire, pour n'en nommer que quelques-uns.

1.3.3.4 Alors, qu'en est-il de la « pénurie »?

D'entrée de jeu, il importe de spécifier qu'une pénurie est une différence négative entre l'offre et la demande, l'offre étant, dans le cas présent, le personnel disponible et la demande, les besoins de soins de la population. Or, l'OIIQ ne chiffre que la première portion de l'équation, soit l'évolution de l'effectif infirmier. Il est donc difficile de quantifier, voire de qualifier, l'état de la pénurie de l'effectif infirmier telle que décrite notamment par les établissements de santé et les directrices de soins infirmiers.

À notre avis, l'ajout d'encore plus d'infirmières – nous n'en avons jamais formé autant, comme nous le verrons plus loin – ne semble pas être la solution à cette pénurie évoquée. Des questions se posent alors : **assiste-t-on à une pénurie d'infirmières ou à une pénurie de soins infirmiers?** Quels sont les besoins réels de la clientèle?

Exemple de la pénurie en CHSLD

« [...] les résultats indiquent que s'il existe effectivement une pénurie d'infirmières dans le réseau de la santé, il existe aussi une pénurie très significative de soins infirmiers dans les CHSLD. [...] Les infirmières ne consacrent qu'un peu plus de la moitié de leur temps à exercer des activités relevant de leur formation et de leur champ d'exercice. »

Voyer, Cyr et al., 2016

Permettre aux infirmières de **prioriser d'abord les activités qui relèvent de leur expertise** (évaluation de la condition de santé, surveillance et suivi clinique, planification des soins, etc.) **en leur retirant certaines tâches techniques, procédurales et administratives** (p. ex. : soins techniques et procéduraux courants, soins d'hygiène, aide à l'alimentation, commandes de matériel, réception d'appels) **qui peuvent être réalisées par d'autres intervenants, est une des premières mesures structurantes visant à contrer la pénurie de soins infirmiers**⁶⁵. Toutefois, encore faut-il que la formation initiale permette aux futures infirmières d'être préparées à exercer leurs activités professionnelles de façon autonome et sécuritaire dans les différents secteurs cliniques. Cette mesure doit être combinée à des conditions de travail optimales, à la présence d'intervenants en nombre suffisant et à un soutien clinique adéquat⁶⁶.

1.3.4 Évolution de l'effectif infirmier au cours des dernières années

On dénote un rajeunissement de l'effectif infirmier au cours des dernières années et un fort intérêt pour la poursuite des études universitaires. Ces caractéristiques contribuent à qualifier l'évolution de l'effectif infirmier au Québec.

1.3.4.1 Rajeunissement de l'effectif infirmier

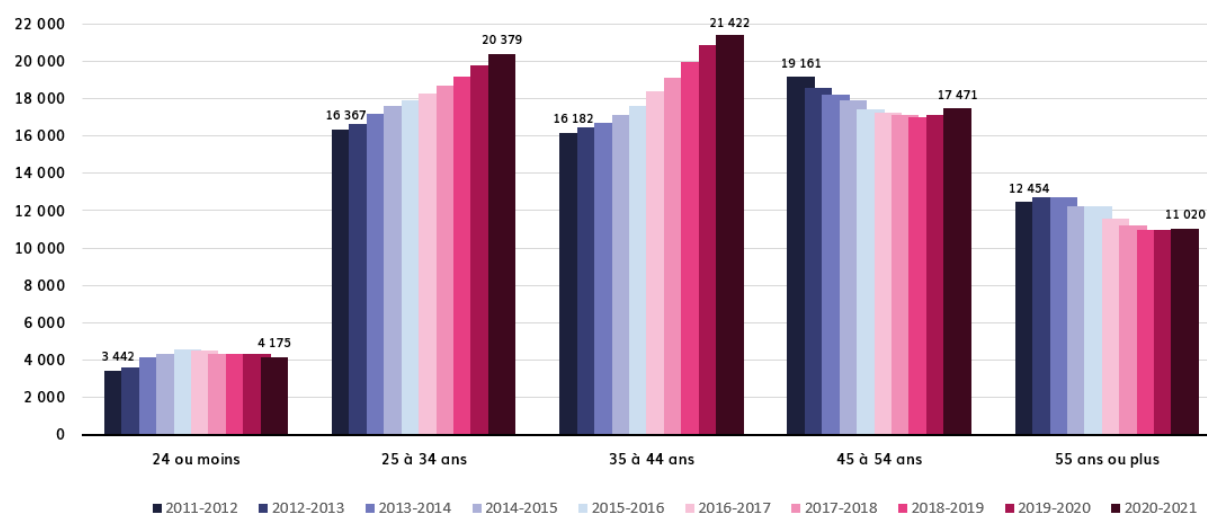
Deux phénomènes ont transformé l'effectif infirmier au cours des dernières années : le nombre élevé de départs à la retraite des cohortes d'infirmières arrivées dans la profession au cours des années 1970 et le nombre élevé d'infirmières faisant leur entrée dans la profession. En

⁶⁵ CIRANO, 2017, 2021; Gouvernement du Québec, 2021; Grosso et al., 2019.

⁶⁶ Lake et al., 2022.

effet, le nombre de nouveaux permis délivrés annuellement se maintient à plus de 3 000 depuis 2011-2012, ce qui n'avait pas été enregistré depuis la fin des années 1970, et dépassait même les 4 000 en 2019-2020. Ce nombre, encore plus élevé que celui des départs à la retraite, explique la croissance de l'effectif de 10 % évoquée précédemment. Quoi qu'il en soit, la conséquence évidente de ces deux mouvements est un rajeunissement notable de l'effectif infirmier, tel que l'illustre la figure suivante.

Figure 8
Évolution de la pyramide des âges de l'effectif infirmier, 2011-2012 à 2020-2021



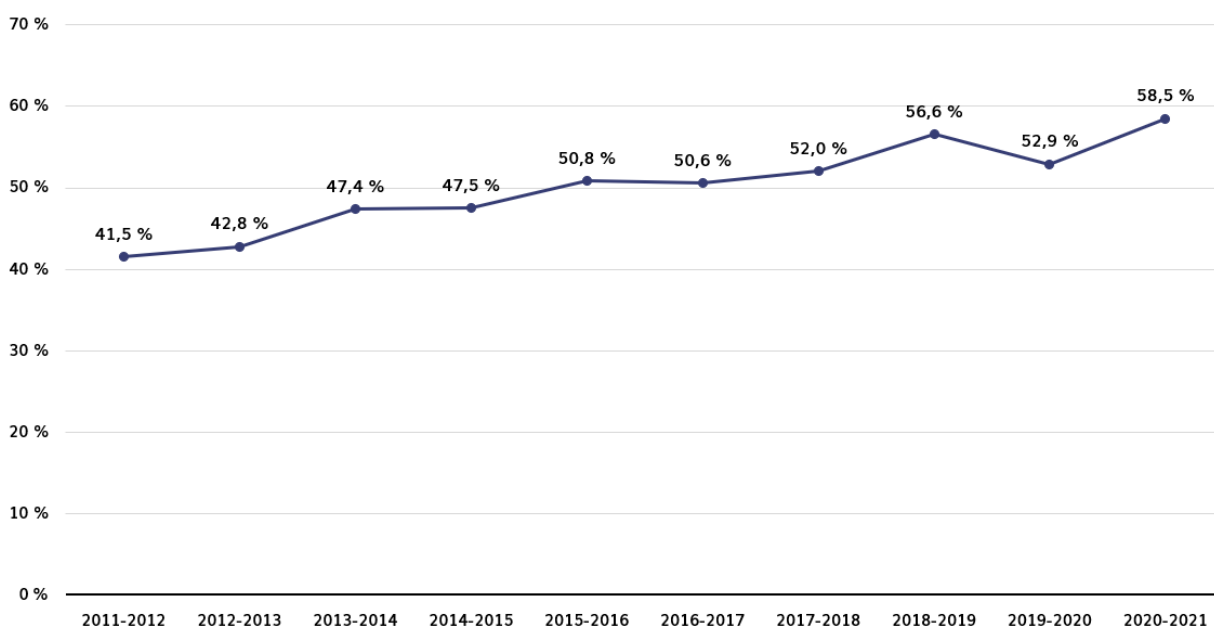
Source : OIIQ, Tableau des membres et Registre des permis d'exercice.

1.3.4.2 Augmentation de l'attrait pour les études universitaires

Une autre transformation digne de mention est l'intérêt marqué pour la formation universitaire. Avant la création du DEC-BAC en 2001⁶⁷, 25 % des titulaires d'un DEC en soins infirmiers poursuivaient des études de baccalauréat. Or, au cours des années qui ont suivi, cette proportion a été en croissance constante et atteint 59 % pour les diplômés de 2020-2021, comme le montre la figure ci-dessous. D'ailleurs depuis trois ou quatre ans, chaque année, quelque 2 000 infirmières titulaires d'un DEC en soins infirmiers terminent leur baccalauréat en sciences infirmières. Cet attrait pour la formation universitaire peut s'expliquer par un besoin des infirmières d'acquérir les connaissances et de développer les compétences requises, pour réaliser l'ensemble de leurs activités professionnelles de façon autonome et sécuritaire, et dans un plus grand nombre de secteurs d'activité. Globalement, en 2020-2021, c'est 50 % de l'ensemble de l'effectif infirmier qui est titulaire minimalement d'un baccalauréat.

⁶⁷ C'est en 2004 que la première cohorte de titulaires d'un DEC en soins infirmiers a bénéficié d'un parcours DEC-BAC. Mis en place afin de favoriser la poursuite d'études universitaires, le parcours DEC-BAC est un cheminement harmonisé et intégré entre les programmes d'études techniques en soins infirmiers et de baccalauréat en sciences infirmières. Ainsi, ce cheminement offre à l'infirmière qui le souhaite de compléter le baccalauréat en deux ans plutôt que trois.

Figure 9
Proportion des titulaires d'un DEC en soins infirmiers qui s'inscrivent au baccalauréat (parcours DEC-BAC) dans l'année d'obtention du permis, 2011-2012 à 2020-2021



Source : OIIQ, Tableau des membres et Registre des étudiants.

Quant aux titulaires d'un diplôme de cycle supérieur en sciences infirmières (DESS, maîtrise – y compris IPS et infirmières cliniciennes spécialisées [ICS] – et doctorat), leur proportion au sein de l'effectif infirmier atteignait 5,4 % en 2020-2021⁶⁸, comparativement à 2,3 % en 2004. Le développement du rôle d'IPS, explique en partie cette croissance. Évidemment, les aspirantes IPS doivent être titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières pour entreprendre leur formation de deuxième cycle donnant ouverture au titre de spécialiste; un bassin d'infirmières détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières en nombre suffisant est par ailleurs essentiel pour atteindre la cible de 2 000 IPS fixée par le gouvernement du Québec, puisqu'en 2020-2021, nous comptons seulement 842 IPS dans la province.

Les données sur les quelque 1 300 IPS ou infirmières en voie de devenir IPS en 2020-2021 montrent que la probabilité qu'une personne titulaire d'un baccalauréat initial devienne IPS est **quatre fois plus élevée** que pour une personne titulaire d'un DEC qui a fait son baccalauréat après l'obtention de son permis d'exercice.

⁶⁸ Si on tient compte de tous les domaines d'études en plus des sciences infirmières, notamment la gestion, l'administration, les ressources humaines, l'éducation et autres sciences sociales, la proportion de l'effectif titulaire d'un diplôme de cycle supérieur atteint presque 10 % en 2020-2021.

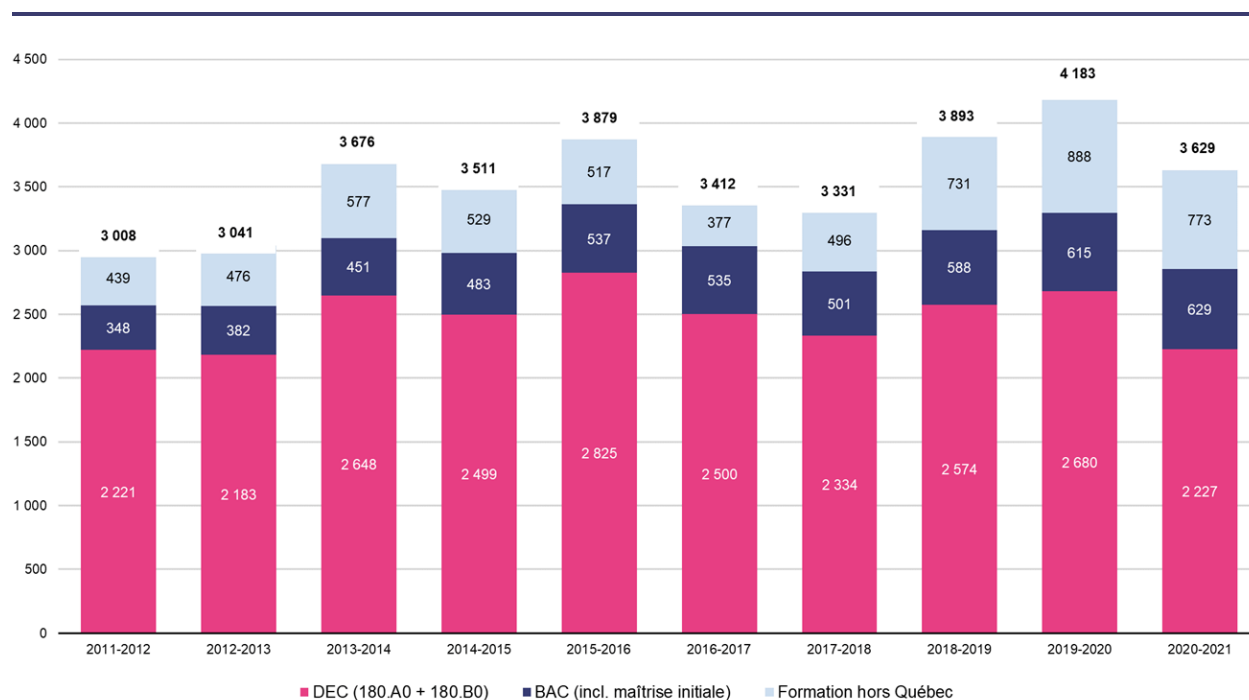
1.3.5 Nombre de candidates qui intègrent annuellement la profession

L'évolution de l'effectif infirmier est présentée ici sous l'angle des permis d'exercice délivrés annuellement et de l'intégration de ces nouvelles infirmières sur le marché du travail.

1.3.5.1 Permis d'exercice délivrés annuellement

Le nombre de permis délivrés annuellement (qui représente le nombre de nouvelles infirmières) a été en croissance plus ou moins constante au cours des dix dernières années. Cette croissance fait suite à celle des admissions dans les programmes de formation initiale, observée entre 2005 et 2010, mais aussi à l'arrivée en nombre croissant de candidates formées à l'extérieur du Québec⁶⁹. Si on tient compte seulement des cinq dernières années, en moyenne, 3 700 nouveaux permis ont été délivrés annuellement.

Figure 10
Nombre de permis d'exercice délivrés par l'OIIQ, selon la formation initiale



Source : OIIQ, Registre des permis d'exercice.

⁶⁹ Les fluctuations observées sont attribuables, entre autres, à la variation du taux de réussite à l'examen ainsi que du nombre d'infirmières diplômées hors Québec faisant une demande de reconnaissance de leur formation ou diplôme.

■ **Candidates diplômées du Québec**

Bien que le nombre de permis soit généralement à la hausse, la figure ci-dessus montre que le nombre de permis délivrés à des titulaires d'un DEC en soins infirmiers affiche une tendance à la baisse depuis 2016-2017. Quant aux diplômées d'une formation initiale universitaire, la croissance se maintient au cours des dix dernières années⁷⁰. Toutefois, en termes de proportion, les diplômées du DEC représentent toujours la majorité des nouveaux titulaires de permis, soit entre 65 et 75 % selon l'année, contre environ 15 % pour les diplômées d'une formation universitaire initiale.

■ **Candidates diplômées hors Québec**

Les diplômées hors Québec (DHQ) sont le groupe qui enregistre la plus forte croissance, passant de 348 à 774 sur dix ans, soit plus du double, avec un sommet à 888 en 2019-2020.

Parmi les candidates hors Québec, les plus nombreuses sont les infirmières diplômées de France; selon l'année, elles représentent entre 20 et 50 % des DHQ obtenant un permis. Leur nombre a presque triplé après la signature de l'ARM entre le Québec et la France en 2010. Il faut souligner que la formation initiale des infirmières en France est reconnue équivalente au baccalauréat québécois en sciences infirmières, ce qui rend leur candidature encore plus attractive pour les établissements de santé québécois qui les recrutent en grand nombre.

Par ailleurs, les infirmières diplômées d'une autre province ou d'un territoire du Canada peuvent obtenir leur permis d'exercice au Québec en vertu de l'Accord de libre-échange canadien (ALEC). En moyenne chaque année, une cinquantaine d'infirmières provenant d'une autre province ou d'un territoire du Canada obtiennent un permis d'exercice de l'OIIQ. Comme déjà mentionné (voir section 1.2.1.1), ces dernières détiennent une formation universitaire pour exercer dans leur province.

Ainsi, si on tient compte des infirmières diplômées de France ou d'une autre province ou d'un territoire du Canada, la proportion des nouveaux titulaires de permis en 2020-2021 détenant un baccalauréat ou l'équivalent atteindrait 29 %.

1.3.5.2 Intégration au marché du travail au Québec

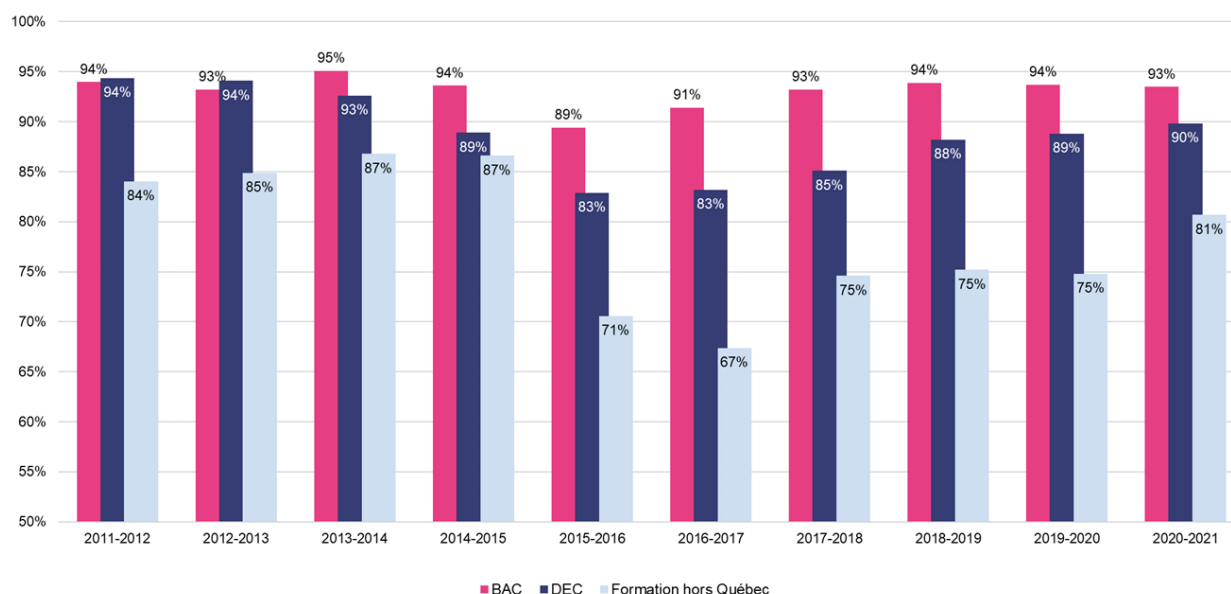
Au 31 mars 2021, 88,5 % des infirmières de la relève⁷¹ avaient un emploi principal au Québec. La proportion de la relève qui intègre le marché du travail dans l'année d'obtention du permis, ou taux d'intégration, a connu d'importantes fluctuations au cours de la dernière décennie. Comme le montre la figure ci-dessous, ces fluctuations à la baisse touchent plus spécifiquement la relève titulaire d'un DEC et celle diplômée hors Canada⁷² (exception faite des infirmières formées en France). En effet, le taux d'intégration de la relève issue d'une formation initiale universitaire demeure généralement supérieur à 90 %, tandis que celui de la relève issue d'une formation initiale collégiale est d'environ 5 à 8 % inférieur à celui de titulaire d'un baccalauréat, depuis les six dernières années.

⁷⁰ Ces nombres comprennent également les titulaires de permis détenant une maîtrise (appliquée) initiale en sciences infirmières de l'Université McGill, soit 15 par an, en moyenne.

⁷¹ La relève est définie comme étant les infirmières ayant obtenu leur permis d'exercice au cours d'une année (1^{er} avril au 31 mars) et le taux d'emploi est calculé à la fin de l'année.

⁷² Le taux d'emploi des infirmières en provenance de l'étranger relève de facteurs divers, notamment la langue, l'intégration culturelle et l'immigration, et ne sont pas nécessairement en lien avec le niveau de formation initiale.

Figure 11
Taux d'emploi des nouveaux titulaires de permis, selon la formation initiale



Source : OIIQ, Tableau des membres, Registre des permis d'exercice et déclaration annuelle.

1.3.6 Projections quant à l'évolution des ressources infirmières

À la lumière du rajeunissement de l'effectif évoqué précédemment, les départs à la retraite n'auront pas une incidence importante dans l'évolution des effectifs, du moins pour les 15 à 20 prochaines années. En effet, les infirmières âgées de 55 ans ou plus (soit l'âge à partir duquel on observe les départs à la retraite) représentaient 14,8 % de l'effectif en 2020-2021, comparativement à 18,4 % en 2011-2012.

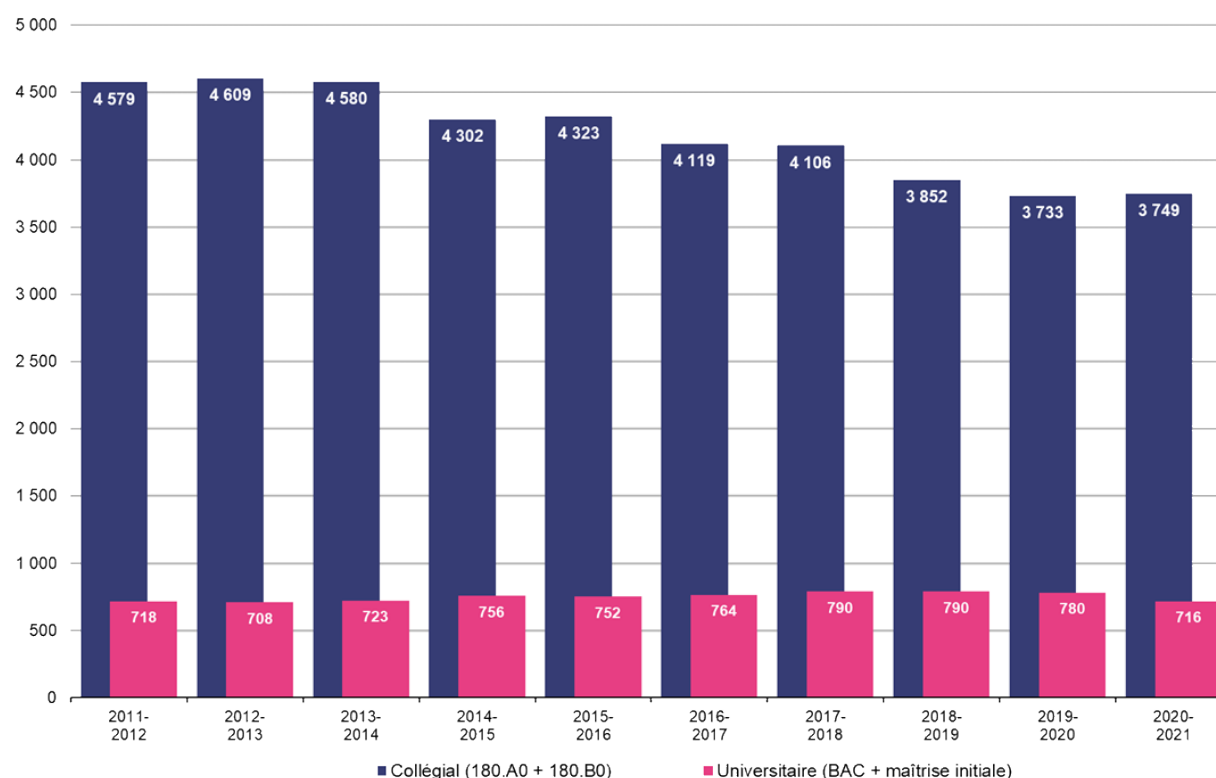
Quant aux entrées dans la profession, les projections de l'OIIQ à moyen terme (trois à quatre ans) sont basées sur le nombre d'inscriptions actuelles dans les programmes de formation initiale. En ce qui a trait aux programmes d'études techniques en soins infirmiers, le nombre d'admissions diminue graduellement depuis 2013-2014, comme le montre la figure 12 ci-dessous.

Par ailleurs, il est important de souligner que ces fluctuations dans les admissions au niveau collégial suivent d'assez près les variations de la courbe démographique des 16 à 19 ans; ce groupe d'âge représente entre 50 et 60 % des admissions à ces programmes. Or, selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec, le nombre de Québécois et Québécoises âgés de 16 à 19 ans devrait augmenter, et ce, dès 2021 (voir figure 13).

La situation est différente pour les admissions aux programmes universitaires en sciences infirmières. On note une augmentation plus ou moins constante des admissions au cours de la dernière décennie. À noter que, selon les données compilées par l'OIIQ, près de 80 % des étudiantes admises dans ces programmes obtiennent leur diplôme, comparativement à 57 % pour celles des programmes de niveau collégial. La diminution de la courbe démographique

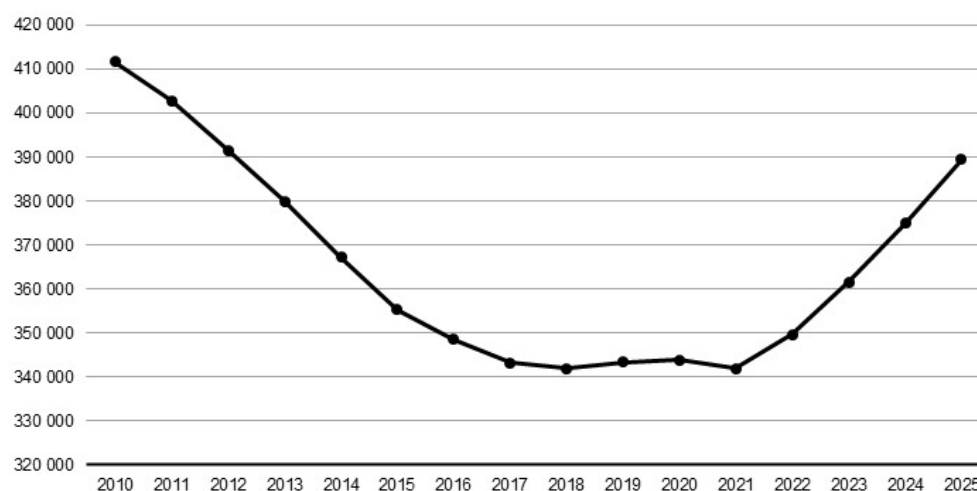
des 16 à 19 ans ne semble pas avoir eu d'incidence sur les admissions aux programmes universitaires en sciences infirmières, du moins jusqu'en 2020-2021.

Figure 12
Nombre d'admissions dans un programme de formation initiale, selon le niveau d'enseignement, 2011-2012 à 2020-2021



Source : OIIQ, Registre des étudiants.

Figure 13
Courbe démographique des 16 à 19 ans au Québec, 2010 à 2020, projections 2021 à 2025



Sources : Institut de la statistique du Québec, *Estimations de la population selon l'âge et le sexe, Québec, 1^{er} juillet 1971 à 2021*, mise à jour du 29 septembre 2021; *Population selon l'âge et le sexe, scénario Référence A2021, Québec, 2020-2066*, mise à jour du 17 juin 2021.

Enfin, les infirmières diplômées à l'extérieur du Québec sont devenues un apport non négligeable à la relève infirmière au cours des dix dernières années. Il est difficile de prévoir si cette tendance, qui a d'ailleurs connu quelques fluctuations autour de 2015-2016, se maintiendra, voire s'intensifiera, au cours des prochaines années. Soulignons que ces fluctuations observées sont liées de près aux activités de recrutement à l'étranger faites par l'organisme Recrutement Santé Québec, particulièrement en France.

Quoi qu'il en soit, on peut s'attendre à ce que le nombre de postes d'infirmière à pourvoir n'ira pas en diminuant. Selon l'*Enquête sur les postes vacants et les salaires (EPVS)* de Statistique Canada, de 2015 à 2019, les offres d'emplois infirmiers ont fait un bond de 77 %, dépassant de loin l'augmentation globale des offres d'emplois, tous secteurs confondus⁷³. Compte tenu de l'augmentation des besoins de soins d'une population vieillissante et d'autres caractéristiques socioéconomiques, tout porte à croire que cette situation perdurera.

1.3.7 Autonomie au seuil d'entrée à la profession

Il faut distinguer l'autonomie professionnelle de l'autonomie décisionnelle. Pour l'OIIQ, **l'autonomie professionnelle** est la capacité d'exercer des activités professionnelles (réservées, partagées, autorisées), sans supervision, afin de répondre aux objectifs de l'exercice infirmier (voir annexe 4) et aux obligations professionnelles (notamment les obligations déontologiques). **L'autonomie décisionnelle**, quant à elle, renvoie à la capacité de l'infirmière de prendre des décisions appropriées, relatives à ses activités professionnelles et appuyées par les résultats de la recherche et son jugement clinique, dans une variété de situations cliniques. Au seuil d'entrée à la profession, en vertu de sa mission de protection du public, **l'OIIQ s'attend à ce que toutes les infirmières déploient un seuil sécuritaire d'autonomie professionnelle et décisionnelle**. Il ne s'agit pas ici d'atteindre un « niveau expert » de réalisation des activités, mais bien un niveau sécuritaire. Ainsi, en matière de protection du public, il ne devrait y avoir aucun délai pour que l'infirmière déploie ce niveau d'autonomie professionnelle et décisionnelle à la suite de l'obtention de son droit d'exercice⁷⁴.

Toutefois, il apparaît clair que la portée des programmes d'études techniques en soins infirmiers restreint les futures infirmières dans l'acquisition des connaissances et le développement des compétences requises pour prendre des décisions de manière autonome dans l'exercice de leurs activités professionnelles auprès de toutes les clientèles (voir section 2.1). Inévitablement, cette réalité entraîne des délais d'intégration des infirmières nouvellement diplômées dans les milieux cliniques. Bien qu'il ne soit pas possible de quantifier le temps moyen pour que celles-ci soient autonomes, certains milieux cliniques ont souligné récemment, qu'une relève insuffisamment préparée à exercer de l'autonomie professionnelle et décisionnelle constitue actuellement un enjeu majeur⁷⁵ qui mobilise des ressources humaines et financières (soutien clinique et périodes d'intégrations prolongées). À ce sujet, l'accès à du soutien de la part d'infirmières expertes et expérimentées (qui permet aux nouvelles infirmières de s'approprier les normes, les pratiques et la culture du milieu et ainsi

⁷³ Comme rapporté dans Bernard, 2019.

⁷⁴ Le droit d'exercice est obtenu à la suite de la réussite de l'examen professionnel.

⁷⁵ Le Comité régional des Comités d'infirmières et d'infirmiers de l'Île de Montréal, le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers du CISSS de la Gaspésie, le Comité de direction de la communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins d'urgence du Québec, la Direction des soins infirmiers et le Conseil des infirmières et infirmiers du CISSS de Laval ainsi que la Direction des soins infirmiers du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

d'accélérer la transition vers l'exercice autonome de leur profession) est également un enjeu (voir section 1.2.1).

1.4 Portrait de la formation initiale donnant ouverture au permis de l'OIIQ

Au Québec, la formation initiale des infirmières se situe à la fois au niveau collégial et au niveau universitaire. La présente section brosse un portrait des différents programmes dont les diplômes donnent ouverture au permis de l'OIIQ (voir annexe 7⁷⁶).

1.4.1 La formation collégiale en soins infirmiers

Deux programmes d'études techniques en soins infirmiers (180.A0 et 180.B0) donnent ouverture au permis. Pour être admises à ces programmes, les étudiantes doivent avoir réussi, durant leurs études secondaires, un cours de sciences et environnement de 4^e secondaire (STE ou SE) et un cours de chimie de 5^e secondaire⁷⁷. Durant leurs trois années d'études, les étudiantes suivent des cours de formation générale (p. ex. : français, anglais, éducation physique) et des cours spécifiques de soins infirmiers, dont des stages en milieux cliniques.

- Les contenus de cours, élaborés localement par les cégeps, doivent s'appuyer sur les programmes ministériels (voir annexe 6), qui constituent des standards prescriptifs. Les cégeps ont l'autonomie de répartir les compétences attendues aux programmes dans les différents cours, ce qui donne lieu à des contenus de formation non uniformes d'un cégep à l'autre⁷⁸.

Tableau 2

Distinction entre les diplômes d'études collégiales en soins infirmiers 180.A0 et 180.B0

180.A0 Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers	180.B0 Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers
• S'adresse aux étudiantes provenant de la formation générale secondaire	• S'adresse exclusivement aux personnes détenant un DEP en santé, assistance et soins infirmiers (infirmières auxiliaires) désirant exercer à titre d'infirmière • Basé sur le même programme ministériel que le 180.A0 • Les heures spécifiques aux soins infirmiers y sont moindres que le 180.A0

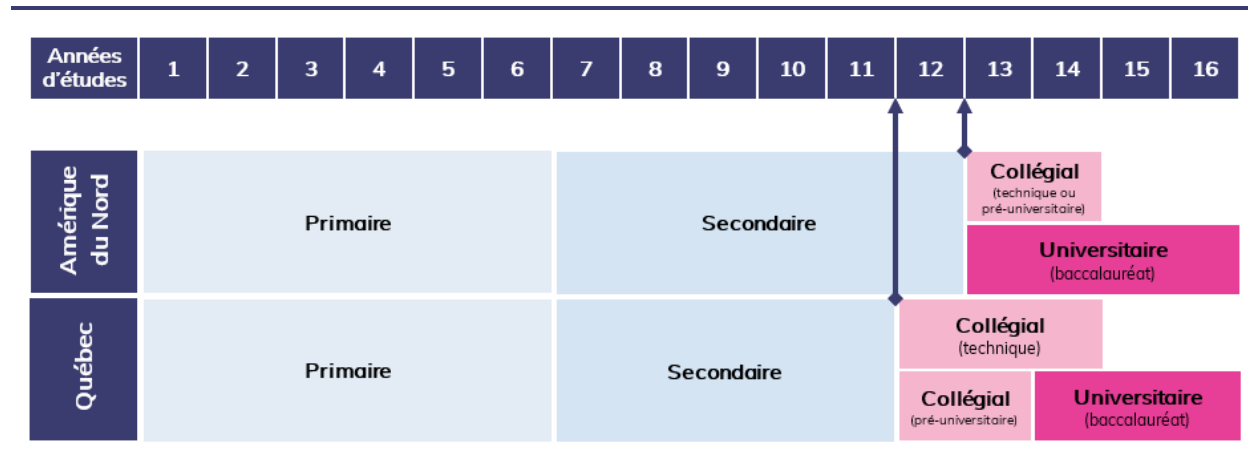
⁷⁶ L'annexe 7 dresse la liste des établissements d'enseignement et des diplômes donnant ouverture au permis de l'OIIQ, figurant aux articles 1.17 et 2.02 du *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels*.

⁷⁷ Science et technologie de l'environnement (058404) ou science et environnement (058402) de la 4^e secondaire et chimie de la 5^e secondaire (051504).

⁷⁸ « [...] ce sont les collèges qui, sauf exception, sont responsables de la détermination des activités d'apprentissage permettant le développement des compétences établies par le ministre. Ainsi, le seuil est ministériel et les collèges définissent les moyens de l'atteindre, offrent les activités de formation correspondantes et évaluent les apprentissages » (CSE, 2021, p. 2).

Il nous apparaît important de souligner que des programmes à visée technique, accessibles après le secondaire (souvent offerts dans des collèges), sont largement répandus au Canada et aux États-Unis. Il est donc légitime de comparer ces différents programmes. Ainsi, la formation technique offerte par les cégeps québécois est, à toutes fins utiles, du même niveau que celle offerte par les collèges canadiens, outre le fait qu'elle soit accessible après 11 années d'études secondaires plutôt que 12 ailleurs en Amérique du Nord. Les programmes d'études techniques, menant au marché de l'emploi, ne constituent donc pas une particularité québécoise.

Figure 14
Comparaison du nombre d'années d'études, Québec et Amérique du Nord



Note : Cette figure illustre des généralités et lieux communs au sujet de la durée des programmes. Des divergences peuvent s'appliquer selon les pays ou les provinces ou les établissements d'enseignement.

1.4.2 La formation universitaire en sciences infirmières

Sept programmes de baccalauréat en sciences infirmières et un programme de maîtrise (appliquée) en sciences infirmières donnent ouverture au permis. Pour être admises à ces programmes, les étudiantes doivent avoir obtenu des prérequis collégiaux en sciences (p. ex. : mathématique, physique, chimie, biologie⁷⁹), nécessaires pour les compétences à développer à l'université. Durant les trois années de leur programme universitaire en sciences infirmières, les étudiantes suivent uniquement des cours spécifiques à leur discipline, incluant des stages en milieu clinique.

La particularité de la formation universitaire québécoise (en comparaison avec le Canada et les États-Unis) est qu'elle n'est pas accessible directement après le secondaire. Aussi le baccalauréat québécois est généralement plus court qu'ailleurs en Amérique du Nord (3 ans au lieu de 4).

⁷⁹ Les prérequis collégiaux pour ces cours de sciences varient d'une université à l'autre.

- La dispensation des cours est appuyée par le Cadre national de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI)⁸⁰, organisme officiel d'agrément des programmes universitaires de sciences infirmières au Canada. La structure des programmes est aussi encadrée par le référentiel des compétences du Bureau de coopération interuniversitaire (BCI)⁸¹, le regroupement des établissements universitaires québécois. Chaque université étant indépendante, cela donne lieu à huit programmes dont la structure académique, les référentiels de compétences et le nombre de crédits de cours peuvent varier d'une institution à une autre.

Tableau 3
Distinctions entre les programmes universitaires en sciences infirmières

Baccalauréat en sciences à l'issue d'un programme de formation initiale en sciences infirmières	Maîtrise (appliquée) en sciences à l'issue d'un programme de formation initiale en sciences infirmières
• S'adresse notamment aux étudiantes ayant complété une formation pré-universitaire en sciences	• S'adresse aux étudiantes ayant déjà complété une formation de premier cycle universitaire en sciences • Offerte uniquement par l'Université McGill • Il s'agit d'un programme marginal : moins d'une vingtaine de candidates par année obtiennent leur permis par cette voie

Des exemples de fiches descriptives des programmes collégiaux et universitaires sont disponibles aux annexes 9 et 10. En raison de l'autonomie dont disposent les cégeps et les universités, ces fiches ne sont qu'un échantillon de programmes existants.

⁸⁰ ACESI, 2015.

⁸¹ BCI, 2019.

1.5 Formations continue et supplémentaire accessibles aux membres de l'OIIQ

L'OIIQ dispose de leviers pour favoriser le développement professionnel de ses membres, dont la formation, continue et supplémentaire, fait partie. Cette section présente les exigences de l'OIIQ relativement aux activités de formation continue, les activités professionnelles qui requièrent une formation supplémentaire ainsi que les besoins anticipés de formation continue des infirmières.

1.5.1 Les attentes de l'OIIQ relativement aux activités de formation continue

L'OIIQ dispose d'une norme professionnelle de formation continue qui est en vigueur depuis 2012. La norme est en soutien aux articles 17 et 18 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* et prévoit la participation à un minimum de 20 heures de formation continue annuellement, comprenant au moins sept heures de formations accréditées. Ces dernières doivent être développées par l'OIIQ ou encore « reconnues par des organismes habilités à délivrer ou à émettre, par exemple, une certification, des crédits de formation (menant à l'obtention d'une attestation ou d'un diplôme), des crédits de formation continue, des unités d'éducation médicale continue ou encore des unités de formation (UFC) ou d'éducation continue (UEC) »⁸².

Il revient à chaque infirmière de protéger et de promouvoir sa compétence en assurant la mise à jour de ses connaissances. Pour ce faire, elle doit participer à des activités de formation continue faisant notamment partie des types d'activités suivants :

- formation offerte par un établissement d'enseignement collégial ou universitaire (post-formation initiale);
- activités de formation continue développées par l'OIIQ;
- activités de formation continue organisées par un employeur;
- formation offerte par un regroupement, une association professionnelle ou encore un expert reconnu dans un secteur spécialisé;
- participation à des conférences, colloques, comités scientifiques dans un milieu clinique, congrès, ateliers ou séminaires;
- lecture d'articles professionnels et scientifiques, discussions portant sur des histoires de cas et clubs de lecture;
- préparation d'une présentation dans le cadre d'une conférence;
- rédaction (et publication) d'articles ou d'ouvrages pertinents aux soins infirmiers.

⁸² OIIQ, 2011c, p. 9.

1.5.2 Les activités professionnelles qui requièrent une formation supplémentaire

Depuis les dix dernières années, les nouvelles activités attribuées aux infirmières ont toutes pour exigence une formation initiale ou supplémentaire de niveau universitaire (majoritairement de deuxième cycle). Que ce soit en raison de leur complexité, du risque de préjudice associé ou des connaissances scientifiques requises, les compétences développées au terme d'une formation collégiale étaient insuffisantes pour permettre la réalisation de ces activités de manière autonome et sécuritaire. Les six activités suivantes requièrent des formations universitaires :

Tableau 4
Activités professionnelles de l'infirmière requérant une formation supplémentaire

Activités	Formation et expérience requises
Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental	• Formation universitaire de deuxième cycle en sciences infirmières dans le domaine de la santé mentale et des soins psychiatriques • Expérience clinique significative déterminée au Règlement⁸³
Activités de prescription dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants ⁸⁴ <i>Activités autorisées par le Collège des médecins du Québec</i>	• Baccalauréat en sciences infirmières ou niveau d'études équivalent⁸⁵ • Formation de deux heures portant sur les considérations déontologiques et la démarche de prescription
Activités d'une infirmière première assistante en chirurgie (IPAC) ⁸⁶ <i>Activités autorisées par le Collège des médecins du Québec</i>	• Baccalauréat en sciences infirmières • Certificat de premier cycle universitaire de pratique infirmière en première assistance chirurgicale • Attestation biennale en soins avancés en réanimation cardiovasculaire • Expérience clinique pertinente prévue au Règlement⁸⁷
Activités des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en néonatalogie, en soins pédiatriques, en soins aux adultes, en santé mentale et en soins de première ligne	• Maîtrise en sciences infirmières et diplôme complémentaire en sciences médicales • Expérience clinique pertinente prévue au Règlement⁸⁸

⁸³ Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux.

⁸⁴ Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier.

⁸⁵ Certaines infirmières qui ne détiennent pas ce niveau de scolarité peuvent exercer cette activité à certaines conditions.

⁸⁶ L'utilisation et l'installation de divers instruments et appareils chirurgicaux complexes et spécialisés à l'intérieur du site opératoire; l'incision, la manipulation, la dissection et le prélèvement de tissus; l'exécution de certaines étapes de la procédure chirurgicale à l'intérieur du site opératoire; le choix et l'utilisation des diverses méthodes d'hémostase en profondeur; la suture des plans profonds de la plaie chirurgicale et les ligatures en profondeur.

⁸⁷ Règlement sur certaines activités de première assistance chirurgicale pouvant être exercées par une infirmière.

⁸⁸ Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées. La liste des diplômes donnant ouverture aux certificats de spécialistes se trouve à l'annexe 8.

Utilisation du titre d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) en prévention et contrôle des infections ⁸⁹	• Diplôme d'études supérieures spécialisées (deuxième cycle universitaire)
Exercice de la psychothérapie <i>Permis délivré par l'Ordre des psychologues du Québec</i>	• Maîtrise dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines • Formation théorique en psychothérapie de niveau universitaire et stage en psychothérapie prévus au Règlement⁹⁰

1.5.3 Les besoins anticipés de formation continue des infirmières

L'OIIQ ajuste son offre de formation continue notamment à partir des besoins de formation qui émanent des conclusions et des recommandations émises à la suite d'inspections professionnelles, de décisions du Syndic et des recommandations des rapports du Bureau du coroner du Québec. Ces besoins de formation sont, entre autres :

- le développement du jugement clinique;
- l'évaluation de la condition de santé et la surveillance clinique;
- la prévention des événements indésirables évitables (chutes, erreurs d'administration de médicaments, etc.);
- les soins aux personnes âgées et aux personnes qui présentent des troubles de santé mentale;
- les responsabilités professionnelles (légalles et déontologiques) de l'infirmière;
- le système professionnel québécois;
- la documentation clinique infirmière.

Il est préoccupant que ces besoins de formation reflètent des **compétences minimales attendues** au seuil d'entrée à la profession. Un programme de formation initiale qui ne permet pas le développement du jugement clinique, de l'évaluation de l'état de santé et de la surveillance clinique nuit à la qualité des soins et à la protection du public. Or, comme nous le démontrons à la section 2.1, ce sont les lacunes cruciales des programmes de niveau collégial qui sont notamment à l'origine de ces besoins de formation anticipés.

⁸⁹ Règlement sur la classe de spécialité d'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

⁹⁰ Règlement sur le permis de psychothérapeute.

1.6 Portrait de l'examen professionnel de l'OIIQ

La réussite de l'examen professionnel de l'OIIQ est l'une des conditions et modalités de délivrance des permis prévues au *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*⁹¹. Il s'agit d'un examen composé de questions à choix de réponses qui permet aux candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) de démontrer l'application de leurs connaissances dans différents contextes de soins.

Il est important de rappeler l'incohérence qui affecte cet examen : deux formations de nature différente (collégiale et universitaire), donnent accès au même examen et au même droit d'exercice. Ainsi, au lieu de s'appuyer sur les connaissances requises pour exercer l'ensemble des activités professionnelles au seuil d'entrée à la profession, **le contenu de l'examen est déterminé en fonction des connaissances de base acquises à la formation de niveau collégial**. Puisqu'il s'agit du niveau de formation minimal parmi l'ensemble des diplômes⁹² donnant ouverture au permis de l'OIIQ, les groupes d'experts cliniques chargés de son élaboration doivent cibler uniquement les aspects qui correspondent aux connaissances de base acquises à la formation de niveau collégial. La figure 1 illustre les connaissances des clientèles et des secteurs de soins, ainsi que le niveau de complexité ciblés par les programmes collégiaux et universitaires et, par le fait même, les limites de ce qui peut être évalué à l'examen.

L'examen ne vise pas à évaluer la capacité à prendre des décisions de manière autonome sur la base d'une évaluation complète et approfondie ni à décider de la surveillance et du suivi requis pour une personne et sa famille, notamment à l'extérieur des structures hospitalières (p. ex. : CLSC, soins à domicile) et lors de situations de santé complexes ou critiques (p. ex. : urgence et soins palliatifs à domicile). **Les situations de l'examen ne portent donc pas sur les connaissances essentielles pour répondre aux besoins évolutifs de la population**. À cet effet, le Comité de l'examen professionnel de l'OIIQ a formulé un avis qui recommande de **procéder rapidement à l'arrimage du contenu de l'examen à un exercice contemporain de la profession infirmière** (voir annexe 14). Pour ce faire, le Comité de l'examen professionnel souligne l'importance que l'examen cible l'évaluation de connaissances approfondies pertinentes à l'exercice de la profession (voir section 2.1). Par ailleurs, dans une perspective de protection du public, l'avis souligne aussi que l'examen doit porter sur l'ensemble des activités infirmières réservées prévues par la loi, et ce, en tenant compte de tous les secteurs de soins dans lesquels l'infirmière est susceptible d'exercer dès l'obtention de son permis d'exercice.

⁹¹ D'autres conditions et modalités, de nature plus administrative, sont prévues à l'article 1 de ce Règlement. Aussi, d'autres conditions et modalités particulières peuvent aussi s'appliquer aux candidates DHQ (programme d'intégration, stage d'adaptation, examen de français, etc.).

⁹² *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels.*

La situation de l'examen de l'OIIQ est à l'opposé d'autres examens d'admission à la profession infirmière, notamment celui administré ailleurs au Canada et aux États-Unis⁹³. Les auteurs de celui-ci s'appuient sur une analyse des besoins de santé de la population (plutôt que sur le niveau de formation) pour en déterminer le contenu.



Face à ces constats et considérant le mandat de protection du public qui nous est dévolu, nous devons **revoir le contenu de l'examen le plus rapidement possible** afin qu'il reflète l'ensemble des connaissances requises en début de pratique et détermine l'aptitude à exercer la profession infirmière de façon autonome et sécuritaire. Il ne nous est plus possible d'attendre que le gouvernement statue à l'égard des diplômes permettant d'exercer la profession infirmière au Québec.

⁹³ Le National Council Licensure Examination (NCLEX) est un examen d'admission à la profession, développé par le National Council of State Boards of Nursing (organisme américain), et destiné aux candidates à la profession infirmière aux États-Unis, au Canada et en Australie. Sa réussite est obligatoire ailleurs au Canada où applicable (sauf au Québec).

À retenir

La section 1 a présenté le contexte entourant la demande de modification de la norme d'entrée à la profession. Les enjeux des contextes professionnel, législatif, social, scientifique et technologique actuels et futurs identifiés, de même que le portrait global de la profession, de la main-d'œuvre et de la formation, amènent à dégager de grands constats qui sont indéniables :

- Les besoins de santé actuels et futurs de la population ainsi que les responsabilités professionnelles des infirmières doivent guider le niveau des compétences attendues au seuil d'entrée à la profession. La formation initiale doit permettre d'atteindre ce niveau de compétence.
- Il existe une incohérence du fait qu'un même examen professionnel puisse donner ouverture au même permis d'exercice, à un même champ d'exercice et donc à un même titre professionnel, alors qu'il existe une différence marquée entre les deux niveaux de formation initiale.
- Le niveau minimal de formation requis pour exercer la profession infirmière au Québec se distingue de celui des autres provinces et des territoires canadiens concernés.
- Il est étonnant de constater que l'infirmière, qui a l'un des plus vastes champs d'exercice parmi les professionnels de la santé, qui a autant d'activités réservées et autorisées comprenant un risque de préjudice pour la clientèle, qui exerce un rôle essentiel et crucial dans l'organisation et la continuité des soins, tant dans l'équipe intradisciplinaire qu'interdisciplinaire, n'ait pas une formation lui permettant d'acquérir toutes les compétences attendues et de niveau équivalent aux autres professionnels qui sont presque tous formés à l'université.
- Le nombre grandissant d'infirmières dans des secteurs d'emploi variés témoigne de toute la place qu'elles occupent dans les soins de santé à la population et des impacts qu'elles ont et peuvent avoir sur le système de santé québécois.
- L'accroissement du nombre d'infirmières diplômées au collégial en soins infirmiers qui ont poursuivi leurs études au baccalauréat dans les dix dernières années témoigne d'un intérêt de la relève pour la formation universitaire.

Nature de la problématique, solutions envisagées et solution proposée

Cette section traite de la problématique identifiée. Elle met en relief l'écart entre les compétences développées au terme de la formation initiale collégiale et celles attendues au seuil d'entrée à la profession. Elle aborde les différentes lacunes observées et les risques de préjudice y étant associés. Elle décrit la solution proposée, présente les solutions alternatives envisagées jusqu'à maintenant et expose les meilleures conditions de mise en œuvre.

2.1 Démonstration de l'écart entre les compétences développées au terme d'une formation collégiale et celles attendues par l'OIIQ au seuil d'entrée de la profession

Donner accès à la profession infirmière par deux formations de nature différente (collégiale et universitaire), qui ne sont pas équivalentes l'une à l'autre⁹⁴, est une situation unique dans le système professionnel québécois et canadien. Or, plus le temps passe, plus l'écart se creuse entre les limites qu'imposent les programmes d'études techniques en soins infirmiers et les attentes de l'OIIQ quant aux **compétences attendues** pour répondre aux besoins de la population. Avec l'évolution des contextes professionnel, législatif, social, scientifique et technologique au cours des 20 dernières années, les infirmières nouvellement diplômées de ces programmes sont de moins en moins préparées pour faire face aux responsabilités professionnelles qui les attendent à leur entrée dans la profession, contrairement à celles qui ont complété une formation universitaire.

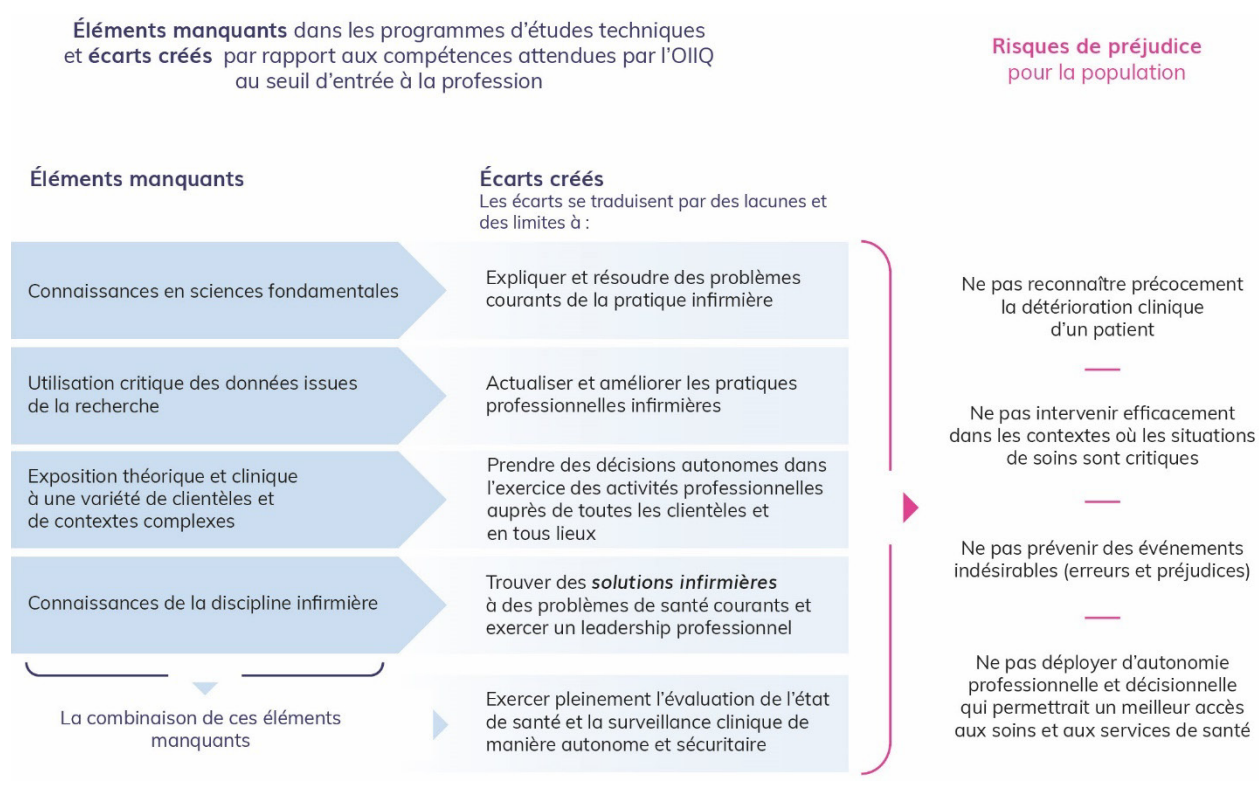
« Les **compétences attendues** au seuil d'entrée d'une profession sont celles qui sont nécessaires pour exercer cette profession de façon autonome. »

OPQ, 2019, p. 2

Comme illustré à la figure 15, les prochaines sections expliqueront les éléments manquants aux programmes collégiaux et les écarts qu'ils entraînent par rapport aux compétences attendues par l'OIIQ au seuil d'entrée à la profession. Finalement, nous décrirons les risques de préjudice pour la population en raison d'une formation initiale incomplète.

⁹⁴ Bien que la formation collégiale et la formation universitaire soient qualifiées d'enseignement supérieur au Québec, un diplôme d'études collégial n'est pas équivalent à un diplôme de premier cycle universitaire. Ces formations ont des spécificités et des objectifs qui leur sont propres. À preuve, un diplôme collégial ne peut se substituer à un baccalauréat pour une admission à la maîtrise.

Figure 15
Éléments manquants aux programmes d'études techniques en soins infirmiers, écarts créés et risques de préjudice pour la population



2.1.1 Éléments manquants dans les programmes d'études techniques en soins infirmiers et écarts créés

Au 31 mars 2018⁹⁵, **seulement 46,1 %** des diplômées du programme d'études techniques en soins infirmiers 180.A0 affirmaient avoir un sentiment de compétence élevé⁹⁶ dans l'exercice de leur emploi **dans l'année suivant leur diplomation**. Il s'agit de l'un des taux le plus bas de tous les programmes d'études techniques en santé (moyenne de 53,6 %) et le plus faible de l'ensemble des personnes titulaires d'un diplôme d'études collégiales (moyenne de 55,9 %). C'est un constat qui a aussi été partagé par de nombreuses associations infirmières lors des États généraux de la profession infirmière de 2021. Ces dernières déplorent le niveau de préparation insuffisant des infirmières nouvellement diplômées du niveau collégial au regard du rôle attendu au seuil d'entrée à la profession dans certains secteurs cliniques⁹⁷. Le Comité jeunesse de l'OIIQ, dans son plus récent avis (2021b), concluait aussi que « les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés ne sont pas adéquatement préparés pour faire face de façon sécuritaire aux enjeux et défis actuels de la profession en début de pratique » (voir annexe 15).

⁹⁵ Parmi les 2 276 personnes diplômées du programme d'études techniques en soins infirmiers 180.A0 interrogées dans le cadre de l'enquête, *La relance au collégial en formation technique, 2018* (MEES, 2020).

⁹⁶ Par sentiment de compétence, il est entendu que les diplômées ressentent qu'elles ont les savoirs nécessaires pour être capables de réaliser les différentes activités prévues à leur champ d'emploi.

⁹⁷ Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec, 2021; Association québécoise des infirmières en oncologie, 2021; Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, 2021; Association québécoise des infirmières et infirmiers en systèmes et technologies de l'information, 2021.

Or, il n'est pas étonnant que les diplômées du niveau collégial ne se sentent pas suffisamment préparées pour exercer leurs activités professionnelles et que 60 % d'entre elles poursuivent leurs études au baccalauréat. L'écart qui se crée entre les limites qu'impose un programme d'études techniques et les compétences attendues au seuil d'entrée à la profession justifie en soi le besoin d'aller compléter les connaissances non acquises.

Au sein des programmes d'enseignement supérieur, les programmes d'études techniques ont comme perspective unique de préparer des techniciens ou des technologues au marché du travail en visant d'abord et avant tout le développement de compétences dans les **fonctions techniques du travail**. Les programmes d'études techniques en soins infirmiers ne font pas exception à cette règle. D'ailleurs, la création du parcours intégré DEC-BAC en 2001 a entraîné un partage des contextes de soins et des clientèles qui sont spécifiquement visés par les programmes collégiaux et universitaires. C'est pourquoi les programmes ministériels 180.A0 et 180.B0 (voir section 1.4.1) identifient les activités professionnelles « plus poussées » qui en sont exclues :

« [...] l'infirmière et l'infirmier formés à l'ordre d'enseignement collégial exerceront leur rôle professionnel auprès de personnes et de leurs proches, dans les différents établissements publics et privés du réseau de la santé. Elles ou ils pourront intervenir, dans le contexte de soins de courte et de longue durée, auprès d'une clientèle en périnatalité, auprès d'enfants, d'adolescentes et d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées. [...] Le programme d'études techniques en soins infirmiers constitue une formation initiale. **Un certain nombre d'activités professionnelles de l'infirmière et de l'infirmier, par exemple, l'intervention en soins critiques, l'enseignement des soins infirmiers, la recherche, pour ne nommer que celles-là, font appel à des connaissances et à des habiletés cliniques plus poussées qui relèvent d'une formation universitaire.** La personne détentrice du diplôme d'études collégiales qui aspire à ces autres rôles pourra poursuivre sa formation à l'ordre d'enseignement universitaire. »⁹⁸

Bien qu'il soit tout à fait adéquat de fixer des limites à un programme d'études, dans le cas des programmes techniques en soins infirmiers, certains éléments manquants auront un impact significatif dans l'exercice futur des activités professionnelles infirmières. La comparaison des programmes d'études techniques⁹⁹ en regard des compétences attendues par l'OIIQ, déclinées notamment dans la *Mosaïque des compétences cliniques* de l'OIIQ¹⁰⁰, permet de dégager les éléments manquants et les écarts suivants.

⁹⁸ MELS, 2008a, p. 54.

⁹⁹ Compétences développées à la fin du programme collégial conformément aux programmes d'études techniques en soins infirmiers, qui décrivent les compétences à atteindre à l'issue de ces programmes ainsi que les critères de performance qui permettent de juger de l'atteinte des éléments spécifiques à chacune des compétences.

¹⁰⁰ Compétences attendues par l'OIIQ au seuil d'entrée à la profession, conformément aux activités professionnelles de l'infirmière déclinées notamment dans la *Mosaïque des compétences cliniques* de l'OIIQ (2009). La Mosaïque est un modèle qui décrit les compétences attendues pour exercer pleinement l'ensemble des activités de la profession infirmière de façon autonome et sécuritaire. Le lecteur est invité à consulter un extrait de la Mosaïque disponible à l'annexe 13.

■ 1. Les sciences fondamentales

Les programmes d'études techniques en soins infirmiers ne prévoient pas l'acquisition suffisante de connaissances en sciences fondamentales (p. ex. : chimie organique, sciences physiques, mathématiques, anatomie, pharmacologie, physiopathologie et génétique) pour expliquer et résoudre des problèmes courants de la pratique infirmière.

Les experts consultés (groupes de travail 1 et 2 de l'annexe 1) reconnaissent que bien que les programmes collégiaux soient élaborés à partir de certains fondements scientifiques, ils ne permettent pas à l'étudiante de « faire preuve d'un esprit scientifique, critique et innovant », entre autres parce que les programmes limitent le nombre de cours en sciences fondamentales (p. ex. : chimie organique, sciences physiques, mathématiques, anatomie, pharmacologie, physiopathologie, génétique, etc.). Pourtant, ces cours, aux niveaux collégial et universitaire, sont incontournables pour le développement et l'exercice du raisonnement clinique, qui permet de comprendre et de résoudre des problèmes de santé¹⁰¹. C'est l'une des raisons pour lesquelles les sciences fondamentales sont obligatoires dans la formation de tous les professionnels de la santé formés à l'université. Leur apprentissage permet aux étudiantes d'intégrer une démarche systématique de résolution de problème à partir de perspectives scientifiques : « Qu'est-ce que la chimie des molécules m'apprend sur l'impact de la difficulté respiratoire de cette patiente diabétique? »; « Est-ce qu'il est préférable d'hydrater cette personne âgée par la bouche ou par voie intraveineuse si son taux sanguin en sodium est élevé? »; « Comment valider si la posologie de cette prescription d'antibiotique est adéquate pour cet enfant insuffisant rénal? »; « Quelles forces motrices sont impliquées dans le plan de réadaptation de cette personne qui a subi de graves fractures? »

Ces connaissances sont donc la base sur laquelle s'appuiera la démarche de résolution de problème de l'infirmière tout au long de sa carrière. L'infirmière doit intégrer les concepts scientifiques qui peuvent lui permettre de mieux comprendre et d'expliquer l'état de santé d'une personne; c'est à la base d'une démarche systématique qui permet une prise de décision autonome : collecter, analyser et interpréter des informations au sujet du patient, prioriser ses interventions (p. ex. : évaluer le patient, faire la surveillance de paramètres ou demander un suivi clinique)¹⁰² et décider de la bonne intervention à mettre en place. Les experts rencontrés (groupe de travail 1 de l'annexe 1) ajoutent que l'apprentissage des sciences fondamentales offre à l'infirmière nouvellement diplômée un langage scientifique, de même niveau que les autres professionnels de la santé avec qui elle doit collaborer, pour assurer la continuité et la sécurité des soins. Enfin, le Comité de l'examen professionnel de l'OIIQ recommande maintenant que l'examen des infirmières porte davantage sur « des connaissances approfondies en matière de développement et fonctionnement humains, notamment en anatomie, physiologie, microbiologie, biochimie, pharmacologie, nutrition, pathophysiologie, génétique, psychologie et sociologie »¹⁰³.

¹⁰¹ Chapados et al., 2014.

¹⁰² Wong et Wong, 1999.

¹⁰³ Comité de l'examen professionnel de l'OIIQ, 2021, p. 4.

■ 2. L'utilisation des données issues de la recherche

Les programmes d'études techniques en soins infirmiers ne prévoient pas l'acquisition suffisante de connaissances et le développement de compétences pour utiliser de façon critique les données issues de la recherche en vue d'actualiser et d'améliorer les pratiques professionnelles infirmières.

L'infirmière porte la responsabilité d'un champ d'exercice au spectre très large. Pour s'assurer que toutes ses interventions soient à jour avec ce que la science recommande, elle doit donc être en mesure d'utiliser et d'interpréter de façon critique les résultats de recherche en sciences infirmières¹⁰⁴. Or, les programmes d'études techniques, parce qu'ils visent prioritairement la maîtrise des fonctions techniques et procédurales du travail en soins infirmiers, ne prévoient pas le développement de compétences particulières pour **identifier, analyser, diffuser** et **implanter** ces résultats de la recherche en vue d'actualiser sa pratique. Ces compétences font, comme le soulève le MES, « appel à des connaissances et à des habiletés cliniques plus poussées qui relèvent d'une formation universitaire »¹⁰⁵.

En plus, différentes sources d'information (sites Web, médias sociaux, etc.) renseignent maintenant la population quant à leur santé et l'infirmière doit, plus que jamais, expliquer aux patients et aux collègues ce qui constitue une étude fiable et pertinente à la situation clinique particulière d'une personne, voire déconstruire des fausses croyances. Pensons aux patients qui ont des inquiétudes face à la vaccination et pour qui l'infirmière doit vulgariser les mécanismes d'action des différents vaccins, mais aussi les résultats de la recherche quant aux risques et aux bénéfices. Utiliser des données provenant de la recherche n'implique pas que l'infirmière devienne une chercheuse mais plutôt qu'elle se conforme à ses devoirs et obligations professionnelles et déontologiques¹⁰⁶. Elle sera notamment en mesure de transférer les meilleurs résultats de la recherche dans sa pratique clinique pour répondre aux besoins de soins variés et améliorer la santé des patients selon le contexte de soins et l'état de santé clinique. En comblant cet élément manquant, les générations futures d'infirmières seront en mesure d'exercer en fonction des principes scientifiques généralement reconnus et de répondre aux besoins de santé en constante évolution de la population.

¹⁰⁴ Horntvedt et al., 2018; Mackey et Bassendowski, 2017; Melnyk et al., 2018; Sin et Bliquez, 2017.

¹⁰⁵ MELS, 2008a, p. 54.

¹⁰⁶ Article 18 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* : « L'infirmière ou l'infirmier doit exercer sa profession selon les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus. À cette fin, il doit assurer la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles. »

■ 3. L'exposition théorique et clinique à une variété de clientèles et de contextes complexes

Les programmes d'études techniques en soins infirmiers ne prévoient pas, dans les cours théoriques et les stages cliniques, une variété suffisante de clientèles et de contextes complexes permettant de prendre des décisions autonomes dans l'exercice des activités professionnelles auprès de toutes les clientèles et en tous lieux.

En 2000, un comité de spécialistes, institué par le ministère de l'Éducation, est venu baliser la portée des compétences pouvant être développées au niveau collégial en soins infirmiers et au niveau universitaire en sciences infirmières¹⁰⁷. Ce comité a établi qu'il appartient **aux universités** de préparer les futures infirmières à exercer auprès de clientèles qui présentent des **états de santé complexes et dans des contextes qui requièrent une autonomie à exercer leurs activités professionnelles et à prendre leurs propres décisions**. En raison de cette disparité de compétences entre la formation collégiale et la formation universitaire, l'infirmière nouvellement diplômée du niveau collégial n'est actuellement pas exposée et préparée à exercer auprès des clientèles et dans les contextes cliniques suivants :

Tableau 5
Clientèles et contextes cliniques exclus des programmes d'études techniques en soins infirmiers

Exclus des programmes d'études techniques en soins infirmiers	Exemples
Tous les soins offerts à l'extérieur d'un hôpital ou d'un CHSLD	CLSC (p. ex. : soins à domicile, hospitalisation à domicile ¹⁰⁸ , santé scolaire), soins offerts en dispensaire, groupe de médecine familiale (GMF), soins en milieu communautaire, soins en milieu carcéral, soins en milieu de travail, etc.
Les clientèles en situations cliniques critiques	Situations critiques en CHSLD ou à domicile, urgences, soins intensifs, salle de réveil, soins aux grands brûlés, soins intensifs en psychiatrie, etc.
Les clientèles qui requièrent des soins spécialisés	Clientèles ayant des pathologies multiples ou présentant des situations psychosociales complexes et nécessitant des soins spécialisés en clinique d'insuffisance cardiaque, en clinique de maladies respiratoires, en clinique de diabète, en clinique d'hémo-oncologie, en hémodialyse, en suivi ambulatoire de la clientèle en santé mentale, en psychogériatrie, etc.
Les clientèles nécessitant un suivi sur une plus longue trajectoire de soins	Le suivi postnatal, le suivi posthospitalisation, le suivi des maladies chroniques, les soins palliatifs à domicile, le soutien aux proches aidants, les soins en centre jeunesse, etc.
Les activités clinico-administratives	Formation et supervision du personnel d'assistance, planification et coordination des soins d'assistance, programmes cliniques de soins et d'enseignement, suivi systématique de la clientèle, prévention et contrôle des infections, évaluation de la qualité des soins, coordination au sein d'un réseau intégré de soins et de services, etc.
Les soins d'accompagnement à la famille, à des groupes ou à la communauté	Groupe de soutien de deuil périnatal, organisation d'une campagne de vaccination massive, pédiatrie sociale, soins aux réfugiés, etc.

Adapté de l'analyse du rapport du comité des spécialistes (ministère de l'Éducation, 2000).

¹⁰⁷ Ministère de l'Éducation, 2000.

¹⁰⁸ INESSS, 2021.

Comme nous pouvons le constater au tableau précédent, les secteurs où les patients présentent des états de santé complexes sont **nombreux**. C'est pourquoi l'acquisition suffisante de connaissances scientifiques et l'exposition clinique à une variété de situations cliniques durant la formation initiale sont nécessaires. Cela lui permet de développer une capacité à transférer ses connaissances scientifiques d'un milieu à l'autre auprès de clientèles qui présentent des situations cliniques de plus en plus complexes. Dès son entrée à la profession, l'infirmière nouvellement diplômée sera dès lors adéquatement préparée à exercer l'ensemble de ses activités professionnelles et à décider (en toute autonomie et de manière sécuritaire) des interventions appropriées et adaptées aux clientèles rencontrées, peu importe dans quels contextes de soins. D'ailleurs, le Comité de l'examen professionnel de l'OIIQ recommande que certains secteurs de soins qui sont actuellement exclus de l'examen professionnel (voir section 1.6) y soient maintenant inclus afin de refléter la pratique contemporaine de l'infirmière, notamment les soins critiques et les soins de santé de proximité¹⁰⁹.

Afin de bien illustrer ces propos, mettons en lumière deux exemples de secteurs dont la complexité des soins et l'autonomie professionnelle et décisionnelle requises pour y travailler relèvent de la formation universitaire en sciences infirmières¹¹⁰ : les soins critiques et les soins aux personnes âgées hébergées.

Exemple 1 – Les soins critiques

Les soins critiques sont des situations cliniques hautement instables et complexes qui exigent entre autres des connaissances scientifiques spécifiques et un raisonnement clinique assuré. Des situations cliniques critiques peuvent survenir dans plusieurs secteurs : à la maison, dans un CHSLD, dans une école, etc. Par exemple, une personne hébergée qui se trouve en grande difficulté respiratoire doit pouvoir bénéficier de l'expertise d'une infirmière qui saura identifier la cause de son symptôme (un état d'anxiété, une infection respiratoire, une problématique cardiaque) et trouver une solution temporaire ou durable (exercice respiratoire, administration d'un médicament, etc.). Ce type de soins exige une mobilisation rapide de plusieurs compétences parce que la vie ou la survie de la personne est en jeu. Dans un court laps de temps, l'infirmière devra donc évaluer l'état de santé et trouver la solution appropriée au contexte. Sauf pour les soins d'urgence de base (premiers soins) qui sont enseignés au DEC, la formation pour exercer des soins critiques est offerte au baccalauréat en sciences infirmières.

Exemple 2 – Soins aux personnes âgées hébergées

La clientèle âgée, et particulièrement celle hébergée, présente des états de santé complexes et des symptômes atypiques de maladies qui nécessitent des évaluations, de la surveillance et des suivis afin de prévenir les complications, les accidents et incidents, de même que des hospitalisations (voir section 1.2.2). Selon les secteurs où cette clientèle se trouve, il arrive que l'infirmière travaille sans ressources humaines suffisantes et qualifiées (p. ex. : médecin, IPS, autres professionnels, autres collègues infirmières, personnel de soutien, etc.) pour assurer une prestation de soins sécuritaires et de qualité. Une grande proportion de cette clientèle doit recevoir des soins palliatifs ou des soins aigus nécessitant des ajustements fréquents de soins (comme nous l'a révélé la pandémie

¹⁰⁹ Comité de l'examen professionnel de l'OIIQ, 2021.

¹¹⁰ Ministère de l'Éducation, 2000.

de COVID-19). L'infirmière doit donc être en mesure de prendre des décisions pour faire face à ce niveau de complexité, de trouver des solutions adaptées et d'assurer la coordination de l'équipe interdisciplinaire ainsi que l'intervention auprès des familles.

En somme, les soins critiques et les soins aux personnes âgées hébergées ne sont que quelques exemples flagrants de types de soins qui ne sont enseignés qu'au niveau universitaire en sciences infirmières. De la même manière, plusieurs autres secteurs de pratique nécessitent que l'infirmière ait développé toutes les compétences qui relèvent de la formation universitaire; on pense notamment aux soins oncologiques, pédiatriques, en néonatalogie, etc. Il s'agit de secteurs où l'infirmière doit utiliser rapidement un ensemble de connaissances scientifiques propres aux conditions de santé des clientèles qui s'y trouvent pour réaliser des activités à haut risque de préjudice.

■ 4. La discipline infirmière

Les programmes d'études techniques en soins infirmiers ne prévoient pas l'acquisition suffisante de connaissances de la discipline infirmière pour permettre de trouver des solutions infirmières à des problèmes de santé courants et exercer un leadership professionnel.

La discipline infirmière est la perspective ou la « lunette » à travers laquelle l'infirmière analysera des situations de santé. Il s'agit de l'ensemble des connaissances qui font de l'infirmière une professionnelle à part entière : c'est son identité professionnelle. L'infirmière puise dans le corpus de connaissances issu de la discipline infirmière pour mieux comprendre les problématiques vécues par les patients et leurs proches, comme le médecin puise dans la médecine ou le sociologue, dans la sociologie. La discipline infirmière permet à l'infirmière de trouver des solutions qui seront différentes, mais complémentaires à celles des autres professionnels, puisqu'elles sont issues de la recherche en sciences infirmières. Par exemple, pour une femme qui craint les douleurs liées à l'accouchement, l'infirmière pourrait enseigner au conjoint des approches de gestion de la douleur, issues des dernières recherches en sciences infirmières, qui pourraient être amorcées dans les premières minutes du travail à la maison, avant de se rendre à l'hôpital.

« La question de l'identité professionnelle est fondamentale. Pour assurer à la population des soins de la meilleure qualité possible, une qualité de soins à laquelle elle a droit, l'infirmière doit assumer pleinement sa place dans les équipes. Pour ce faire, elle doit avoir une idée claire de qui elle est, de sa spécificité, de ses responsabilités, et les faire connaître aux autres membres de l'équipe. Je pense que la formation universitaire assure une meilleure préparation pour cet aspect. »

Marie-Josée Godin, GT1

Or, la place accordée aux questions disciplinaires est minimale et nettement insuffisante dans les programmes d'études techniques en soins infirmiers. Une seule conception de la profession y figure, ce qui nuit grandement à la capacité de l'infirmière nouvellement diplômée de déployer une variété de « solutions infirmières » à des problèmes courants ou complexes, d'expliquer son raisonnement¹¹¹ aux autres professionnels et de se construire une **identité professionnelle** propre¹¹². Une forte identité professionnelle, soit le fait de connaître les

¹¹¹ McVicar et al., 2014.

¹¹² Houle et al., 2019.

opportunités et les limites de sa profession, permet de déployer la pleine étendue de son rôle et d'exercer du leadership au sein d'une équipe interdisciplinaire. D'ailleurs, l'exercice du leadership au sein de l'équipe de soins se situe au-delà d'«   tablir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants », prévu aux programmes collégiaux. Il s'agit plutôt d'apporter « sa contribution, dans une perspective de collaboration [interdisciplinaire], pour l'amélioration des soins et services aux patients, dans l'établissement et dans le réseau de la santé »¹¹³.

Pour favoriser le développement du leadership, les programmes de formation initiale doivent prévoir des opportunités concrètes d'apprentissage, notamment en interdisciplinarit  ¹¹⁴. Or, les étudiantes aux programmes collégiaux n'ont pas l'opportunité d'effectuer des apprentissages communs avec les professionnels qui seront présents dans leur quotidien, c'est-à-dire les infirmières auxiliaires, les médecins, les pharmaciens, les inhalothérapeutes et les travailleurs sociaux, par exemple. Bien qu'elles apprennent à communiquer des informations à d'autres professionnels, le programme ne permet pas les occasions d'apprentissage pour exercer **un leadership (une influence positive)** en représentant les intérêts des patients, en partageant des connaissances scientifiques, en participant à la résolution de problématiques de soins complexes ou en influençant le changement de pratiques de soins. Les équipes interdisciplinaires où l'infirmière assume un leadership sont d'ailleurs associées à une meilleure qualité de soins et    de meilleures retombées chez les patients (entre autres, une plus grande satisfaction des patients, la réduction des hospitalisations et une meilleure gestion de la maladie)¹¹⁵.

■ 5. La combinaison d'éléments manquants et la réalisation d'activités professionnelles incontournables

Les programmes d'études techniques ne prévoient pas l'acquisition de connaissances et le développement des compétences suffisantes (sciences fondamentales, discipline infirmière, utilisation critique des données scientifiques et exposition aux différentes clientèles et contextes de soins) pour exercer pleinement l'évaluation de l'état de santé et la surveillance clinique de manière autonome et sécuritaire.

L'infirmière est l'une des seules professionnelles dont les responsabilités quant à l'évaluation de l'état de santé et à la surveillance clinique sont aussi cruciales. Parce qu'elles sont souvent le premier et le plus fréquent contact pour les patients, leur rôle est capital pour identifier rapidement les besoins de santé d'une personne, s'assurer de prévenir la détérioration et mettre en place des mesures qui visent l'amélioration de l'état de santé. Les éléments manquants aux programmes collégiaux sur les plans des sciences fondamentales, de la discipline infirmière, de l'utilisation critique des données scientifiques et de l'exposition aux différentes clientèles et contextes de soins, contribuent toutes à **restreindre la portée de l'évaluation de l'état de santé** que peut réaliser l'infirmière, **de même qu'à exercer la surveillance appropriée d'une personne**.

¹¹³ OIIQ, 2010b, p. 21.

¹¹⁴ ACESI, 2011; AIIC, 2015; Fox et al., 2018.

¹¹⁵ Davis et al., 2021; Health Quality Ontario, 2013; Karam et al., 2021.

A – Évaluation de l'état de santé

L'évaluation de l'état de santé réalisée par l'infirmière est la base sur laquelle s'appuie toute décision de l'infirmière. Il n'y a pas de limites aux évaluations de la condition physique et mentale d'une personne qu'une infirmière peut faire : tous les systèmes du corps humain, toutes les conditions de santé, tous les âges, etc. Ainsi, plus l'évaluation sera complète et précise, plus les interventions mises en place par l'infirmière pourront avoir un impact important sur la résolution de la problématique de santé. Par exemple, après une évaluation complète et exhaustive d'une adolescente se présentant pour une contraception orale d'urgence, l'infirmière peut prendre diverses décisions selon son jugement clinique : effectuer des interventions préventives et de dépistage (p. ex. : test de grossesse, dépistage d'ITSS, identification d'une situation d'abus), réaliser de l'enseignement clinique sur le choix d'un premier contraceptif hormonal en exerçant son droit de prescrire, si elle y est autorisée, etc.

Du point de vue de l'évaluation, les programmes d'études techniques en soins infirmiers prévoient que l'étudiante soit en mesure d'« utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins ». Les mots choisis pour décrire cette compétence ne sont pas anodins : il est attendu que l'étudiante **utilise** des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins. Il n'implique donc pas que l'étudiante apprenne à **décider** de la méthode la plus optimale, considérant une situation clinique donnée. Puisque ces programmes requièrent de l'étudiante qu'elle applique une procédure prédéterminée, il y a lieu de se demander dans quel contexte elle apprend à **prendre des décisions autonomes** quant aux meilleures méthodes d'évaluation et méthodes de soins.

Si on dit que l'évaluation de l'infirmière la distingue des autres professionnels de la santé, c'est que son analyse globale et multidimensionnelle (à « 360 degrés ») d'une situation lui permet d'être un « guide » qui accompagne les patients et leurs proches tout au long de leur continuum de soins et de vie¹¹⁶. Pour ce faire, elle doit toutefois avoir acquis de vastes connaissances scientifiques et avoir eu l'exposition clinique suffisante à des contextes de soins où elle se trouve seule pour exercer des activités professionnelles à haut risque de préjudice qui nécessitent une autonomie professionnelle et décisionnelle, entre autres à l'extérieur des hôpitaux. Or, en raison des caractéristiques des programmes collégiaux, les étudiantes réalisent la quasi-totalité de leurs stages cliniques à l'intérieur de milieux hospitaliers ou dans des laboratoires de simulation. Cela sert bien l'objectif des programmes d'études techniques, soit le développement de la fonction technique du travail (soins infirmiers techniques et procéduraux). Toutefois, les experts consultés (groupe de travail 3 de l'annexe 1) décrivent l'incidence négative de cette vision hospitalocentrique des soins : au terme d'une formation de niveau collégial, l'infirmière nouvellement diplômée ne peut réaliser une évaluation complète tenant compte de la trajectoire de soins, de l'environnement physique et social des personnes, c'est-à-dire leur milieu de vie et leur réseau de soutien (p. ex. : famille, proches aidants), ni une coordination du retour à domicile. Par exemple, une infirmière qui prépare le congé d'une personne à la suite d'une chirurgie au genou doit considérer les réalités uniques de la personne et de sa famille afin de favoriser son

L'infirmière doit évaluer la capacité de la personne et de ses proches aidants à prendre en charge la situation de santé une fois revenue à domicile, et planifier les soins à offrir en conséquence et être en mesure d'identifier les ressources les plus pertinentes dans la communauté.

Haas et al., 2013; Swan et al., 2019;
Watson, 2018

¹¹⁶ MSSS, 2007; Olshansky, 2017.

rétablissement et un retour à la maison sécuritaire : aménagement du domicile, soutien d'un proche, types de soins requis à la maison, niveau de littéracie, etc.

En somme, les éléments manquants aux programmes collégiaux restreignent la portée de l'évaluation, parce que les connaissances scientifiques, disciplinaires et cliniques qui y sont acquises ne sont pas suffisantes pour pister l'infirmière vers différentes explications d'un même phénomène. Assurément, cela positionne l'atteinte de cette compétence en deçà de ce qui est attendu au seuil d'entrée à la profession : l'infirmière nouvellement diplômée doit être en mesure de procéder à une évaluation ciblée et complète en fonction de différentes hypothèses cliniques.

B – Surveillance clinique

La surveillance clinique est absolument cruciale pour **déceler rapidement** les modifications subtiles, mais potentiellement critiques, dans l'état de santé d'une personne et **prévenir** toutes complications possibles¹¹⁷. Les critères associés à la surveillance clinique, dans les programmes collégiaux, ne permettent pas d'atteindre ce qui est requis au seuil d'entrée à la profession. Ils précisent que l'étudiante doit procéder à une :

- **vérification** rigoureuse des paramètres physiques et psychologiques;
- **vérification** attentive des données obtenues par monitoring;
- **appréciation** des résultats des épreuves diagnostiques.

Vérifier et **apprécier** des paramètres ou des données et **apprécier** des résultats sont loin d'être des critères de compétence suffisants pour s'assurer d'une surveillance sécuritaire. Ce sont des connaissances générales qui ne permettent pas la prise de décision appuyée par un raisonnement clinique et une pensée critique. Or, la compétence attendue de l'infirmière en matière de surveillance est d'« **établir des liens** entre les données de l'évaluation initiale et les données des évaluations subséquentes, afin d'**ajuster** [le plan d'intervention], s'il y a lieu, et d'**adapter** ou de **compléter** les interventions en fonction des besoins évolutifs du client »¹¹⁸. Par exemple, chez un enfant qui se trouve dans un coma artificiel aux soins intensifs, l'infirmière, en fonction de son évaluation et des plus récents résultats de la recherche, doit notamment déterminer à quelle fréquence (rapprochée, distancée) elle doit surveiller la réactivité des pupilles et le niveau d'analgésie et de sédation. Ainsi, les éléments de surveillance seront ajustés en fonction de l'évaluation continue de l'enfant, ce qui assurera une prestation de soins sécuritaire et de qualité. L'ensemble des infirmières nouvellement diplômées au Québec n'ont pas toutes développé les compétences pour déterminer et ajuster de façon autonome la surveillance requise pour une personne qui présente un état de santé complexe (une condition critique, par exemple), parce qu'il y a trop d'éléments scientifiques, disciplinaires et cliniques (voir figure 1 et tableau 5) manquants aux programmes collégiaux.

En conclusion, il est intéressant de rapporter les résultats préliminaires d'une étude québécoise récente portant sur le « niveau d'acquisition des activités professionnelles de l'infirmière débutante en lien avec la formation collégiale reçue »¹¹⁹. Les entrevues menées auprès d'infirmières nouvellement diplômées du programme d'études collégiales indiquent

¹¹⁷ Al-Moteri et al., 2018; Chua et al., 2019; Mushta et Andersen, 2018; Oriqué et al., 2019.

¹¹⁸ OIIQ, 2009, p. 19.

¹¹⁹ Boily et al., 2022.

qu'elles éprouvent des difficultés lors de l'accomplissement des activités professionnelles suivantes :

- autonomie décisionnelle lorsque la situation clinique est complexe, instable ou critique;
- détection précoce et intervention rapide en cas de détérioration de l'état de santé;
- pratique infirmière basée sur des résultats probants;
- interventions cliniques adaptées au contexte de soins;
- collaboration interdisciplinaire;
- coordination des soins et leadership;
- organisation des soins avec une charge de travail inconnue.

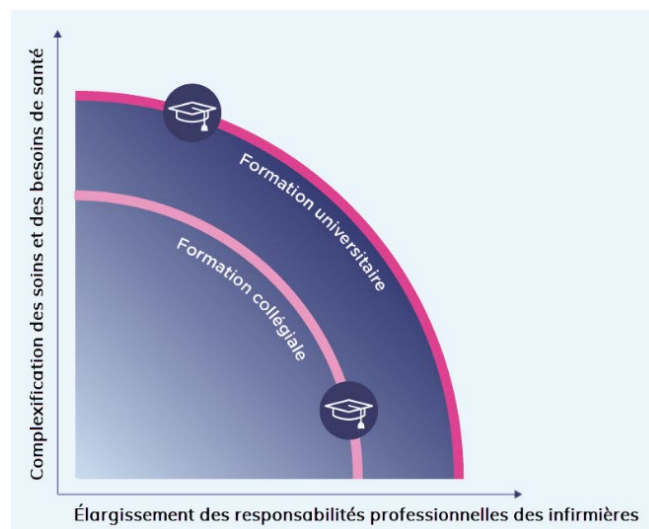
Ainsi, les résultats de cette étude québécoise concordent avec notre analyse des éléments manquants aux programmes collégiaux et des écarts qu'ils entraînent par rapport aux compétences attendues par l'OIIQ au seuil d'entrée à la profession.

2.1.2 Des écarts qui créent des risques de préjudice pour la population

Rappelons les écarts créés par les éléments manquants dans les programmes d'études techniques en soins infirmiers. Ceux-ci ne prévoient pas :

1. L'acquisition suffisante de connaissances en sciences fondamentales (p. ex. : chimie organique, sciences physiques, mathématiques, anatomie, pharmacologie, physiopathologie et génétique) pour expliquer et résoudre des problèmes courants de la pratique infirmière.
2. L'acquisition suffisante de connaissances et le développement de compétences pour utiliser de façon critique les données issues de la recherche en vue d'actualiser et d'améliorer les pratiques professionnelles infirmières.
3. L'exposition théorique et clinique à une variété suffisante de clientèles et de contextes complexes permettant de prendre des décisions autonomes dans l'exercice des activités professionnelles auprès de toutes les clientèles et en tous lieux.
4. L'acquisition suffisante de connaissances de la discipline infirmière pour permettre de trouver des solutions infirmières à des problèmes de santé courants et exercer un leadership professionnel.
5. L'acquisition de connaissances et le développement des compétences suffisantes (sciences fondamentales, discipline infirmière, utilisation critique des données scientifiques et exposition aux différentes clientèles et contextes de soins) pour exercer pleinement l'évaluation de l'état de santé et la surveillance clinique de manière autonome et sécuritaire.

La formation au niveau collégial, bien qu'elle offre certaines bases, est aujourd'hui insuffisante pour répondre aux besoins de santé complexes et évolutifs de la population et pour répondre aux obligations professionnelles confiées aux infirmières par les lois et les règlements entrés en vigueur au cours des vingt dernières années. L'écart se creuse d'année en année entre les compétences attendues au seuil d'entrée à la profession et celles (à portée technique et procédurale) développées au cours des programmes d'études techniques en soins infirmiers. Ces écarts créent des préjudices cruciaux à la population, car ils empêchent les nouvelles infirmières d'exercer pleinement les activités attendues et requises de la profession infirmière, de façon autonome et sécuritaire, auprès des différentes clientèles et dans divers contextes cliniques. Nous notons **quatre situations causant des risques de préjudice** à l'endroit de la population québécoise :



1. Ne pas anticiper, au moment opportun, la détérioration clinique d'un patient.
2. Ne pas intervenir efficacement dans les contextes où les situations de soins sont critiques.
3. Ne pas prévenir des événements indésirables (erreurs et préjudices).
4. Ne pas déployer d'autonomie professionnelle et décisionnelle qui permettrait un meilleur accès aux soins et aux services de santé.

■ 1. Ne pas anticiper, au moment opportun, la détérioration clinique d'un patient

Lorsqu'une personne présente un problème de santé ou est atteinte d'une maladie, son état de santé peut se détériorer, plus ou moins rapidement, qu'elle soit à la maison, à l'hôpital ou partout ailleurs. Elle passe donc d'un état relativement stable de sa condition de santé à un état d'instabilité. Les signes précurseurs d'une détérioration sont nombreux et peuvent être relativement subtils (changement de comportement ou d'humeur, fièvre, perte d'appétit, signes vitaux instables, etc.)¹²⁰. Ils peuvent se présenter quelques semaines, jours ou heures avant une détérioration importante.

Il a été largement démontré, au cours des dernières années, que l'anticipation par la reconnaissance précoce de ces signes et symptômes anormaux (alertes cliniques) par l'infirmière peut prévenir une hospitalisation, une admission aux soins intensifs et même le décès¹²¹. La détérioration clinique d'un patient doit donc être considérée comme une situation de soins critiques par les risques qu'elle comporte. Pour arriver à reconnaître rapidement la détérioration du patient, notons deux facteurs interreliés : la qualité de l'évaluation et de la surveillance cliniques ainsi que la formation¹²².

¹²⁰ Doyon et Spycher, 2017.

¹²¹ Donaldson et al., 2014; Doyon et Spycher, 2017; Jha et al., 2013; Johnston et al., 2015; Kronick et al., 2015.

¹²² Massey et al., 2017.

- L'évaluation et la surveillance cliniques sont des activités professionnelles cruciales de la pratique infirmière. Une évaluation clinique (notamment par un examen physique et mental ciblé) permet de mettre en relation toutes les données relatives à l'état de santé de la personne pour déceler des signes anormaux¹²³. Une surveillance clinique de ces signes, par l'infirmière, devient alors cruciale, car elle lui permet de prendre des décisions afin d'intervenir rapidement et efficacement en cas d'une détérioration de l'état de santé et ainsi, de prévenir des complications graves de la détérioration¹²⁴.
- La formation est aussi un prédicteur important de la capacité d'une infirmière à reconnaître la détérioration clinique d'un patient. Une plus longue exposition à des états de santé critiques durant la formation initiale permettrait de développer la capacité à procéder à des évaluations significativement plus complètes, à prendre des décisions plus rapidement et donc, à anticiper la détérioration clinique¹²⁵.

Or, comme le soulève l'analyse précédente des éléments manquants dans la formation collégiale, les étudiantes des programmes d'études techniques en soins infirmiers ne sont pas suffisamment exposées aux activités professionnelles cruciales (évaluation et surveillance) dans les contextes où les situations de soins sont critiques. Aussi, le manque d'approfondissement des contenus scientifiques, disciplinaires et professionnels entraînent inévitablement des limites quant à la capacité de l'infirmière nouvellement diplômée du niveau collégial d'**anticiper** la détérioration potentielle de l'état de santé (les effets secondaires d'un médicament ou d'un traitement, l'évolution d'une maladie chronique, etc.), **de reconnaître les signes précurseurs**, ainsi que de **mettre en place une surveillance** ou même des **solutions préventives** (par exemple, ausculter un patient âgé plus régulièrement après une opération pour déceler les signes d'une surcharge pulmonaire, faire des suivis réguliers auprès d'une personne diabétique pour prévenir les hypoglycémies graves, etc.)

■ 2. Ne pas intervenir efficacement dans les contextes où les situations de soins sont critiques

En raison de sa complexité, l'intervention dans les contextes où les situations de soins sont critiques, comme lors d'une détérioration clinique, relève d'une formation universitaire en sciences infirmières puisqu'elle exige un approfondissement des connaissances scientifiques et disciplinaires, puis un arrimage plus grand entre les deux. Ces contextes de soins critiques sont courants en milieux hospitaliers et le sont de plus en plus dans d'autres établissements ou secteurs de soins où l'on retrouve des patients à risque de détérioration de l'état de santé (p. ex. : CHSLD, CLSC, domicile)¹²⁶. Par exemple, il est estimé que la moitié des arrêts cardiorespiratoires en milieu hospitalier se produisent à l'extérieur des unités de soins critiques¹²⁷.

¹²³ Massey et al., 2017.

¹²⁴ Kutney-Lee, Lake et Aiken, 2009.

¹²⁵ Massey et al., 2017.

¹²⁶ Perrin, 2017.

¹²⁷ Andersen et al., 2019.

Pour mieux intervenir dans les contextes où les situations de soins sont critiques, l'infirmière doit pouvoir aller au-delà de l'application de gestes techniques « isolés » et procéder à l'analyse et à l'interprétation des données recueillies en fonction des données scientifiques (par exemple, prendre des signaux vitaux en établissant des liens avec les caractéristiques physiologiques, pharmacologiques et psychologiques de la situation clinique). En effet, des compétences « non techniques » (démarche scientifique, leadership clinique, collaboration et communication au sein de l'équipe) ont été identifiées comme des éléments importants à l'intervention rapide en cas de détérioration clinique¹²⁸. D'ailleurs, les infirmières qui exercent un leadership clinique au sein d'une équipe sont plus confiantes dans leur prise de décision face à la détérioration du patient¹²⁹.

L'absence d'exposition à des situations cliniques complexes lors de la formation collégiale ne permet pas à l'infirmière, au seuil d'entrée à la profession, d'avoir le niveau de préparation requis pour intervenir lors d'une situation critique, et ce, peu importe où elle se retrouve. L'Association des infirmières et infirmiers en soins d'urgence du Québec a d'ailleurs soulevé, dans son plus récent mémoire, que la préparation au niveau de la formation collégiale n'était pas suffisante pour intégrer ce secteur de soins critiques. Enfin, la pandémie de COVID-19 a mis en lumière l'importance d'avoir un bassin suffisant d'infirmières préparées pour travailler dans des contextes où les situations de soins sont critiques (p. ex. : urgences et soins intensifs) en vue d'éviter les bris de services.

■ 3. Ne pas prévenir des événements indésirables (erreurs et préjudices)

La surveillance clinique, une activité cœur de la pratique infirmière comme nous l'avons soulevé plus tôt, permet de prévenir des préjudices aux patients. Parmi ces préjudices, les événements indésirables (préjudices causés aux patients par des soins ou une gestion des soins inadéquats) est l'un des plus grands enjeux de sécurité des patients à l'échelle mondiale¹³⁰. Ces événements, souvent évitables, peuvent prolonger des séjours hospitaliers, aggraver un état de santé et même causer la mort¹³¹.

Des chercheurs québécois¹³² affirment que 76,8 % des événements indésirables (plaies de pression, infections urinaires, chutes, erreurs de médicaments, pneumonies, utilisation inappropriée de mesures de contention) en centre hospitalier pouvaient être attribués à la qualité des soins infirmiers reçus et qu'ils auraient pu être évités, entre autres par une meilleure surveillance clinique. Aussi, des chercheurs européens¹³³, dans leur analyse de 242 événements indésirables, ont déterminé que 52 % d'entre eux étaient directement liés à la qualité des décisions cliniques prises par l'infirmière, entre autres en raison d'évaluations infirmières incorrectes ou de lacunes dans la surveillance.

En raison du manque d'approfondissement des contenus scientifiques et disciplinaires, de la sous-exposition clinique à des situations de soins variés ainsi que des limites à exercer l'évaluation et la surveillance cliniques au niveau attendu au seuil d'entrée à la profession, la formation collégiale entraîne un risque important de ne pas être en mesure de prévenir des

¹²⁸ Massey et al., 2017; Stotts et al., 2020.

¹²⁹ Massey et al., 2017.

¹³⁰ SIDIEF, 2015.

¹³¹ Doyon et Spycher, 2017.

¹³² D'Amour et al., 2014.

¹³³ Andersson et al., 2015.

événements indésirables. Aussi, si les compétences d'évaluation et de surveillance cliniques sont incontournables dans la prévention des événements indésirables, il faut aussi noter que l'exercice du leadership clinique au sein d'une équipe inter et intradisciplinaire, compétence développée à l'université, sera tout aussi essentiel. En effet, l'infirmière peut favoriser un climat de sécurité par une communication efficace au sein de l'équipe, mais aussi en appréciant la qualité des soins offerts et en émettant des directives à tous les membres de l'équipe pour prévenir la survenue d'incidents.

■ 4. Ne pas déployer d'autonomie professionnelle et décisionnelle qui permettrait un meilleur accès aux soins et aux services de santé

La population du Québec connaît depuis plusieurs années d'importants problèmes d'accessibilité aux professionnels de la santé et aux soins. C'est d'ailleurs un enjeu si important que le MSSS en a fait la première orientation de son plan stratégique 2019-2023 (mis à jour en août 2021). Or, les huit objectifs de cette orientation ne peuvent être atteints sans la contribution optimale de toutes les infirmières du réseau de la santé :

1. Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne.
2. Diminuer le temps d'attente à l'urgence.
3. Améliorer l'accès aux services en santé mentale.
4. Améliorer l'accès aux services en dépendance.
5. Améliorer l'accès aux services spécialisés.
6. Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.
7. Augmenter les services de soutien à domicile.
8. Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles.

Ces objectifs, qui ciblent certaines populations pour lesquelles il est prioritaire pour le MSSS que le « bon service soit offert au bon moment par la bonne personne », nécessitent des connaissances scientifiques et disciplinaires qui ne se retrouvent pas aux programmes d'études techniques en soins infirmiers. Or, en acceptant que l'une des deux voies d'accès à la profession restreigne la portée des compétences développées au seuil d'entrée à la profession, **le Québec se prive de tout le potentiel que peuvent offrir les infirmières formées à l'université, et ce, partout où des soins de santé sont offerts.**

Nous l'avons abondamment souligné : plus le temps passe, plus l'écart se creuse entre les limites qu'impose la formation collégiale et les attentes de l'OIIQ quant aux compétences requises pour répondre aux besoins de la population. Il est important, dans le but d'améliorer l'accès aux soins, que toutes les infirmières puissent prodiguer des soins infirmiers adaptés et pertinents en fonction des besoins des diverses clientèles, dès leur entrée dans la profession et peu importe le lieu où elles exercent.

Donnons quelques exemples :

Exemple 1 – Le droit de prescrire

Depuis 2016, l'infirmière peut prescrire¹³⁴ certains tests, produits, médicaments ou substances pour les personnes qui présentent des problèmes de santé courants ou de santé publique, ou encore des plaies. Le Collège des médecins du Québec a reconnu cette activité seulement aux infirmières détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières, principalement en raison des connaissances scientifiques et du niveau d'autonomie professionnelle et décisionnelle requis. Prescrire est une activité professionnelle qui fait appel à des compétences d'évaluation, de surveillance et de leadership, lesquelles sont développées durant la formation universitaire¹³⁵. En plus de faciliter l'accès aux soins pour les Québécois, avoir le droit de prescrire permet à l'infirmière d'optimiser ses interventions auprès des personnes, d'éviter la fragmentation de l'offre de services, de réduire les délais dans la prestation de soins et ainsi, de réduire le risque de conséquences négatives sur l'état de santé des personnes. Par exemple, dans une école, une infirmière qui a obtenu son droit de prescrire peut prescrire la contraception hormonale sans que l'adolescente ait à voir un médecin. L'insuffisance de connaissances scientifiques et d'autonomie professionnelle et décisionnelle des infirmières ayant une formation de niveau collégial a pour effet qu'elles ne sont pas en mesure d'obtenir le droit de prescrire. Conséquemment, la clientèle doit être dirigée vers un autre professionnel habilité, ce qui crée ainsi **une visite supplémentaire (p. ex. : visites à l'urgence et consultations médicales)** et **un délai** pour répondre à ses besoins.

Exemple 2 – Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement

Cette autre activité réservée, reconnue aux infirmières en 2009¹³⁶, sous-tend une évaluation complète et pertinente de l'état de santé de l'enfant dans le but de dépister les problèmes précoces de retard de développement et de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation appropriés¹³⁷. Les contenus scientifiques, théoriques et cliniques des programmes collégiaux sont insuffisants pour que l'infirmière nouvellement diplômée puisse réaliser les évaluations complexes (notamment familiales, développementales, neurologiques, cognitives et comportementales) requises chez un enfant qui présente des indices de retard de développement. Les écarts de compétences notés précédemment expliquent aussi pourquoi l'infirmière diplômée d'un programme collégial n'est pas habilitée à déterminer elle-même les services et les interventions à mettre en place. Le préjudice pour la population est grand : l'infirmière est l'une des professionnelles incontournables de la petite enfance et le maintien d'un accès à la profession par la formation collégiale prive des enfants de voir leur retard de développement précocement identifié et pris en charge par des services adaptés. **Le délai d'identification du retard et de prise en charge peut avoir des impacts importants sur le développement futur de l'enfant.**

¹³⁴ En vertu du *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*.

¹³⁵ Certaines infirmières détentrices d'un diplôme d'études collégiales ont pu se prévaloir de dispositions transitoires.

¹³⁶ Ajoutée aux activités réservées de l'infirmière aux termes du projet de loi n° 21. Elle est partagée par quelques professionnels de la santé (médecin, infirmière, ergothérapeute, travailleur social, psychologue, orthophonistes, audiologistes, psychoéducateur).

¹³⁷ OPQ, 2021.

Exemple 3 – Prendre des décisions autonomes et assurer la continuité des soins et des services

Les différentes activités réservées, partagées et autorisées (voir section 1.3.1) qui ont été octroyées aux infirmières depuis 2002 ont une chose en commun : elles offrent à l'infirmière toute l'autonomie professionnelle nécessaire pour prendre des décisions sur la base de son propre jugement clinique et assurer elle-même la continuité des soins. Il est faux de croire que l'infirmière est une professionnelle « qui dépend » d'une prescription médicale, d'une directive d'un supérieur ou d'une recommandation d'un autre professionnel pour exercer ses propres activités. Au contraire, la majorité de ses activités réservées (donc à haut risque de préjudice) s'appuient sur la compétence de l'infirmière à évaluer, à déterminer, à planifier et à réaliser seule toutes les composantes de cette activité. L'infirmière doit donc être en mesure, dès son entrée à la profession :

« Nous sommes [...] soucieux de la contribution des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés au déploiement optimal de l'étendue de la pratique infirmière. Pour ce faire, les compétences en planification des soins, en évaluation, en surveillance et en suivi clinique doivent être bonifiées et mises à l'avant-plan, car elles se situent au cœur de l'expertise infirmière. Les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés doivent également contribuer au déploiement du droit de prescrire, qui constitue un jalon important pour l'autonomie de la pratique. »

Comité jeunesse de l'OIIQ, 2021b, p. 3

- **de formuler des constats à la suite de ses évaluations en se basant sur les meilleures pratiques scientifiquement reconnues**, par exemple : « sur la base de mon évaluation, voici ce que j'observe, voici ce qui me semble normal et anormal, voici ce que signifient les résultats obtenus »;
- **de trouver des solutions personnalisées en collaboration avec le patient et ses proches pour des situations uniques et complexes qu'ils vivent**, par exemple : « voici ce que je vous propose comme possibles solutions à votre problème ou votre besoin »; « je vous prescris le produit/traitement suivant pour répondre à votre besoin de santé actuel »;
- **de planifier et de coordonner les soins pour assurer la continuité des soins et services offerts**, par exemple : « le plan de traitement étant déterminé, pour cette problématique, je vous propose les services suivants et j'aimerais vous revoir pour réévaluer votre condition et discuter de la suite ».

Or, les perspectives manquantes aux programmes collégiaux font en sorte que ce ne sont pas toutes les infirmières qui peuvent déployer les compétences précédentes au seuil d'entrée à la profession. Il apparaît évident que cela a un impact concret sur le parcours de soins des patients et de leur famille. Revenons donc aux objectifs du MSSS pour 2019-2023 :

- Pour diminuer le temps d'attente à l'urgence, il est impératif que l'infirmière soit en mesure d'établir, dès l'étape du triage, la suite à donner : elle peut prescrire un traitement ou médicament, créer un corridor de services vers un autre service ou intervenant, demander un examen complémentaire avant de solliciter le médecin et suggérer à la personne de retourner à la maison pour certains problèmes courants, avec des conseils. Ces décisions doivent être appuyées par des connaissances scientifiques et disciplinaires, une évaluation complète et pertinente à la condition de santé, mais aussi par une exposition

clinique suffisante pour être en mesure d'identifier les solutions appropriées aux différents contextes.

- Pour offrir un accès plus rapide aux services comme le souhaite le MSSS, il est nécessaire d'augmenter le bassin d'infirmières en mesure d'évaluer ces différentes situations cliniques et de prendre des décisions rapides et de façon autonome sans « attendre » l'avis ou la prescription d'un autre professionnel. Les réflexions quant à l'implantation d'un service d'hospitalisation à domicile¹³⁸ au Québec sont un exemple qui met en lumière l'intensité, la complexité et le niveau de criticité des soins pour lesquels l'expertise infirmière sera requise, alors qu'elle sera seule au domicile des patients. Nous savons que la formation collégiale ne pourra jamais offrir toutes les assises scientifiques, disciplinaires et de recherche, requises pour y arriver. En ce sens, les programmes de niveau collégial ne peuvent se substituer à un programme de premier cycle universitaire qui, lui, a le mandat de développer ce niveau d'autonomie professionnelle et décisionnelle.

En somme, offrir « le bon service, au bon moment, par le bon professionnel » est un vœu pieux si le Québec ne mise pas sur la capacité des infirmières à déployer l'ensemble de leurs activités professionnelles. Leurs compétences à exercer en toute situation, et avec toute l'autonomie professionnelle et décisionnelle nécessaire, sont conférées par les programmes de formation universitaire en sciences infirmières. Les infirmières doivent détenir ces compétences dès leur entrée sur le marché du travail et les milieux de soins doivent leur permettre de les utiliser. **Priver les patients de l'expertise infirmière, en 2022, revient à ne pas offrir des soins sécuritaires et accessibles à la population.**

¹³⁸ INESSS, 2021.

2.2 Solution proposée

L'accès à la profession infirmière par deux voies d'entrée différentes n'est plus une option. La formation initiale des infirmières doit dès maintenant tenir compte de l'évolution des réalités professionnelles, législatives, sociales, scientifiques et technologiques qui transforment les soins de santé au Québec. L'analyse présentée à la section précédente démontre que des éléments manquants dans les programmes d'études techniques en soins infirmiers quant aux compétences attendues créent des préjudices pour les patients. La solution proposée offre des bénéfices tangibles et repose sur une formation qui permettra une offre de soins complets et sécuritaires, à la hauteur des besoins de la population, peu importe où les soins sont offerts. Elle se veut bienveillante envers les patients et leurs proches, et attractive pour les générations futures d'infirmières.

2.2.1 La solution proposée par l'OIIQ

La particularité de notre demande réside en ceci : la solution proposée existe déjà. Notre demande a donc pour objectif d'identifier, parmi les diplômes existants, les seuls permettant de répondre aux enjeux contemporains et futurs de la population. Il existe divers programmes de formation universitaire en sciences infirmières au Québec qui répondent aux attentes de l'OIIQ quant à la préparation de la relève infirmière. **Ainsi, nous recommandons, pour les générations futures d'infirmières, que les seuls diplômes donnant ouverture au permis de l'OIIQ soient de niveau universitaire¹³⁹.** Pour faciliter l'atteinte de cet objectif, nous préconisons ces trois modalités :

1. Un **baccalauréat** ès sciences décerné au terme d'un programme de formation en sciences infirmières d'un parcours **DEC-BAC¹⁴⁰**.
2. Un **baccalauréat** ès sciences décerné au terme d'un programme de formation initiale en sciences infirmières.
3. Une **maîtrise ès sciences** (appliquée) au terme d'un programme de formation initiale en sciences infirmières.

¹³⁹ Cela signifie l'abrogation de l'article 2.02 du *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels*.

Puisque la proposition sous-tend une adéquation entre le soin et le service attendus, le professionnel habilité à les exécuter et le type de formation minimale requise, les formations initiales des personnes qui exercent des métiers d'assistance à la personne et des infirmières auxiliaires auraient avantage à être revues elles aussi.

¹⁴⁰ Une brève analyse des déclinaisons possibles de cette modalité se trouve à l'annexe 11.

2.2.2 Les différentes modalités de formation

La solution proposée ne vise pas à offrir un nouveau diplôme, mais bien de **faire le choix d'un seul niveau de formation**, soit le niveau universitaire. En ce sens, il est donc plutôt rassurant de savoir que l'actuel parcours DEC-BAC existe depuis 2001, que des programmes de formation universitaire en sciences infirmières existent depuis près de 100 ans au Québec¹⁴¹ et que ces derniers permettent de développer les compétences attendues au seuil d'entrée à la profession. Plus précisément, neuf universités, bien établies dans toutes les régions du Québec (sauf le Nord-du-Québec), offrent la formation initiale et le parcours DEC-BAC dans 36 sites différents (voir annexe 12). À cela s'ajoutent les 55 sites collégiaux où sont offerts les programmes d'études techniques en soins infirmiers. Les différentes modalités proposées permettent donc d'atteindre l'objectif tout en facilitant l'accès à la formation et à la profession, et ce, partout au Québec. La section 3.3 détaille davantage l'accessibilité présente et future de la formation universitaire en sciences infirmières.



➔ Annexe 12

2.2.2.1 Les programmes initiaux universitaires en sciences infirmières

Baccalauréat initial en sciences infirmières

Actuellement, sept universités québécoises offrent le baccalauréat initial en sciences infirmières. D'une durée minimale de trois ans à temps complet, les programmes de formation proposent actuellement entre 103 et 107 crédits de cours théoriques et d'expériences cliniques variées (simulation, stages, etc.).

Tableau 6
Nombre de crédits et durée des programmes initiaux universitaires en sciences infirmières – Baccalauréat

Établissement d'enseignement	Nombre de crédits du programme de formation initiale (baccalauréat)	Durée minimale de la formation à temps complet
Université de Montréal	103	3 ans
Université de Sherbrooke	107	3 ans
Université du Québec à Chicoutimi	107	3 ans
Université du Québec à Trois-Rivières	105	3 ans
Université du Québec en Outaouais	105	3 ans
Université Laval	105	3 ans
Université McGill	103	3 ans

¹⁴¹ AIIC, 2021.

Malgré les spécificités locales, tous les programmes sont structurés selon un référentiel de compétences (guide des compétences à déployer tout au long de la formation) ou des objectifs d'apprentissage. Ces guides, tous inspirés de celui développé par l'organisme responsable de l'agrément des programmes (l'ACESI), permettent aux universités d'apporter leurs propres spécificités dans l'enseignement, tout en développant une vision commune du profil de sortie de l'étudiante.

Maîtrise (appliquée) initiale en sciences infirmières

Offerte depuis 1974 à l'Université McGill, la maîtrise (appliquée) en sciences infirmières donne accès au permis de l'OIIQ par le biais d'un programme de deux à trois ans comprenant de 58 à 90 crédits. Pour les étudiantes qui n'ont pas déjà acquis des connaissances en sciences infirmières, la formation débute par une année intensive de qualification (32 crédits) qui se veut une introduction aux aspects pratiques de la profession et un préalable à la maîtrise. Les deux années suivantes (58 crédits) préparent les étudiantes à « travailler à titre de cliniciennes avancées dans un large spectre de milieux cliniques incluant les soins critiques, la santé maternelle et infantile, les soins oncologiques et palliatifs et la promotion de la santé. [...] Les diplômées de ce programme joueront un rôle crucial en façonnant les soins de santé futurs d'un point de vue local, national et international »¹⁴².

Tableau 7
Nombre de crédits et durée des programmes initiaux universitaires en sciences infirmières – Maîtrise (appliquée)

Établissement d'enseignement	Nombre de crédits du programme de formation initiale (maîtrise)	Durée minimale de la formation à temps complet
Université McGill	58 à 90	2 à 3 ans

Pour alléger le texte dans les prochaines sections, le « baccalauréat en sciences infirmières » et « les programmes initiaux universitaires en sciences infirmières » font aussi référence à la maîtrise (appliquée) en sciences infirmières.

Les programmes initiaux universitaires en sciences infirmières accordent une importance indéniable aux connaissances scientifiques, à une exposition clinique variée et aux activités professionnelles. Ces compétences sont essentielles pour préparer l'infirmière à répondre aux besoins évolutifs de la population et à donner des soins là où ils comptent vraiment : auprès des patients. Il est important de souligner que, contrairement à certaines croyances, les programmes de formation initiaux universitaires en sciences infirmières visent d'abord et avant tout à accompagner l'étudiante dans le développement de son rôle clinique. Enfin, nous adhérons entièrement à la recommandation contenue dans le rapport des commissaires des

¹⁴² École des sciences infirmières Ingram, s.d., traduction libre.

États généraux de la profession infirmière¹⁴³ selon laquelle il est important d'actualiser les contenus pédagogiques des programmes universitaires pour s'assurer que les programmes préparent les étudiantes aux défis professionnels, socio-démographiques, technologiques et scientifiques qui les attendent.

2.2.2.2 Le baccalauréat décerné au terme d'un parcours DEC-BAC

Il existe, depuis 20 ans, un parcours intégré de formation DEC-BAC qui permet aux diplômées du DEC en soins infirmiers de s'inscrire à un programme de baccalauréat en sciences infirmières. Ce baccalauréat, plus court qu'un baccalauréat « initial », mise sur les acquis du DEC en soins infirmiers (reconnaissance de crédits universitaires) et complète la formation reçue par les contenus jugés spécifiques à la formation universitaire en sciences infirmières. Cependant, cette « passerelle » entre la formation collégiale et la formation universitaire n'est pas obligatoire. La diplômée d'un programme d'études techniques en soins infirmiers peut donc obtenir son permis d'exercice sans poursuivre ses études au baccalauréat.

Tableau 8
Nombre de crédits et durée des programmes de baccalauréat au terme du parcours DEC-BAC

Établissement d'enseignement	Nombre de crédits du baccalauréat décerné au terme du parcours DEC-BAC actuel	Durée minimale de la formation à temps complet
Université de Montréal	103 (35 crédits reconnus)	2 ans
Université de Sherbrooke	90 (18 crédits reconnus)	2 ans
Université du Québec à Chicoutimi	105 (36 crédits reconnus)	2 ans
Université du Québec à Rimouski	90 (24 crédits reconnus)	2 ans
Université du Québec à Trois-Rivières	90 (18 crédits reconnus)	2 ans
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	90 (24 crédits reconnus)	2 ans
Université du Québec en Outaouais	105 (36 crédits reconnus)	2 ans
Université Laval	105 (36 crédits reconnus)	2 ans
Université McGill	92 (27 crédits reconnus)	2 ans

Comme nous l'avons démontré déjà, les programmes d'études techniques en soins infirmiers ne permettent (à eux-seuls) pas d'acquérir l'ensemble des connaissances requises pour exercer pleinement l'ensemble des activités de la profession infirmière de façon autonome et sécuritaire. Ainsi, en phase avec les recommandations contenues dans le rapport des

¹⁴³ La recommandation des commissaires à cet effet est : « 23. Procéder à la révision des contenus pédagogiques des deux parcours de formation offerts en misant sur la collaboration entre les cégeps et les universités en vue d'harmoniser et de standardiser les formations offertes dans tout le Québec » (Ducharme et al., 2021, p. 71).

commissaires des États généraux de la profession infirmière¹⁴⁴ et du Comité jeunesse de l'OIIQ¹⁴⁵, nous proposons de maintenir un **parcours DEC-BAC** durant lequel **l'étudiante devra, pour être admise à l'examen donnant accès au permis, compléter un baccalauréat** en sciences infirmières (voir pistes de réflexions à l'annexe 11). Il est aussi essentiel de réviser, de standardiser et de bonifier les contenus de formation et les partenariats cégeps-universités du parcours DEC-BAC, pour s'assurer que la formation initiale répond aux besoins de santé de la population d'aujourd'hui et de demain¹⁴⁶.



Annexe 11

2.2.3 Clause de droits acquis et mesures d'atténuation

L'OIIQ s'engage à mettre en place les meilleures conditions de mise en œuvre de la solution proposée. Nos propositions s'inspirent des expériences vécues ailleurs au Canada, notamment en Ontario et en Colombie-Britannique, deux provinces qui ont adopté, au cours des deux dernières décennies, la diplomation universitaire comme seule norme d'entrée à la profession. Essentiellement, le déploiement avec succès de ce projet repose sur deux assises : une clause de droits acquis et des mesures d'atténuation.

2.2.3.1 Clause de droits acquis

Par l'adoption d'une clause de droits acquis, nous préserverons tous les acquis des personnes qui sont actuellement infirmières. **Cela signifie que toutes les infirmières déjà titulaires d'un permis d'exercice demeureront infirmières (elles conserveront leur permis) et qu'elles n'auront pas l'obligation de compléter un baccalauréat.** Des dispositions transitoires devront être adoptées pour protéger les acquis et assurer une période de transition harmonieuse des étudiantes qui seront inscrites aux programmes collégiaux et des personnes qui feront une demande d'admission par équivalence (voir section 3.6). L'adoption d'une clause de droits acquis assurera le maintien d'un effectif stable durant la période de transition.

2.2.3.2 Mesures d'atténuation

Nous le savons, la réussite du projet réside dans sa planification. Afin d'offrir de la prévisibilité aux étudiantes, aux milieux d'enseignement supérieur et aux établissements de santé, nous souhaitons prévoir un passage vers cette nouvelle norme d'entrée à la profession, qui s'échelonnera sur plusieurs années. C'est pour cette raison que nous travaillons activement avec les différents partenaires de la profession (milieux d'enseignement, milieux cliniques, syndicats et associations) afin d'identifier des mesures d'atténuation qui permettront d'assurer le déploiement harmonieux de la solution proposée. À l'instar des autres provinces et des territoires canadiens qui ont offert une formation initiale universitaire aux générations

¹⁴⁴ Les recommandations des commissaires à cet effet sont : « 22. Maintenir deux parcours de formation pour obtenir le titre d'infirmière ou d'infirmier au Québec, soit la formation initiale en sciences infirmières à l'université et le DEC-BAC. » et « 23. Procéder à la révision des contenus pédagogiques des deux parcours de formation offerts en misant sur la collaboration entre les cégeps et les universités en vue d'harmoniser et de standardiser les formations offertes dans tout le Québec » (Ducharme et al., 2021, p. 71).

¹⁴⁵ Le constat du Comité jeunesse de l'OIIQ à cet effet est : « nous croyons que la formation intégrée DEC-BAC (5 250 heures) et la formation initiale au baccalauréat en sciences infirmières (4 635 à 4 815 heures) représentent les meilleures options en vue de permettre aux infirmières et infirmiers un meilleur niveau de préparation lors de leur arrivée dans la profession » (2021b, p. 5).

¹⁴⁶ Comité jeunesse de l'OIIQ, 2021b; Ducharme et al., 2021.

futures d'infirmières, nous souhaitons proposer, en amont et avec nos partenaires, quelques pistes de **mesures d'atténuation innovantes, justes et équitables** (voir tableau 9). Pensons notamment à des programmes pour soutenir financièrement la poursuite des études universitaires¹⁴⁷, à de nouvelles modalités d'études universitaires à distance, à des mesures pour faciliter l'intégration sur le marché du travail ou à la reconnaissance par les milieux cliniques des compétences développées par les infirmières tout au long de leur carrière.

Tableau 9
Pistes de mesures d'atténuation

Reconnaissance des acquis expérientiels et des compétences	Inciter les établissements à sécuriser les acquis actuels des infirmières dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Par souci d'équité et reconnaissant le caractère prospectif du projet, il est <u>primordial</u> que le RSSS travaille étroitement avec les syndicats afin de reconnaître les acquis expérientiels et les compétences développées après l'obtention du permis d'exercice.
Soutien à la relève infirmière	Appuyer des mesures d'atténuation de l'écart entre le rôle étudiant et le rôle professionnel et qui soutiennent le développement de compétences en début de pratique. Exemple : offrir des programmes de résidence dans les milieux cliniques.
Incitatif financier à la poursuite des études	Contribuer à la réflexion quant aux mesures visant à amenuiser la contrainte financière à la poursuite des études. Exemple : bourses d'études, congés partiels pour études, formation en situation d'emploi (programme COOP), etc.
Accès aux études universitaires	Contribuer à l'élaboration de scénarios visant à faciliter l'accès aux études universitaires en sciences infirmières. Exemple : optimiser l'enseignement à distance dans toutes les universités, offrir des stages rémunérés.

2.2.4 La formation universitaire en sciences infirmières comme exigence minimale pour exercer la profession infirmière : des appuis aux quatre coins du Québec

L'OIIQ reconnaît que la solution proposée puisse avoir des impacts sur l'organisation des soins et des services, les conditions de travail, les rôles et responsabilités et les soins et les services rendus à la population (voir section 3). En raison du caractère structurant pour l'avenir de la profession infirmière et des soins de santé au Québec, l'enjeu de la formation initiale des futures infirmières a fait l'objet d'une vaste consultation auprès d'acteurs-clés, d'experts, d'organismes et de citoyens¹⁴⁸, menée par deux commissaires reconnus : M^{me} Francine Ducharme et M. Robert Salois¹⁴⁹. Les participants ont été appelés à formuler leurs recommandations et à transmettre des commentaires, des avis et des mémoires.

¹⁴⁷ Gouvernement de l'Ontario, 2001.

¹⁴⁸ Jury citoyen sur le recours aux compétences infirmières, 2021.

¹⁴⁹ Ducharme et al., 2021.

À l'issue de cette consultation, des États généraux de la profession infirmière ont eu lieu en mai 2021, les premiers en 25 ans. De cette rencontre entre les différentes parties prenantes de la profession émerge un consensus fort : le diplôme universitaire, obtenu au terme d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'un parcours DEC-BAC, permettra aux prochaines générations d'acquérir les connaissances et de développer les compétences nécessaires pour exercer à la pleine mesure de leurs capacités et à la hauteur des possibilités offertes par la profession. Ces acteurs-clés qui ont pris position en faveur de cette solution sont notamment¹⁵⁰ :

- Association canadienne des écoles de sciences infirmières – Région Québec
- Association étudiante des sciences infirmières de l'Université de Montréal
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
- Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec
- Association québécoise des infirmières et infirmiers en gériatrie
- Association québécoise des infirmières en oncologie
- Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale
- Association québécoise des infirmières et infirmiers en systèmes et technologies de l'information
- Centre médical TaLin – Clinique privée de soins infirmiers de proximité
- CHU Sainte-Justine – Direction des soins infirmiers
- CHU de Québec – Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers
- CISSS de la Montérégie-Centre
- CISSS de la Montérégie-Est – Conseil des infirmières et infirmiers
- CISSS de l'Outaouais
- CIUSSS de la Capitale-Nationale – Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers et Direction des soins infirmiers et de la santé physique (volet pratique professionnelle)
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Direction des soins infirmiers
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal – Direction des soins infirmiers et Conseil des infirmières et infirmiers
- Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles – Direction des soins infirmiers
- Collège des médecins du Québec
- Comité consultatif régional des CII de Montréal
- Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, Université de Montréal
- Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers, Université de Montréal
- Communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins d'urgence du Québec – Comité de direction
- Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Extrait du mémoire du Collège des médecins du Québec

*Le baccalauréat en soins infirmiers :
un minimum requis pour les défis du 21^e siècle*

« La complexité grandissante des soins, le vieillissement de la population, la diversité des milieux de pratique, la pratique des soins qui nécessite un haut niveau d'autonomie et de responsabilisation, la nécessité de mettre à profit de nombreuses connaissances pour l'exercice du raisonnement et du jugement cliniques, de même que le déploiement de la pleine imputabilité de l'infirmière pour occuper pleinement son champ d'exercice, sont parmi les justificatifs que nous retenons pour appuyer sans réserve la mise en place, dans les meilleurs délais, d'un baccalauréat en soins infirmiers [...] » (p. 12)

¹⁵⁰ Le lecteur est invité à prendre connaissance des recommandations issues des différents avis et mémoires déposés dans le cadre des États généraux de la profession infirmière sur le site [Web](#) de l'Ordre.

- Comité régional des Comités d'infirmières et d'infirmiers de l'île de Montréal
- Groupe de travail sur le développement de la démarche scientifique dans la formation infirmière, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
- Jury citoyen sur le recours aux compétences infirmières
- Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière
- Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval
- Université de Montréal – Faculté des sciences infirmières
- Université de Sherbrooke – École des sciences infirmières
- Université du Québec à Chicoutimi – Programmes de 1^{er} cycle en sciences infirmières
- Université McGill – École des sciences infirmières Ingram

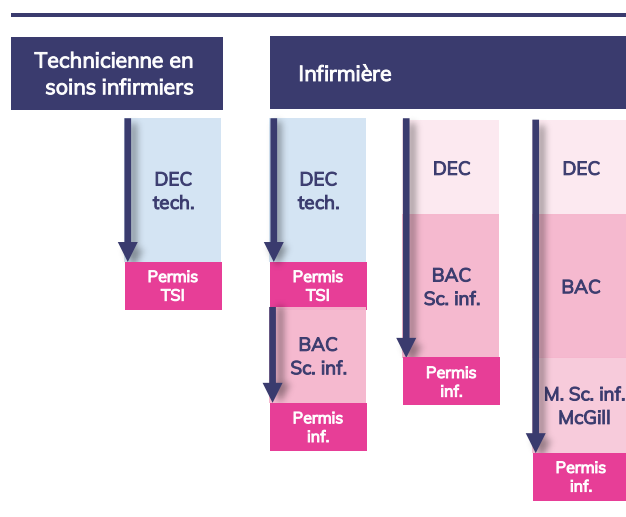
À ces prises de position fortes s'ajoute la voix de l'Association des Conseils des infirmières et infirmiers du Québec, ainsi que celle du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Ces derniers ont tenu à offrir un appui formel à la demande que la formation universitaire soit la seule voie d'entrée à la profession (voir annexe 16).

2.3 Solutions alternatives insuffisantes

L'OIIQ a analysé deux solutions alternatives à l'insoutenable état de situation actuel de la formation initiale des infirmières. Parmi les scénarios présentés, certains font l'objet de réflexions depuis plus de 20 ans¹⁵¹. Ces alternatives vont au-delà du statu quo actuel, mais elles n'ont pas le potentiel structurant de préparer adéquatement la relève infirmière à faire face aux défis qui l'attendent à son entrée dans la profession et au cours de sa carrière.

2.3.1 Solution alternative 1 : nouvelle catégorie de permis de l'OIIQ – technicienne en soins infirmiers

Figure 16
Solution alternative 1



La première solution alternative au statu quo est que l'OIIQ donne accès à des permis d'exercice différents au terme des formations collégiales et universitaires¹⁵². Ainsi, en respect de la portée unique des deux niveaux d'enseignement, un titre et des activités professionnelles de « technicienne en soins infirmiers » (TSI) seraient octroyés aux diplômées du DEC, alors qu'un titre et des activités professionnelles « d'infirmière » pourraient être accordés au terme d'un diplôme universitaire en sciences infirmières.

¹⁵¹ CSE, 2015, 2019; ministère de l'Éducation, 2000, 2002, 2005.

¹⁵² En vertu du paragraphe *m* de l'article 94 du *Code des professions* : « déterminer des catégories de permis en fonction des activités professionnelles que les membres peuvent exercer ou des titres qu'ils peuvent utiliser, ainsi que les conditions et restrictions auxquelles ils doivent se soumettre lorsqu'ils les exercent ou les utilisent ».

Leurs activités professionnelles devant être différenciées, les TSI, formées au niveau collégial, devraient se voir attribuer des activités professionnelles de soins infirmiers différentes de celles des infirmières. Ces activités seraient principalement à portée générale et de nature technique et procédurale en conformité avec la mission de formation des programmes d'études techniques¹⁵³ et recouperaient les activités professionnelles des infirmières auxiliaires.

Tableau 10
Analyse – Nouvelle catégorie de permis : technicienne en soins infirmiers

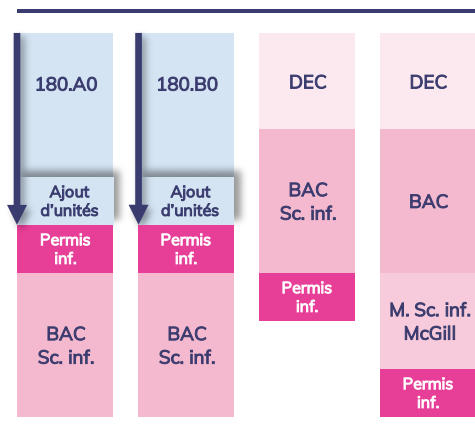
	Avantages	Inconvénients
Protection du public	• Les examens d'entrée à la profession seraient adaptés en fonction des compétences attendues d'une technicienne en soins infirmiers ou d'une infirmière • Corrige l'incohérence selon laquelle deux niveaux de formation distincts peuvent permettre d'accéder à une même profession (champ d'exercice et activités réservées)	• Ne permet pas de réduire les risques de préjudice liés au manque d'effectifs formés à l'université pour répondre aux besoins de la population (exposés à la section 3.1) • Pas d'accès à un plus large éventail de soins et de services (p. ex. : pas plus d'IPS ni d'infirmières détenant un droit de prescrire) • On ne règle pas la confusion quant à la distinction entre les soins offerts par les infirmières, les techniciennes en soins infirmiers et les infirmières auxiliaires • Doublon de tous les mécanismes d'admission et de surveillance à l'OIIQ
Enseignement	• Maintient une offre collégiale dite « qualifiante », c'est-à-dire qui prépare au marché du travail	• Ajustement des programmes d'études techniques en cohérence avec la portée des activités professionnelles d'une TSI
Milieus cliniques	• Aucun	• Nouveau titre d'emploi infirmier qui n'offre pas un plus large éventail de soins et de services • Charge administrative supplémentaire pour assurer le soutien clinique et l'intégration de ce nouveau titre d'emploi • Complexifie l'organisation des soins et le soutien clinique pour intégrer ce nouveau titre d'emploi au sein des équipes soignantes • Limitation quant à l'évolution de la pratique infirmière
Infirmières et futures infirmières (y compris les TSI)	• Les étudiantes peuvent accéder à une formation initiale en soins infirmiers avec des prérequis de niveau secondaire	• Formation et exercice professionnel qui seraient similaires à ceux des infirmières auxiliaires (soins de nature technique et procédurale) • Limitation des lieux d'exercice pour les TSI en fonction de la portée de la formation initiale

¹⁵³ CSE, 2004; MELS, 2010; MESS, 1993, p. 10.

L'octroi d'un permis d'exercice différent au terme des formations collégiales et universitaires ne doit pas être une solution à considérer. Une nouvelle catégorie de permis compliquerait l'organisation des soins par les établissements de santé, car ils devraient intégrer une nouvelle professionnelle (la TSI) dont les fonctions de nature technique et procédurale pourraient difficilement se différencier de celles des infirmières auxiliaires. Enfin, la perspective que deux professionnelles se partageant les activités réservées de l'infirmière en fonction du dernier niveau d'études complétées (collégiales ou universitaires) nous semble incohérente avec l'évolution de la profession et des soins de santé au Québec. Cela ne permet pas de former davantage d'infirmières en mesure d'exercer pleinement l'ensemble des activités de la profession infirmière de façon autonome et sécuritaire, dans tous les milieux mais aussi dont la population a impérativement besoin.

2.3.2 Solution alternative 2 : prolongation de la formation collégiale

Figure 17
Solution alternative 2



Cette deuxième solution alternative au statu quo s'intéresse aux différents scénarios qui prolongent la formation collégiale en déplaçant les unités constitutives d'un DEC technique. Rappelons que le *Règlement sur le régime des études collégiales* (RREC), qui balise le nombre d'unités constitutives d'un programme, prévoit un maximum de 91^{2/3} unités pour un DEC technique¹⁵⁴. Le programme d'études techniques en soins infirmiers 180.A0 a atteint cette limite d'unités. Le Conseil supérieur de l'éducation (CSE) a d'ailleurs méticuleusement analysé en 2015¹⁵⁵ différentes manières de prolonger la durée habituelle de trois ans en y ajoutant des unités ou du contenu « spécialisé ». La

prolongation des programmes d'études techniques pourraient entre autres, être réalisée selon trois scénarios : un diplôme de spécialisation d'études techniques (DSET)¹⁵⁶, un DEC technique avancé (DTA) et l'allongement de la formation par le « déplaçonnement » des unités (par exemple, une quatrième année).

¹⁵⁴ Une unité correspond à 45 h d'apprentissage (les heures de cours additionnées aux heures de travail personnel).

¹⁵⁵ CSE, 2015.

¹⁵⁶ La nature même d'un diplôme spécialisé est d'offrir une spécialisation au-delà de la formation initiale. Une forme de spécialisation au DEC était d'ailleurs disponible, puis abolie, entre 1973 et 1993. Une trop grande difficulté à intégrer ces diplômés sur le marché du travail a mené le ministère de l'Éducation à fermer ces programmes.

Tableau 11
Analyse – Prolongation de la formation collégiale

	Avantages	Inconvénients
Protection du public	• Approfondissement des fonctions techniques et procédurales du travail d'infirmière	• Maintient l'incohérence selon laquelle deux niveaux de formation distincts peuvent permettre d'accéder à une même profession (champ d'exercice et activités réservées)¹⁵⁷ • Ne permet pas de préparer la nouvelle infirmière à répondre à l'ensemble des besoins de soins de la clientèle (exposés à la section 1.2) • Maintient les risques de préjudice liés aux écarts identifiés entre les programmes d'études techniques et les compétences attendues par l'OIIQ au seuil d'entrée à la profession (exposés à la section 2.1) • Ne permet pas de réduire les risques de préjudice liés au manque d'effectifs formés à l'université pour répondre aux besoins de la population (exposés à la section 3.1) • L'examen d'entrée à la profession continue à mesurer uniquement le développement des compétences au collégial¹⁵⁸. Limite l'étendue des compétences pouvant être évaluées • Pas d'accès à un plus large éventail de soins et de services (notamment pas plus d'IPS ni d'infirmières détenant un droit de prescrire)
Enseignement	• Maintient une offre collégiale dite « qualifiante », c'est-à-dire qui prépare au marché du travail	• Ajout de nouvelles structures de programmes d'études techniques au RREC • Lourd chantier de révision des programmes, puisque pour permettre un déplafonnement des unités ou le développement de nouveaux programmes spécialisés, une révision des différents cheminements sera nécessaire • En l'absence d'un référentiel des diplômes¹⁵⁹, il sera difficile de délimiter la frontière entre un DEC prolongé et le premier cycle universitaire • Remise en question du parcours DEC-BAC
Milieus cliniques	• Aucun	• Aucun besoin d'une formation collégiale prolongée manifestée par les milieux cliniques • Ne règle pas la confusion quant à la distinction entre les soins offerts par les infirmières formées à l'université, celles formées au collégial et les infirmières auxiliaires
Infirmières et futures infirmières	• Les étudiantes peuvent accéder à une formation initiale en soins infirmiers avec des prérequis de niveau secondaire	• Prolonge la durée des études sans permettre l'exercice sécuritaire de l'ensemble des activités professionnelles infirmières et ne permet pas d'exercer auprès de toutes les clientèles et dans tous les secteurs de soins

¹⁵⁷ Discutée largement à la section 1.2.1.

¹⁵⁸ Comité de l'examen professionnel de l'OIIQ, 2021. Voir section 1.6.

¹⁵⁹ Nous partageons l'inconfort du Conseil supérieur de l'éducation (2015) face à l'absence de référentiel des diplômes post-secondaires.

La prolongation de la formation collégiale est une déclinaison insuffisante au statu quo actuel qui ne satisfait pas aux exigences d'entrée à la profession. Ce scénario serait à écarter, selon notre analyse. Cette option vise le développement et la spécialisation de la « fonction de travail de niveau technique » de l'infirmière¹⁶⁰. L'ajout d'unités au niveau collégial ne ferait donc qu'accroître l'écart entre les compétences en soins infirmiers, de nature technique et procédurale, développées au niveau collégial et les attentes de l'OIIQ quant aux compétences requises pour répondre aux besoins de la population. Or, comme nous l'avons déjà démontré, ces soins techniques et procéduraux ne constituent plus la plus-value clinique de l'exercice infirmier auprès de la population québécoise.

Cette solution alternative au statu quo maintient aussi l'incohérence et l'illusion que deux niveaux de formation distincts puissent permettre de développer le même profil de compétence et d'exercer les mêmes activités professionnelles en ne corrigeant ni les lacunes, ni les écarts identifiés à la section 2.1. Certes, la formation collégiale permet aux étudiantes de développer les compétences de base selon les finalités des programmes d'études techniques au Québec, mais sa prolongation ne préparerait pas entièrement les infirmières de demain à faire face aux enjeux sociaux, démographiques, scientifiques, techniques, législatifs et professionnels au seuil d'entrée à la profession et tout au long de leur carrière.

**Rapport des commissaires
des États généraux de la profession infirmière**

« En fait, non seulement la profession infirmière est aujourd'hui l'une des seules du secteur de la santé et des services sociaux à ne pas avoir relevé ses exigences en formation initiale, mais les travaux effectués dans le cadre des États généraux ont confirmé que les débats récurrents et l'incertitude entourant le rehaussement ou non de la norme d'entrée ont causé du tort à la profession. »

Ducharme et al., 2021, p. 55

¹⁶⁰ MESS, 1993, p. 10.

À retenir

La section 2 a mis en relief la problématique relative à la formation initiale des infirmières. Au terme de l'analyse visant à identifier une solution qui pourrait permettre de combler les attentes de l'OIIQ quant aux compétences requises pour exercer l'ensemble des activités professionnelles de manière autonome et sécuritaire, les constats sont :

- Il existe un écart important entre les compétences développées au terme d'une formation initiale collégiale et les compétences attendues par l'OIIQ au seuil d'entrée à la profession.
- Une formation universitaire permet de développer l'ensemble des compétences requises pour exercer pleinement les activités de la profession infirmière de façon autonome et sécuritaire dans les différents secteurs cliniques.
- La formation universitaire comme exigence minimale en vue d'exercer la profession est une priorité pour un bon nombre de groupes, d'associations d'infirmières et de directrices de soins infirmiers, sans compter qu'elle fait l'objet d'une recommandation au rapport des commissaires sur les États généraux de la profession.
- Pour les générations futures d'infirmières, l'OIIQ recommande que **les seuls diplômes donnant ouverture au permis soient de niveau universitaire**. Pour faciliter l'atteinte de cet objectif, il préconise ces trois modalités :
 - **baccalauréat** décerné au terme d'un programme de formation en sciences infirmières d'un **parcours DEC-BAC**;
 - **baccalauréat** décerné au terme d'un programme de formation initiale en sciences infirmières;
 - **maîtrise (appliquée) en sciences** au terme d'un programme de formation initiale en sciences infirmières.
- Une clause de droits acquis et des mesures d'atténuation sont envisagées pour faciliter le passage vers cette nouvelle norme d'entrée à la profession.

Pertinence de la solution proposée

Cette section démontre la pertinence de la solution proposée sur la protection du public. Elle fait état des bénéfices associés et présente une analyse des impacts de cette solution, notamment sur l'attractivité de la profession, l'accessibilité à la formation, la mobilité professionnelle, le système professionnel et le marché du travail en général.

3.1 Démonstration de la pertinence de la solution proposée sur la protection du public

L'écart grandissant entre les compétences développées au terme d'une formation initiale qui est incomplète et les besoins de santé croissants de la population fait l'objet de préoccupations dans plusieurs pays industrialisés. C'est la raison pour laquelle une tendance à favoriser la formation universitaire pour les infirmières est observée aux quatre coins du globe. Ces démarches pour rehausser la norme d'entrée à la profession s'appuient sur une quantité impressionnante de recherches et d'études qui ont souligné les bénéfices concrets d'une formation initiale universitaire pour les infirmières.

Une quantité importante de résultats issus d'études scientifiques au Québec, ailleurs au Canada et à l'international montre des associations entre un niveau de formation au baccalauréat et la réduction de la gravité et de la fréquence des préjudices. Ils abondent dans le même sens : le baccalauréat doit être la norme minimale d'entrée à la profession infirmière¹⁶¹.

Afin de démontrer la pertinence d'une formation initiale universitaire (baccalauréat en sciences infirmières ou parcours DEC-BAC), différents bénéfices pour la population seront présentés dans cette section. Pour l'OIIQ, ces résultats sont à eux seuls suffisants pour justifier que les seuls diplômes donnant ouverture au permis d'exercice soient de niveau universitaire, selon la solution proposée à la section 2.2. Ce niveau de formation assurera à la population que l'examen d'entrée à la profession permet réellement de déterminer l'aptitude à exercer à titre d'infirmière selon les attentes de l'OIIQ.

¹⁶¹ ACESI, 2015; AIIIC, 2015; Institute of Medicine, 2011; SIDIIEF, 2011.

3.1.1 Une formation universitaire au bénéfice des patients hospitalisés

Compte tenu de la quantité importante d'études ayant évalué l'association entre un niveau de formation au baccalauréat et la sécurité des patients, des chercheurs québécois¹⁶², américains¹⁶³ et chinois¹⁶⁴ ont récemment été en mesure d'analyser et de synthétiser les résultats de 67 études différentes sur le sujet (quatre revues systématiques), données auxquelles s'ajoutent deux études très récentes, publiées en 2021. Les principaux constats sont qu'une proportion plus grande d'infirmières détentrices d'un baccalauréat à l'intérieur d'un milieu hospitalier est associée à une mortalité plus faible chez les personnes soignées, à moins d'erreurs ou de préjudices liés aux soins, à des durées de séjour plus courtes et à des taux de réhospitalisation plus faibles.

3.1.1.1 Réduction des taux de mortalité

Au Québec, une étude¹⁶⁵ souligne une association entre une formation universitaire et la baisse des taux de mortalité. Cette recherche a été menée sur sept années auprès d'environ 150 000 Québécois hospitalisés. Les chercheurs ont identifié que chaque augmentation de 5 % de la proportion d'infirmières formées au baccalauréat¹⁶⁶ était associée à une **réduction de 2 % du taux de mortalité hospitalière**. Les chercheurs qui ont mené cette étude concluent qu'une formation de niveau baccalauréat au Québec est un déterminant important de la sécurité des patients.

Plusieurs autres études menées en Europe, au Canada et aux États-Unis ont aussi suggéré une association entre la proportion d'infirmières détentrices d'une formation universitaire et la réduction des taux de mortalité (19 études)¹⁶⁷, 30 jours après l'hospitalisation et à la suite de complications survenues lors de l'hospitalisation. De façon générale, les études rapportent que chaque augmentation de 10 % de la proportion d'infirmières détentrices d'une formation universitaire **pourrait réduire de 4 à 14 % le risque de mortalité des patients** et pourrait mener à la **survie d'une personne supplémentaire pour chaque tranche de 1 000 hospitalisations**. Il est également important de souligner qu'une étude américaine de 2021 démontre que **le bénéfice associé à la réduction du taux de mortalité est applicable pour toutes les formations universitaires en sciences infirmières**, soit autant à une formation initiale au baccalauréat qu'à un parcours qui s'apparente au DEC-BAC aux États-Unis¹⁶⁸.

¹⁶² Audet et al., 2018; Bourgon Labelle et al., 2019.

¹⁶³ O'Brien et al., 2018.

¹⁶⁴ Liao et al., 2016.

¹⁶⁵ Rochefort et al., 2020.

¹⁶⁶ Dans la proportion cumulative d'heures travaillées par des infirmières formées au baccalauréat.

¹⁶⁷ D'après les revues systématiques d'Audet et al. (2018), Bourgon Labelle et al. (2019), Liao et al. (2016) et O'Brien et al. (2018) : Aiken, Cimiotti et al., 2011; Aiken, Clarke et al., 2003; Aiken, Clark et al., 2008; Aiken, Sloane et al., 2014; Ball et al., 2018; Blegen et al., 2013; Cho, Sloane et al., 2015; Estabrooks et al., 2005; Friese et al., 2008; Kendall-Gallagher et al., 2011; Kutney-Lee et Aiken, 2008; Kutney-Lee, Sloane et al., 2013; McHugh et al., 2013; Tourangeau et al., 2006; Van den Heede, 2009; Vanak, 2014; Yakusheva et al., 2014a. Aussi, Lasater et al., 2021; Porat-Dahlerbruch et al., 2021.

¹⁶⁸ Porat-Dahlerbruch et al., 2021.

3.1.1.2 Réduction des événements indésirables évitables (erreurs et préjudices)

Plusieurs études (12)¹⁶⁹ ont aussi établi une association entre une formation universitaire et la réduction des risques de survenue d'événements indésirables évitables. L'évaluation de la condition de santé, la surveillance et le suivi faits par l'infirmière ont une incidence directe sur la prévention de ces événements. Les études analysées dans le cadre des revues systématiques rapportent qu'une augmentation de 10 % de la proportion d'infirmières détentrices d'une formation universitaire **réduirait de 5 à 12 % le risque de décès** attribuables à la survenue d'un événement indésirable évitable, ce qui pourrait signifier **la survie d'une personne supplémentaire pour chaque tranche de 1 000 hospitalisations**.

Les événements indésirables évitables renvoient à des événements qui n'auraient pas dû se produire pendant l'hospitalisation (des chutes, des hémorragies, des erreurs de médicaments, des plaies, etc.) et qui peuvent porter préjudice ou causer le décès.

Une autre étude **québécoise**¹⁷⁰ menée dans des unités de soins critiques établit aussi qu'il existe un bénéfice à ce que les infirmières soient formées à l'université. La chercheuse conclut qu'il y a **plus de probabilités qu'un événement indésirable se produise** lorsque les équipes de soins sont composées majoritairement d'infirmières détentrices d'une formation collégiale et que cette probabilité diminue lorsque la proportion d'infirmières formées à l'université augmente. Les résultats s'expliquent entre autres parce que les compétences requises pour travailler en soins critiques sont développées dans le programme de baccalauréat en sciences infirmières et non au niveau collégial.

Le poids financier de ces événements indésirables a aussi fait l'objet d'une étude québécoise en 2017¹⁷¹. Les auteurs y ont mesuré l'incidence financière de cinq de ces événements indésirables dans les établissements de santé québécois, laquelle est résumée au tableau ci-dessous.

¹⁶⁹ D'après les revues systématiques d'Audet et al. (2018), Bourgon Labelle et al. (2019), Liao et al. (2016) et O'Brien et al. (2018) : Aiken, Cimiotti et al., 2011; Aiken, Clarke et al., 2003; Aiken, Clark et al., 2008; Blegen et al., 2013; Covell et Sidani, 2013; Friese et al., 2008; Kendall-Gallagher et al., 2011; Kutney-Lee et Aiken, 2008; Kutney-Lee, Sloane et al., 2013; Manojlovich et al., 2011; McHugh et al., 2013; Van den Heede et al., 2009.

¹⁷⁰ Bolduc, J., 2018.

¹⁷¹ Tchouaket et al., 2017.

Tableau 12
Impact sur la durée de séjour et poids financier d'événements indésirables

Évènement indésirable	Prolongation moyenne de la durée de séjour à l'hôpital	Coût par jour pour le traitement	Coût total par évènement
Lésions de pression	Plus d'une semaine (7,5 jours)	1 300 \$	9 750 \$
Chute avec conséquence	Plus d'une semaine (7,3 jours)	140 à 450 \$	1 022 à 3 285 \$
Erreur de médicament	Moins d'une semaine (4 jours)	490 \$	1 960 \$
Pneumonie acquise pendant l'hospitalisation	Plus d'une semaine (12,3 à 15,7 jours)	270 à 1 200 \$	3 321 jusqu'à 18 840 \$
Infection urinaire acquise pendant l'hospitalisation	Plus d'une semaine (8,6 jours)	170 à 483 \$	1 462 à 4 153,8 \$

3.1.1.3 Diminution de la durée de séjour à l'hôpital et de la probabilité d'y être réadmis

Enfin, six études¹⁷² indiquent que le fait de recevoir des soins par une infirmière formée à l'université pourrait **diminuer la durée de l'hospitalisation** (le nombre de jours entre l'admission et le congé) et certaines d'entre elles soulignent aussi la **diminution de probabilité de réadmission**. Parmi ces études, l'une d'entre elles indique que lorsque la proportion d'infirmières formées à l'université est augmentée de 3 %, la durée du séjour serait diminuée, en moyenne, d'au moins une journée¹⁷³. Aussi aux États-Unis, dans le secteur de la santé mentale¹⁷⁴, le fait de passer de 20 % à 40 % d'infirmières détentrices d'une formation universitaire permet de diminuer de près de 15 % la durée de séjour des patients atteints de troubles de santé mentale. Quant à la probabilité d'être réadmis à l'hôpital, une recherche américaine indique que les patients ayant reçu minimalement 80 % de leurs soins par des infirmières détentrices d'une formation universitaire auraient 1,7 % moins de probabilité de devoir être réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé¹⁷⁵. Finalement, une autre étude américaine indique qu'une hausse de 20 % d'infirmières détentrices d'une formation universitaire diminue de 8 % la probabilité de réadmission des patients à l'hôpital dans les sept jours suivant leur congé¹⁷⁶.

Quant à la durée de séjour, les connaissances scientifiques apprises à l'université et l'exposition clinique aux soins donnés à domicile permettent à l'infirmière formée à l'université d'offrir un enseignement plus personnalisé aux patients, une préparation de congé plus

¹⁷² Blegen et al., 2013; Cho, Park et al., 2018; KPMG, 2021; Kutney-Lee et Aiken, 2008; Lasater et al., 2021; Yakusheva et al., 2014a, 2014b.

¹⁷³ Cho, Park et al., 2018.

¹⁷⁴ Kutney-Lee et Aiken 2008.

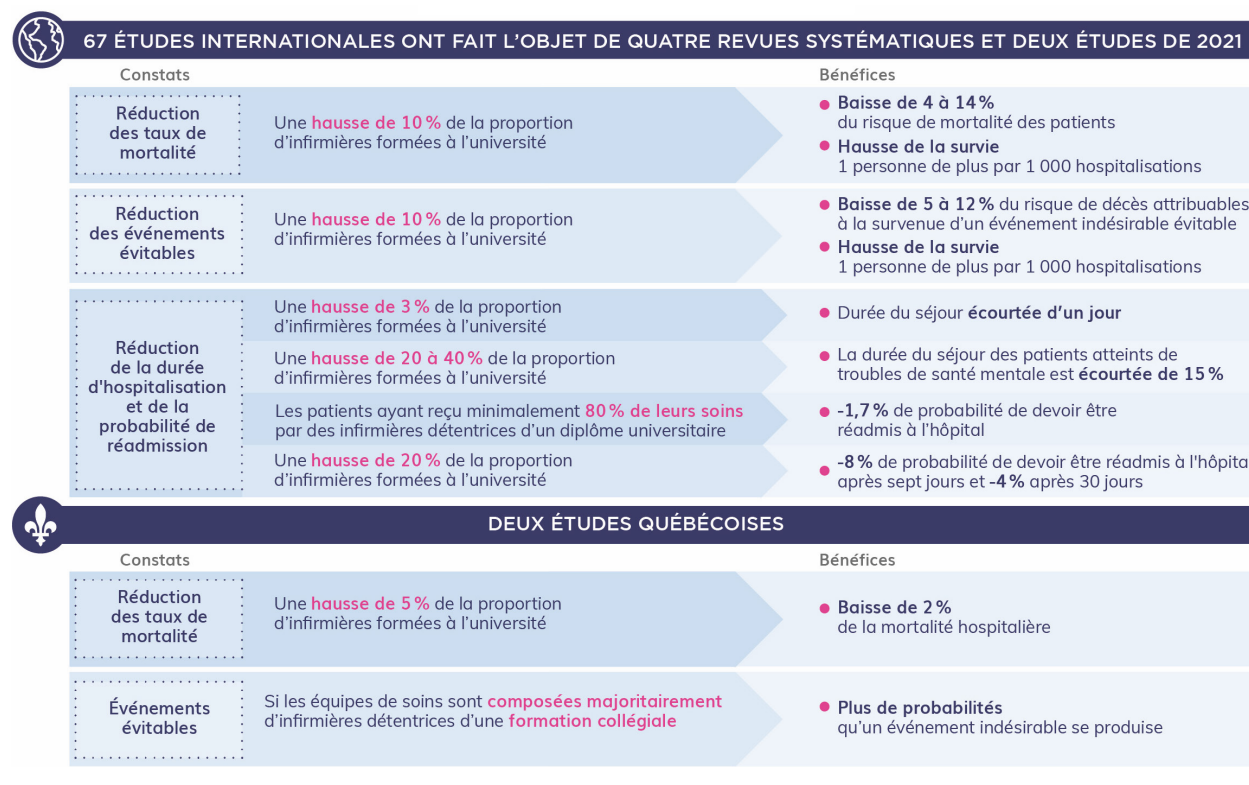
¹⁷⁵ Yakusheva et al., 2014a.

¹⁷⁶ Lasater et al., 2021.

complète et de coordonner les soins tout au long du séjour¹⁷⁷. Ces compétences à assurer le suivi clinique¹⁷⁸ auront un impact sur le séjour du patient et son retour à la maison.

Ces résultats soulignent clairement l'impact qu'ont les infirmières détentrices d'une formation universitaire en sciences infirmières sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. **La formation universitaire est associée à un plus haut niveau de raisonnement critique et de jugement clinique¹⁷⁹**, lesquels ont des répercussions concrètes pour les patients. Ces compétences sont essentielles en vue d'assurer l'évaluation de l'état de santé et la surveillance clinique des patients. Cette surveillance comprend une série d'activités d'évaluation et d'analyse qui mènent l'infirmière à prendre des décisions afin d'intervenir plus rapidement et efficacement en cas d'une détérioration de la personne¹⁸⁰. Cela explique donc pourquoi les infirmières détentrices d'une formation universitaire contribueraient de façon significative à diminuer les taux de mortalité et d'événements indésirables évitables.

Figure 18
Démonstration de la pertinence de la solution proposée sur la protection du public –
Sommaire des résultats de recherche



¹⁷⁷ Elkassabany et al., 2016; Griffiths et al., 2018; Kutney-Lee, Lake et al., 2009.

¹⁷⁸ Audet et al., 2018; Bourgon Labelle et al., 2019.

¹⁷⁹ Aiken, Clarke et al., 2003; Young et White, 1991.

¹⁸⁰ Kutney-Lee, Lake et al., 2009.

3.1.2 Une formation universitaire au bénéfice des patients tout au long de la trajectoire de soins et de vie

Les résultats précédents présentent bien la pertinence de la formation universitaire pour exercer la profession infirmière dans les hôpitaux. D'autres études rappellent aussi que les soins donnés tout au long de la trajectoire de soins (souvent à l'extérieur des hôpitaux) doivent être donnés par des infirmières compétentes et autonomes. L'Organisation mondiale de la santé, dans son rapport intitulé *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, le démontre de façon éloquente : que ce soit auprès de la clientèle atteinte de maladies chroniques¹⁸¹, de personnes atteintes de troubles de santé mentale¹⁸², de personnes atteintes du VIH¹⁸³ ou dans le cadre de cessation tabagique¹⁸⁴, l'infirmière améliore la santé des populations lorsqu'elle devient l'intervenante de référence pour un patient et sa famille.

Les résultats d'études où l'infirmière occupe un rôle de chef d'orchestre de l'ensemble des soins (gestionnaire de cas, infirmière-pivot, infirmière de liaison, etc.) sont frappants :

- amélioration de l'accès au traitement pour le patient¹⁸⁵;
- diminution des réadmissions à l'hôpital¹⁸⁶;
- prévention des tentatives de suicide et diminution de la mortalité¹⁸⁷;
- augmentation de la satisfaction de la population face à ses soins¹⁸⁸.

Pour obtenir ces bénéfices, l'infirmière doit être en mesure d'identifier les patients ayant des besoins complexes, et nécessairement, évaluer en profondeur les besoins des patients et de leurs familles, en plus d'élaborer un plan de soins et de traitements personnalisé, ajusté aux besoins particuliers de chacun¹⁸⁹. Afin d'exercer ces activités au seuil d'entrée à la profession, l'infirmière doit mobiliser un fort leadership clinique, procéder à des évaluations individuelles et familiales complètes et prendre en considération l'ensemble des soins donnés par les autres membres de l'équipe. Or, ces compétences ne sont développées et approfondies qu'à l'université. Compte tenu de tous ces impacts positifs sur la clientèle des soins coordonnés par une infirmière et de la demande accrue pour ce type de soins, il est grand temps de s'assurer que davantage d'infirmières détiennent un niveau de formation suffisant. Réduire l'écart entre les compétences développées au terme de la formation initiale et les besoins de santé de la population ne peut qu'entraîner des effets positifs sur les résultats de santé et les soins offerts aux patients.

¹⁸¹ Joshi et al., 2014.

¹⁸² van Ginneken et al., 2021.

¹⁸³ Kredo et al., 2014.

¹⁸⁴ Rice et al., 2017.

¹⁸⁵ Goodwin et al., 2003.

¹⁸⁶ Jeppesen et al., 2012; Lambrinou et al., 2012; Ross et al. 2011.

¹⁸⁷ Van Spall et al., 2017.

¹⁸⁸ Randal et al., 2017.

¹⁸⁹ Karam et al., 2021.

3.2 Impacts de la modification de la norme d'entrée sur l'attractivité de la profession

Des expériences vécues ailleurs au Canada, de même que celles d'autres pays comparables au nôtre, démontrent que la modification des exigences d'entrée à la profession infirmière n'a pas d'incidence négative sur l'attractivité de la profession, bien au contraire. Nous observons une hausse qui concorde avec la mise en place de la nouvelle norme d'entrée. Évidemment, il serait utopique de croire que le niveau de formation peut, à lui seul, permettre de prédire entièrement l'attractivité d'une profession puisqu'elle dépend de multiples facteurs individuels et systémiques qui varieront dans le temps. Toutefois, il nous est possible d'émettre des hypothèses quant à l'attractivité de la profession pour les générations d'infirmières à venir, notamment à partir des conclusions issues de l'expérience d'autres provinces canadiennes, de la Suisse romande et d'autres professions de la santé au Québec.

3.2.1 L'attractivité de la profession pour les générations futures d'infirmières

L'exercice de la profession infirmière au Québec est resté fortement attractif au cours des dix dernières années. Le nombre de permis d'exercice délivrés annuellement a maintenu sa croissance (voir section 1.3.5) et l'effectif total a atteint, cette année, plus de 80 000 membres, soit un record. L'attractivité qu'exerce la profession infirmière au Québec se confirme donc d'année en année. Différents écrits scientifiques en sciences infirmières suggèrent à cet effet que la première source d'attractivité à la profession infirmière est la perception positive que les personnes se font du rôle infirmier avant de s'inscrire dans un programme de formation¹⁹⁰.

Toutefois, la pandémie de COVID-19 aura cristallisé la représentation sociale de l'infirmière : celle d'une héroïne ou d'un ange gardien, prête à aller au combat par dévouement et sacrifice¹⁹¹. Bien que cette perception « héroïque » de l'infirmière ait rejoint les motivations altruistes (prendre soin de l'autre) de plusieurs générations d'étudiantes à devenir infirmière¹⁹², pour la nouvelle génération (entre autres les milléniaux), il semble en être autrement. Ces infirmières de la nouvelle génération souhaitent surtout être entourées de « leaders visionnaires qui prennent en considération leurs besoins, de collègues de travail qu'elles apprécient et en qui elles ont confiance, avoir des opportunités de développement de carrière, être en contact avec l'innovation et la technologie, être reconnues et valorisées, avoir un équilibre vie personnelle-travail et que leurs employeurs partagent les valeurs qui leur sont chères »¹⁹³. L'actuelle représentation du rôle infirmier doit donc évoluer pour que la profession continue à rester attractive.

Bien que la formation universitaire ne puisse, à elle seule, assurer l'attractivité de la profession (les conditions d'exercice et de travail devant aussi être attrayantes), elle permet à l'infirmière de s'approprier un rôle plus affirmé. La formation universitaire de niveau baccalauréat, par l'acquisition et l'approfondissement de connaissances scientifiques, permet d'« interpréter, [d']expliquer, [d']analyser et [de]critiquer la réalité »¹⁹⁴, et donc d'être plus à même d'exercer

¹⁹⁰ Glerean et al., 2019; Price et al., 2013; Raymond et al., 2018.

¹⁹¹ Bernard et al., 2021.

¹⁹² Mooney et al., 2008; Ten Hoeve et al., 2017.

¹⁹³ Keith et al., 2021, traduction libre.

¹⁹⁴ BCI, 2019, p. 4.

du leadership clinique. Cette formation peut aussi développer chez l'infirmière une affirmation de soi pouvant se traduire, par exemple, par une prise de parole publique pour éclairer la population sur le plein potentiel du rôle autonome de l'infirmière, à son bénéfice. Cette posture plus assumée au sein du système professionnel, contraire à l'actuelle « culture de la discrétion »¹⁹⁵, entraîne inévitablement une plus grande valorisation de la profession en présentant une vision plus actuelle du rôle et des fonctions de l'infirmière. Elle peut avoir des répercussions positives sur l'attractivité de la profession et correspond davantage aux attentes des générations futures d'infirmières.

3.2.2 Incidence du passage au baccalauréat dans trois autres provinces canadiennes et en Suisse romande

Entre 1998 et 2012, l'ensemble des provinces et territoires canadiens, exception faite du Québec et du Yukon, ont rehaussé leur norme d'entrée à la profession d'une formation collégiale à une formation universitaire de niveau baccalauréat (voir la section 1.4 concernant les similitudes et les différences quant au système d'éducation). Pour des fins de comparaisons, nous concentrerons notre analyse principalement sur l'Ontario et, plus brièvement, sur la Colombie-Britannique et l'Alberta. Ces provinces, en plus de partager un système de santé et professionnel similaire au nôtre, sont les trois provinces les plus peuplées, exception faite du Québec. De plus, dans une perspective internationale, bien que plusieurs expériences positives aient été vécues dans plusieurs pays, l'expérience de la Suisse romande est présentée ici à titre comparatif.

3.2.2.1 Ontario

Plus de 15 ans après l'adoption d'une nouvelle norme d'entrée à la profession infirmière, l'Ontario démontre que l'exigence d'une formation universitaire n'a pas nui à la croissance; d'ailleurs, on note une croissance positive depuis l'entrée en vigueur de la norme. Plus d'infirmières, mais surtout plus d'infirmières formées pour exercer l'ensemble de leurs activités professionnelles, c'est le pari que cette province voisine a réussi à gagner. C'est donc en 2005 que l'Ontario a rehaussé la norme minimale d'entrée à la profession au niveau universitaire, en faisant passer le nombre d'années de formation pour devenir infirmière de 15 à 16 ans, soit un an de plus. Il faut aussi souligner que le système d'éducation ontarien avait aboli la 13^e année du secondaire cette même année. Deux cohortes de finissantes du secondaire ont donc fait leur entrée au collège et à l'université simultanément.

Tableau 13
Nombre d'années d'études pour obtenir un permis d'exercice de la profession infirmière, selon l'ordre d'enseignement, Ontario et Québec

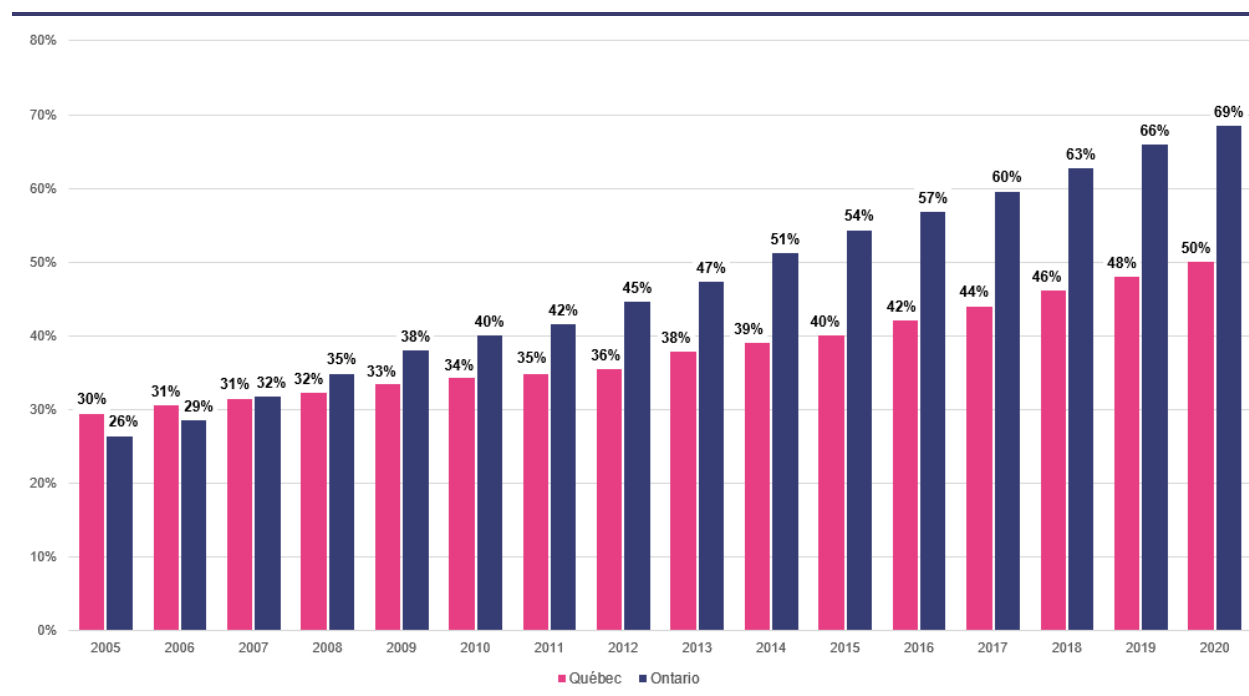
		Primaire	Secondaire	Collégial	Universitaire	Total
Ontario	Avant rehaussement	8	4	3		15
	Après rehaussement	8	4		4	16
Québec	Exigence minimale actuelle	6	5	3		14

¹⁹⁵ OIIQ, 2020.

Comme le montre la figure 20, on note un nombre particulièrement élevé de nouvelles infirmières dans les années qui ont précédé l'entrée en vigueur de la norme, puis une chute du nombre de nouvelles infirmières en 2005. Cela s'explique entre autres par diverses mesures qui avaient été instaurées durant la période prévue de cinq ans pour mettre en place cette nouvelle norme d'entrée à la profession, soit entre 2001 et 2005. Parmi ces conditions favorables pour assurer la réussite de cette transition, plus de 49 millions de dollars¹⁹⁶ (en valeur de l'époque) avaient été investis pour permettre entre autres à des premières cohortes d'étudiantes d'obtenir leur baccalauréat en trois ans (plutôt que quatre) et pour augmenter les inscriptions à la dernière année du programme collégial, dans le but d'éviter une diminution du nombre de nouvelles diplômées durant la transition. Également, d'autres fonds avaient servi à la création de postes permanents d'infirmières dans les établissements de santé. Dans les années qui ont suivi le rehaussement de la norme d'entrée, le nombre de nouvelles infirmières¹⁹⁷ a donc été en croissance, du moins jusqu'en 2012, après quoi l'évolution est en dents de scie, mais sans tendance à la baisse ni à la hausse. Un des éléments phares de ce passage vers la formation universitaire a été la mise en place de baccalauréats collaboratifs entre les collèges et les universités (voir les grandes lignes de cette solution à l'annexe 11).

Enfin, mentionnons qu'en 2005, seulement 25 % des infirmières de l'Ontario étaient détentrices d'un baccalauréat; cette proportion atteignait près de 70 % en 2020¹⁹⁸. Rappelons qu'en 2005, la proportion d'infirmières détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières au Québec (30 %) était supérieure à celle de l'Ontario, mais qu'elle atteint tout juste 50 % aujourd'hui, soit 20 % de moins qu'en Ontario.

Figure 19
Proportion de titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières (ou plus) au sein de l'effectif, Québec et Ontario, 2005 à 2020



Sources : ICIS, 2019, 2022 données non publiées (pour l'Ontario); OIIQ, Tableau des membres (pour le Québec).

¹⁹⁶ Gouvernement de l'Ontario, 2001.

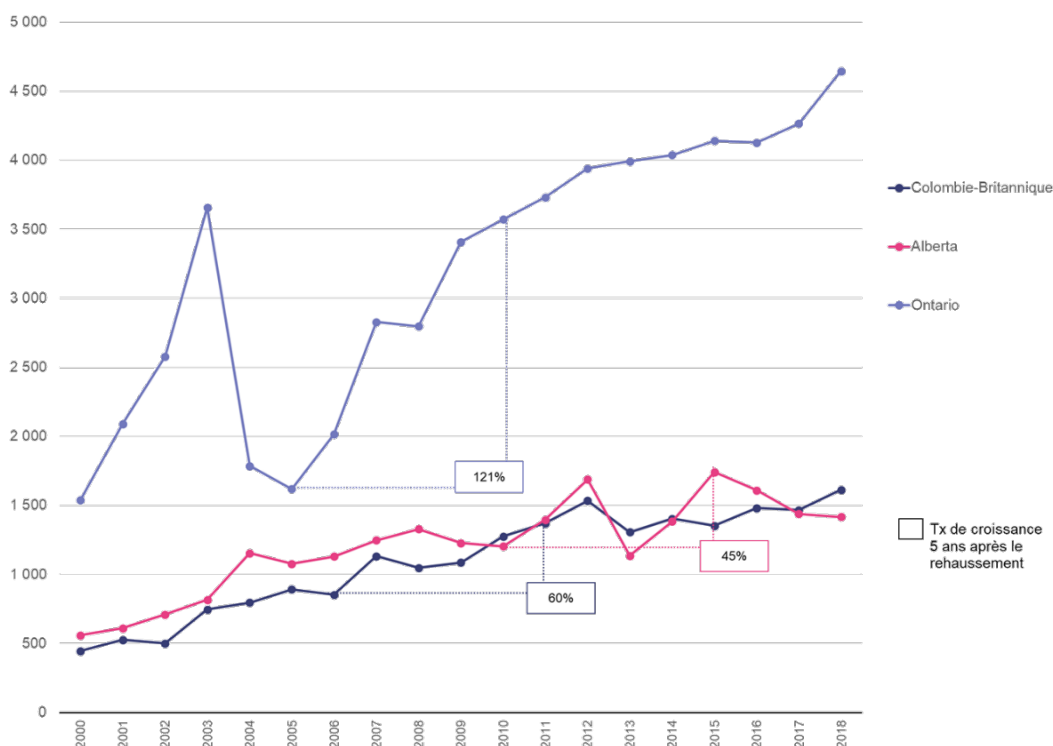
¹⁹⁷ Comprend seulement la relève diplômée de la province, et non les diplômées d'une autre province ou de l'extérieur du Canada.

¹⁹⁸ ICIS, 2019, 2022 données non publiées.

3.2.2.2 Colombie-Britannique et Alberta

En ce qui a trait à la Colombie-Britannique et à l'Alberta, où le baccalauréat est devenu la norme d'entrée à la profession en 2006 et en 2010 respectivement, les données recueillies par l'ACESI permettent aussi de constater une tendance à la hausse du nombre de nouvelles infirmières diplômées¹⁹⁹. La figure 20 permet de constater que dans les cinq années suivant le rehaussement de la norme d'entrée, on note une augmentation du nombre de diplômées de 60 % en Colombie-Britannique et de 45 % en Alberta. L'obligation des nouvelles étudiantes de compléter une formation universitaire a donc eu un effet positif sur l'attractivité de la profession. Mentionnons que dans ces provinces, comme en Ontario, des mesures favorisant la transition avaient été mises en place, notamment des collaborations entre les collèges et les universités, ainsi que des réformes des systèmes de santé et de l'organisation du travail afin de valoriser le rôle et l'expertise des infirmières de sorte qu'elles puissent mieux répondre aux besoins de soins de la population. L'objectif de ces deux provinces est donc atteint : permettre aux nouvelles infirmières d'avoir le niveau de préparation requis pour exercer pleinement l'ensemble de leurs activités professionnelles.

Figure 20
Nombre total de diplômées des programmes de formation initiale infirmière* en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique



* Comprend les diplômées d'un programme collégial jusqu'en 2005 en Colombie-Britannique et 2009 en Alberta.

Sources : ACESI, *Statistiques sur la formation d'infirmières et infirmiers au Canada*, rapports 2004-2005 à 2017-2018.

¹⁹⁹ Malgré une évolution en dents de scie en Alberta à partir de 2012, mais avec une tendance néanmoins à la hausse.

Enfin, soulignons qu'en Colombie-Britannique, la proportion de l'effectif infirmier titulaire d'un baccalauréat au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle norme (2006) était de 40 % et atteignait 66 % en 2018. Quant à l'Alberta, la proportion des titulaires d'un baccalauréat était déjà de 52 % lors de la transition (2006) et atteignait presque 70 % en 2018²⁰⁰.

En conclusion, malgré le fait que les changements à la norme d'entrée à la profession dans les autres provinces et les territoires canadiens concernés se soient déroulés dans des contextes où une grande partie des effectifs arrivait à l'âge de la retraite, la croissance de l'effectif s'est maintenue. Or, en ce qui a trait à la profession infirmière au Québec, les grandes vagues de départs à la retraite de la cohorte des baby-boomers sont désormais chose du passé. Une diminution hypothétique, quoique peu probable, du nombre de nouvelles infirmières aurait donc, au cours des prochaines années, peu d'impact sur la croissance de l'effectif puisqu'il y aura moins de départs à la retraite.

3.2.2.3 Suisse romande

La Suisse romande a introduit le diplôme universitaire en sciences infirmières, décerné par les Hautes écoles spécialisées, en 2002. Cette transition s'est opérée sur plusieurs années à partir de 1998. Elle découle d'une concertation entre les cantons romands, les experts des milieux cliniques et des écoles, et s'appuie sur l'analyse de la littérature scientifique internationale.

Adhérant à un projet commun ambitieux, les écoles professionnelles ont accepté de prioriser les nouveaux besoins des employeurs pour en arriver à transformer radicalement le système de formation. Les besoins des employeurs étaient issus des constats suivants²⁰¹, très similaires à ceux que nous avons présentés à la section 1.2 :

- l'émergence de situations sociales et démographiques complexes (vieillesse, maladies chroniques, troubles cognitifs, etc.) et difficilement prévisibles et l'importance d'anticiper leur impact sur les soins de santé;
- le besoin d'appuyer la performance du système de soins sur les connaissances, les compétences et la motivation des infirmières;
- la nécessité d'assurer une meilleure efficacité des soins par l'optimisation de la prise en charge des patients et une pratique infirmière appuyée par les résultats issus de la recherche.

« Forts de ce changement de système de formation caractérisé par un niveau d'attractivité sensiblement accru et jamais atteint précédemment, les effectifs des six hautes écoles romandes ont plus que doublé entre 2006 et 2016. »

Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 2018, p. 8

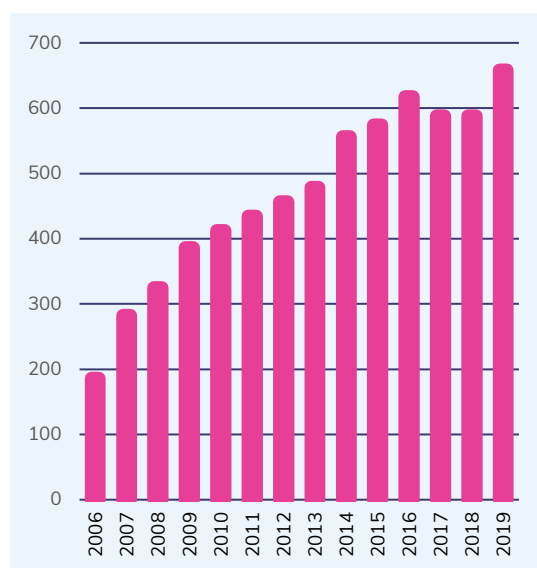
²⁰⁰ ICIS, 2019.

²⁰¹ Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 2018; Observatoire suisse de la santé, 2016.

La Suisse a vu son nombre de nouvelles diplômées croître de 253 % entre 2006 et 2019, ce qui a ainsi confirmé l'attractivité à la profession malgré une exigence supplémentaire pour y accéder, comme l'illustre la figure 21.

Enfin, rappelons que depuis 2019, les infirmières québécoises qui souhaitent travailler à titre d'infirmière en Suisse romande doivent avoir une formation universitaire, sans quoi leur diplôme collégial sera reconnu équivalent à celui des assistantes en soins et santé communautaire (semblable aux infirmières auxiliaires québécoises).

Figure 21
Nouvelles diplômées des Hautes écoles spécialisées en Suisse, 2006-2019



Source : Haute école spécialisée de Suisse occidentale.

3.2.3 Rehaussement de la norme d'entrée de trois autres professions de la santé au Québec

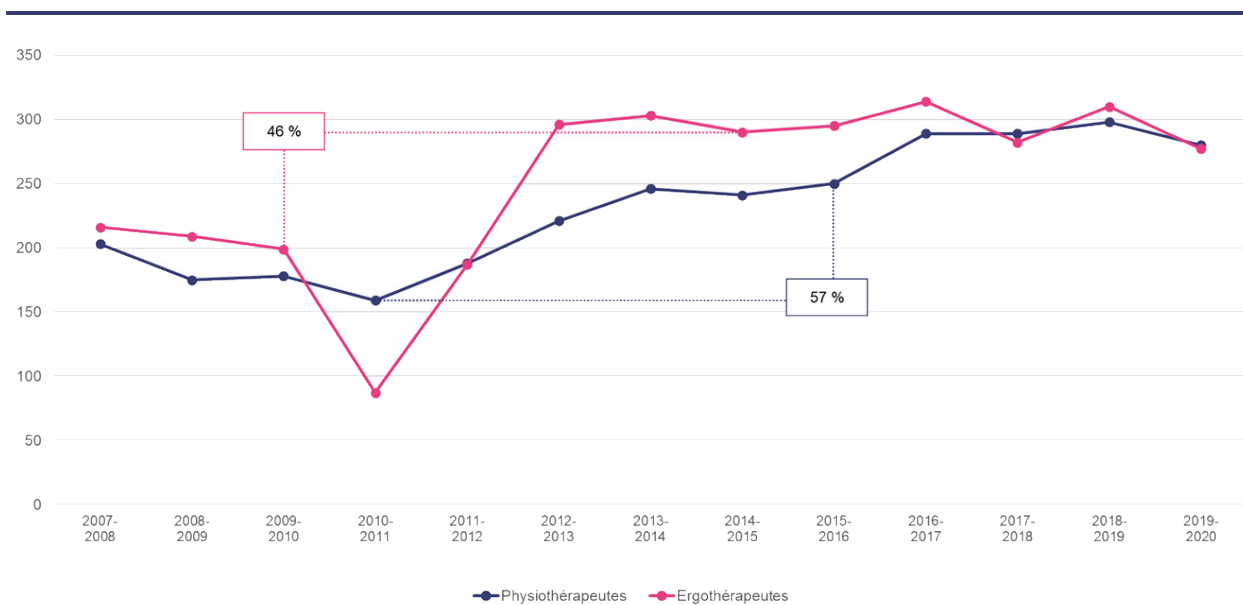
Trois professions du domaine de la santé au Québec ont rehaussé leur norme d'entrée à la profession depuis l'an 2000, pour les mêmes raisons que nous invoquons à l'égard de la profession infirmière : les besoins de santé de la population de plus en plus complexes et les activités réservées à haut risque de préjudice pour la population qui doivent être appuyées par des connaissances scientifiques en constante évolution. Comme le montre le tableau 14, l'exigence du diplôme est passée du baccalauréat à la maîtrise pour les ergothérapeutes et les physiothérapeutes, alors que pour les psychologues, elle est passée de la maîtrise au doctorat.

Tableau 14
Portrait du rehaussement de la norme d'entrée d'autres professions de la santé au Québec

Profession	Rehaussement de la norme	Année d'entrée en vigueur
Psychologue	De maîtrise à doctorat	2006
Ergothérapeute	De baccalauréat à maîtrise	2009
Physiothérapeute	De baccalauréat à maîtrise	2010

En ce qui a trait aux ergothérapeutes et aux physiothérapeutes, la figure ci-dessous indique une baisse du nombre de permis délivrés autour des années où la norme d'entrée a été rehaussée; cette baisse est plus marquée pour les ergothérapeutes dans l'année qui a suivi le changement de la norme. Toutefois, dans les deux cas, le nombre de nouveaux permis remonte rapidement dans les années qui suivent la transition et dépassent maintenant les taux enregistrés avant le rehaussement de la norme d'entrée à la profession.

Figure 22
Nombre de nouveaux permis* délivrés par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et par l'Ordre de la physiothérapie du Québec**



* Comprend les diplômés du Québec et hors Québec.

** Comprend seulement les permis délivrés à des physiothérapeutes (et non les techniciens en réadaptation physique).

Note : Les données sur le nombre de nouveaux permis délivrés à des psychologues n'étaient pas disponibles au moment de rédiger ce mémoire.

Sources : Ordre de la physiothérapie du Québec, rapports annuels; Ordre des ergothérapeutes du Québec, communication personnelle.

À la lumière des données présentées dans cette section, force est d'admettre qu'une **formation universitaire peut être un facteur d'attractivité de la profession**. Les expériences canadiennes et suisses soutiennent que l'effectif infirmier québécois poursuivra sa croissance après l'instauration d'une norme d'entrée minimale de niveau universitaire, soit par l'obtention d'un diplôme à l'issue d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'un parcours DEC-BAC. Ces informations nous permettent de penser que ce projet doit malgré tout s'accompagner d'efforts conjugués de tous les partenaires afin de **rendre le rôle infirmier, les fonctions et les conditions de travail attractifs**.

« Ainsi, on peut en déduire qu'un simple rehaussement de la norme d'entrée à la profession serait insuffisant pour augmenter, à lui seul, la qualité ou la sécurité des soins. Un important travail sur l'amélioration des conditions d'exercice des infirmières s'impose afin d'assurer la protection du public, et ce en parallèle avec le rehaussement de la norme d'entrée à la profession. »

Christian Rochefort, GT4

La solution proposée est une mesure structurante pour l'avenir des soins et de la profession infirmière au Québec. La formation universitaire en sciences infirmières permet d'améliorer la qualité générale et l'accès aux soins (section 3.1), mais les milieux de soins doivent permettre des conditions de travail et d'exercice favorables au déploiement des compétences développées lors de la formation initiale²⁰² et incluant du soutien clinique suffisant. Ces facteurs, conjugués avec d'autres initiatives d'atténuation (comme celles proposées au tableau 9), permettront d'avoir accès à tout le potentiel que peuvent offrir les infirmières formées à l'université, au bénéfice de la population.

3.3 Incidences de la modification de la norme d'entrée à la profession sur l'attractivité de la formation, la poursuite aux études et la réussite scolaire, l'accessibilité de la formation, la capacité d'accueil et les stages

Le niveau de formation minimal requis pour exercer la profession infirmière au Québec, est au cœur de la présente demande. Les formations universitaires actuelles (baccalauréat en sciences infirmières et parcours DEC-BAC) permettent à des milliers de nouvelles diplômées d'être mieux préparées pour faire face aux défis complexes que présentent les soins de santé au Québec. Il est donc impératif d'analyser l'incidence qu'une seule voie d'entrée à la profession aurait sur le réseau universitaire. Dans cette section, il sera donc question de l'attractivité des programmes de formation universitaire en sciences infirmières au Québec, mais aussi de la poursuite et de la réussite scolaires à ce niveau de formation, de l'accessibilité des programmes et des capacités d'accueil et de stages. Les données mises de l'avant proviennent des bases de données de l'OIIQ, du MES, de même que d'une consultation auprès de toutes les universités qui offrent des programmes en sciences infirmières²⁰³.

3.3.1 L'attractivité de la formation universitaire

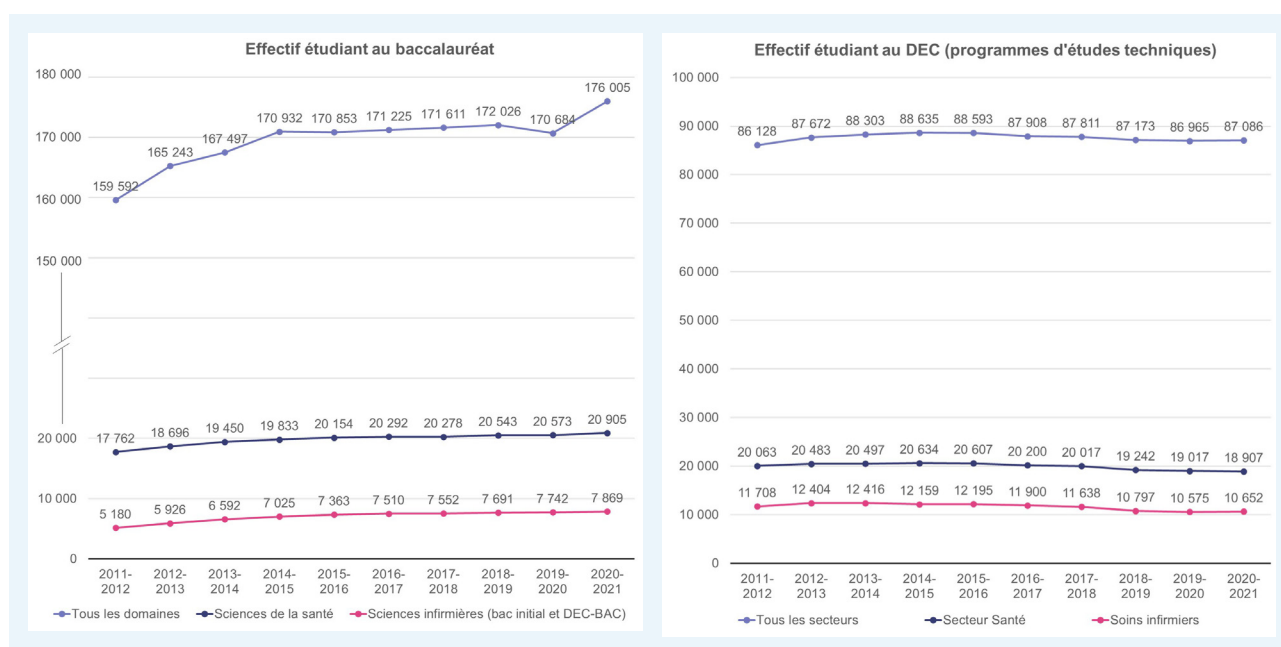
Les récentes données produites par le MES sur la fréquentation scolaire montrent sans équivoque une augmentation quasi constante, au cours des dix dernières années, de l'effectif étudiant inscrit dans une formation universitaire de niveau baccalauréat, alors qu'on constate parallèlement une légère diminution pour les formations collégiales de niveau technique. Comme le montre la figure ci-dessous, dans la première moitié de la dernière décennie, la croissance de l'effectif étudiant au baccalauréat a été particulièrement marquée, alors qu'elle est plutôt stable depuis 2014-2015 avec une nouvelle augmentation non négligeable en 2020-2021. Du côté collégial, on note une croissance beaucoup plus modeste de 2011-2012 à 2014-2015, suivie d'une légère, mais constante diminution depuis 2015-2016. Les programmes collégiaux pré-universitaires en sciences ont quant à eux enregistré une croissance de 12,2 % entre 2011-2012 et 2020-2021 (données non illustrées dans la figure)²⁰⁴.

²⁰² Bourgon Labelle et al., 2019; Comité jeunesse de l'OIIQ, 2018.

²⁰³ Toutes les universités qui offrent des programmes de premier cycle en sciences infirmières ont été contactées par le biais de l'Association canadienne des écoles en sciences infirmières (ACESI, région du Québec) dont elles sont membres. Une session de travail avec certaines d'entre elles a aussi permis de valider et de contextualiser les réponses reçues par les différentes universités.

²⁰⁴ Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, *Effectif à l'enseignement collégial selon diverses variables, au trimestre d'automne, Québec, s.d.*

Figure 23
Effectif étudiant au baccalauréat et au DEC (programmes d'études techniques),
2011-2012 à 2020-2021



Sources : Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, *Effectif à l'enseignement collégial selon diverses variables, au trimestre d'automne, Québec*, s.d.; OIIQ, Registre des étudiants (pour les programmes d'études techniques en soins infirmiers).

La différence entre les deux ordres d'enseignement est plus marquée dans les formations du domaine de la santé. Le tableau 15 montre que le nombre d'étudiantes inscrites dans un baccalauréat du domaine de la santé est en croissance constante au cours des années 2010, tandis que l'effectif étudiant au DEC (programmes d'études techniques) du secteur de la santé diminue depuis 2014-2015. Entre 2010-2011 et 2019-2020, soit une période de dix ans, la croissance est de 20,7 % pour l'effectif étudiant au baccalauréat par rapport à une diminution de 2,2 % dans les programmes d'études techniques.

Tableau 15
Variation de l'effectif étudiant*, 2011-2012 à 2020-2021

Baccalauréat	Variation	DEC technique	Variation
Tous les domaines	10,3 %	Tous les secteurs	1,1 %
Sciences de la santé	17,7 %	Secteur santé	-5,8 %
Sciences infirmières**	51,9 %	Soins infirmiers	-9,0 %

* Ensemble des étudiants inscrits, et non seulement que les nouvelles admissions.

** Comprend le baccalauréat initial et le parcours DEC-BAC.

Sources : Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, *Effectif à l'enseignement collégial selon diverses variables, au trimestre d'automne, Québec*, s.d.; OIIQ, Registre des étudiants (pour les programmes d'études techniques en soins infirmiers).

Enfin, c'est particulièrement en formation infirmière que la différence est la plus percutante. Au cours des dix dernières années, l'effectif étudiant au **DEC en soins infirmiers a enregistré une diminution de 9,0 %**. Parallèlement, le nombre d'étudiantes inscrites dans un programme de **baccalauréat en sciences infirmières a augmenté de 51,9 %**, ce qui comprend le baccalauréat initial et le parcours DEC-BAC. Une grande partie de cette croissance est attribuable à l'augmentation du taux de poursuite au baccalauréat chez les diplômées des programmes d'études techniques en soins infirmiers, pouvant être expliquée par un attrait grandissant pour le niveau universitaire ainsi que le besoin et l'intérêt de parfaire ses compétences. En effet, depuis l'instauration du parcours DEC-BAC en 2001, la proportion de la relève infirmière issue de l'un des 46 cégeps qui offrent le DEC en soins infirmiers et qui poursuit sa formation au baccalauréat après avoir fait son entrée dans la profession, augmente presque constamment. Comme illustré à la section 1.3.4.2, ce sont **maintenant 58,5 % des titulaires du DEC ayant obtenu leur permis en 2020-2021 qui poursuivent leur cheminement au baccalauréat**.

La proportion des titulaires d'un DEC qui poursuivent leur parcours à l'université est souvent bien plus élevée dans les régions éloignées des grands centres urbains, comme le Bas-Saint-Laurent ou l'Abitibi-Témiscamingue, où cette proportion dépasse les 70 %.

OIIQ, 2021

Accès des femmes à la formation universitaire

Les données sur la fréquentation scolaire du ministère de l'Enseignement supérieur montrent que 57 % de l'effectif étudiant au baccalauréat – tous domaines confondus – est constitué de femmes et que cette proportion est demeurée très stable au cours des dix dernières années*. En outre, pour les baccalauréats du domaine de la santé, la proportion des femmes atteint 77,7 % en 2019-2020; cette proportion tend même à augmenter, puisqu'elle était de 75,5 % en 2010-2011. Il n'y a donc pas lieu de postuler qu'une norme d'entrée de niveau universitaire présenterait un obstacle à l'accès des femmes au marché du travail, ou que ces dernières seraient « pénalisées » comme ce que certaines instances ont pu rapporter (Association des enseignantes et enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec, 2021; Fédération des cégeps, 2021). Au sujet de la poursuite des études universitaires selon le genre, concluons avec les propos des commissaires Ducharme et Salois (2021) :

« À titre de commissaires, nous considérons que les faits recueillis et les données accessibles confirment qu'il est temps de mettre un terme au débat entourant la question du genre et de tourner le dos aux arguments rétrogrades et paternalistes laissant entendre que la forte proportion de femmes dans la profession oblige le *statu quo* en matière de formation. »

(Rapport des commissaires sur les États généraux de la profession infirmière, p. 68)

* Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, *Effectif à l'enseignement universitaire selon diverses variables, au trimestre d'automne, Québec*, s.d.

L'ensemble de ces données suggère donc que les formations universitaires de niveau baccalauréat ont connu une plus forte attractivité que les programmes d'études techniques et que cette attractivité se maintient, particulièrement en ce qui a trait aux formations du domaine de la santé. Malgré l'assurance de l'attractivité de la formation universitaire en sciences infirmières, la poursuite des études peut comporter des entraves personnelles et contextuelles (âge, finances, famille, durée des études trop longue) ainsi que de nature académique (résultats insuffisants qui ne répondent pas aux critères d'admission). Bien qu'elles ne soient pas exclusives aux étudiantes en soins infirmiers et en sciences infirmières, ces entraves peuvent avoir une incidence sur la décision de poursuivre les études.

Par ailleurs, les membres de l'Association canadienne des écoles en sciences infirmières, région du Québec (ACESI-RQ) sont d'avis qu'un rehaussement de la formation infirmière pourrait attirer des nouveaux profils d'étudiantes qui, auparavant, se tournaient vers d'autres professions nécessitant un niveau de formation supérieur (p. ex. : ergothérapie, psychologie). Ces constats, combinés à ceux présentés à la section 3.2 au sujet d'autres provinces canadiennes qui ont fait la transition vers le baccalauréat comme norme d'entrée, permettent de prévoir le maintien, sinon l'augmentation de l'attractivité de la formation universitaire pour les personnes qui aspirent à accéder à la profession infirmière.

3.3.2 La réussite scolaire dans les programmes universitaires de formation initiale en sciences infirmières

La réussite scolaire au baccalauréat se traduit ici par la capacité d'une étudiante à compléter son programme d'études et à obtenir son diplôme. Les données compilées par l'OIIQ depuis plus de dix ans montrent qu'en moyenne, après cinq ans, **78 %** des étudiantes admises au baccalauréat initial en sciences infirmières obtiennent leur diplôme, alors que **56 %** pour des étudiantes admises aux programmes d'études techniques en soins infirmiers y arrivent. Il s'agit d'une différence de plus de 20 %.

Tableau 16

Taux de diplomation* moyen des programmes de formation initiale infirmière, cohortes d'étudiantes admises de 2007-2008 à 2014-2015

Taux de diplomation moyen	Programmes collégiaux en soins infirmiers (DEC 180.A0 et 180.B0)	Programmes universitaires de formation initiale en sciences infirmières
En 3 ans (durée prévue)	32 %	57 %
En 4 ans	17 %	17 %
En 5 ans	7 %	4 %
Au total après 5 ans	56 %	78 %

* Ne comprend pas les taux de diplomation au baccalauréat du parcours DEC-BAC. Ce programme de baccalauréat, pouvant être complété à temps partiel, n'est pas comparable à des programmes « initiaux » qui s'offrent habituellement à temps complet.
Source : OIIQ, Registre des étudiants.

3.3.3 Accessibilité de la formation universitaire en sciences infirmières au Québec

Actuellement, la formation universitaire (les baccalauréats et la maîtrise initiaux et les baccalauréats à l'issue du parcours DEC-BAC) en sciences infirmières est offerte dans neuf universités. Avec leurs campus délocalisés, ces universités offrent les programmes de formation initiale dans 36 sites répartis dans toutes les régions du Québec, exception faite du Nord-du-Québec (voir annexe 12). En plus, parmi les neuf universités qui offrent actuellement le baccalauréat en sciences infirmières, trois planifient déjà l'ouverture de nouveaux campus délocalisés d'ici cinq ans, et deux offrent déjà l'ensemble de leurs cours à distance.



Tout porte à croire²⁰⁵ qu'en réponse à la solution proposée (un diplôme universitaire à l'issue d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'un parcours DEC-BAC), de nouvelles modalités d'enseignement et de supervision de stage à distance pourraient être développées afin de faciliter l'accès à la formation universitaire à davantage d'étudiantes. En effet, le confinement des étudiantes lié à la pandémie de COVID-19 a permis aux différentes équipes enseignantes de développer une variété de stratégies éducatives, de soutien et de supervision à distance, à l'extérieur des murs des universités. L'accessibilité et la disponibilité à la formation universitaire, telle que nous la proposons, reposent sur un vaste réseau d'établissements collégiaux et universitaires de même que de nombreuses ressources enseignantes aux quatre coins du Québec.

3.3.4 Capacité d'accueil dans les universités et lors des stages

Des échanges récents avec l'ACESI-RQ ont permis d'analyser les capacités actuelles et d'anticiper les capacités futures des admissions d'étudiantes en sciences infirmières.

3.3.4.1 Capacité d'accueil au sein des universités

Actuellement, les sept programmes initiaux de baccalauréat en sciences infirmières²⁰⁶ accueillent approximativement 900 étudiantes chaque année²⁰⁷. Les neuf programmes de baccalauréat du parcours DEC-BAC admettent quant à eux approximativement 2 150 étudiantes. Puisque les étudiantes des deux programmes utilisent actuellement les mêmes laboratoires et les mêmes salles de classe, les neuf universités québécoises accueillent donc simultanément plus de 3 000 étudiantes par année (voir tableau 17).

Les ressources universitaires actuelles pourraient permettre l'admission de 800 étudiantes de plus « dès aujourd'hui », dans les infrastructures existantes. L'examen du potentiel d'augmentation du nombre d'étudiantes dans ces programmes montre déjà que 300 étudiantes de plus pourraient être admises dans les programmes de formation initiale,

²⁰⁵ À la suite des échanges avec l'ACESI-RQ (les neuf universités qui offrent des programmes en sciences infirmières au Québec sont membres de l'ACESI-RQ).

²⁰⁶ Voir section 2.2.2.

²⁰⁷ Y compris la maîtrise (appliquée) en sciences infirmières de l'Université McGill, qui est aussi un programme de formation initiale.

alors que les programmes DEC-BAC pourraient accueillir 500 étudiantes de plus. En effet, les universités disposent de jusqu'à 55 % de places supplémentaires pour accueillir les étudiantes en sciences infirmières. Selon les membres du CA de l'ACESI-RQ, dans la plupart des cas, ces admissions supplémentaires exigeraient des ajustements d'horaires (p. ex. : en ouvrant des plages horaires en soirée ou durant les fins de semaine), de locaux de classe et de laboratoires.

Par ailleurs, les neuf universités projettent que l'ajout de ressources humaines permettrait aux différents programmes d'offrir, en plus de sa capacité actuelle, 2 400 admissions sans modifier les infrastructures physiques (ajout de campus universitaires, par exemple). Cela porterait à 5 450 le nombre potentiel d'inscriptions simultanément dans les programmes de baccalauréat, et ce, rapidement lorsque la formation universitaire en sciences infirmières deviendra la seule voie d'entrée à la profession infirmière. **Or, cette capacité dépasse largement le nombre actuel d'étudiantes (4 450²⁰⁸ étudiantes pour l'année 2020-2021)²⁰⁹, tous les programmes de formation initiale confondus (programmes collégiaux et universitaires).** Les ressources humaines nécessaires pour atteindre cet objectif comprendraient des chargés de cours, des coordonnateurs et des superviseurs de stage ainsi que des tuteurs ou moniteurs de laboratoire, des soutiens techniques pour les laboratoires et des soutiens administratifs²¹⁰. Le tableau ci-dessous résume les capacités d'accueil actuelles et futures des neuf universités offrant des programmes de formation initiale en sciences infirmières.

Tableau 17
Résumé des capacités d'accueil actuelles et futures des universités

	Baccalauréat de formation initiale*	Baccalauréat au terme du parcours DEC-BAC
Inscriptions actuelles		
Nombre approximatif d'étudiantes inscrites dans les programmes de baccalauréat en sciences infirmières	900	2 150
Nombre total approximatif d'inscriptions	3 050	
Capacité actuelle		
Capacité actuelle sans modification des infrastructures	1 200	2 650
Capacité totale actuelle	3 850	
Capacité future		
Capacité future en ajoutant des ressources humaines	5 450	

* Y compris la maîtrise (appliquée) en sciences infirmières de l'Université McGill, qui est aussi un programme de formation initiale.

²⁰⁸ Le nombre total des étudiantes inscrites est calculé en fonction des données recueillies par l'OIIQ en novembre et en mars de chaque année, soit après les dates prévues d'abandon. En ce sens, il se pourrait qu'il ne corresponde pas aux données colligées par les cégeps et les universités au début de la session.

²⁰⁹ Au niveau collégial, nous comptons environ 3 700 nouvelles admissions en 2020 pour les programmes d'études techniques en soins infirmiers.

²¹⁰ Différentes appellations sont présentes pour ces postes selon les universités.

Enfin, les représentants des neuf programmes universitaires en sciences infirmières estiment que certaines modifications aux structures physiques actuelles des universités pourraient augmenter encore plus la capacité d'accueil et l'accessibilité des cours universitaires, bien qu'il ne soit pas possible d'estimer leur impact sur le nombre d'admissions dans les programmes. À ce sujet, cinq universités ont déjà planifié des agrandissements des laboratoires d'ici cinq ans, dont ceux permettant la simulation, et comme mentionné précédemment, trois universités prévoient l'ouverture de campus délocalisés au cours de la même période. En regard de la solution proposée, cette analyse s'appuie aussi sur la capacité d'accueil déjà très étendue des cégeps pour offrir la portion collégiale d'un parcours DEC-BAC. On constate donc que les capacités d'accueil des universités pour les programmes de sciences infirmières sauront répondre amplement à la demande au moment où le diplôme universitaire sera obligatoire pour accéder à la profession.

3.3.4.2 Capacité d'accueil des étudiantes en stage

La capacité d'accueil des étudiantes en stage dans les milieux cliniques constitue un défi de taille depuis plusieurs années, que les étudiantes soient inscrites au programme de baccalauréat DEC-BAC ou au programme de baccalauréat initial. Les membres du CA de l'ACESI-RQ confirment que ces défis existent dans toutes les régions du Québec, tant pour les stages dans les milieux hospitaliers que pour ceux dans la communauté. L'ACESI-RQ est d'avis que la demande que nous formulons, soit que seuls les diplômes universitaires donnent ouverture au permis de l'OIIQ (baccalauréat en sciences infirmières ou parcours DEC-BAC), n'aggraverait pas la situation. Au mieux, elle pourrait l'améliorer en amenuisant les défis actuels causés par les besoins de deux niveaux de diplômes donnant ouverture au permis, de même que ceux liés à la coordination des stages.

Le changement proposé à la norme d'entrée à la profession nécessite de revoir les demandes de stages provenant des établissements d'enseignement et l'offre de places de stages dans les milieux cliniques, en fonction des besoins d'apprentissage et du parcours des futures étudiantes. Également, la mise en place d'un mécanisme général et régional de coordination des stages est souhaitable afin de mieux arrimer l'offre et la demande de stages entre les établissements d'enseignement et les milieux cliniques, dans toutes les régions québécoises.

De plus, en ce qui a trait aux modalités des stages, plusieurs initiatives pédagogiques ont fait leurs preuves au fil des années pour **diversifier et bonifier** l'offre de stages, par exemple : la simulation haute-fidélité, le tutorat, le préceptorat, le monitorat, les unités d'enseignement interprofessionnelles²¹¹ et la supervision par des étudiantes de troisième année. Par le biais de l'ACESI-RQ, les responsables des programmes de premier cycle universitaire en sciences infirmières travaillent d'ailleurs déjà ensemble à harmoniser ces différentes modalités de stages en fonction du Cadre national de formation infirmière au Canada et des critères d'agrément des programmes de l'ACESI.

« Les enjeux liés aux stages ne pourront se régler que par un partenariat plus étroit entre les milieux cliniques et l'université pour favoriser le processus d'attribution des places de stage. »

Johanne Goudreau, GT1

²¹¹ Faculté des sciences infirmières de Université de Montréal, 2019.

En somme, la proposition de l'OIIQ ouvre une voie pour l'intensification des partenariats entre les universités et les cégeps en matière de formation des prochaines générations d'infirmières, de même qu'avec les milieux cliniques pour la tenue des stages. Pour en arriver à ces partenariats, notons par exemple que le gouvernement et les parties prenantes pourraient, par exemple :

- Établir des ententes entre les cégeps et les universités afin que les enseignantes des cégeps ayant les prérequis puissent aussi devenir chargées de cours (ou professeures) et puissent offrir, dans certaines régions plus éloignées, le programme de formation universitaire en sciences infirmières dans les lieux physiques des cégeps.
- Miser sur les compétences des enseignantes du réseau collégial pour développer et offrir l'enseignement des laboratoires, des ateliers pédagogiques et des stages, comme l'ont fait l'Ontario et d'autres provinces canadiennes.
- Établir des ententes avec le MES afin de partager les lieux physiques entre les cégeps et les universités pour offrir de la formation en présence ou à distance.
- Mettre en place un mécanisme général et régional de coordination des stages où participeraient les établissements d'enseignement et ceux de la santé, et ce, dans toutes les régions québécoises.

Ces propositions mettent en évidence des éléments qui pourraient faciliter la mise en œuvre des modalités proposées à la section 2.2. Qui plus est, elles reconnaissent, à notre sens, **le caractère essentiel des cégeps dans le succès du scénario de formation initiale que nous mettons de l'avant**, soit que seuls les diplômés universitaires en sciences infirmières donnent accès au permis de l'OIIQ.

3.4 Incidences de la modification de la norme d'entrée sur la mobilité professionnelle

À chaque année, le Québec s'enrichit de nouvelles infirmières originaires d'autres provinces et territoires canadiens, mais aussi d'autres régions du monde. Au cours des cinq dernières années, tout près de 18 % des permis délivrés par l'OIIQ l'ont été à des personnes formées à l'étranger²¹². Cette section examinera l'incidence potentielle du rehaussement sur la mobilité professionnelle au regard des trois différents processus empruntés par les infirmières diplômées hors Québec (DHQ), soit ceux découlant :

- de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) des qualifications professionnelles entre la France et le Québec;
- de l'Accord de libre-échange canadien (ALEC) et;
- des normes d'équivalence de diplôme ou de la formation pour les personnes non admissibles à une entente.

²¹² Ce pourcentage montre une tendance à la hausse (21 % en 2020-2021). Banque des permis d'exercice de l'OIIQ, 31 mars 2021.

3.4.1 Processus découlant de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM)

Le processus découlant de l'ARM²¹³ est entré en vigueur en juillet 2011 et représente **28 % des permis délivrés** à des infirmières DHQ depuis les cinq dernières années (ce qui représente 864 permis). Depuis ce temps, les infirmières diplômées de France répondant à certaines conditions²¹⁴ obtiennent un permis de l'OIIQ à la suite de la réussite d'un stage d'adaptation de 75 jours. Le diplôme d'État d'infirmier de France étant reconnu équivalent au baccalauréat en sciences infirmières du Québec²¹⁵, il n'y aura pas d'incidence sur la mobilité de cette clientèle lorsque la norme d'entrée à la profession sera de niveau universitaire.

3.4.2 Processus découlant de l'Accord de libre-échange canadien (ALEC)

L'ALEC est entré en vigueur en 2017 et favorise la mobilité de la main-d'œuvre réglementée canadienne. Cet accord et le Règlement²¹⁶ de l'OIIQ adopté par la suite permettent aux infirmières détenant une autorisation légale d'exercer dans une autre province ou un territoire canadien d'obtenir un permis au Québec. Ce processus représente **9 % des permis délivrés** à des infirmières DHQ depuis les cinq dernières années (ce qui représente 284 permis). Dans la mesure où ce processus permet de délivrer un permis à toute personne détenant une autorisation légale d'exercer la profession infirmière dans une province ou un territoire canadien, sans égard au lieu et au niveau de formation, une modification de la norme d'entrée à la profession n'aura pas d'incidence sur le nombre de permis délivrés. Il est par ailleurs utile de rappeler que l'ensemble des provinces et territoires canadiens (sauf le Yukon) ont adopté le baccalauréat en sciences infirmières comme norme d'entrée à la profession.

3.4.3 Processus découlant des normes d'équivalence

Selon le *Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un permis de l'OIIQ*, deux sous-processus distincts permettent aux infirmières DHQ, non admissibles à une entente (ARM et ALEC), d'obtenir une reconnaissance d'équivalence : la reconnaissance d'équivalence de diplôme et la reconnaissance d'équivalence de la formation. Au total, la reconnaissance d'équivalence concerne **63 % des permis délivrés aux infirmières DHQ au cours des cinq dernières années** (ce qui représente 1 963 permis)²¹². Nous insisterons davantage sur la reconnaissance d'équivalence de la formation, puisqu'elle concerne la quasi-totalité des infirmières qui soumettent une demande d'équivalence²¹⁷.

²¹³ *Règlement sur la délivrance d'un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles.*

²¹⁴ Les conditions sont les suivantes : avoir obtenu, sur le territoire de la France, un diplôme d'État d'infirmier à la suite d'un programme d'études réalisé en France; détenir une inscription au Tableau de l'Ordre national des infirmiers de France (ONI); avoir exercé la profession infirmière au moins 500 heures au cours des quatre années précédant la demande de permis, si le diplôme d'État a été obtenu il y a plus de quatre ans.

²¹⁵ Ministère des Relations internationales et de la Francophonie, 2014.

²¹⁶ *Règlement sur les autorisations légales d'exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier hors du Québec qui donnent ouverture au permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.*

²¹⁷ La reconnaissance d'équivalence de diplôme concerne des infirmières de France et d'ailleurs au Canada ne répondant pas aux exigences des règlements découlant de l'ARM et de l'ALEC.

3.4.3.1 La reconnaissance d'équivalence de la formation

Dans le cadre de la reconnaissance d'équivalence de la formation, le Comité d'admission par équivalence (CAE) de l'OIIQ procède à une étude approfondie de la nature de la formation, des expériences professionnelles et des compétences développées. L'objectif est de déterminer si la personne possède les connaissances et les compétences équivalentes à celles qu'a pu acquérir une diplômée du Québec. Si c'est le cas, l'équivalence de formation est reconnue; sinon, des conditions devront être remplies afin que l'équivalence de formation puisse être reconnue²¹⁸.

Au cours des cinq dernières années²¹⁹, nous constatons que ce processus a permis à 1 963 infirmières provenant de 65 pays différents d'obtenir un permis de l'OIIQ. En examinant le profil de ces détentrices de permis, nous avons constaté que 46 % détenaient un diplôme dont le niveau se comparait à un baccalauréat dans le système éducatif québécois, alors que 54 % d'entre elles possédaient un diplôme dont le niveau se comparait à un diplôme d'études collégiales.

- Il importe de préciser que ce niveau de diplôme est celui que nous retrouvons dans l'évaluation comparative produite par le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI). Ce dernier indique à quel repère du système éducatif québécois se compare le diplôme obtenu par une personne, en ce qui concerne tant le niveau de diplôme (p. ex. : DEP, DEC, baccalauréat) que le domaine d'études (p. ex. : santé, soins infirmiers).

Pour constituer une projection de l'incidence qu'aurait un rehaussement de la norme d'entrée au niveau universitaire, les éléments suivants doivent être considérés :

1. Premièrement, depuis peu, le CAE tient compte non seulement du contenu de la formation et de la nature de l'expérience professionnelle, mais également des compétences infirmières développées par l'infirmière DHQ. Ainsi, les infirmières DHQ dont l'analyse montrerait le développement des compétences attendues d'une infirmière diplômée d'une formation universitaire au Québec **pourraient se voir reconnaître une équivalence, peu importe le niveau auquel se compare leur diplôme** dans l'évaluation comparative produite par le MIFI.
2. Deuxièmement, **la mobilité des infirmières DHQ ne serait pas compromise**, si elles n'ont pas les connaissances et habiletés équivalentes à celles qu'a pu acquérir une infirmière diplômée universitaire au Québec. En effet, certaines infirmières DHQ pourraient choisir de compléter leur scolarité universitaire alors que d'autres pourraient entreprendre une démarche auprès de **l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec** afin de faire valoir leurs qualifications et leurs compétences pour cette profession.

En somme, nous estimons que la majorité des infirmières DHQ ne verraient pas leur mobilité affectée par une norme d'entrée universitaire à la profession infirmière au Québec.

²¹⁸ En général, les conditions peuvent être les suivantes : programme d'intégration professionnelle en milieu collégial avec ou sans cours complémentaires dans certains domaines ou programme d'intégration professionnelle en milieu clinique.

²¹⁹ Nombre de permis délivrés entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2021 (Banque des permis d'exercice de l'OIIQ, 31 mars 2021).

Globalement, selon nos projections, **75 % à 80 % des infirmières DHQ ne verraient pas leur mobilité affectée** et pour environ 20 % à 25 % des infirmières DHQ, la mobilité pourrait être affectée, sans être nécessairement compromise. Cela s'explique d'abord par l'absence d'impact pour les infirmières DHQ issues des processus découlant de l'ARM et de l'ALEC. Ensuite, bien que la formation universitaire obligatoire puisse avoir une incidence sur les infirmières DHQ en démarche de reconnaissance d'équivalence, cela dépend avant tout de leur parcours individuel et de leur souhait ou non de poursuivre leur formation au Québec comme infirmière ou de se diriger vers la profession d'infirmière auxiliaire. Pour les infirmières DHQ en processus d'immigration, nous souhaitons que le processus de reconnaissance mis en place soit juste et équitable.

3.5 Incidences de la solution proposée sur la profession elle-même, sur les autres professions réglementées et sur le marché du travail en général

Cette section présente l'incidence qu'aurait une formation universitaire sur l'exercice de la profession infirmière au Québec, sur les autres professions de la santé et sur le marché du travail, ce dernier aspect étant traité quant à l'organisation des services et à la disponibilité de la main-d'œuvre. En complément, une quantification des coûts et bénéfices pour la société amène une perspective à long terme d'un tel changement.

3.5.1 La formation universitaire comme voie minimale d'entrée à la profession : incidences sur la profession infirmière

Former la relève infirmière à l'université est un levier incontournable pour assurer la reconnaissance de la profession au sein du système professionnel et permet d'offrir à la profession des opportunités d'évolution. Les infirmières québécoises pourront enfin être préparées à exercer l'ensemble de leurs activités professionnelles, de manière autonome et sécuritaire, au bénéfice de la société québécoise.

3.5.1.1 Incidence sur la réalisation des activités professionnelles

La section 2.1 établit que grâce à une formation plus complète et plus approfondie, notamment sur le plan scientifique, les générations futures d'infirmières seront mieux préparées à exercer de manière autonome et sécuritaire l'ensemble de leurs activités professionnelles. Les travaux québécois de Johanne Déry ont d'ailleurs souligné que les infirmières détentrices d'une formation universitaire occupaient une étendue de pratique significativement plus grande que celles détentrices d'une formation collégiale²²⁰. Le premier bénéfice de la formation initiale universitaire est d'offrir aux infirmières le **pouvoir d'exercer leurs activités professionnelles à leur plein potentiel**.

« Malgré l'évolution profonde des besoins de la population et l'accroissement correspondant dans les responsabilités des infirmières, le Québec demeure la seule province qui n'exige pas le baccalauréat universitaire conformément aux standards de formation toujours plus élevés dans tous les domaines. La correction de cette anomalie demande un changement de culture afin que le statut de professionnel des infirmières soit reconnu. »

Claude Castonguay, 2019

²²⁰ Déry, 2013.

Ce sont les compétences des infirmières à réaliser des évaluations de l'état de santé²²¹ complètes et approfondies qui leur permettront de déployer l'entièreté de leurs activités professionnelles. L'évaluation faite par l'infirmière est critique pour la protection du public et centrale pour l'exercice infirmier, en plus de correspondre à une obligation déontologique²²². Elle est aussi ce qui distingue l'infirmière des autres professionnels de la santé et ce qui lui permet de réaliser pleinement toutes les autres activités professionnelles. Une évaluation restreinte ou minimale de l'état de santé de la personne entraîne nécessairement des décisions et des interventions tout aussi restreintes et minimales. La formation universitaire prépare la relève infirmière à réaliser **une évaluation complète et pertinente à la condition de santé** des personnes qui requièrent des soins dont ceux qui s'avèrent **plus complexes** (incluant l'évaluation de ses liens familiaux et de son milieu de vie, mais aussi une évaluation physique et mentale plus approfondie), ce qui l'amènera à décider des meilleures interventions à mettre en place, de la **surveillance requise** et du **suivi requis**. Le raisonnement clinique et la capacité de prise de **décision autonome** de l'infirmière sont essentiels pour qu'elle puisse réaliser ses activités.

Le CMQ a reconnu récemment la pertinence de cette évaluation individualisée, complète, rigoureuse et basée sur les résultats de la recherche, effectuée par les infirmières qui détiennent un baccalauréat en sciences infirmières, en leur accordant le droit de prescrire²²³. Concrètement, le droit de prescrire des infirmières est un levier important pour améliorer l'accessibilité à des soins de santé courants (p. ex. : contraception, dépistage d'ITSS, traitements de plaies), parce qu'il permet d'éviter notamment la consultation d'autres professionnels de la santé²²⁴. Une augmentation du nombre d'infirmières qui ont les connaissances et les compétences universitaires pour réaliser des évaluations complètes et pertinentes se traduit par une augmentation du bassin d'infirmières en mesure de prescrire : c'est un gain important pour la population en termes d'accessibilité (voir section 2.1.2).

Les participants et les panélistes des États généraux de la profession en mai 2021, de même que les chercheurs et experts rencontrés²²⁵ dans le cadre de nos consultations le disent : les infirmières qui exercent en utilisant toutes leurs connaissances et leurs compétences sont la solution à une meilleure offre de soins de santé pour la population. D'ailleurs, pour plusieurs, le rôle qui illustre le mieux la valeur ajoutée d'exercer les activités professionnelles infirmières à leur plein potentiel est celui d'« infirmière de proximité ».

« Une des solutions prometteuses, tant du point de vue économique que du point de vue humanitaire, est de miser sur des soins axés sur les soins de première ligne. Toutefois, puisque la formation collégiale ne prépare pas à l'exercice de la pratique dans ce secteur, il importe d'aller de l'avant avec la formation initiale au baccalauréat pour les nouvelles infirmières. »

Comité jeunesse de l'OIIQ, 2012, p. 4

²²¹ Rappel du champ d'exercice de l'infirmière : « L'exercice infirmier consiste à **évaluer l'état de santé**, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

²²² *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 44.

²²³ *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*.

²²⁴ L'ensemble des domaines de prescription et des modalités relatives à ceux-ci sont décrits dans le guide explicatif conjoint *Prescription infirmière* (OIIQ et CMQ, 2015).

²²⁵ Groupes de travail 1, 3 et 5 (voir annexe 1).

Il ne s'agit pas de créer un nouveau titre d'emploi ou une spécialisation, mais bien de miser sur les **compétences de l'infirmière développées à l'université** (à l'issue d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'un parcours DEC-BAC) et qui font une différence pour le patient et sa famille, plutôt que sur des soins techniques et procéduraux pouvant être réalisés par d'autres professionnels. Ainsi, une infirmière « de proximité »²²⁶ offre des soins personnalisés à des personnes et des familles, voire des collectivités. Elle coordonne les services tout au long de la trajectoire de soins, offre de l'enseignement, gère les épisodes de la maladie vécus à domicile et prévient la détérioration de l'état de santé qui pourrait mener à une hospitalisation, en utilisant ses compétences en évaluation et son droit de prescrire. Bien que des infirmières, partout au Québec, exercent déjà des fonctions similaires et permettent de faciliter l'accès aux soins de santé, un bassin plus important est aujourd'hui nécessaire²²⁷. **Plus près des gens et des familles, les infirmières « de proximité » sont disponibles directement dans la communauté (p. ex. : clinique médicale, CLSC, clinique composée uniquement d'infirmières) et peuvent répondre à un ensemble de besoins de santé de la population.**

L'infirmière qui exerce à son plein potentiel se positionne comme une professionnelle à part entière dans le système professionnel. Cela permet de bonifier les soins et services par le déploiement, de manière optimale, des rôles infirmiers dans l'ensemble des secteurs cliniques, notamment ceux où les besoins de soins sont croissants : les soins de première ligne, les soins à domicile, les activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé, le suivi des maladies chroniques, les soins en santé mentale, etc.²²⁸

La formation universitaire comme norme minimale d'entrée à la profession prépare l'ensemble des futures infirmières à faire face à ces situations complexes de soins. Cette formation complète, touchant l'ensemble des activités professionnelles attendues, ouvre plus de possibilités de carrière aux infirmières par des connaissances et compétences approfondies, notamment l'évaluation de l'état de santé. De plus, choisir une seule norme d'entrée à la profession réduira les inégalités quant aux connaissances et compétences d'une infirmière à l'autre actuellement engendrés par deux niveaux de formation. Une formation universitaire complète et répondant aux exigences de la profession ne peut qu'apporter de la confiance aux futures infirmières dans leurs capacités à faire face aux différentes situations de santé qui vont se présenter, et ce, dès leur entrée dans la profession.

Extrait du mémoire du Collège des médecins du Québec

*Le baccalauréat en soins infirmiers :
un minimum requis pour les défis du 21^e siècle*

« Pour le Collège, il est clair que cette formation [initiale] doit être universitaire, sinon les compétences acquises ne pourront être optimisées et les infirmières ne pourront jouer pleinement le rôle auquel la population du Québec est en droit de s'attendre au 21^e siècle. » (p. 12)

3.5.1.2 Incidence sur l'évolution de la profession

Le changement recommandé par l'OIIQ ouvre également de nouvelles perspectives professionnelles aux infirmières et pour le gouvernement. Il est possible d'envisager qu'un bassin plus important d'infirmière détentrices d'une formation universitaire puisse entraîner

²²⁶ Charron et al., 2017; Morin et Lessard, 2019; MSSS, 2019.

²²⁷ Par exemple, la clinique **SABSA** de Québec, l'**Infirmerie familiale de Boucherville**, le **projet d'intégration des infirmières dans les GMF et GMF-U des territoires de la Côte-de-Gaspé et du Rocher-Percé**.

²²⁸ Centre FERASI, 2013.

la formation d'un plus grand nombre d'infirmières en pratique avancée (ICS et IPS). De plus, davantage de spécialités infirmières pourraient voir le jour, ce qui permettrait ainsi de rendre accessible toute l'expertise infirmière.

La population québécoise pourrait également bénéficier de services infirmiers équivalents à ceux de nombreuses provinces canadiennes²²⁹, dont le droit pour les infirmières de poser certains diagnostics et l'élargissement du droit de prescrire. En effet, comme ailleurs au Canada, les infirmières québécoises pourraient elles aussi se voir reconnaître la capacité à poser des diagnostics pour lesquels elles pourraient prescrire le traitement requis. À terme, avec plusieurs dizaines de milliers d'infirmières ayant le niveau de formation requis pour diagnostiquer des maladies et prescrire davantage d'examen et de traitements pour des besoins courants de santé (infections courantes, vaccins, etc.), il est possible que ces services soient plus rapidement accessibles à la population, ce qui permettrait notamment de réduire les temps d'attente, notamment dans les urgences.

3.5.2 La formation universitaire comme voie minimale d'entrée à la profession : incidences sur les autres professions de la santé

Pour l'OIIQ, la formation universitaire en sciences infirmières est garante d'une plus grande cohérence au sein du système professionnel, parce qu'elle permet enfin aux infirmières d'utiliser de manière optimale leurs « compétences dans une perspective interdisciplinaire et multidisciplinaire [afin d'atteindre] une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources humaines et l'offre de services de qualité à la population » (vision du projet de loi n° 21 quant au partage des compétences)²³⁰. En effet, la solution proposée bonifie les soins intra et interdisciplinaires, en permettant aux infirmières d'exercer pleinement leurs activités professionnelles et de partager de nouvelles connaissances issues des sciences infirmières.

« [...] il ne s'agit pas pour les infirmières de se substituer à d'autres groupes professionnels, mais de renforcer leur répertoire de compétences afin d'être pleinement habilitées à occuper l'ensemble de leur champ de pratique, à assumer la prise en charge de nouvelles dimensions des soins de santé, à s'investir dans des rôles ou interventions innovants et cohérents avec le développement de la discipline infirmière. »

Rapport Durand (MSSS, 2013, p. 51)

3.5.2.1 Incidence sur les membres de l'équipe de soins intradisciplinaires

La formation universitaire développe le leadership de la future infirmière. Cette capacité d'influence (voir section 2.1.1) ainsi que l'exercice de ses activités professionnelles à leur plein potentiel lui permettent de veiller à un partage des rôles et responsabilités au sein de l'équipe intradisciplinaire en fonction des besoins et priorités de soins des patients. Les membres de cette équipe sont typiquement ceux avec qui l'infirmière partage le plus grand nombre d'activités de soins infirmiers, soit le préposé aux bénéficiaires (ou autre métier d'assistance à la personne) et l'infirmière auxiliaire. Toutefois, une formation de niveau universitaire pour les futures infirmières oblige une réflexion quant à la reconfiguration des rôles au sein des équipes en fonction de leurs compétences spécifiques.

²²⁹ AIIC, 2021.

²³⁰ OPQ, 2021, section 1, p. 3..

La réorganisation des soins entre les membres de cette équipe devra permettre à l'infirmière d'exercer les activités cliniques qui la distinguent, entre autres l'évaluation, la surveillance et le suivi. À ce sujet, nous partageons l'avis du Comité jeunesse de l'OIIQ (2021a) quant au partage optimal des activités entre les membres de l'équipe de soins intradisciplinaires, notamment quant aux soins infirmiers techniques et procéduraux :

« [...] est-il nécessaire de rappeler que cette expertise [des soins techniques et procéduraux] n'appartient pas qu'à l'infirmière et l'infirmier? Nos collègues infirmières et infirmiers auxiliaires, dont les compétences sont souvent sous-utilisées, ont toutes les qualifications pour contribuer à ces fonctions. En nombre suffisant, les personnes qui exercent des métiers d'assistance (entre autres, les préposées aux bénéficiaires) pourraient aussi contribuer davantage à certaines activités de soins. Recourir à l'expertise de la bonne personne au bon moment permettrait assurément aux membres de la profession infirmière de déployer pleinement leur étendue de pratique, d'offrir des soins plus personnalisés, donc plus pertinents, et d'éviter de nombreux événements indésirables. Au cœur de cette expertise se trouvent des activités à haut rendement, dont certaines réservées à la profession infirmière, qui s'appuient sur une solide démarche clinique soutenue par des données probantes : la planification des soins, l'évaluation, la surveillance clinique et le suivi clinique. » (p. 4-5)

De plus, si l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) décidait d'aller de l'avant avec la résolution de son conseil d'administration de 2014²³¹, à l'effet de rehausser la formation initiale au niveau collégial, les infirmières auxiliaires développeraient les compétences nécessaires pour occuper pleinement leur champ d'exercice. Cela leur permettrait, sans aucun doute, d'occuper un plus grand espace professionnel, au niveau tant technique que procédural, ainsi que dans leur contribution à l'évaluation de l'état de santé. Une formation collégiale à visée technique est d'ailleurs la norme pour les infirmières auxiliaires de l'ensemble des provinces et territoires du Canada, sauf le Yukon et le Nunavut²³². Un ajustement coordonné des niveaux minimaux de formation initiale des infirmières auxiliaires et des infirmières donnerait lieu aussi à une meilleure complémentarité entre ces professionnelles, qui seraient mieux formées pour exercer leurs rôles respectifs. Cette option est l'une des pistes de réflexion présentées à l'annexe 11.

Enfin, bien que non réglementés, les métiers d'assistance à la personne sont incontournables dans l'offre de soins et de services infirmiers. Pour assurer une complémentarité de leurs activités avec celles des infirmières et des infirmières auxiliaires, il serait souhaitable que leurs formations initiales soient rehaussées, standardisées au niveau de la formation professionnelle et exigées par les employeurs. Une équipe de soins intradisciplinaires dont les formations initiales seraient toutes de niveau adéquat permettrait d'offrir des soins complémentaires à partir d'une vision commune des soins et des services infirmiers qui répondent réellement aux besoins de santé de la population.

²³¹ OIIAQ, 2014.

²³² AIIQ, 2021.

3.5.2.2 Incidence sur les membres de l'équipe de soins interdisciplinaires

Au sein des équipes interdisciplinaires, l'infirmière est celle qui détient le champ d'exercice le plus étendu, à l'instar du médecin, ainsi que de nombreuses activités réservées comportant un haut risque de préjudice, comme présenté à la section 1.3.1. Or, au fil des années, plusieurs professionnels de la santé ont dû rehausser leur norme de formation initiale afin de pouvoir exercer leurs activités réservées de façon sécuritaire, en réponse aux besoins de la population. Les infirmières soignent la même population que les ergothérapeutes, physiothérapeutes et psychologues. Choisir la formation universitaire comme niveau de préparation requis pour les générations futures d'infirmières, comme pour ces autres professionnels, assure la cohérence du système professionnel, mais surtout, garantit une adéquation minimale entre le niveau de formation initiale et la prévention des risques de préjudice.

Extrait du mémoire du Collège des médecins du Québec

*Le baccalauréat en soins infirmiers :
un minimum requis pour les défis du 21^e siècle*

« Il est certain que si les infirmières et infirmiers jouaient pleinement leur rôle, en collaboration avec les autres professionnels de la santé et notamment les médecins, la population constaterait la multiplication des bénéfices. On pourrait certainement prétendre à une meilleure accessibilité, à la continuité des soins et des services et en conséquence à un rehaussement de la qualité et de la sécurité des soins. »

CMQ, 2021, p. 7

La solution proposée aura une incidence directe sur la qualité des interventions de l'équipe de soins interdisciplinaires, sans entraîner de répercussions sur les lois et règlements des autres professionnels de la santé. Partager des savoirs communs, notamment des sciences fondamentales, mais aussi une méthodologie de résolution de problèmes appuyée par les données probantes, facilitera le travail interdisciplinaire au quotidien. Un même niveau de formation peut susciter la confiance dans les compétences entre les professionnels, et par le fait même, une cohésion dans l'équipe où l'on reconnaît le rôle central de l'infirmière.

À preuve, diverses études suggèrent que des interventions interdisciplinaires où l'infirmière joue un rôle central (évaluation de la condition de santé, planification des congés et transitions entre l'hôpital et la maison, etc.) peuvent réduire significativement les retours à l'hôpital (consultations à l'urgence ou hospitalisation)²³³. Au bénéfice des patients, les compétences développées au niveau universitaire devraient permettre une offre de services complémentaire, mais distincte des médecins et des autres professionnels de la santé, en misant sur l'expertise de chacun.

3.5.3 La formation universitaire comme voie minimale d'entrée à la profession : incidence sur le marché du travail

Un rehaussement de la formation initiale sera l'occasion idéale pour porter une attention particulière à l'organisation des soins et des services offerts à la population, en misant sur leurs besoins, et sur l'expertise de tous les membres de l'équipe de soins : le déploiement de l'expertise du bon intervenant, au bon moment, au bon endroit. L'infirmière détentrice d'un baccalauréat jouant un rôle phare dans le continuum et la trajectoire de soins et services, ainsi que dans les transitions de soins, doit pouvoir exercer l'ensemble de ses activités

²³³ Gonseth et al., 2004; Hitch et al., 2019; McAlister et al., 2004.

professionnelles et le leadership attendu. Restreindre la réalisation des activités professionnelles de l'infirmière (p. ex. : par la formation initiale insuffisante ou par des restrictions imposées par les milieux cliniques, etc.) devra être chose du passé.

3.5.3.1 Incidence sur l'organisation des soins et des services

La solution proposée est une mesure à large portée pour les générations futures d'infirmières et pour l'avenir des soins de santé au Québec. Elle est en complémentarité à d'autres mesures, notamment une organisation optimale des soins et des services pour avoir accès à tout le potentiel que peuvent offrir les infirmières. Les modèles d'organisation des soins, entre autres dans le secteur hospitalier, doivent miser sur l'autonomie professionnelle et décisionnelle de l'infirmière formée à l'université pour assurer un fonctionnement plus fluide et une meilleure expérience de soins aux patients. La *Loi sur les infirmières et les infirmiers* du Québec offre déjà le cadre légal pour cette évolution. Il ne manque que l'impulsion organisationnelle et l'apport d'infirmières possédant l'ensemble des connaissances et compétences pour la concrétiser.

À cet égard, le Québec devra apprendre de l'expérience du Nouveau-Brunswick. À la fin des années 1990, cette province maritime a fait du baccalauréat sa norme d'entrée à la profession. Ce changement important **ne s'est pas accompagné d'une révision du rôle de l'infirmière** et s'est opéré au moment où une importante réforme de la santé entraînait une diminution des services dans plusieurs secteurs de soins. Les infirmières ont alors éprouvé beaucoup d'insatisfaction au travail et se sont retrouvées à exécuter des tâches principalement administratives, loin du chevet du patient²³⁴. Plusieurs ont relevé des enjeux de communication importants, ainsi qu'une diminution de leur autonomie professionnelle au profit de procédures, politiques et directives qui ne misaient pas sur leur compétence à prendre des décisions professionnelles de manière autonome.

L'OIIQ entend exercer son leadership et collaborer avec les partenaires concernés (notamment les syndicats, établissements de santé, associations infirmières, directrices des soins infirmiers, conseils des infirmières et infirmiers) afin de réunir les conditions gagnantes. À l'issue de nos démarches, l'infirmière pourra jouer un rôle optimal au sein des équipes de soins et déployer pleinement les compétences développées en formation initiale. L'engagement des différentes parties prenantes à miser sur l'expertise infirmière pour transformer les soins infirmiers de demain était manifeste lors des États généraux de la profession de 2021 et laisse entrevoir une réelle mobilisation de la communauté infirmière.

3.5.4 La formation universitaire comme voie minimale d'entrée à la profession : incidence sur la disponibilité de la main-d'œuvre

L'OIIQ a déjà identifié des solutions qui visent à maintenir la croissance de l'effectif infirmier dans les années qui suivront la mise en œuvre de ce projet. **Une des solutions est l'adoption d'une clause de droits acquis et de mesures d'atténuation** (voir section 2.2.3) afin de miser sur un effectif infirmier stable lors de la période de transition. En plus, si la nouvelle norme d'entrée à la profession peut inciter certaines infirmières détentrices d'un diplôme d'études collégiales

²³⁴ Rhéaume et al., 2007.

à poursuivre leurs études universitaires, il est déjà de pratique courante qu'elles maintiennent un lien d'emploi tout au long de leur formation.

Par ailleurs, les infirmières qui obtiennent leur formation initiale à l'université intègrent plus rapidement le marché du travail au terme d'un programme qui permet de développer toutes les compétences attendues au seuil d'entrée à la profession. Environ 4 % d'entre elles feront un retour aux études supérieures, alors que 60 % des nouvelles diplômées du collégial poursuivra à temps plein (majoritairement) ses études universitaires dans l'année suivant leur diplomation. La formation universitaire est donc garante d'une plus grande disponibilité des infirmières dans les milieux de soins et, ultimement, d'une plus grande prévisibilité dans la gestion de la main-d'œuvre.

3.5.5 La formation universitaire comme voie minimale d'entrée à la profession : quantification des coûts et des bénéfices

Choisir la formation universitaire comme voie minimale d'entrée à la profession infirmière entraîne indéniablement une réflexion économique quant aux bénéfices et aux coûts associés à cette solution. Une étude économique réalisée en 2021 par une équipe interdisciplinaire d'économistes de la firme KPMG a élaboré différents scénarios afin de quantifier l'incidence de la solution proposée par l'OIIQ. Pour mener à bien leur étude, les auteurs ont consulté de « nombreuses études scientifiques portant sur le sujet et a réalisé des entretiens notamment avec des représentants d'associations professionnelles d'infirmières, des gestionnaires de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), des chercheurs ainsi que des représentants d'institutions d'enseignement universitaires » (p. 2). Les scénarios élaborés prévoient une période de transition, une période d'implantation et une date approximative à partir de laquelle la formation universitaire serait la norme d'entrée à la profession pour les **nouvelles infirmières**.

À partir de 2040, le rapport produit par KPMG prévoit les **gains économiques annuels** suivants²³⁵ :

- **Pour la société : de 750 millions à 1,2 milliard de dollars**
Calculés selon deux approches méthodologiques, soit la valeur statistique d'une vie et la création de richesse (ou l'impact sur le PIB).
- **Pour l'État : entre 53 millions et 82 millions de dollars en gains fiscaux**
Calculés à partir des « revenus de travail calculés précédemment, [d]es taxes à la consommation découlant de ces revenus additionnels gagnés ainsi que [d]es impôts payés par les infirmières bachelrières sur le revenu additionnel gagné » (p. 70).
- **Pour le système de santé : entre 121 millions et 168 millions de dollars en gains d'efficience**
Calculés sur la base d'une diminution de la durée des séjours ainsi que des réadmissions. Le rapport de KPMG précise ce qui suit : « À noter qu'il ne s'agirait

²³⁵ KPMG, 2021, p. 63-70.

pas d'économies : nous n'assumons ici aucune "épargne", puisque le système de santé québécois est présentement surchargé. Ces bénéfices se traduiraient plutôt en gains d'efficience dans le système, ainsi qu'en un meilleur service aux citoyens, et ce pour un même niveau de dépenses. » (p. 70)

Au total, moins de 15 ans après la mise en œuvre de ce projet (scénario proposé par KPMG), les **gains annuels** estimés pour le réseau et le gouvernement (excluant les gains pour la société) seraient de 175 et 250 millions de dollars, alors que les **coûts** seraient de 104 millions à 119 millions de dollars. Ces coûts comprennent l'augmentation de la masse salariale et des avantages sociaux, ainsi que les coûts supplémentaires d'une formation universitaire. Comme le mentionne le rapport économique, « ces résultats peuvent ainsi être interprétés comme un seuil minimal des bénéfices qui pourraient découler du changement de norme d'entrée à la profession infirmière » (p. 67). **Le lecteur est invité à consulter le *Document complémentaire* pour prendre connaissance de l'étude économique de KPMG.**

3.6 Incidence du rehaussement sur les lois et les règlements professionnels

La mise en œuvre de la solution proposée, soit que les seuls diplômes donnant ouverture au permis soient de niveau universitaire, à l'issue d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'un parcours DEC-BAC, doit nécessairement s'accompagner de modifications réglementaires. Selon notre analyse, cinq règlements devront être ajustés et des dispositions transitoires (incluant des clauses de droits acquis) devront être adoptées.

3.6.1 Les modifications réglementaires

Les modifications proposées à cinq règlements pris en application de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* permettront d'assurer une cohérence avec une nouvelle norme d'entrée à la profession.

3.6.1.1 Règlements pris en application de la Loi sur les infirmières et les infirmiers

➤ *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*

La modification de ce règlement vise à ajuster les particularités liées aux statuts d'externes et de CEPI en fonction de la solution proposée, soit que seuls les diplômes universitaires donnent ouverture au permis, à l'issue d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'un parcours DEC-BAC.

➤ *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*

La modification anticipée de ce règlement vise à retirer la référence à la personne inscrite au DEC-BAC, puisque la formation collégiale de ce parcours ne donnera plus ouverture au permis de l'OIIQ.

➤ *Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*

La modification de ce règlement ajustera les normes d'équivalence afin que les demandes des diplômés hors Québec soient évaluées en fonction d'un niveau universitaire et non pas d'un niveau collégial.

➤ *Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*

Ce règlement sera ajusté afin que la composition du Comité de la formation des infirmières de l'OIIQ reflète adéquatement les diplômes donnant ouverture au permis.

3.6.1.2 Règlement pris en application du Code des professions

➤ *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels*

La modification de ce règlement est au cœur même de notre demande, soit de retirer les diplômes d'études collégiales (article 2.02) afin que seuls les diplômes universitaires donnent ouverture au permis.

3.6.2 Les dispositions transitoires

Des dispositions transitoires (incluant des clauses de droits acquis) devront donc être adoptées dans certains des règlements présentés précédemment. Elles devront s'appliquer à toutes les personnes visées et devront être justes et équitables. Au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle norme d'entrée à la profession, les dispositions transitoires devront protéger les acquis et assurer une période de transition harmonieuse pour :

- s'assurer que les permis d'exercice ainsi que les droits de prescrire des infirmières dont le parcours de formation initiale ne correspond pas à une formation universitaire demeurent valides;
- maintenir la formation collégiale donnant ouverture au permis pour les étudiantes en soins infirmiers qui se sont inscrits avant la date d'entrée en vigueur de la nouvelle norme d'entrée à la profession;
- maintenir les statuts d'externes et de CEPI provenant d'une formation collégiale;
- s'assurer que les demandes d'équivalence des diplômés hors Canada (DHC) soient étudiées en fonction de la date de l'obtention du diplôme plutôt qu'en fonction de la date de la demande d'équivalence.

À retenir

La section 3 a démontré la pertinence de la solution proposée en présentant son impact sur différents aspects, notamment sur la protection du public, sur l'attractivité de la formation et de la profession, et sur la profession elle-même, dont les principaux constats sont :

- Une quantité impressionnante de recherches et d'études ont souligné les bénéfices concrets d'une formation universitaire pour les infirmières sur la qualité et la sécurité des soins à la population.
- À la suite de l'adoption d'une nouvelle norme d'entrée à la profession infirmière au niveau universitaire ailleurs au Canada ainsi qu'en Suisse romande, on a observé la croissance durable du nombre de nouvelles diplômées dans la profession.
- L'adoption d'une nouvelle norme d'entrée à la profession infirmière au niveau universitaire pourrait avoir un effet positif sur l'attractivité de la profession, mais d'autres facteurs systémiques et organisationnels seraient à considérer.
- On dénote une augmentation, au cours des dix dernières années, de l'effectif étudiant inscrit dans une formation universitaire de niveau baccalauréat, alors qu'on constate parallèlement une légère diminution pour les formations collégiales de niveau technique.
- La réussite scolaire, soit la capacité d'une étudiante à compléter son programme d'études et à obtenir son diplôme, est plus élevée de 39 % à la formation universitaire qu'à la formation collégiale.
- La formation universitaire en sciences infirmières est accessible dans toutes les régions du Québec, exception faite du Nord-du-Québec, et les universités ont la capacité d'accueillir dès maintenant les étudiantes qui feraient une demande d'admission.
- L'adoption d'une nouvelle norme d'entrée à la profession infirmière au niveau universitaire aurait comme incidence sur la profession de permettre à l'infirmière d'être formée à réaliser l'ensemble de ses activités professionnelles, d'intervenir dans des situations complexes de soins, en toute autonomie et auprès de toutes clientèles, de prendre des décisions, d'exercer son leadership et de bonifier ses collaborations intra et interdisciplinaires, en plus de favoriser l'avancement de la profession vers de nouvelles activités professionnelles et spécialités.
- L'adoption d'une nouvelle norme d'entrée à la profession infirmière au niveau universitaire entraînerait la modification de certains règlements et la mise en place de dispositions transitoires.

Attestation

La personne soussignée se porte garante de l'exactitude des données fournies

Luc Mathieu, inf., DBA

Président
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec



2022-05-12

Conclusion

L'OIIQ, le plus grand ordre professionnel du Québec, veille à la santé des Québécois en s'assurant que tout un chacun puisse bénéficier de services de qualité et sécuritaires, prodigués par des infirmières compétentes et intègres. Or, depuis les dernières années, la société québécoise a connu de grandes transformations sociales, démographiques, scientifiques et technologiques qui ont eu des impacts sur la pratique des infirmières. Afin de s'adapter aux besoins évolutifs de santé de la population, les lois et règlements qui encadrent la profession infirmière ont notamment misé sur une plus vaste étendue d'activités et de responsabilités professionnelles. Il est maintenant attendu que l'infirmière joue un rôle crucial dans l'organisation et la continuité des soins, qu'elle accompagne les patients et leurs proches dans leurs trajectoires de soins et de vie et qu'elle déploie un esprit scientifique, critique et innovant.

Toutefois, un enjeu important se pose : la profession infirmière est accessible par deux niveaux de formation (collégial et universitaire), à la suite de la réussite du même examen professionnel, et ce, malgré la portée différente de ces formations, qui ne permettent pas l'acquisition des mêmes connaissances et le développement des mêmes compétences. En outre, plus le temps passe, plus l'écart se creuse entre les limites qu'impose la formation collégiale en soins infirmiers et les besoins de soins et de santé de la population. Ce non-sens perdure malgré les interventions répétées de l'OIIQ et de divers partenaires auprès des instances gouvernementales au fil des années. Il est plus que temps d'agir et d'adopter une solution à large portée ayant des bénéfices pour les patients, leurs proches, le système de santé et la profession infirmière. C'est pourquoi, au terme d'un vaste processus de consultation, l'OIIQ, appuyé par plusieurs partenaires des milieux cliniques et des milieux d'enseignement, réitère sa demande auprès de l'Office des professions du Québec : **pour les générations futures d'infirmières, les seuls diplômes donnant ouverture au permis de l'OIIQ doivent être de niveau universitaire, à l'issue d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'un parcours DEC-BAC.**

La communauté infirmière et la population souhaitent depuis longtemps que soit offerte aux générations futures d'infirmières une formation initiale à la hauteur du caractère distinctif de la profession infirmière. La solution proposée par l'OIIQ, inspirée d'expériences positives de rehaussement du niveau de formation initiale dans d'autres régions du monde et à l'égard d'autres professions en santé, est à la hauteur des besoins de santé, présents et futurs, de la population québécoise. L'OIIQ et ses partenaires croient fermement, comme le démontre le contenu de ce mémoire, qu'il est temps que ce projet de société se concrétise, au bénéfice de la population et de la profession.

Références

- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., et Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047-1053. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., et Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290(12), 1617-1623. <https://doi.org/10.1001/jama.290.12.1617>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., et Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., et Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62631-8)
- Al-Moteri, M., Plummer, V., Cooper, S., et Symmons, M. (2019). Clinical deterioration of ward patients in the presence of antecedents: A systematic review and narrative synthesis. *Australian Critical Care*, 32(5), 411-420. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.06.004>
- American Association of Colleges of Nursing. (2019a). *Employment of new nurse graduates and employer preferences for baccalaureate-prepared nurses: Research brief*. <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/Surveys-Data/Research-Brief-10-19.pdf>
- American Association of Colleges of Nursing. (2019b). *The impact of education on nursing practice: Fact sheet*. <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/Factsheets/Education-Impact-Fact-Sheet.pdf>
- Andersen, L. W., Holmberg, M. J., Berg, K. M., Donnino, M. W., et Granfeldt, A. (2019). In-hospital cardiac arrest: A review. *JAMA*, 321(12), 1200-1210. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1696>
- Andersson, Å., Frank, C., Willman, A. M., Sandman, P. O., et Hansebo, G. (2015). Adverse events in nursing: A retrospective study of reports of patient and relative experiences. *International Nursing Review*, 62(3), 377-385. <https://doi.org/10.1111/inr.12192>
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2006-2009). *Enquête nationale sur les effectifs étudiants et professoraux*. Rapports 2004-2005 à 2007-2008. <https://www.casn.ca/fr/about-casn/enquete>

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2010-2019). *Statistiques sur la formation d'infirmières et infirmiers au Canada*. Rapports 2008-2009 à 2017-2018. <https://www.casn.ca/fr/about-casn/enquete>

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2011). *La formation des infirmières et infirmiers autorisés au Canada : énoncé de position*. <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FREducationofRNsInCanadaFr1.pdf>

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2015). *Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière : rapport final*. <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL-FR-Framework-web.pdf>

Association des enseignantes et enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec. (2021). *Mémoire présenté par l'AEESICQ dans le cadre des États généraux de la profession infirmière « Au cœur de l'expertise infirmière » initiés par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/16.pdf>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada* (2^e éd.). https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/Cadre_de_pratique_des_infirmieres_et_infirmiers_au_Canada.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2021). *Les soins infirmiers réglementés au Canada : le portrait de 2021*. https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Regulated-Nursing-in-Canada_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec. (2021). *Les États généraux 2021 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : la perspective unique des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec : mémoire*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/14.pdf>

Association québécoise des infirmières en oncologie. (2021). *La contribution des infirmières en oncologie dans le réseau de la santé et des services sociaux en 2021 : mémoire présenté dans le cadre de l'exercice de consultation États généraux de l'OIIQ*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/41.pdf>

Association québécoise des infirmières et infirmiers en gériatrie. (2021). *Document présenté par l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gériatrie dans le cadre des États généraux de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/32.pdf>

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2021). *Mémoire de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQISM) en vue des États généraux de la profession infirmière*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/20.pdf>

Association québécoise des infirmières et infirmiers en systèmes et technologies de l'information. (2021). *La transformation numérique des pratiques infirmières : des enjeux à comprendre, des opportunités à saisir et des défis à surmonter pour permettre aux infirmières de pleinement contribuer à la santé des Québécois : mémoire présenté dans le cadre des États généraux de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/46.pdf>

Audet, L. A., Bourgault, P., et Rochefort, C. M. (2018). Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 128-146. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.007>

Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Tishelman, C., et Griffiths, P. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004>

Banque de données des statistiques officielles sur le Québec.(s.d.). *Effectif à l'enseignement collégial selon diverses variables, au trimestre d'automne, Québec*. <https://bdso.gouv.qc.ca>

Bernard, B. (2019, 4 décembre). *La pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers persiste au Canada*. Hiring Lab, Indeed. <https://www.hiringlab.org/fr-ca/blog/2019/12/04/infirmiers-au-canada/>

Bernard, L., Bévillard-Charrière, Q., Taha, S., et Holmes, D. (2021). Une revue intégrative de l'identité populaire de l'infirmière durant la pandémie de la COVID-19. *Recherche en soins infirmiers*, 145, 91-103.

Blaauw, D., Ditlopo, P., et Rispel, L. C. (2014). Nursing education reform in South Africa: Lessons from a policy analysis study. *Global Health Action*, 7, 26401. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.26401>

Blegen, M. A., Goode, C. J., Park, S. H., Vaughn, T., et Spetz, J. (2013). Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 43(2), 89-94. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31827f2028>

Boily, K., Charette, S., et Longpré, C. (2022, 4-5 mai). *Le niveau d'acquisition des activités professionnelles de l'infirmière débutante en lien avec la formation collégiale reçue* [communication par affiche]. 22^e Colloque de la maîtrise en sciences infirmières du réseau de l'Université du Québec.

Bolduc, J. (2018). *Évaluation des liens entre la composition des équipes de soins infirmiers et la qualité et sécurité des soins dans des unités de soins critiques* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21612/Bolduc_Jolianne_2018_memoire.pdf

Bourgon Labelle, J., Audet, L. A., Farand, P., et Rochefort, C. M. (2019). Are hospital nurse staffing practices associated with postoperative cardiac events and death? A systematic review. *PLoS One*, 14(10), e0223979. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223979>

BSN in 10, NY A. 1842, S. 6758 [Chapter 502] (2017). <https://www.nysenate.gov/legislation/bills/2017/s6768>

Bureau de coopération interuniversitaire. (2019). *Les compétences attendues à la fin d'un grade universitaire de premier cycle*. https://www.bci-qc.ca/wp-content/uploads/2019/04/Competences-attendues-fin-grade-univ-1er-cycle-5_avril_2019-2.pdf

Burston, S., Chaboyer, W., et Gillespie, B. (2014). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: A review and discussion of issues. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14). <https://doi.org/10.1111/jocn.12337>

Campaign for Action. (2022, 9 mars). *Welcome to the Future of Nursing: Campaign for Action: Dashboard*. https://campaignforaction.org/wp-content/uploads/2022/03/r4_CCNA-0029_2022-Dashboard-Indicator-Updates-copy-1.pdf

Castonguay, C. (2019, 11 février). Infirmières : une profession sous-évaluée [lettre d'opinion]. *La Presse*, section Débats, écran 4. https://plus.lapresse.ca/screens/d50e5fe9-6abb-40b6-bcda-452109a4594e__7C__0.html

Centre d'innovation en formation infirmière. (2016). *Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins québécois de l'enfant à l'adulte*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. https://cifi.umontreal.ca/fileadmin/cifi/Documents/CIFI_Referentiel_Comptence_Hospitalier_190125_HR.pdf

Centre FERASI. (2013). *Aligner la formation initiale des infirmières aux besoins de santé et de soins de la population québécoise et aux défis du système de santé : une étude comparative : rapport complet*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Chapados, C., Audétat, M.-C., et Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 11(1), 37-40. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol11no1/10-recherche.pdf>

Charron, M., Duhoux, A., Contandriopoulos, D., Page, C., et Lessard, L. (2017). Le rôle des infirmières dans les services de première ligne face aux personnes souffrant d'un trouble mental courant. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 289-303. <https://doi.org/10.7202/1040255ar>

Cho, E., Park, J., Choi, M., Lee, H. S., et Kim, E. Y. (2018). Associations of nurse staffing and education with the length of stay of surgical patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(2), 210-218. <https://doi.org/10.1111/jnu.12366>

Cho, E., Sloane, D. M., Kim, E. Y., Kim, S., Choi, M., Yoo, I. Y., Lee, H. S., et Aiken, L. H. (2015). Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 535-542. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.08.006>

Chua, W. L., Legido-Quigley, H., Ng, P. Y., McKenna, L., Hassan, N. B., et Liaw, S. Y. (2019). Seeing the whole picture in enrolled and registered nurses' experiences in recognizing clinical deterioration in general ward patients: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 95, 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.012>

CIRANO. (2017). *Part des activités cliniques et non cliniques réalisées par les médecins et infirmières*. <https://www.cirano.qc.ca/files/publications/2017RP-07.pdf>

CIRANO. (2021). *Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé : état de la situation, contraintes et facilitateurs*. <https://www.cirano.qc.ca/files/publications/2021RP-22.pdf>

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, RLRQ, chapitre I-8, r. 9. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 9/>

Code des professions, RLRQ, chapitre C-26. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-26/>

Collège des médecins du Québec. (2021). *Le baccalauréat en soins infirmiers : un minimum requis pour les défis du 21^e siècle*. Mémoire présenté dans le cadre des États généraux de l'OIIQ de 2021. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/36.pdf>

Comité de la formation des infirmières. (2011). *Avis sur la formation infirmière initiale*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis_formation_infirmiere_initiale.pdf

Comité de la formation des infirmières. (2014). *Avis sur la formation de la relève infirmière*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/oiiq_avis_formation_releve_infirmiere_2014.pdf

Comité de l'examen professionnel. (2021). *Révision du contenu de l'examen d'admission à la profession : avis*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Comité jeunesse. (2012). *Avis sur la formation de la relève infirmière*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-formation-releve-20120612.pdf>

Comité jeunesse. (2018a). *Plans de carrière et de développement professionnel : leviers pour la professionnalisation de la relève infirmière : avis*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-plans-de-carriere-et-developpement-professionnel-20180925-26.pdf>

Comité jeunesse. (2018b). *Vers une meilleure intégration de la relève infirmière : avis*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-integration-releve-ca-20180419-20.pdf>

Comité jeunesse. (2020). *Les changements climatiques et la pratique infirmière : prendre sa place en tant qu'acteur clé : avis*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/cj-avis-changements-climatiques-20200217.pdf>

Comité jeunesse. (2021a). *L'expertise infirmière : l'avis de la relève d'aujourd'hui*. Mémoire déposé dans le cadre des États généraux de la profession 2021. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/21.pdf>

Comité jeunesse. (2021b). *La préparation des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés : avis*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/cj-avis-preparation-inf-nouvellement-diplomes-20211022.pdf>

Conseil des ministres de l'Éducation (Canada). (2007). *Déclaration ministérielle sur l'assurance de la qualité des programmes d'enseignement menant à des grades au Canada*. <https://www.cmec.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/95/QA-Statement-2007.fr.pdf>

Conseil fédéral suisse. (2019, 13 décembre). *Ordonnance sur la reconnaissance des diplômes étrangers et l'équivalence des diplômes suisses délivrés en vertu de l'ancien droit dans les professions de la santé au sens de la LPSan* [Ordonnance sur la reconnaissance des professions de la santé, ORPSan], RS 811.214. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/19/fr>

Conseil supérieur de l'éducation. (2004). *Regard sur les programmes de formation technique et la sanction des études : poursuivre le renouveau au collégial*. <https://www.cse.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2020/01/50-0445-AV-regard-programmes-formation-technique-sanction-etudes.pdf>

Conseil supérieur de l'éducation. (2015). *Retracer les frontières des formations collégiales : entre l'héritage et les possibles*. <https://www.cse.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2015/09/50-0488-AV-frontieres-formations-collegiales.pdf>

Conseil supérieur de l'éducation. (2019). *Les collèges après 50 ans : regard historique et perspectives*. <https://www.cse.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2019/05/50-0510-AV-colleges-apres-50-ans.pdf>

Conseil supérieur de l'éducation. (2021). *Formation ordinaire : portrait de la formation collégiale* (Études et recherches). <https://www.cse.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2021/02/50-2115-ER-Formation-collegiale-portrait.pdf>

Covell, C. L., et Sidani, S. (2013). Nursing intellectual capital theory: Testing selected propositions. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2432-2445. <https://doi.org/10.1111/jan.12118>

D'Amour, D., Dubois, C. A., Tchouaket, E., Clarke, S., et Blais, R. (2014). The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: Cross sectional record review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 882-891. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.017>

Davis, K. M., Eckert, M. C., Hutchinson, A., Harmon, J., Sharplin, G., Shakib, S., et Caughey, G. E. (2021). Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 121, 103986. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103986>

Deng, F.-F. (2015). Comparison of nursing education among different countries. *Chinese Nursing Research*, 2(4), 96-98. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.11.001>

Déry, J. (2013). *L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10843/Dery_Johanne_2013_these.pdf

Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JO L 255 du 30.9.2005, art. 31. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj>

Donaldson, L. J., Panesar, S. S., et Darzi, A. (2014). Patient-safety-related hospital deaths in England: Thematic analysis of incidents reported to a national database, 2010-2012. *PLoS Medicine*, 11(6), e1001667. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001667>

Doyon, O., et Spycher, L. (2017). *Surveillance infirmière : dernier filet de sécurité du patient*. Lamarre.

Ducharme, F., Salois, R., et Boucher, G. (2021). *Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec : un changement porteur d'avenir*. Rapport des commissaires sur les États généraux de la profession infirmière, 20-21 mai 2021. <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>

École des sciences infirmières Ingram. (s.d.) *Master of Science (Applied) – Nursing*. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill. <https://www.mcgill.ca/nursing/programs/master-programs/msca-direct-entry>

Elkassabany, N. M., Passarella, M., Mehta, S., Liu, J., et Neuman, M. D. (2016). Hospital characteristics, inpatient processes of care, and readmissions of older adults with hip fractures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(8), 1656-1661. <https://doi.org/10.1111/jgs.14256>

Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L., et Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74-84. <https://doi.org/10.1097/00006199-200503000-00002>

Faculté des sciences infirmières. (2019). *Améliorer l'offre de stages dans les programmes de sciences infirmières à l'Université de Montréal*. Rapport de projet inédit. Université de Montréal.

Fédération des cégeps. (2021). *Au cœur de l'expertise infirmière : contribuer pleinement, pour la santé des Québécois : mémoire*. États généraux 2021 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/25.pdf>

Fox, L., Onders, R., Hermansen-Kobulnicky, C. J., Nguyen, T. N., Myran, L., Linn, B., et Hornecker, J. (2018). Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 127-135. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1399868>

Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., et Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research*, 43(4), 1145-1163. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00825.x>

Giroux, P., et Lachance, L. (2008). Élaboration et validation de l'échelle de la perception et du sentiment d'auto-efficacité en vidéocommunication (ÉPAV). *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire*, 5(2), 6-20. <https://doi.org/10.7202/037471ar>

Glerean, N., Hupli, M., Talman, K., et Haavisto, E. (2019). Perception of nursing profession: Focus group interview among applicants to nursing education. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 390-399. <https://doi.org/10.1111/scs.12635>

Gonseth, J., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., et Rodríguez-Artalejo, F. (2004). The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis of published reports. *European Heart Journal*, 25(18), 1570-1595. <https://doi.org/10.1016/j.ehj.2004.04.022>

Goodwin, J. S., Satish, S., Anderson, E. T., Nattinger, A. B., et Freeman, J. L. (2003). Effect of nurse case management on the treatment of older women with breast cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(9), 1252-1259. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51409.x>

Gouvernement de l'Ontario. (2001, 19 janvier). *Ontario invests \$49M for nursing education* [communiqué de presse]. <https://news.ontario.ca/en/release/91456/ontario-invests-49m-for-nursing-education>

Gouvernement du Québec. (2021, 23 septembre). *Main-d'œuvre dans le réseau de la santé – Québec annonce une série de mesures pour améliorer les conditions d'exercice des infirmières* [communiqué de presse]. <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/>

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., et Ball, J. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474-1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>

Grosso, S., Tonet, S., Bernard, I., Corso, J., De Marchi, D., Dorigo, L., Funes, G., Lussu, M., Oppio, N., Pais Dei Mori, L., et Palese, A. (2019). Non-nursing tasks as experienced by nurses: A descriptive qualitative study. *International Nursing Review*, 66(2), 259-268. <https://doi.org/10.1111/inr.12496>

Haas, S., Swan, B. A., et Haynes, T. (2013). Developing ambulatory care registered nurse competencies for care coordination and transition management. *Nursing Economics*, 31(1), 44-49, 43.

Haute école spécialisée de Suisse occidentale. (2018). *Profil de qualifications des formations en soins infirmiers : prise de position et recommandations du domaine santé de la HES-SO*. https://www.ecolelasource.ch/wp-content/uploads/C-dom_ES-HES_FR-web.pdf

Health Quality Ontario. (2013). *Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting: An evidence-based analysis* (Ontario Health Technology Assessment Series, vol. 13, n° 10). <https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/reports/full-report-specialized-nursing-practice-cdm-130906-en.pdf>

Hitch, W. J., Ulrich, I. P., Warren, A. C., Stick, D., Leyonmark, D., et Farrar, M. (2019). Evolution of interdisciplinary transition of care services in a primary care organization. *Pharmacy*, 7(4), 164. <https://doi.org/10.3390/pharmacy7040164>

Horntvedt, M. T., Nordsteien, A., Fermann, T., et Severinsson, E. (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: A thematic literature review. *BMC Medical Education*, 18(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>

Houle, D., Therrien, D., Nazon, E., Tchouaket, E. N., Denoncourt, A., et Reny, P. (2019). Développer l'identité professionnelle des étudiantes-infirmières : élément fondamental de la formation. *Perspective infirmière*, 16(5), 31-35. <https://www.oiiq.org/documents/20147/8153133/Revue-PI-vol-16-no5-complet-LR.pdf>

Institut canadien d'information sur la santé. (s.d.). Résultats par domaine et indicateur – Québec [tableau de données]. *Votre système de santé*. <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/endetail?lang=fr#/theme/C4000/2/>

Institut canadien d'information sur la santé. (2019). *Le personnel infirmier au Canada, 2018* [tableaux de données]. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nursing-in-canada-2018-data-tables-fr-web.xlsx>

Institut canadien d'information sur la santé. (2021). *Le personnel infirmier au Canada, 2020* [tableaux de données]. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nursing-in-canada-2011-2020-data-tables-fr.xlsx>

Institut de la statistique du Québec. (2021a, 17 juin). *Population selon l'âge et le sexe, scénario Référence A2021, Québec, 2020-2066* [tableau de données]. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/projections-de-population-le-quebec>

Institut de la statistique du Québec. (2021b, 29 septembre). *Estimations de la population selon l'âge et le sexe, Québec, 1^{er} juillet 1971 à 2021* [tableau de données]. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/population-et-structure-par-age-et-sexe-le-quebec/tableau/estimations-de-la-population-selon-lage-et-le-sexe-quebec>

Institut national de santé publique du Québec. (2016). *Le vieillissement au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/028-le-vieillissement-au-quebec.pdf>

Institut national de santé publique du Québec. (2019). *La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2577_prevalence_multimorbidite_quebec_2016_2017.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2021a). *Les changements climatiques : abrégé à l'intention des professionnels de la santé*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2777-changements-climatiques-abrege-professionnels-sante.pdf>

Institut national de santé publique du Québec. (2021b). *La santé cognitive des personnes âgées : pourquoi et comment la préserver?* <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2786-sante-cognitive-personnes-aiees.pdf>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec : état des connaissances*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018). *État des connaissances sur les modes d'organisation des services de soins intensifs*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Unite_soins_intensifs.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2021). *L'hospitalisation à domicile : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Soins_critiques/INESSS_HAD_EC.pdf

Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. National Academies Press. <https://www.nap.edu/catalog/12956/the-future-of-nursing-leading-change-advancing-health>

Jeppesen, E., Brurberg, K. G., Vist, G. E., Wedzicha, J. A., Wright, J. J., Greenstone, M., et Walters, J. A. (2012). Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, n° CD003573. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003573.pub2>

Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., et Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: Analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality & Safety*, 22(10), 809-815. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>

Johnston, M. J., Arora, S., King, D., Bouras, G., Almoudaris, A. M., Davis, R., et Darzi, A. (2015). A systematic review to identify the factors that affect failure to rescue and escalation of care in surgery. *Surgery*, 157(4), 752-763. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2014.10.017>

Joshi, R., Alim, M., Kengne, A. P., Jan, S., Maulik, P. K., Peiris, D., et Patel, A. A. (2014). Task shifting for non-communicable disease management in low and middle income countries: A systematic review. *PLoS One*, 9(8), e103754. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103754>

Jury citoyen sur le recours aux compétences infirmières. (2021). *Avis du jury citoyen sur le recours aux compétences infirmières dans l'offre de soins de santé au Québec*. Institut du nouveau monde. <https://www.oiiq.org/documents/20147/9950843/OIIQ-Jury-citoyen-Avis.pdf>

Karam, M., Chouinard, M. C., Poitras, M. E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N., et Hudon, C. (2021). Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: A scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 21, 16. <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>

Keith, A. C., Warshawsky, N., et Talbert, S. (2021). Factors that influence millennial generation nurses' intention to stay: An integrated literature review. *Journal of Nursing Administration*, 51(4), 220-226. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000001001>

Kendall-Gallagher, D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., et Cimiotti, J. P. (2011). Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 188-194. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01391.x>

KPMG. (2021). *Étude économique portant sur le baccalauréat comme norme d'entrée à la profession : rapport final*. Rapport préparé pour l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Kredo, T., Adeniyi, F. B., Bateganya, M., et Pienaar, E. D. (2014). Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD007331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007331.pub3>

Kronick, S. L., Kurz, M. C., Lin, S., Edelson, D. P., Berg, R. A., Billi, J. E., Cabanas, J. G., Cone, D. C., Diercks, D. B., Foster, J. J., Meeks, R. A., Travers, A. H., et Welsford, M. (2015). 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care: Part 4: Systems of care and continuous quality improvement. *Circulation*, 132(18, suppl. 2), S397-S413. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000258>

Kutney-Lee, A., et Aiken, L. H. (2008). Effect of nurse staffing and education on the outcomes of surgical patients with comorbid serious mental illness. *Psychiatric Services*, 59(12), 1466-1469. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1466>

Kutney-Lee, A., Lake, E. T., et Aiken, L. H. (2009). Development of the hospital nurse surveillance capacity profile. *Research in Nursing & Health*, 32(2), 217-228. <https://doi.org/10.1002/nur.20316>

Kutney-Lee, A., Sloane, D. M., et Aiken, L. H. (2013). An increase in the number of nurses with baccalaureate degrees is linked to lower rates of postsurgery mortality. *Health Affairs*, 32(3), 579-586. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0504>

Lahtinen, P., Leino-Kilpi, H., et Salminen, L. (2014). Nursing education in the European higher education area: Variations in implementation. *Nurse Education Today*, 34(6), 1040-1047. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.011>

Lake, E. T., Riman, K. A., et Lee, C. S. (2022). The association between hospital nursing resource profiles and nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 30(3), 836-845. <https://doi.org/10.1111/jonm.13553>

Lambrinou, E., Kalogirou, F., Lamnisis, D., et Sourtzi, P. (2012). Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 610-624. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.002>

Lasater, K. B., Sloane, D. M., McHugh, M. D., Porat-Dahlerbruch, J., et Aiken, L. H. (2021). Changes in proportion of bachelor's nurses associated with improvements in patient outcomes. *Research in Nursing & Health*, 44(5), 787-795. <https://doi.org/10.1002/nur.22163>

Liao, L. M., Sun, X. Y., Yu, H., et Li, J. W. (2016). The association of nurse educational preparation and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 42, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.029>

Lindh Falk, A., Hult, H., Hammar, M., Hopwood, N., et Abrandt Dahlgren, M. (2018). Nursing assistants matters: An ethnographic study of knowledge sharing in interprofessional practice. *Nursing Inquiry*, 25(2), e12216. <https://doi.org/10.1111/nin.12216>

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q. 2002, chapitre 33. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, L.Q. 2009, chapitre 28. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ, chapitre O-7.2. <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/o-7.2>

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, chapitre I-8. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/I-8>

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, chapitre S-4.2. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, RLRQ, chapitre S-5. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-5>

Mackey, A., et Bassendowski, S. (2017). The history of evidence-based practice in nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>

Manojlovich, M., Sidani, S., Covell, C. L., et Antonakos, C. L. (2011). Nurse dose: Linking staffing variables to adverse patient outcomes. *Nursing Research*, 60(4), 214-220. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31822228dc>

Massey, D., Chaboyer, W., et Anderson, V. (2017). What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nursing Open*, 4(1), 6-23. <https://doi.org/10.1002/nop2.53>

McAlister, F. A., Stewart, S., Ferrua, S., et McMurray, J. J. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: A systematic review of randomized trials. *Journal of the American College of Cardiology*, 44(4), 810-819. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2004.05.055>

McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., et Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382-388. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182726cc5>

McVicar, A., Andrew, S., et Kemble, R. (2014). Biosciences within the pre-registration (pre-requisite) curriculum: An integrative literature review of curriculum interventions 1990-2012. *Nurse Education Today*, 34(4), 560-568. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.012>

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., et Tan, A. (2018). The first U.S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety, and patient outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16-25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *La santé, autrement dit...* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-245-02.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Rapport du président du Groupe de travail sur la formation de la relève infirmière* [Rapport Durand]. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-945-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014, 25 septembre). *Projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* [présentation]. <https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/Presentation-info-techniquePL10.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015a). *Au fil de la réorganisation*, 1(4). https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/bulletinPL10/14-127-06_vol1_no4.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015b). *Programme national de santé publique 2015-2025*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

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*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-924-11W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Portrait du personnel des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux (2019-2020)* [fichier de données]. Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre, MSSS. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/ressources-humaines/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Plan stratégique 2019-2023* (éd. rev.). https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_20-717-01W_MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021b). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux, et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2015). *Entente de principe intervenue entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/cibles-medecins/Entente.pdf>

Ministère de l'Éducation. (2000). *Projet de formation infirmière intégrée : rapport du Comité des spécialistes soumis au Comité directeur sur la formation infirmière intégrée*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs42157>

Ministère de l'Éducation. (2002). *Élaboration des programmes d'études techniques : cadre général - cadre technique*. https://www.inforoutefpt.org/ministere_docs/adminInfo/guideProgramme/cadre_general_technique_FT.pdf

Ministère de l'Éducation. (2005). *Analyse comparative de modèles de qualification professionnelle*. https://www.inforoutefpt.org/ministere_docs/adminInfo/AnalyseComparModelesQualifProf.pdf

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2008a). *Soins infirmiers : programme d'études techniques 180.A0, version 2007*. <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1762703>

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2008b). *Soins infirmiers : programme d'études techniques 180.B0, version 2007*. <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1762705>

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2010). *La formation professionnelle et technique au Québec : un aperçu*. https://www.inforoutefpt.org/ministere_docs/statistiques/fptauQuebec.pdf

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2020). *La relance au collégial en formation technique, 2018*. http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/administration/librairies/documents/Ministere/acces_info/Statistiques/Enquetes_Relance/Collegial/Relance_collegial_2018_FT.pdf

Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science. (1993). *Des collèges pour le Québec du XXI^e siècle : l'enseignement collégial québécois: orientations d'avenir et mesures de renouveau*. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1561339>

Ministère des Relations internationales et de la Francophonie. (2014, 6 février). *Mobilité professionnelle Québec-France : les infirmières françaises en exercice au Québec bénéficieront de meilleures conditions* [communiqué de presse]. <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/mobilite-professionnelle-quebec-france---les-infirmieres-francaises-en-exercice-au-quebec-beneficieront-de-meilleures-conditions-513689861.html>

Mooney, M., Glacken, M., et O'Brien, F. (2008). Choosing nursing as a career: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 28(3), 385-392. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.07.006>

Morin, M., et Lessard, L. (2019). L'étendue effective de la pratique des infirmières dans les services de proximité en région éloignée. *Recherche en soins infirmiers*, 138(3), 75-93. <https://doi.org/10.3917/rsi.138.0075>

Mushta, J., K, L. R., et Andersen, E. (2018). Failure to rescue as a nurse-sensitive indicator. *Nursing Forum*, 53(1), 84-92. <https://doi.org/10.1111/nuf.12215>

O'Brien, D., Knowlton, M., et Whichello, R. (2018). Attention health care leaders: Literature review deems baccalaureate nurses improve patient outcomes. *Nursing Education Perspectives*, 39(4), E2-E6. <https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000000303>

Observatoire suisse de la santé. (2016). *Personnel de santé en Suisse : état des lieux et projections à l'horizon 2030* (Obsan Rapport 71). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_71_rapport_corr.pdf

Office des professions du Québec. (1996). *Approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels : vers un système professionnel plus souple et mieux adapté : cadre de référence*. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Rapport_etude/Janvier1996_Reserve-ET-partage-actes-professionnels.pdf

Office des professions du Québec. (2003). *Loi 90 (2002, chapitre 33), Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (sanctionnée le 14 juin 2002) : cahier explicatif*. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf

Office des professions du Québec. (2005). *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines : rapport du Comité d'experts* [Rapport Trudeau]. http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/13_Rapport_Trudeau-Sante-ment.pdf

Office des professions du Québec. (2019). *Demande de rehaussement d'un diplôme donnant ouverture à un permis ou à un certificat de spécialiste d'un ordre professionnel : guide d'élaboration d'une demande de rehaussement*. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Rehaussement_d_un_diplôme/Guide-MEMOIRE_Rehaussement_2019-09-03.pdf

Office des professions du Québec. (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif* (éd. rev.). https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf

Olshansky, E. F. (2017). Social determinants of health: The role of nursing. *American Journal of Nursing*, 117(12), 11. <https://doi.org/10.1097/01.Naj.0000527463.16094.39>

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2014). *La formation initiale de l'infirmière auxiliaire : un enjeu crucial pour l'avenir de la profession : document de réflexion*. <https://www.oiaq.org/files/publication/document-de-reflexion.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2001). Le contexte évolutif de la réglementation des soins infirmiers. Dans *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec* (p. 1-10). <https://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/vision/pdf/chap1.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). *L'intégration du plan thérapeutique infirmier à la pratique clinique*.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* (2^e éd.).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010a). *Mourir dans la dignité : développer d'abord les soins palliatifs*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/Mourir+dans+la+dignité_Final_261MA.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010b). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/263NS_doc.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011a). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec : norme professionnelle*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011b). *Regards sur la formation infirmière : où se situe le Québec?*

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011c). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec : document d'orientation*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270GCO_doc.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation*.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3^e éd.). https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2020, 9 novembre). *Forum virtuel 2020 – Au cœur de l'expertise infirmière* [vidéo]. <https://youtu.be/JVYWuskKkvY>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*. https://www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et Collège des médecins du Québec. (2015). *Prescription infirmière : guide explicatif conjoint*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1451_doc.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1278421/retrieve>

Orique, S. B., Despins, L., Wakefield, B. J., Erdelez, S., et Vogelsmeier, A. (2019). Perception of clinical deterioration cues among medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2627-2637. <https://doi.org/10.1111/jan.14038>

Padilla, R. M., et Mayo, A. M. (2018). Clinical deterioration: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1360-1368. <https://doi.org/10.1111/jocn.14238>

Pantazopoulos, I., Tsoni, A., Kouskouni, E., Papadimitriou, L., Johnson, E. O., et Xanthos, T. (2012). Factors influencing nurses' decisions to activate medical emergency teams. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2668-2678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04080.x>

Perrin, K. O. (2017). What is critical care? Dans K. O. Perrin et C. E. MacLeod (dir.), *Understanding the essentials of critical care nursing* (3^e éd., p. 1-22). Pearson.

Porat-Dahlerbruch, J., Aiken, L. H., Lasater, K. B., Sloane, D. M., et McHugh, M. D. (2021, 8 novembre). Variations in nursing baccalaureate education and 30-day inpatient surgical mortality. *Nursing Outlook*. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.09.009>

Price, S. L., McGillis Hall, L., Angus, J. E., et Peter, E. (2013). Choosing nursing as a career: A narrative analysis of Millennial nurses' career choice of virtue. *Nursing Inquiry*, 20(4), 305-316. <https://doi.org/10.1111/nin.12027>

Randall, S., Crawford, T., Currie, J., River, J., et Betihavas, V. (2017). Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 24-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008>

Raymond, A., James, A., Jacob, E., et Lyons, J. (2018). Influence of perceptions and stereotypes of the nursing role on career choice in secondary students: A regional perspective. *Nurse Education Today*, 62, 150-157. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.12.028>

Règlement sur certaines activités de première assistance chirurgicale pouvant être exercées par une infirmière, RLRQ, chapitre M-9, r. 1.1. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/M-9, r. 1.1/>

Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, RLRQ, chapitre M-9, r. 12.001. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9, r. 12.001/>

Règlement sur la classe de spécialité d'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ, chapitre I-8, r. 7.1. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 7.1/>

Règlement sur la délivrance d'un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, RLRQ, chapitre I-8, r. 13.1. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 13.1/>

Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux, RLRQ, chapitre I-8, r. 15.1. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 15.1/>

Règlement sur le certificat d'immatriculation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ, chapitre I-8, r. 7.01. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 7.01/>

Règlement sur le permis de psychothérapeute, RLRQ, chapitre C-26, r. 222.1. <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26, r. 222.1/>

Règlement sur le régime des études collégiales, RLRQ, chapitre C-29, r. 4. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/c-29, r. 4/>

Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers, RLRQ, chapitre I-8, r. 2. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 2/>

Règlement sur les autorisations légales d'exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier hors du Québec qui donnent ouverture au permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ, chapitre I-8, r. 7. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 7/>

Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ, chapitre I-8, r. 11. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 11/>

Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ, chapitre I-8, r. 13. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 13/>

Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels, RLRQ, chapitre C-26, r. 2. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26, r. 2/>

Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées, RLRQ, chapitre I-8, r. 15.1.1.1. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 15.1.1.1/>

Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ, chapitre I-8, r. 16. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 16/>

Rhéaume, A., Dykeman, M., Davidson, P., et Ericson, P. (2007). The impact of health care restructuring and baccalaureate entry to practice on nurses in New Brunswick. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(2), 130-139. <https://doi.org/10.1177/1527154407300797>

Rice, V. H., Heath, L., Livingstone-Banks, J., et Hartmann-Boyce, J. (2017). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD001188. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001188.pub5>

Rocheffort, C. M., Beauchamp, M. E., Audet, L. A., Abrahamowicz, M., et Bourgault, P. (2020). Associations of 4 nurse staffing practices with hospital mortality. *Medical Care*, 58(10), 912-918. <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001397>

- Ross, S., Curry, N., et Goodwin, N. (2011). *Case management: What it is and how it can best be implemented*. King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf
- Sanjeev, A., Jadhav, S. T., et Ramaprasad, A. (2021). Linking nursing education to practice in India. *Nursing Forum*, 56(3), 758-762. <https://doi.org/10.1111/nuf.12580>
- Schmutz, J. B., Meier, L. L., et Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(9), e028280. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. (2011). *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé : mémoire*. <https://sidiief.org/wp-content/uploads/2019/09/Memoire-FormationUniversitaire-FR.pdf>
- 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_-adoptee_22052012.pdf
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. (2015). *La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale : mémoire*. <https://sidiief.org/wp-content/uploads/2019/09/Memoire-QualiteSoin-FR.pdf>
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. (2019). *L'état de la formation infirmière dans différents pays francophones, 2018*. SIDIIEF.
- Sin, M. K., et Bliquez, R. (2017). Teaching evidence based practice to undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 33(6), 447-451. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.06.003>
- Sirois, C., et Ouellet, N. (2018). La déprescription chez les aînés et le rôle des infirmières pour tendre vers des polymédications appropriées, une revue narrative de la littérature. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 4(1), 20-29. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.12.001>
- Stotts, J. R., Lyndon, A., Chan, G. K., Bekmezian, A., et Rehm, R. S. (2020). Nursing surveillance for deterioration in pediatric patients: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 59-74. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.10.008>
- Swan, B. A., Haas, S., et Jessie, A. T. (2019). Care coordination: Roles of registered nurses across the care continuum. *Nursing Economic\$, 37(6)*, 317-323.
- Taskin Yilmaz, F., Tiryaki Sen, H., et Demirkaya, F. (2014). Job perception patterns of nurses and midwives and their expectations for the future [turc]. *Journal of Health and Nursing Management*, 1(3), 130-139. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2014.130>
- Tchouaket, E., Dubois, C. A., et D'Amour, D. (2017). The economic burden of nurse-sensitive adverse events in 22 medical-surgical units: Retrospective and matching analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), 1696-1711. <https://doi.org/10.1111/jan.13260>
- Ten Hoeve, Y., Castelein, S., Jansen, W. S., Jansen, G. J., et Roodbol, P. F. (2017). Nursing students' changing orientation and attitudes towards nursing during education: A two year longitudinal study. *Nurse Education Today*, 48, 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.009>

Tourangeau, A. E., Cranley, L. A., et Jeffs, L. (2006). Impact of nursing on hospital patient mortality: A focused review and related policy implications. *Quality & Safety in Health Care*, 15(1), 4-8. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014514>

Van den Heede, K., Sermeus, W., Diya, L., Clarke, S. P., Lesaffre, E., Vleugels, A., et Aiken, L. H. (2009). Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: Cross-sectional analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 928-939. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.007>

van Ginneken, N., Chin, W. Y., Lim, Y. C., Ussif, A., Singh, R., Shahmalak, U., Purgato, M., Rojas-García, A., Uphoff, E., McMullen, S., Foss, H. S., Thapa Pachya, A., Rashidian, L., Borghesani, A., Henschke, N., Chong, L. Y., et Lewin, S. (2021). Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD009149. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009149.pub3>

Van Spall, H. G., Rahman, T., Mytton, O., Ramasundarahettige, C., Ibrahim, Q., Kabali, C., Coppens, M., Brian Haynes, R., et Connolly, S. (2017). Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: A systematic review and network meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 19(11), 1427-1443. <https://doi.org/10.1002/ehf.765>

Vanak, J. M. (2014). *The effects of changes in the hospital nursing workforce and practice environment on the outcomes of surgical oncology patients: A two-stage panel study* [thèse de doctorat, University of Pennsylvania]. <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3292&context=edissertations>

Voyer, P. (2016). Personne âgée. Dans O. Doyon et S. Longpré (dir.), *Évaluation clinique d'une personne symptomatique* (p. 807-838). Pearson ERPI.

Voyer, P. (2021). L'usage optimal des médicaments chez les aînés en perte d'autonomie. Dans P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (3^e éd., p. 409-438). Pearson ERPI.

Voyer, P., Cyr, N., Abran, M. C., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., Desrochers, A., Joyal, C., Jacques, I., Lavoie, V., Malenfant, P., Poirier, K., et Tremblay, S. (2016). Les ratios infirmière/résidents en CHSLD : pénurie de soins ou pénurie d'infirmières? *Perspective infirmière*, 13(3), 45-50. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no03/13-organisation.pdf>

Wieczorek-Wójcik, B., Gaworska-Krzemińska, A., Szykiewicz, P., Wójcik, M., Orzechowska, M., et Kilańska, D. (2022). Cost-effectiveness analysis of improving nurses' education level in the context of in-hospital mortality. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 996. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020996>

Wong, J., et Wong, S. (1999). Contribution of basic sciences to academic success in nursing education. *International Journal of Nursing Studies*, 36(4), 345-354. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(99\)00032-2](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(99)00032-2)

Yakusheva, O., Lindrooth, R., et Weiss, M. (2014a). Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: A patient-level analysis. *Medical Care*, 52(10), 864-869. <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000189>

Yakusheva, O., Lindrooth, R., et Weiss, M. (2014b). Nurse value-added and patient outcomes in acute care. *Health Services Research*, 49(6), 1767-1786. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12236>

Young, W. B., Lehrer, E. L., et White, W. D. (1991). The effect of education on the practice of nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 105-108. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00652.x>

Zambas, S. I., Smythe, E. A., et Koziol-Mclain, J. (2016). The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11, 32090. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.32090>



Annexes

Annexe 1

Groupes de travail d'experts et de chercheurs de la profession infirmière

Afin d'enrichir les réflexions de l'OIIQ quant aux enjeux et opportunités relatifs à la formation initiale des infirmières, 17 experts et chercheurs ont été conviés, au cours des mois de mai et juin 2021, à des sessions de travail portant sur des thématiques spécifiques. Leur contribution à ce processus de consultation a permis de recueillir des perspectives riches et plurielles.

L'OIIQ assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu de ce mémoire; les conclusions qui y sont contenues ne reflètent pas forcément les vues ou opinions des experts et chercheurs consultés aux fins de son élaboration. Les vues ou opinions exprimées par ces experts et chercheurs lors du processus de consultation préalable n'engagent qu'eux-mêmes et ne sauraient être considérées comme constituant une prise de position officielle des établissements d'enseignement auxquels sont affiliés ou employés ces derniers.

Groupe 1 – Portrait au seuil d'entrée à la profession (GT1) – 4 mai 2021

Marie-Josée Godin	Professeure adjointe École des sciences infirmières Université de Sherbrooke
Johanne Goudreau	Professeure titulaire Faculté des sciences infirmières Université de Montréal
Mélanie Lavoie-Tremblay	Professeure agrégée* École des sciences infirmières Ingram Université McGill

* Occupation au moment de la collaboration.

Groupe 2 – Portée des formations collégiales et universitaires (GT2) – 13 mai 2021*

Annie Paquin Collins	Enseignante Département des soins infirmiers Cégep de Sainte-Foy
Kathleen Lechasseur	Vice-doyenne aux études de 1 ^{er} cycle et à la formation continue Faculté des sciences infirmières Université Laval
Marie-Josée Ouellet	Coordonnatrice de programme Département des soins infirmiers Cégep de Sainte-Foy

* M. Henry Markovits, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, a contribué par les travaux de son laboratoire de recherche à la réflexion sur le raisonnement clinique. M. Markovits n'a pas assisté à la séance de travail.

Groupe 3 – Contexte contemporain de la pratique infirmière (GT3) – 17 mai 2021

Anne Bourbonnais	Professeure agrégée Faculté des sciences infirmières Université de Montréal
Arnaud Duhoux	Professeur agrégé Faculté des sciences infirmières Université de Montréal
Patricia Germain	Professeure titulaire Département des sciences infirmières Université du Québec à Trois-Rivières
Lily Lessard	Professeure titulaire Département des sciences de la santé Université du Québec à Rimouski

Groupe 4 – Formation universitaire en sciences infirmières : impacts (GT4) – 27 mai 2021

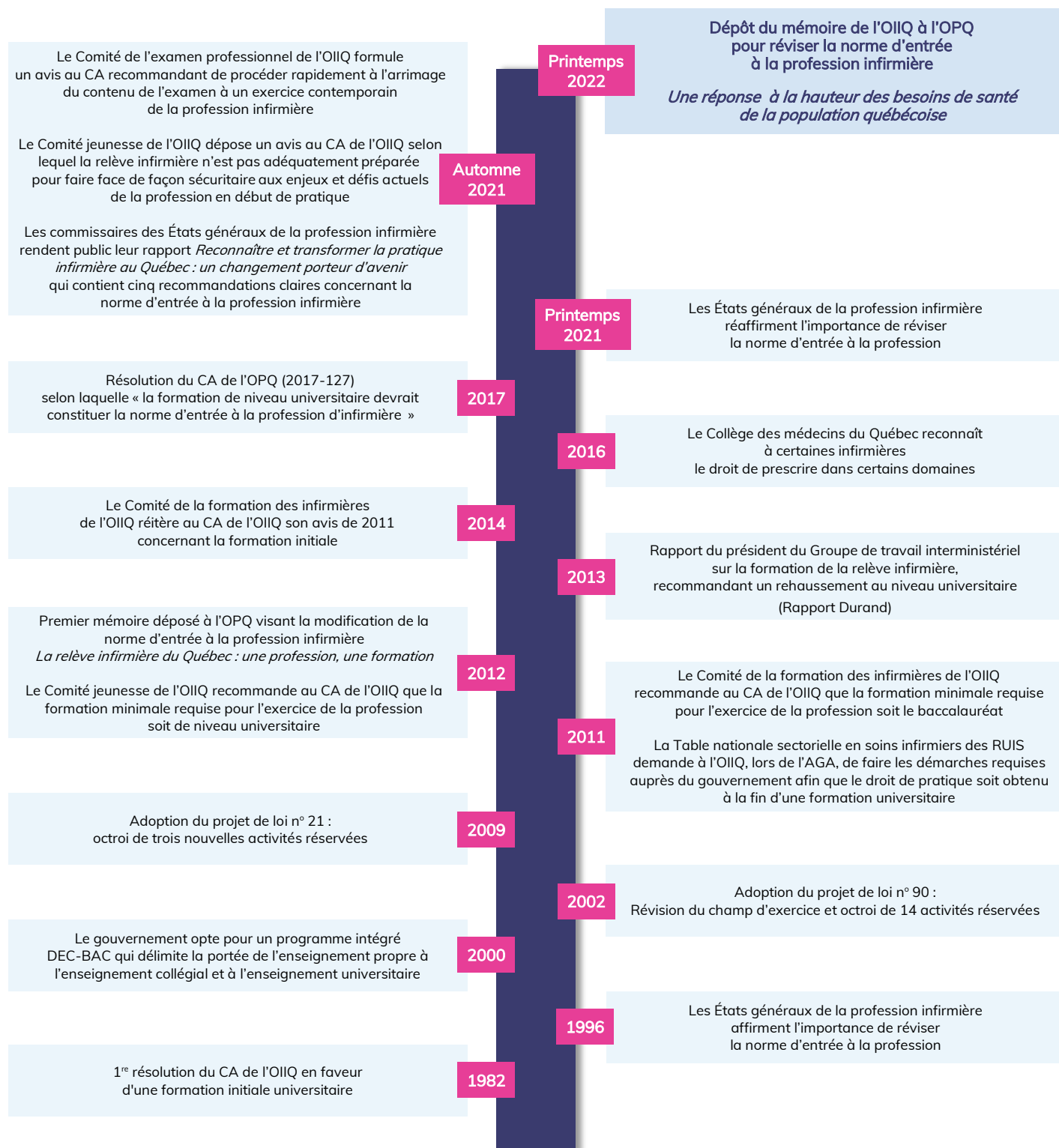
Julianne Bolduc	Doctorante École de santé publique Université de Montréal
Christian Rochefort	Professeur-chercheur École des sciences infirmières Université de Sherbrooke
Eric Tchouaket	Professeur agrégé Département des sciences infirmières Université du Québec en Outaouais

Groupe 5 – Impact d'une nouvelle norme d'entrée à la profession sur la formation universitaire (GT5) – 22 juin 2021

Johanne Goudreau	Professeure titulaire Faculté des sciences infirmières Université de Montréal
Louise Murray	Directrice, Bureau des partenariats cliniques École des sciences infirmières Ingram Université McGill
Véronique Roberge	Professeure Directrice, Module des sciences infirmières et des programmes IPSPL Département des sciences de la santé Université du Québec à Chicoutimi

Annexe 2

Sommaire historique des efforts de modification de la norme d'entrée à la profession infirmière



Annexe 3

Perspective internationale des voies d'entrée à la profession infirmière

Pays	Une seule voie d'entrée universitaire	Une seule voie d'entrée non universitaire	Deux voies d'entrée ou plus à la profession (universitaire et non universitaire)	Références
Afrique du Sud			X	Blaauw et al., 2014
Albanie		X		Lahtinen et al., 2014
Andorre	X			Lahtinen et al., 2014
Arménie		X		Lahtinen et al., 2014
Autriche			X	Lahtinen et al., 2014
Azerbaïdjan		X		Lahtinen et al., 2014
Belgique			X	SIDIIEF, 2019
Bosnie-Herzégovine	X			Lahtinen et al., 2014
Bulgarie		X		Lahtinen et al., 2014
Burkina Faso	X			SIDIIEF, 2019
Cameroun			X	SIDIIEF, 2019
Canada			X	SIDIIEF, 2019
Croatie		X		Lahtinen et al., 2014
Chine			X	Deng, 2015
Chypre	X			Lahtinen et al., 2014
République tchèque			X	Lahtinen et al., 2014
Danemark		X		Lahtinen et al., 2014
Estonie		X		Lahtinen et al., 2014
Finlande		X		Lahtinen et al., 2014
France	X			Lahtinen et al., 2014; SIDIIEF, 2019
Géorgie		X		Lahtinen et al., 2014
Allemagne			X	Lahtinen et al., 2014
Grèce			X	Lahtinen et al., 2014
Hongrie			X	Lahtinen et al., 2014
Inde			X	Sanjeev et al., 2021

Islande	X			Lahtinen et al., 2014
Irlande	X			Lahtinen et al., 2014
Italie	X			Lahtinen et al., 2014
Kazakhstan		X		Lahtinen et al., 2014
Lettonie			X	Lahtinen et al., 2014
Liban			X	SIDIIEF, 2019
Lituanie			X	Lahtinen et al., 2014
Luxembourg		X		Lahtinen et al., 2014; SIDIIEF, 2019
Malte	X			Lahtinen et al., 2014
Moldavie		X		Lahtinen et al., 2014
Monténégro		X		Lahtinen et al., 2014
Pays-Bas			X	Lahtinen et al., 2014
Maroc			X	SIDIIEF, 2019
Norvège		X		Lahtinen et al., 2014
Pologne		X		Lahtinen et al., 2014
Portugal		X		Lahtinen et al., 2014
Roumanie		X		Lahtinen et al., 2014; SIDIIEF, 2019
Russie		X		Lahtinen et al., 2014
Serbie			X	Lahtinen et al., 2014
Slovaquie			X	Lahtinen et al., 2014
Slovénie		X		Lahtinen et al., 2014
Espagne	X			Lahtinen et al., 2014
Sénégal		X		SIDIIEF, 2019
Suède			X	Lahtinen et al., 2014
Suisse			X	Lahtinen et al., 2014
Suisse romande	X			SIDIIEF, 2019
Turquie			X	Lahtinen et al., 2014
Ukraine		X		Lahtinen et al., 2014
Royaume-Uni	X			Lahtinen et al., 2014

Note : L'appellation « une seule voie d'entrée universitaire » signifie que l'accès à la profession infirmière est seulement donné par une université, donc n'inclut pas par exemple les collèges. De plus, il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de tous les pays offrant une formation permettant l'accès à la profession infirmière. Seules les informations issues de sources fiables ont été incluses (p. ex. : revue systématique des écrits). Les comparaisons effectuées dans ce document entre les différents pays visent à aider à la compréhension de la situation de la formation infirmière selon une perspective internationale, mais elles ne permettent pas de formuler des équivalences à travers les différents programmes de formation.

Annexe 4

Composantes du champ d'exercice infirmier

Activités centrales de l'exercice infirmier	Évaluer l'état de santé¹ Consiste en un processus d'évaluation structuré et personnalisé à la personne. Il comprend une collecte de données ainsi que l'interprétation et l'analyse de ces données, ce qui permet de poser un jugement clinique sur la condition de santé de la personne et d'émettre des constats. Ceux-ci doivent être communiqués et peuvent mener à la formulation d'une opinion professionnelle ou de recommandations, le cas échéant.
	Déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers² À la suite de son évaluation, l'infirmière doit identifier des objectifs de soins infirmiers adaptés à la condition de santé de la personne et à ses attentes. Par la suite, elle doit déterminer et planifier l'ensemble des interventions pertinentes (soins et traitements infirmiers et médicaux) pour l'atteinte de ces objectifs, et les documenter au plan de soins et de traitements infirmiers. S'assurer de la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers implique nécessairement pour l'infirmière d'exercer une surveillance clinique de l'évolution de la condition de santé de la personne, d'ajuster la planification et les interventions au besoin et d'assurer un suivi clinique infirmier, en collaboration avec le patient.
	Prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux³ Les soins et les traitements infirmiers et médicaux sont l'ensemble des activités réalisées par l'infirmière et qui visent le maintien, le rétablissement ou l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie, mais aussi la prévention de la maladie, des accidents, des problèmes sociaux et du suicide, de même que la réadaptation. Que les soins et les traitements aient été déterminés par l'infirmière elle-même ou une autre infirmière, ou encore qu'ils fassent l'objet d'une ordonnance, le fait de les prodiguer requiert de l'infirmière qu'elle détermine et assure la surveillance clinique appropriée de la condition de santé de la personne en fonction des soins et traitements réalisés, de les ajuster, le cas échéant, et d'en assurer le suivi.
Objectifs de l'exercice infirmier	Maintenir et rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement⁴ L'exercice infirmier doit avoir pour but de « maintenir et de rétablir la santé d'une personne, de favoriser son autonomie au regard de son état de santé et de son bien-être, selon ses capacités et les ressources comprises dans son environnement, et ce, quelles que soient l'étape de la vie ou la phase de la maladie. Cela signifie que l'infirmière intervient tout au long de la trajectoire de soins, y compris la phase de réadaptation »⁵. On entend par « l'être humain en interaction avec son environnement » l'intervention auprès des individus, des couples, des familles, des groupes, des collectivités et des organisations⁵.
	Prévenir la maladie⁶ La prévention de la maladie regroupe les activités (enseignement, conseils, interventions) qui visent à réduire les risques actuels ou potentiels pour la santé liés aux habitudes de vie, aux transitions de la vie ou à l'environnement. La prévention de la maladie, des accidents, des problèmes sociaux et du suicide, faite par l'infirmière, aide aussi le patient « à déceler les problèmes potentiels liés à ces risques et à s'adapter aux problèmes actuels pour préserver sa santé et son bien-être »⁷.
	Fournir des soins palliatifs⁷ Les soins palliatifs sont les soins prodigués dans une approche multidisciplinaire et destinés à soulager la souffrance (qu'elle soit physique ou psychologique) plutôt qu'à guérir, et dont l'objectif est le confort de la personne⁸. Dans la cadre de ces soins, « l'infirmière connaît l'évolution de la maladie, reconnaît les réactions de deuil ou de perte chez le client, et accompagne le client et la famille »⁷.

¹ OIIQ, 2010b, 2016; OPQ, 2003; 2021.

² OIIQ, 2006, 2010b, 2016.

³ OIIQ, 2010b, 2016.

⁴ OIIQ, 2016.

⁵ OPQ, 2021.

⁶ OIIQ, 2009, 2010b.

⁷ OIIQ, 2010b.

⁸ OIIQ, 2010a.

Annexe 5

Activités réservées des infirmières

- 1 Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- 2 Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- 3 Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- 4 Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2).
- 5 Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.
- 6 Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.
- 7 Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent.
- 8 Appliquer des techniques invasives.
- 9 Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal.
- 10 Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
- 11 Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- 12 Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*.
- 13 Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.
- 14 Décider de l'utilisation des mesures de contention.
- 15 Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5).
- 16 Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.
- 17 Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement, dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Annexe 6

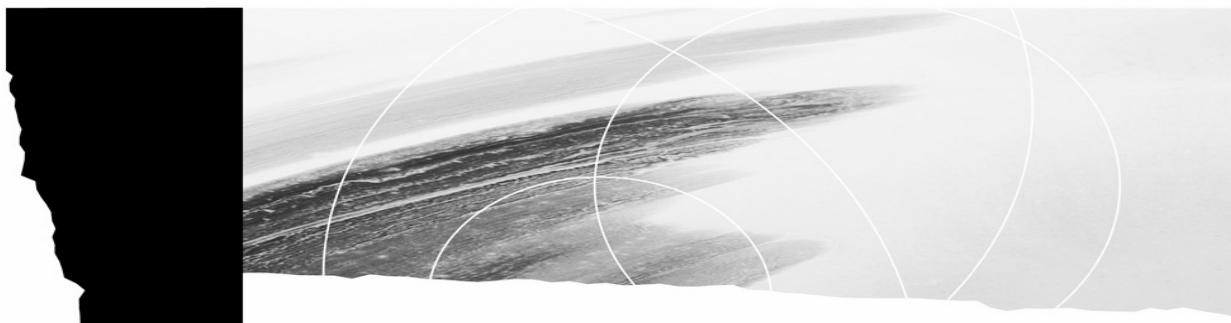
Programmes d'études techniques

Soins infirmiers 180.A0 et Soins infirmiers 180.B0

La présente annexe fournit un extrait des deux programmes d'études techniques en soins infirmiers.

Pour consulter en ligne la version intégrale des programmes :

- [Soins infirmiers : programme d'études techniques 180.A0](#)
- [Soins infirmiers : programme d'études techniques 180.B0](#)



180.A0**Soins infirmiers**

Année d'approbation : 2007

Type de sanction :	Diplôme d'études collégiales
Nombre d'unités :	91 2/3 unités
Durée totale :	2 805 heures-contact

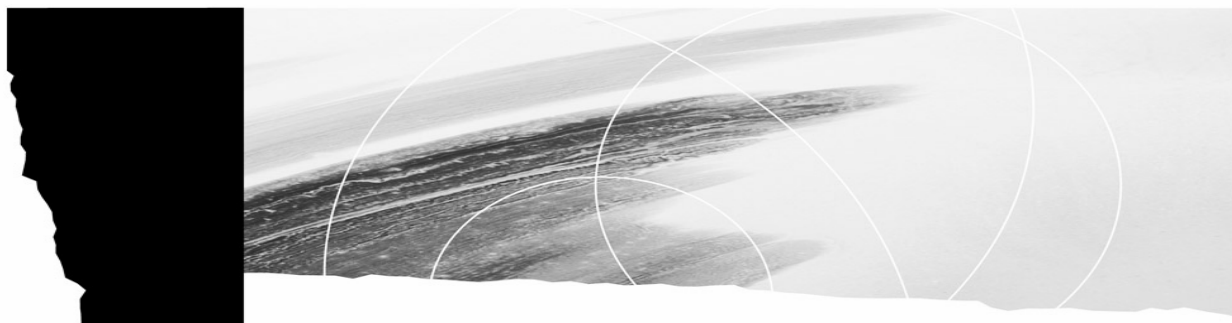
Formation générale :	660 heures-contact
Formation spécifique :	2 145 heures-contact

Durée maximale allouée à l'enseignement clinique : 1 035 heures-contact

Conditions d'admission :

Est admissible au programme la personne qui satisfait aux conditions générales d'admission définies dans le *Règlement sur le régime des études collégiales*, et le cas échéant, aux conditions particulières suivantes :

- Sciences physiques 436
- Chimie 534



180.B0**Soins infirmiers**

Année d'approbation : 2007

Type de sanction :	Diplôme d'études collégiales
Nombre d'unités :	76 2/3 unités
Durée totale :	2 175 heures-contact

Formation générale :	660 heures-contact
Formation spécifique :	1 515 heures-contact

Durée maximale allouée à l'enseignement clinique : 570 heures-contact**Conditions d'admission :**

Est admissible au programme la personne qui satisfait aux conditions générales d'admission définies dans le *Règlement sur le régime des études collégiales*, et le cas échéant, aux conditions particulières suivantes :

- Diplôme d'études professionnelles *Santé, assistance et soins infirmiers*
- Sciences physiques 436
- Chimie 534

Présentation du programme d'études

Le programme d'études *Soins infirmiers* s'inscrit dans les finalités et les orientations de la formation technique qui guident l'action du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; en fonction du cadre réglementaire, le programme est défini par compétences et formulé par objectifs et par standards.

Le programme d'études *Soins infirmiers* comprend une composante de formation générale qui est commune à tous les programmes d'études (16 2/3 unités), une composante de formation générale qui est propre au programme (6 unités), une composante de formation générale qui est complémentaire aux autres composantes (4 unités) et une composante de formation spécifique de 50 unités.

Pour sa composante de formation spécifique, ce programme a été conçu suivant le cadre d'élaboration des programmes d'études techniques. L'approche implique la participation de partenaires des milieux du travail et de l'éducation et elle tient compte de facteurs tels que les besoins de formation, la situation de travail et les buts généraux de la formation technique. Les objectifs et standards servent à la définition des activités d'apprentissage et à leur évaluation, cette dernière responsabilité appartenant aux établissements d'enseignement collégial. La réussite du programme d'études permet à l'élève de se qualifier pour exercer sa profession en fonction des compétences attendues à l'entrée sur le marché du travail et la teneur de ses apprentissages contribue à assurer sa polyvalence.

Particularités du programme Soins infirmiers 180.B0

Le programme d'études *Soins infirmiers* – 180.B0 est une adaptation du programme d'études *Soins infirmiers* – 180.A0. Il est conçu à l'intention exclusive des personnes détentrices du diplôme d'études professionnelles *Santé, assistance et soins infirmiers*. Élaboré dans une optique de cheminement professionnel et de continuité des formations, il permet le passage de la fonction d'infirmière auxiliaire ou d'infirmier auxiliaire à celle d'infirmière ou d'infirmier.

La personne qui a terminé le programme d'études *Santé, assistance et soins infirmiers* peut ainsi poursuivre sa formation en Soins infirmiers au niveau collégial. Les apprentissages faits dans le programme d'études professionnelles *Santé, assistance et soins infirmiers* lui permettront d'acquérir, dans un laps de temps plus court, les compétences de la composante de formation spécifique du programme d'études menant à l'obtention du diplôme d'études techniques (DEC).

Le nombre d'heures alloué pour la composante de formation spécifique dans le programme d'études *Soins infirmiers* – 180.A0 est donc réduit du tiers pour le programme d'études *Soins infirmiers* – 180.B0, passant de 2 145 à 1 515 heures. La composante de formation générale occupe quant à elle 660 heures, établissant la durée totale du programme d'études *Soins infirmiers* – 180.B0 à 2 175 heures.

L'information relative aux travaux qui ont permis cette passerelle de formation est présentée dans le document *Analyse comparative des programmes d'études Santé, assistance et soins infirmiers conduisant au diplôme d'études professionnelles (DEP) et Soins infirmiers – 180.A0 conduisant au diplôme d'études collégiales (DEC)*.

- 0001 Analyser des textes littéraires de genres variés et de différentes époques.
- 0002 Expliquer les représentations du monde contenues dans des textes littéraires de genres variés et de différentes époques.
- 0003 Apprécier des textes de la littérature québécoise.
- 00B1 Traiter d'une question philosophique de façon rationnelle.
- 000E Discuter des conceptions philosophiques de l'être humain.
- 0015 Comprendre et exprimer des messages simples en anglais.
- ou
- 0007 Communiquer en anglais avec une certaine aisance.
- ou
- 0008 Communiquer avec aisance en anglais sur des thèmes sociaux, culturels ou littéraires.
- ou
- 0009 Traiter en anglais de thèmes culturels et littéraires.
- 0064 Situer sa pratique de l'activité physique parmi les habitudes de vie favorisant la santé.
- 0065 Améliorer son efficacité lors de la pratique d'une activité physique.
- 0066 Démontrer sa capacité à prendre en charge sa pratique de l'activité physique dans une perspective de santé.

Formation générale propre**(6 unités)**

- 000K Produire différents types de discours oraux et écrits.
- 000T Porter un jugement sur des problèmes éthiques de la société contemporaine.
- 0016 Communiquer en anglais de façon simple en utilisant des formes d'expression d'usage courant liées à son champ d'études.
- ou
- 000M Communiquer en anglais avec une certaine aisance en utilisant des formes d'expression d'usage courant liées à son champ d'études.
- ou
- 000N Communiquer avec aisance en anglais en utilisant des formes d'expression d'usage courant liées à son champ d'études.
- ou
- 000P Communiquer de façon nuancée en anglais dans différentes formes de discours.

Formation générale complémentaire**(4 unités)**

- 000V Situer l'apport particulier des sciences humaines au regard des enjeux contemporains.
- 000W Analyser l'un des grands problèmes de notre temps selon une ou plusieurs approches propres aux sciences humaines.
- 000X Expliquer la nature générale et quelques-uns des enjeux actuels de la science et de la technologie.
- 000Y Résoudre un problème simple par l'application de la démarche scientifique de base.
- 000Z Communiquer dans une langue moderne de façon restreinte.
- 0010 Communiquer dans une langue moderne sur des sujets familiers.
- 0067 Communiquer avec une certaine aisance dans une langue moderne.
- 0011 Reconnaître le rôle des mathématiques ou de l'informatique dans la société contemporaine.
- 0012 Se servir d'une variété de notions et de procédés et utiliser des outils mathématiques ou informatiques à des fins d'usage courant.
- 0013 Apprécier diverses formes d'art issues de pratiques d'ordre esthétique.
- 0014 Réaliser une production artistique.

- 01Q0 Analyser la fonction de travail.
- 01Q1 Développer une vision intégrée du corps humain et de son fonctionnement.
- 01Q2 Composer avec les réactions et les comportements d'une personne.
- 01Q3 Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle.
- 01Q4 Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins.
- 01Q5 Établir une communication aidante avec la personne et ses proches.
- 01Q6 Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé.
- 01Q7 Relier des désordres immunologiques et des infections aux mécanismes physiologiques et métaboliques.
- 01Q8 Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier.
- 01Q9 Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique.
- 01QA Enseigner à la personne et à ses proches.
- 01QB Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé.
- 01QC S'adapter à différentes situations de travail.
- 01QD Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants.
- 01QE Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie.
- 01QF Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession.
- 01QG Appliquer des mesures d'urgence.
- 01QH Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité.
- 01QJ Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers.
- 01QK Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et en chirurgie dans des services ambulatoires.
- 01QL Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale.
- 01QM Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement.

- 01Q0 Analyser la fonction de travail.
- 01Q1 Développer une vision intégrée du corps humain et de son fonctionnement.
- 01Q2 Composer avec les réactions et les comportements d'une personne.
- 01Q3 Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle.
- 01Q4 Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins.
- 01Q5 Établir une communication aidante avec la personne et ses proches.
- 01Q6 Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé.
- 01Q7 Relier des désordres immunologiques et des infections aux mécanismes physiologiques et métaboliques.
- 01Q8 Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier.
- 01Q9 Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique.
- 01QA Enseigner à la personne et à ses proches.
- 01QB Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé.
- 01QC S'adapter à différentes situations de travail.
- 01QD Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants.
- 01QE Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie.
- 01QF Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession.
- 01QG Appliquer des mesures d'urgence.
- 01QH Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité.
- 01QJ Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers.
- 01QK Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et en chirurgie dans des services ambulatoires.
- 01QL Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale.
- 01QM Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement.

Buts de la formation spécifique

Le programme d'études *Soins infirmiers* vise à former des personnes aptes à exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier. Les diplômées et diplômés du programme d'études doivent également, pour obtenir le droit de pratique, réussir l'examen préalable à l'obtention du permis d'exercice délivré par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

L'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers définit de la façon suivante l'exercice de la profession :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.³ »

Conformément à l'article 36, 14 activités sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier :

- évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
- initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (2001, chapitre 60);
- effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
- effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
- déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
- appliquer des techniques invasives;
- contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi post-natal;
- effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
- procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*;
- mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
- décider de l'utilisation des mesures de contention.

De plus, en vertu de l'article 39.4 du Code des professions,⁴ l'infirmière ou l'infirmier peut, dans l'exercice de ses fonctions, intervenir auprès des individus, des familles et des collectivités en matière d'information, de promotion de la santé et de prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux.

La conception de la profession véhiculée dans le programme d'études est encadrée par cette loi et rend compte des nouvelles réalités en matière de santé et de soins. Elle est aussi tributaire de la philosophie des soins de santé primaires préconisée par l'Organisation mondiale de la santé⁵. Enfin, le programme d'études s'inspire des concepts intégrateurs (personne, santé, environnement, soin), des croyances et des postulats retenus par l'OIIQ (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec) comme assises de l'exercice de la profession.

3 Loi sur les infirmières et les infirmiers, article 36

4 Code des professions, article 39.4

5 Organisation mondiale de la santé. Santé pour tous en l'an 2000, Genève. (1978).

À leur entrée sur le marché du travail, l'infirmière et l'infirmier formés à l'ordre d'enseignement collégial exerceront leur rôle professionnel auprès de personnes et de leurs proches, dans les différents établissements publics et privés du réseau de la santé. Elles ou ils pourront intervenir, dans le contexte de soins de courte et de longue durée, auprès d'une clientèle en périnatalité, auprès d'enfants, d'adolescentes et d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées.

Conformément aux buts généraux de la formation, la composante de formation spécifique du programme d'études *Soins infirmiers* vise à :

- Rendre la personne efficace dans l'exercice d'une profession, soit :
 - lui permettre, dès l'entrée sur le marché du travail, de jouer les rôles, d'exercer les fonctions et d'exécuter les tâches et les activités associées à une profession;
 - lui permettre d'évoluer adéquatement dans un milieu de travail (ce qui implique des connaissances et des habiletés techniques et technologiques en matière de communication, de résolution de problèmes, de prise de décisions, d'éthique, de santé et de sécurité, etc.).
- Favoriser l'intégration de la personne à la vie professionnelle, soit :
 - lui faire connaître le marché du travail en général ainsi que le contexte particulier de la profession choisie;
 - lui faire connaître ses droits et ses responsabilités comme travailleur ou travailleuse.
- Favoriser l'évolution de la personne et l'approfondissement de savoirs professionnels, soit :
 - lui permettre de développer son autonomie et sa capacité d'apprendre ainsi que d'acquérir des méthodes de travail;
 - lui permettre de comprendre les principes sous-jacents aux techniques et aux technologies utilisées;
 - lui permettre de développer sa faculté d'expression, sa créativité, son sens de l'initiative et son esprit d'entreprise;
 - lui permettre d'adopter des attitudes essentielles à son succès professionnel, de développer son sens des responsabilités et de viser l'excellence.
- Favoriser la mobilité professionnelle de la personne, soit :
 - lui permettre d'adopter une attitude positive à l'égard des changements;
 - lui permettre de se donner des moyens pour gérer sa carrière, notamment par la sensibilisation à l'entrepreneurship.

Le programme d'études techniques *Soins infirmiers* constitue une formation initiale. Un certain nombre d'activités professionnelles de l'infirmière et de l'infirmier, par exemple l'intervention en soins critiques, l'enseignement des soins infirmiers, la gestion, la recherche, pour ne nommer que celles-là, font appel à des connaissances et à des habiletés cliniques plus poussées qui relèvent d'une formation universitaire. La personne détentrice du diplôme d'études collégiales qui aspire à ces autres rôles pourra poursuivre sa formation à l'ordre d'enseignement universitaire.

Intentions éducatives en formation spécifique

Les intentions éducatives en formation spécifique s'appuient sur des valeurs et préoccupations importantes et qui servent de guide aux interventions auprès de l'étudiante ou de l'étudiant. Elles touchent généralement des dimensions significatives du développement professionnel et personnel qui n'ont pas fait l'objet de formulations explicites au niveau des buts de la formation ou des objectifs et standards. Elles peuvent porter sur des attitudes importantes, des habitudes de travail, des habiletés intellectuelles, etc.

Pour le programme d'études *Soins infirmiers* les intentions éducatives en formation spécifique sont les suivantes :

- acquérir une vision holistique de la personne et du soin;
- développer une approche clinique individualisée, respectueuse de la personne;
- développer une pensée réflexive;
- développer un jugement clinique;
- développer la capacité de communiquer et d'interagir avec les personnes, les équipes de travail et les autres intervenantes et intervenants;
- développer la capacité d'adaptation aux personnes, aux différentes réalités, aux différentes situations et environnements de travail;
- développer une identité et un agir professionnels;
- développer le souci de parfaire et de maintenir ses compétences.

Matrice des compétences

La matrice des compétences permet d'avoir un aperçu global du programme d'études techniques. Elle regroupe l'ensemble des composantes du programme d'études, et situe chacune des compétences de la formation spécifique.

La matrice des compétences comprend :

- les compétences générales de la formation spécifique qui portent sur des activités de travail communes à différentes tâches ou situations;
- les compétences particulières, qui portent sur des tâches directement rattachées à l'exercice de la profession.

La matrice des compétences permet de voir les liens qui existent entre les compétences générales, placées à l'horizontale, et les compétences particulières, placées à la verticale. Le symbole (o) indique un lien, dans l'exercice de la profession, entre une compétence particulière et une compétence générale.

L'ordre de présentation des compétences de la formation spécifique reflète la conception du programme d'études, mais n'infère pas l'application qu'on en fera. La matrice des compétences est fournie à titre indicatif.

MATRICE DES COMPÉTENCES

[illegible]

Annexe 7

Liste des établissements d'enseignement et des diplômes donnant ouverture au permis de l'OIIQ

Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels
RLRQ, chapitre C-26, r. 2., art. 1.17 et 2.02

Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------|--|
| ➤ Campus Notre-Dame-de-Foy | ➤ Cégep de Saint-Hyacinthe | ➤ Cégep Limoilou |
| ➤ Cégep André-Laurendeau | ➤ Cégep de Saint-Jérôme | ➤ Cégep régional de Lanaudière-Collège constituant de Joliette |
| ➤ Cégep Beauce-Appalaches | ➤ Cégep de Saint-Laurent | ➤ Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu |
| ➤ Cégep de Baie-Comeau | ➤ Cégep de Sept-Îles | ➤ Champlain College Lennoxville |
| ➤ Cégep de Chicoutimi | ➤ Cégep de Shawinigan | ➤ Champlain College Saint-Lambert |
| ➤ Cégep de Drummondville | ➤ Cégep de Sherbrooke | ➤ Collège d'Alma |
| ➤ Cégep de Granby | ➤ Cégep de Sorel-Tracy | ➤ Collège de Bois-de-Boulogne |
| ➤ Cégep de Jonquière | ➤ Cégep de Thetford | ➤ Collège de Maisonneuve |
| ➤ Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue | ➤ Cégep de Trois-Rivières | ➤ Collège Ellis |
| ➤ Cégep de l'Outaouais | ➤ Cégep de Valleyfield | ➤ Collège Lionel Groulx |
| ➤ Cégep de la Gaspésie et des Îles | ➤ Cégep de Victoriaville | ➤ Collège Montmorency |
| ➤ Cégep de La Pocatière | ➤ Cégep du Vieux Montréal | ➤ Collège Rosemont |
| ➤ Cégep de Matane | ➤ Cégep Édouard Montpetit | ➤ Dawson College |
| ➤ Cégep de Rimouski | ➤ Cégep Garneau | ➤ John Abbott College |
| ➤ Cégep de Rivière-du-Loup | ➤ Cégep Gérald-Godin | ➤ Vanier College |
| ➤ Cégep de Sainte-Foy | ➤ Cégep Héritage College | |
| ➤ Cégep de Saint-Félicien | ➤ Cégep Lévis | |

Diplômes d'études universitaires en sciences infirmières

- | | |
|--|---|
| Baccalauréat ès sciences (B. Sc.) | ➤ Université de Montréal |
| | ➤ Université de Sherbrooke |
| | ➤ Université du Québec à Chicoutimi |
| | ➤ Université du Québec à Trois-Rivières |
| | ➤ Université du Québec en Outaouais |
| | ➤ Université Laval |
| Bachelor of Science (Nursing) (B. Sc.(N.)) | ➤ Université McGill |
| Master of Science, Applied, (M. Sc. A.) in Nursing | ➤ Université McGill |

Annexe 8

Liste des établissements d'enseignement et des diplômes donnant ouverture aux certificats de spécialistes

Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels
RLRQ, chapitre C-26, r. 2., art. 1.17

Certificat de spécialiste infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ➤ Cumul du diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) en sciences infirmières (infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie) et de la maîtrise en sciences infirmières (M. Sc.) (infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie) | • Université du Québec en Outaouais |
| ➤ Cumul du Master of Science, Applied (M.Sc.A.) in Nursing (Non-Thesis): Neonatology Nurse Practitioner et du Graduate Diploma in Neonatal Nurse Practitioner ou cumul du Graduate Certificate in Theory in Neonatology et du Graduate Diploma in Neonatal Nurse Practitioner | • Université McGill |

Certificat de spécialiste infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes

- | | |
|--|--------------------------|
| ➤ Cumul de la maîtrise en sciences infirmières (M. Sc.) en soins à la clientèle adulte et du diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) en sciences infirmières, pratique spécialisée en soins à la clientèle adulte | • Université Laval |
| ➤ Cumul de la maîtrise en sciences infirmières (M. Sc.), option pratique infirmière avancée et du diplôme complémentaire de pratique infirmière avancée, option soins aux adultes | • Université de Montréal |

Certificat de spécialiste infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques

- | | |
|--|--|
| ➤ Cumul du diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) en sciences infirmières (infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques) et de la maîtrise en sciences infirmières (M. Sc.) (infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques) | • Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
• Université du Québec en Outaouais |
| ➤ Cumul du Master of Science, Applied (M.Sc.A.) in Nursing (Non-Thesis): Pediatric Nurse Practitioner et du Graduate Diploma in Pediatric Nurse Practitioner ou cumul du Graduate Certificate in Theory in Pediatrics et du Graduate Diploma in Pediatric Nurse Practitioner | • Université McGill |

Certificat de spécialiste infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

- | | |
|---|--|
| ➤ Cumul de la maîtrise en sciences infirmières (M. Sc.) en soins de première ligne et du diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) en sciences infirmières en pratique spécialisée en soins de première ligne | • Université Laval |
| ➤ Cumul du Master of Science, Applied (M.Sc.A.) in Nursing (Non-Thesis): Primary Care Nurse Practitioner et du Graduate Diploma in Primary Care Nurse Practitioner ou cumul du Graduate Certificate in Theory in Primary Care et du Graduate Diploma in Primary Care Nurse Practitioner | • Université McGill |
| ➤ Cumul de la maîtrise en sciences infirmières (M. Sc.), option pratique infirmière avancée et du diplôme complémentaire de pratique infirmière avancée, option soins de première ligne | • Université de Montréal |
| ➤ Cumul de la maîtrise en sciences infirmières (M. Sc.), cheminement menant aux études spécialisées en soins de première ligne et du diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) de 2 ^e cycle en soins de première ligne | • Université de Sherbrooke |
| ➤ Cumul du diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) en sciences infirmières (infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne) et de la maîtrise en sciences infirmières (M. Sc.) (infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne) | • Université du Québec à Chicoutimi
• Université du Québec à Trois-Rivières
• Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
• Université du Québec en Outaouais |

Certificat de spécialiste infirmière praticienne spécialisée en santé mentale

- | | |
|---|---|
| ➤ Cumul de la maîtrise en sciences infirmières (M. Sc.), option pratique infirmière avancée et du diplôme complémentaire de pratique infirmière avancée, option soins en santé mentale | • Université de Montréal |
| ➤ Cumul du diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) en sciences infirmières (infirmière praticienne spécialisée en santé mentale) et de la maîtrise en sciences infirmières (M. Sc.) (infirmière praticienne spécialisée en santé mentale) | • Université du Québec à Chicoutimi
• Université du Québec à Rimouski
• Université du Québec à Trois-Rivières
• Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
• Université du Québec en Outaouais |
| ➤ Cumul du Master of Science, Applied (M.Sc.A.) in Nursing (Non-Thesis): Mental Health Nurse Practitioner et du Graduate Diploma in Mental Health Nurse Practitioner ou cumul du Graduate Certificate in Theory in Mental Health et du Graduate Diploma in Mental Health Nurse Practitioner | • Université McGill |

Certificat de spécialiste infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections

- | | |
|---|----------------------------|
| ➤ Diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) de 2 ^e cycle en prévention et contrôle des infections | • Université de Sherbrooke |
| ➤ Diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) en prévention et contrôle des infections | • Université de Montréal |

Annexe 9

Exemples de fiches descriptives de programmes d'études techniques en soins infirmiers

Soins infirmiers 180.A0

- Cégep André-Laurendeau
- Collège Lionel-Groulx
- Collège Montmorency

Soins infirmiers 180.B0

- Cégep de Sept-Îles

No. du cours	Titre du cours	Heures-contact		Pondération	Unités		Préalables	Compétences
		form. gén.	form. spéc.		form. gén.	form. spéc.		
Session 1 : Automne								
340-101-MQ	Philo I : Philosophie et rationalité	4		3-1-3	2 1/3			4PH0
601-100-AL	Français 1 : Littérature et communication	4		2-2-2	2			4EFP
109-101-MQ	Éduc. physique I :Activité physique et santé	2		1-1-1	1			4EP0
202-3A3-RE	Cours complémentaire : Chimie pour Soins infirmiers I	3		2-1-3	2			003R
101-181-AL	Biologie I		4	3-1-2		2		01Q1
180-111-AL	Soins en médecine chirurgie 1		10	4-[3-3]-4		4 2/3		01Q0-01Q3-01Q4-01QE
350-111-AL	Psychologie du développement humain et relation d'aide 1		3	2-1-2		1 2/3		01Q2-01Q5
Sous total		13	17		7 1/3	8 1/3		
Session 2 : Hiver								
601-101-MQ	Français 2 : Écriture et littérature	4		2-2-3	2 1/3		PA 601-100-AL	4EF0
202-4A3-RE	Cours complémentaire : Chimie pour Soins infirmiers II	3		2-1-3	2		PA202-3A3-RE	003R
101-182-AL	Biologie 2		4	3-1-3		2 1/3	PA101-181-AL	01Q1
180-211-AL	Soins en médecine chirurgie 2		9	3-[1-5]-3		4	PA 180-111-AL PA101-181-AL CA 180-213-AL	01Q4-01Q8-01QE
180-313-AL	Partenariat avec client/famille		3	2-1-1		1 1/3	PA 350-111-AL	01Q5
180-213-AL	Pharmacothérapie		3	2-1-2		1 2/3	PA 180-111-AL CA 180-211-AL	01Q9
387-380-AL	Santé et société		3	3-0-2		1 2/3		01Q6
Sous-total		7	22		4 1/3	11		
Session 3 : Automne								
L'élève choisit entre le bloc A ou le bloc B								
BLOC A :								
340-102-MQ	Philo II : L'être humain	3		3-0-3	2		PA340-101-MQ	4PH1
101-381-AL	Immunologie et maladies infectieuses		4	2-2-3		2 1/3	PR101-182-AL	01Q7
180-312-AL	Soins en périnatalité		9	3-[1-5]-3		4	PA 180-211-AL PA 180-213-AL PA180-313-AL	01QA-01Q4-01QH
180-314-AL	Soins à la communauté		5	1-[0-4]-1		2	PA 180-211-AL PA 180-213-AL PA 180-313-AL	01QB
180-322-AL	Soins en pédiatrie		9	3-[1-5]-3		4	PA 180-211-AL PA 180-213-AL PA 180-313-AL	01Q4-01Q8-01QJ
350-311-AL	Psychologie du développement humain et relation d'aide 2		3	2-1-2		1 2/3	PR180-313-AL	01Q2
Sous total		3	30		2	14		
BLOC B:								
601-102-MQ	Français 3 : Littérature et imaginaire	4		3-1-3	2 1/3		PA601-101-MQ	4EF1
109-102-MQ	Éduc. physique II : Activité physique et efficacité	2		0-2-1	1			4EP1
101-183-AL	Biologie 3		6	4-2-3		3	PA101-182-AL	01Q1
180-411-AL	Soins en médecine-chirurgie 3		15	3-[2-10]4		6 1/3	PA 180-211-AL PA 180-213-AL PA 180-313-AL	01Q4-01Q8-01QE
180-413-AL	Mesures d'urgence		3	1-2-3		2	PA180-211-AL PA180-213-AL	01QG
Sous total		6	24		3 1/3	11 1/3		

No. du cours	Titre du cours	Heures-contact		Pondération	Unités		Préalables	Compétences
		form. gén.	form. spéc.		form. gén.	form. spéc.		
Session 4 : Hiver								
L'élève choisit entre le bloc A ou le bloc B								
BLOC A :								
601-102-MQ	Français 3 : Littérature et imaginaire	4		3-1-3	2 1/3		PA601-101-MQ	4EF1
109-102-MQ	Éduc. physique II : Activité physique et efficacité	2		0-2-1	1			4EP1
101-183-AL	Biologie 3		6	4-2-3		3	PA101-182-AL	01Q1
180-411-AL	Soins en médecine-chirurgie 3		15	3-[2-10]4		6 1/3	PA 180-211-AL PA 180-213-AL CA 180-313-AL	01Q4-01Q8-01QE
180-413-AL	Mesures d'urgence		3	1-2-3		2	PA180-211-AL PA180-213-AL	01QG
Sous total			22					
Bloc B :								
340-102-MQ	Philo II : L'être humain	3		3-0-3	2		PA340-101-MQ	4PH1
350-311-AL	Psychologie du développement humain et relation d'aide 2		3	2-1-2		1 2/3	PR180-313-AL	01Q2-01Q5
101-381-AL	Immunologie et maladies infectieuses		4	3-1-3		2 1/3	PR101-182-AL	01Q7
180-312-AL	Soins en périnatalité		9	3-[1-5]-3		4	PA 180-211-AL PA 180-213-AL PA180-313-AL	01QA-01Q4-01QH
180-322-AL	Soins en pédiatrie		9	3-[1-5]-3		4	PA 180-211-AL PA 180-213-AL PA 180-313-AL	01Q4-01Q8-01QJ
180-314-AL	Soins à la communauté		5	1-[0-4]-1		2	PA 180-211-AL PA 180-213-AL PA 180-313-AL	01QB
Session 5 :Automne								
109-103-MQ	Éduc. physique III : Activité physique et autonomie	2		1-1-1	1		PA 109-101-MQ et 109-102-MQ	4EP2
601-103-MQ	Français 4 : Littérature québécoise	4		3-1-4	2 2/3		PA601-102-MQ	4EF2
604-xxx-MQ	Anglais général : 100 ou 101 ou 102 ou 103 (selon le test)	3		2-1-3	2			4SA0-4SA1 4SA2-4SA3
180-512-AL	Soins à la clientèle en perte d'autonomie		12	3-[2-7]3		5	PA101-183-AL et PA101-381-AL PA 180-312-AL PA 180-322-AL PA 180-332-AL PA 180-411-AL PA 180-313-AL	01Q4-01Q8-01QD-01QM
180-532-AL	Soins en santé mentale et psychiatrie *		9	2-[0-7]1		3 1/3	PA 180-312-AL PA 180-322-AL PA 180-332-AL PA 180-411-AL PA 180-313-AL	01QL- 01Q8-01Q4
387-280-AL	Famille et santé		3	3-0-2		1 2/3		01Q6
Sous total			24		42 2/3	10		
Session 6 : Hiver								
340-410-MQ	Philo. propre : Éthique	3		3-0-3	2		PA340-101-MQ	4PHP
604-xxx-MQ	Anglais propre : 200 ou 220 ou 230 ou 240 (selon le test)	3		2-1-3	2		PA anglais général	4SAP-4SAQ-4SAR-4SAS
180-614-AL	Intégration en médecine-chirurgie ** (cours porteur E.S.P.)		13	2-[0-11]-2		5	**	01QC-01QE-01Q9-01Q4
180-615-AL	Soins ambulatoires*		10	0-[0-10]-1		3 2/3	PA 180-512-AL	01QK-01Q4
180-616-AL	Engagement à la profession infirmière**		3	3-0-2		1 2/3	**	01QC-01QF-01Q0
Sous total		6	26		4	10 1/3		

CA: Cours associés c'est à dire que les cours doivent être suivis à la même session ou avoir été réussis précédemment.

* Ce cours peut être suivi à la 5e ou 6ième session, selon la disponibilité des milieux de stage

** L'étudiant doit être en fin de programme pour s'inscrire à ce cours, il doit être en mesure d'obtenir son diplôme d'études collégiales au plus tard en décembre de la même année

Grille de cours adoptée au Comité programme le : 8 novembre 2017

Grille de cours adoptée à la Commission des études le : 16 novembre 2017

Grille de cours officialisée le : 12 décembre 2017

GRILLE DE COURS
Légende des rubriques de la grille de cours ci-dessous

Préalables absolus : Les cours indiqués dans la colonne « Préalables absolus » doivent être réussis avant de s'inscrire au cours indiqué dans la colonne « Titre ».

Préalables relatifs : Une note d'au moins 50 % doit avoir été obtenue dans les cours indiqués dans la colonne « Préalables relatifs » pour pouvoir s'inscrire au cours indiqué dans la colonne « Titre ».

Cours associés : Les cours indiqués dans la colonne « Cours associés » doivent être suivis avant ou au plus tard à la même session que le cours indiqué dans la colonne « Titre ».

Pondération : Le nombre d'heures par semaine de cours théoriques (T), de laboratoires ou travaux pratiques (L), d'enseignement clinique (C) et de travail personnel à faire en dehors des heures en classe (P).

Session : La session à laquelle est offert le cours indiqué dans la colonne « Titre », soit, automne (A), hiver (H) ou aux deux sessions (A/H).

Charge de travail : Le nombre total d'heures exigées par semaine, selon la pondération (T + L + C + P).

COURS		PRÉALABLES ABSOLUS	PRÉALABLES RELATIFS	COURS ASSOCIÉS	PONDÉRATION				SESSION	CHARGE DE TRAVAIL
CODE	TITRE				T	L	C	P		
SESSION 1	109-101 -MQ	Activité physique et santé			1	1	0	1	A/H	43 H / Sem
	601-101 -MQ	Écriture et littérature			2	2	0	3	A/H	
	101-UE1 -LG	Homéostasie : les fondements biologiques du corps humain			2	3	0	2	A	
	180-UE0 -LG	Au coeur de la pratique infirmière			2	1	0	2	A	
	180-UE1 -LG	Principes généraux de pharmacothérapie clinique			3	2	0	2	A	
	180-UE2 -LG	Initiation à l'approche clinique (perte d'autonomie)		101-UE1 180-UE0 180-UE1 350-UE1	2	2	3	3	A	
	350-UE1 -LG	Communication aidante : de l'enfant à la personne âgée			1	2	0	1	A	
Total :					13	13	3	14		
SESSION 2	109-102 -MQ	Activité physique et efficacité	109-101		0	2	0	1	A/H	49 H / Sem
	340-101 -MQ	Philosophie et rationalité			3	1	0	3	A/H	
	601-102 -MQ	Littérature et imaginaire	601-101		3	1	0	3	A/H	
	101-UE2 -LG	Homéostasie : agression, défense et prévention contre les infections	101-UE1 180-UE2		2	2	0	2	H	
	180-UE3 -LG	Utilisation des méthodes de soins les plus communes	180-UE1	180-UE2	0	4	0	3	H	
	180-UE4 -LG	Initiation à l'approche clinique en médecine	101-UE1 180-UE0 180-UE1 180-UE2	101-UE2 180-UE3 350-UE2	1	1	6	2	H	
	350-UE2 -LG	Communiquer en contexte émotif	350-UE1		1	2	0	1	H	
	387-UE0 -LG	Sociologie de la santé			2	1	0	2	H	
Total :					12	14	6	17		
SESSION 3	340-102 -MQ	L'être humain	340-101		3	0	0	3	A/H	49 ou 50 H / Sem
	601-103 -MQ	Littérature québécoise	601-102		3	1	0	4	A/H	
	101-UE3 -LG	Homéostasie : les fonctions de conservation du corps humain		101-UE2	2	2	0	2	A	
	180-UE5 -LG	Prévention, enseignement et promotion de la santé	109-101 350-UE2 387-UE0	101-UE2 381-UE0	1	2	0	1	A	
	CHOIX	Choisir un cours parmi les suivants : Approche clinique en périnatalité et en chirurgie (180-UE6-LG) (3-13-5) Approche clinique en pédiatrie et en médecine (180-UE7-LG) (2-13-5)	101-UE2 180-UE3 180-UE4	101-UE3 180-UE5 381-UE0	3	1	12	5	A/H	
	381-UE0 -LG	Anthropologie, soins et cultures	387-UE0		2	1	0	2	A	
Total :					*	7	12	17		

COURS		PRÉALABLES ABSOLUS	PRÉALABLES RELATIFS	COURS ASSOCIÉS	PONDÉRATION	SESSION	CHARGE DE TRAVAIL
CODE	TITRE				T - L - C - P		

SESSION 4	109-103 -MQ	Activité physique et autonomie	109-102			1 - 1 - 0 - 1	A/H	48 ou 49 H / Sem
	340-ZP3 -LG	Éthique et politique	340-102			3 - 0 - 0 - 3	A/H	
	CHOIX	Un cours parmi les suivants : 601-ZP4-LG Communication, sciences et technologies 601-ZP5-LG Communication et culture de masse 601-ZP6-LG Communication et cultures étrangères	601-103			2 - 2 - 0 - 2	A/H	
	604-10X -MQ	Anglais fonctionnel (selon niveau)				2 - 1 - 0 - 3	A/H	
	101-UE4 -LG	Homéostasie : les fonctions de régulation du corps humain	101-UE3			2 - 3 - 0 - 2	H	
	CHOIX	Choisir un cours parmi les suivants : Approche clinique en périnatalité et en chirurgie (180-UE6-LG) (3-13-5) Approche clinique en pédiatrie et en médecine (180-UE7-LG) (2-13-5)	101-UE2 180-UE3 180-UE4	101-UE3 180-UE5 381-UE0		3 - 1 - 12 - 5 ou 2	A/H	
Total :						** - 8 - 12 - 16		

SESSION 5	604-ZPX -LG	Communication appliquée à l'anglais langue seconde (selon niveau)	604-10X			2 - 1 - 0 - 3	A/H	47 H / Sem
	XXX-XX1 -LG	Complémentaire 1 Domaine exclu : « Culture scientifique et technologique »				3 - 0 - 0 - 3	A/H	
	180-UE8 -LG	Interaction professionnelle en situations délicates	350-UE2 381-UE0	340-ZP3		1 - 2 - 0 - 1	A	
	180-UE9 -LG	Situations cliniques en santé mentale et en perte d'autonomie		180-UE5 180-UE8		2 - 1 - 0 - 2	A	
	180-UEA -LG	Utilisation de méthodes de soins complexes	180-UE3	101-UE4		1 - 2 - 0 - 2	A	
	180-UEB -LG	Consolidation de l'approche clinique en médecine	101-UE4 180-UE6 180-UE7		180-UEA	0 - 0 - 6 - 1	A	
	180-UEC -LG	Approche clinique en santé mentale et en perte d'autonomie	180-UE6 180-UE7 350-UE2		180-UE8 180-UE9 180-UEA	0 - 0 - 12 - 2	A	
Total :						9 - 6 - 18 - 14		

SESSION 6	XXX-XX2 -LG	Complémentaire 2 Domaine exclu : « Culture scientifique et technologique »				3 - 0 - 0 - 3	A/H	38 H / Sem
	180-UED -LG	Situations cliniques complexes	101-UE4 180-UE8 180-UE9			1 - 2 - 0 - 1	H	
	180-UEE -LG	Intégration des acquis en soins infirmiers (ÉSP) <i>Voir aussi la note 2</i>	180-UEB 180-UEC 601-ZPX 604-ZPX		180-UED	2 - 2 - 18 - 6	H	
Total :						6 - 4 - 18 - 10		

NOTES :

- * : Selon le choix, le nombre de périodes de théorie sera de 14 ou de 13.
 ** : Selon le choix, le nombre de périodes de théorie sera de 13 ou de 12.

Au terme de la quatrième session, le cumul du nombre de périodes de théorie en formation spécifique, pour les quatre (4) premières sessions, sera le même peu importe le choix de cours que vous aurez effectué.

- 2 Pour être admissible à l'ESP, en plus de posséder les prélabes du cours porteur, vous devez respecter les deux (2) conditions suivantes :
- avoir réussi tous les cours des cinq premières sessions de la grille de cours avant la date du début des cours de la sixième session;
 - être inscrit à tous les autres cours de la sixième session (ou, selon le cas, les avoir déjà réussis antérieurement).
- Vous trouverez plus de détails à la page 3 de votre guide descriptif.



180.A0 Soins Infirmiers

SESSION 1									
						PONDÉRATION		UNITÉS	PRÉALABLES
A	H	601 ESB MO	Lecture et analyse	3	1	2	2		
A	H	999 999 ---	Cours complémentaire	3	0	3	2		
A	H	109 101 MQ	Activité physique et santé (ensemble 1)	1	1	1	1		
A	H	101 D14 MO	Acquérir des notions de microbiologie : infections et immunité	2	2	2	2	CR : 101 D24 MO	
A	H	101 D24 MO	Acquérir une vision intégrée du corps humain I	2	2	2	2	CR : 101 D14 MO	
A	H	180 114 MO	Adopter une conception de la discipline infirmière	3	1	2	2		
A	H	180 115 MO	S'initier à la profession	3	2	3	2 2/3		
A		350 D23 MO	Comprendre le développement psychologique durant l'enfance	2	1	3	2		

47 heures de travail par semaine

SESSION 2									
						PONDÉRATION		UNITÉS	PRÉALABLES
A	H	601 101 MQ	Écriture et littérature	2	2	3	2 1/3	PA : 601 ESB MO	
A	H	999 999 ---	Cours complémentaire	3	0	3	2		
A	H	101 D25 MO	Acquérir une vision intégrée du corps humain II	3	2	3	2 2/3	PA : 101 D24 MO	
A	H	180 22D MO	Intervenir en médecine chirurgie I	4	9	5	6	PA : 101 D24 MO, 180 114 MO, 180 115 MO	
	H	350 D33 MO	Comprendre le développement psychologique de l'adolescence à l'âge avancé	2	1	2	1 2/3	PR : 350 D23 MO	

44 heures de travail par semaine

SESSION 3									
						PONDÉRATION		UNITÉS	PRÉALABLES
A	H	601 102 MQ	Littérature et imaginaire	3	1	3	2 1/3	PA : 601 101 MQ	
A	H	109 102 MQ	Activité physique et efficacité (ensemble 2)	0	2	1	1		
A	H	101 D35 MO	Acquérir une vision intégrée du corps humain III	3	2	3	2 2/3	PA : 101 D14 MO, 101 D25 MO	
A	H	180 316 MO	Intervenir en prévention et en situation d'urgence	2	4	3	3	PA : 101 D14 MO, 101 D25 MO, 180 22D MO	
A	H	180 33C MO	Intervenir en médecine chirurgie II	2	10	2	4 2/3	PA : 101 D14 MO, 101 D25 MO, 180 22D MO	
A		387 D03 MO	S'initier aux réalités familiales	2	1	3	2		

47 heures de travail par semaine

180.A0 Soins Infirmiers
SESSION 4

				PONDÉRATION			UNITÉS		PRÉALABLES	
A	H	601 103 MQ	Littérature québécoise	3	1	4	2 2/3	PA : 601 102 MQ		
A	H	340 101 MQ	Philosophie et rationalité	3	1	3	2 1/3			
A	H	109 103 MQ	Activité physique et autonomie (ensemble 3) (note 1)	1	1	1	1			
A	H	180 449 MO	Intervenir auprès des nouveau-nés et leurs familles	3	6	2	3 2/3	PA : 101 D35 MO, 180 316 MO, 180 33C MO		
A	H	180 459 MO	Intervenir auprès d'enfants et d'adolescents	2	7	2	3 2/3	PA : 101 D35 MO, 180 316 MO, 180 33C MO		
	H	387 D13 MO	S'initier aux réalités sociales liées à la santé	2	1	2	1 2/3			

45 heures de travail par semaine
SESSION 5

				PONDÉRATION		UNITÉS		PRÉALABLES	
A	H	340 102 MQ	L'être humain	3	0	3	2	PA : 340 101 MQ	
A	H	604 10X MQ	Anglais I	2	1	3	2		
A	H	180 557 MO	Intervenir en médecine chirurgie III	1	6	2	3	PA : 180 449 MO, 180 459 MO	
A	H	180 559 MO	Intervenir auprès de personnes en perte d'autonomie	2	7	2	3 2/3	PA : 180 449 MO, 180 459 MO	
A	H	180 55C MO	Intervenir en santé mentale	3	9	3	5	PA : 180 449 MO, 180 459 MO	

47 heures de travail par semaine
SESSION 6

				PONDÉRATION			UNITÉS		PRÉALABLES	
A	H	340 ESA MO	Éthique et politique	3	0	3	2	PA : 340 102 MQ		
A	H	604 XXX MO	Anglais II	2	1	3	2	PA : 604 10X MQ		
A	H	180 66F MO	Intervenir en médecine chirurgie IV	2	13	3	6	PA : 180 557 MO, 180 559 MO, 180 55C MO		
A	H	180 67C MO	Intervenir auprès de personnes en services ambulatoires	2	10	3	5	PA : 180 557 MO, 180 559 MO, 180 55C MO		

30 heures de travail par semaine
LÉGENDE


Cours de la formation générale

Note 1

On suggère aux étudiantes ou étudiants de suivre le cours d'éducation physique : Relaxation (109 189 30)


Cours associé à l'épreuve synthèse. Pour y être admissible, vous devez avoir réussi ou être en voie de réussir tous les cours de la formation spécifique de votre programme et avoir réussi ou être en voie de réussir ou être en mesure de réussir tous vos cours de la formation générale à l'intérieur d'une session.
Cours exploratoire
Cours offert en tant que cours exploratoire pour la formation Tremplin DEC
PONDÉRATION

Le premier chiffre de la pondération correspond au nombre d'heures de cours par semaine, le deuxième, au nombre d'heures pratiques (laboratoire, atelier, salle polyvalente, stage, etc.) et le troisième, au nombre d'heures de travail personnel que l'étudiante ou l'étudiant devra fournir chaque semaine.

UNITÉS

Mesure équivalant à 45 heures d'activités d'apprentissage

A H

Cours offert à la session d'automne (A) et à la session d'hiver (H)

PA

Préalable absolu : avoir réussi ce cours avec une note finale de 60 % et plus

PR

Préalable relatif : avoir suivi ce cours et obtenu une note finale de 50 % et plus

CR

Corequis : avoir réussi ce cours ou le suivre en même temps



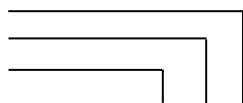
180.B0

Soins infirmiers

Répartition des cours

Périodes/semaine

Travail personnel
Stage/laboratoire
Théorie – cours



Première session (Automne)		Pond.		
Formation générale				
109-101-MQ	Activité physique et santé	1	1	1
202-3A3-RE	Chimie pour soins infirmiers I	2	1	3
601-GST-SI	Communication et technologie	2	2	2
Formation spécifique				
101-902-SI	Anatomie et physiologie humaine I	3	2	3
180-011-SI	Introduction à la profession infirmière	2	1	3
350-205-SI	Psychologie du comportement humain I	2	1	3

Deuxième session (Hiver)		Pond.		
Formation générale				
202-4A3-RE	Chimie pour soins infirmiers II (Mise à niveau) (PEA : 202-3A3-RE)	2	1	3
601-101-MQ	Écriture et littérature	2	2	3
Formation spécifique				
101-903-SI	Anatomie et physiologie humaine II (PER : 101-902-SI)	3	2	3
180-032-SI	Soins infirmiers en médecine chirurgie I (PEA : 180-011-SI)	4	5	5
350-305-SI	Psychologie du comportement humain II	2	1	3

Troisième session (Automne)		Pond.		
Formation générale				
340-101-MQ	Philosophie et rationalité	3	1	3
601-102-MQ	Littérature et imaginaire (PEA : 601-101-MQ)	3	1	3
604-10X-MQ	Langue anglaise et... (Test de classement)	2	1	3
Formation spécifique				
101-904-SI	Anatomie et physiologie humaine III (PER : 101-902-SI, 101-903-SI)	2	2	2
180-023-SI	Soins infirmiers en médecine chirurgie II et intervention de secours (PEA : 180-032-SI)	3	8	5

Quatrième session (Hiver)		Pond.		
Formation générale				
109-102-MQ	Activité physique et efficacité	0	2	1
340-102-MQ	L'être humain (PEA : 340-101-MQ)	3	0	3
601-103-MQ	Littérature québécoise (PEA : 601-101-MQ, 601-102-MQ)	3	1	4
Formation spécifique				
101-905-SI	Agression et défense du corps humain (PER : 101-902-SI, 101-903-SI, 101-904-SI)	2	2	2
180-014-SI	Périnatalité et soins infirmiers (PEA : 180-023-SI)	3	4	2
180-024-SI	Pédiatrie et soins infirmiers (PEA : 180-023-SI)	2	4	2
387-970-SI	Sociologie de la famille	3	0	3

Cinquième session (Automne)		Pond.		
Formation générale				
109-103-MQ	Activité physique et autonomie (PEA : 109-101-MQ, 109-102-MQ)	1	1	1
340-GST-SI	Éthique et politique (secteur technique) (PER : 340-102-MQ)	3	0	3
604-GSX-SI	Langue anglaise et... (PEA : 604-10X-MQ)	2	1	3
Formation spécifique				
180-015-SI	Santé mentale et soins infirmiers (PEA : 180-014-SI, 180-024-SI)	3	5	3
180-025-SI	Soins de longue durée (PEA : 180-014-SI, 180-024-SI)	2	5	3

Sixième session (Hiver)		Pond.		
Formation spécifique				
180-116-SI	Soins infirmiers en médecine chirurgie III et en services ambulatoires (PEA : 180-015-SI, 180-025-SI)	3	17	4
387-968-SI	Sociologie de la santé	3	0	3

Épreuve synthèse de programme :

L'épreuve synthèse de programme (ESP) a lieu à la fin de la 6^e session alors que tous les cours du programme ont été réussis. L'ESP se déroule sur deux demi-journées. Elle est composée de deux examens théoriques écrits d'une durée de deux à trois heures chacun. La réussite de l'ESP est obligatoire pour l'obtention du DEC.

Cours préalables :

Un cours est identifié comme préalable à un autre lorsque les connaissances ou les habiletés qu'on y développe servent d'appui pour le cours suivant. Voici les types de préalables :

PEA : un ***préalable d'établissement absolu*** est un cours dont la réussite est obligatoire pour pouvoir s'inscrire à d'autres cours du programme.

PER : un ***préalable d'établissement relatif*** est un cours qui doit avoir été suivi pour avoir accès à d'autres cours du programme. L'élève doit cependant avoir obtenu un minimum de 50 % pour pouvoir poursuivre son cheminement.

PEC : un ***préalable d'établissement concomitant***

PMA : un ***préalable ministériel absolu***

PMR : un ***préalable ministériel relatif***

Annexe 10

Exemples de fiches descriptives de programmes universitaires

- Université de Montréal
- Université de Sherbrooke
- Université du Québec à Trois-Rivières

Baccalauréat en sciences infirmières - Formation initiale - Campus Montréal

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES

Sommaire et particularités

NUMÉRO	1-630-1-1
CYCLE	1 ^{er} cycle
TITRE OFFICIEL	Baccalauréat en sciences infirmières (B. Sc.)
TYPE	Baccalauréat ès sciences (B. Sc.)
CRÉDITS	103 crédits
DURÉE	3 ans
COTE R DU DERNIER ADMIS EN 2021	25.42

Présentation

- L'être humain et la santé se situent au cœur de vos choix professionnels?
- Vous avez un penchant pour les sciences et pour les relations humaines?
- Vous tenez à faire une différence dans la vie des gens?
- Vous voulez accompagner et soigner des personnes qui vivent des situations difficiles?

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, alors les sciences infirmières pourraient répondre à vos aspirations.

Le Baccalauréat en formation initiale de la Faculté des sciences infirmières vise à former des infirmiers cliniciens capables d'intervenir en exerçant un jugement clinique éclairé, par l'entremise :

- De l'utilisation de diverses technologies de l'information et de la communication dans les activités pédagogiques d'apprentissage,
- De nouveaux laboratoires de simulation haut réalisme bénéficiant des dernières technologies et accessibles dès le premier trimestre du programme,
- Des approches pédagogiques innovantes et variées, avec certains contenus en ligne,
- Des milieux de stage diversifiés dès le premier trimestre,
- D'un apprentissage en petits groupes à partir d'un large éventail de situations cliniques.

La possibilité pour les étudiants de choisir, en fin de programme, l'un des cheminement (orientations) suivants :

- **Cheminement clinique:** cheminement régulier qui conduit à l'exercice de la profession infirmière,
- **Cheminement international:** Un cours et un stage qui permettent à l'étudiant d'inclure une perspective internationale à sa formation,
- **Cheminement honor:** ensemble de cours et un practicum de recherche qui incitent à l'excellence et facilitent l'accès aux cycles supérieurs. Il totalise au moins 12 crédits d'un programme de grade.

Objectifs

L'objectif premier du programme de baccalauréat en sciences infirmières est de former des infirmiers cliniciens généralistes capables de concevoir et de dispenser des soins dans divers milieux de pratiques. Il vise une formation universitaire générale en proposant aux étudiants d'acquérir des connaissances et de développer des attitudes professionnelles et des habiletés intellectuelles et cliniques. Il repose sur une approche pédagogique par compétences qui permet à l'étudiant d'intégrer à la pratique les grands concepts théoriques et les connaissances issues de la recherche. Le programme de baccalauréat offre aussi la possibilité aux étudiants de poursuivre leurs études aux programmes de maîtrise et de doctorat.

Structure du programme (1-630-1-1)

Version 03 (A17)

Le baccalauréat comprend un tronc commun (segment 01), et 3 orientations :

- l'orientation Clinique comportant 103 crédits
- l'orientation Cheminement international comportant 104 crédits
- l'orientation Cheminement Honor comportant 104 crédits.

Légende: CR. : crédit, H. : horaire, J : jour, S : soir

SEGMENT 01 COMMUN AUX TROIS ORIENTATIONS

Tous les crédits du segment sont obligatoires.

Bloc 01A - Cours de la première année

Obligatoire - 35 crédits.

COURS	TITRE	CR.H.	COURS	TITRE	CR.H.
CSS 1900	Collaboration en sciences de la santé 1	1.0S	SOI 1713	Initiation à la pratique infirmière	3.0
SOI 1604A	Discipline infirmière et santé 1	4.0J	SOI 1804	Initiation aux sciences infirmières	4.0J
SOI 1613	Évaluation infirmière et santé 1	3.0J	SOI 1813	Évaluation infirmière et santé 2	3.0J S
SOI 1626	Expériences relatives à la chirurgie	6.0J S	SOI 1903	Expériences de santé en médecine 2	3.0J
SOI 1704	Pratique infirmière en chirurgie	4.0	SOI 1904	Expériences de santé en médecine 1	4.0J

Bloc 01B - Cours de la deuxième année

Obligatoire - 34 crédits.

Certains cours se poursuivent durant 4 ou 5 semaines au trimestre d'été.

COURS	TITRE	CR.H.	COURS	TITRE	CR.H.
CSS 2900	Collaboration en sciences de la santé 2	1.0J	SOI 2713	Pratique infirmière en santé mentale	3.0J S
SOI 2605	Expériences en santé mentale	5.0J	SOI 2763	Pratique infirmière en santé populationnelle	3.0J
SOI 2623A	Expériences de santé en 1re ligne 1	3.0J S	SOI 2775	Pratique infirmière en 1re ligne	5.0J S
SOI 2623B	Expériences de santé en 1re ligne 2	3.0J S	SOI 2822	Leadership et profession infirmière 1	2.0J
SOI 2624	Expériences de santé des communautés	4.0J	SOI 2905	Expériences de santé en périnatalité	5.0J S

Bloc 01C - Cours de la troisième année

COURS	TITRE	CR.H.	COURS	TITRE	CR.H.
CSS 3900	Collaboration en sciences de la santé 3	1.0J	SOI 3614	Expériences de fin de vie	4.0J
SOI 3604A	Expériences de soins critiques 1	4.0J S	SOI 3704	Pratique infirmière soins critiques	4.0J
SOI 3604B	Expériences de soins critiques 2	4.0J S	SOI 3812	Leadership et profession infirmière 2	2.0J
SOI 3612	Expériences de santé et vieillissement	2.0J	SOI 3822	Leadership et profession infirmière 3	2.0J

SEGMENT 80 PROPRE À L'ORIENTATION CLINIQUE

Tous les cours sont obligatoires.

Bloc 80A

Obligatoire - 11 crédits.

COURS	TITRE	CR.H.
SOI 3505	Projet d'intervention infirmière	5.0J
SOI 3716	Pratique infirmière	6.0J

SEGMENT 81 PROPRE À L'ORIENTATION CHEMINEMENT INTERNATIONAL

Tous les cours sont obligatoires.

Bloc 81A

Obligatoire - 12 crédits.

COURS	TITRE	CR.H.
SOI 3516	Projet international d'intervention infirmière	6.0J
SOI 3716	Pratique infirmière	6.0J

SEGMENT 82 PROPRE À L'ORIENTATION CHEMINEMENT HONOR

Tous les cours sont obligatoires.

Bloc 82A

Obligatoire - 12 crédits.

COURS	TITRE	CR.H.
SOI 4706	Practicum de recherche	6.0
SOI 6102	Recherche et pratique en sciences infirmières	3.0J
SOI 6177	Gestion de projets dans une perspective infirmière	3.0J

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Baccalauréat en sciences infirmières

Les sections *Présentation*, *Structure du programme* et *Admission et exigences* (à l'exception de la rubrique intitulée « Document(s) requis pour l'admission ») constituent la version officielle de ce programme. La dernière mise à jour a été faite le 7 décembre 2021. L'Université se réserve le droit de modifier ses programmes sans préavis.

PRÉSENTATION

Sommaire*

*IMPORTANT : Certains de ces renseignements peuvent varier selon les cheminement ou concentrations. Consultez les sections *Structure du programme* et *Admission et exigences* pour connaître les spécificités d'admission par cheminement, trimestres d'admission, régimes ou lieux offerts.

CYCLE

1er cycle

CRÉDITS

90 ou 107 crédits

GRADE

Bachelière ou bachelier ès sciences

TRIMESTRE(S) D'ADMISSION

Automne

RÉGIME DES ÉTUDES

Régulier, Coopératif

RÉGIME D'INSCRIPTION

Temps complet

LIEU

Campus de la santé Sherbrooke, Campus de Longueuil

À NOTER

Le cheminement formation initiale comporte 107 crédits et est offert en régime coopératif, alors que le cheminement formation intégrée en comporte 72 , plus 18 crédits reconnus et est offert en régime régulier.

PARTICULARITÉ*

Diplôme reconnu par un ordre professionnel

* Peut varier pour certains cheminement ou concentrations.

DESCRIPTION DES CHEMINEMENTS

Le baccalauréat en sciences infirmières comporte deux cheminement :

- le cheminement formation initiale incluant une concentration en soins critiques ou une concentration en soins communautaires;
- le cheminement formation intégrée incluant une concentration en soins critiques, une concentration en soins communautaires et une concentration en adaptation réadaptation.

Le **cheminement formation initiale** est destiné aux personnes détenant un diplôme d'études collégiales (DEC) autre que le DEC en soins infirmiers et qui désirent poursuivre des études en sciences infirmières à temps plein (trois ans) en vue d'obtenir leur permis d'exercice infirmier.

Le **cheminement formation intégrée** est destiné aux personnes détenant un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers et déjà inscrites au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

CIBLE(S) DE FORMATION

POUR LE CHEMINEMENT FORMATION INITIALE

Le baccalauréat en sciences infirmières – formation initiale vise à former des infirmières et infirmiers bacheliers capables d'agir avec compétence dans des situations complexes de soins auprès de personnes, de familles ou de groupes, et ce, à toutes les étapes de la vie.

Au terme du programme, l'étudiante ou l'étudiant sera en mesure d'agir avec compétence dans les situations professionnelles suivantes :

- prendre soin de personnes de tous âges et de leur famille, ou de groupes de personnes, qui vivent une expérience de santé maladie en contextes complexes de soins (milieux hospitalier, communautaire ou d'hébergement), selon les critères de réalisation suivants :
 - en établissant et en préservant l'alliance thérapeutique dans le respect de la dignité humaine, de l'unicité, du potentiel et de la culture des personnes, et ce, dans des situations qui représentent un défi sur le plan relationnel;
 - en cernant rapidement les priorités à la suite de l'évaluation de la condition physique et mentale, et ce, avec les personnes et leur famille;
 - en mettant en œuvre des décisions cliniques judicieuses basées sur ce qu'il convient de faire du point de vue scientifique et éthique et sur une compréhension approfondie de la situation;
 - en appuyant rigoureusement sa pratique, incluant les solutions inédites, sur des sources pertinentes, dont les résultats probants;
 - en soutenant l'apprentissage des différents acteurs concernés par l'expérience de santé maladie;
 - en ajustant rapidement, et de façon autonome et sécuritaire, les soins selon les changements subits dans la condition des personnes soignées;
 - en collaborant avec les différents acteurs concernés;
 - en utilisant les TIC conformément aux normes professionnelles et réglementaires et aux politiques en vigueur au lieu de travail;
- gérer la prestation des services et participer à l'amélioration de la qualité des soins en contextes complexes de soins (milieux hospitalier, communautaire ou d'hébergement), selon les critères de réalisation suivants :
 - en mettant en œuvre le processus de gestion selon une approche systémique;
 - en assurant la supervision des soins sous sa responsabilité tout en tenant compte du plan d'intervention interprofessionnel;
 - en contribuant à l'implantation de nouvelles pratiques de soins et d'organisation des services;
 - en tenant compte des changements organisationnels;
 - en mobilisant, avec leadership, les acteurs concernés dans un dialogue efficace vers un but commun;
 - en soutenant l'apprentissage des personnes intervenantes du réseau de la santé ou d'organismes communautaires;
 - en apportant des solutions inédites lorsqu'il le faut;
 - en exerçant auprès des acteurs concernés un leadership adapté au contexte de soins.

POUR LE CHEMINEMENT FORMATION INTÉGRÉE

Le baccalauréat en sciences infirmières – formation intégrée vise à former des infirmières et infirmiers bacheliers capables d'agir avec

compétence dans des situations complexes de soins auprès de personnes, de familles ou de groupes, et ce, à toutes les étapes de la vie.

Au terme du programme, l'étudiante ou l'étudiant sera en mesure :

- d'exercer le jugement clinique :
 - évaluer les besoins et les ressources (individu – famille – communauté);
 - planifier en collaboration les interventions de soins;
 - anticiper l'évolution de la situation;
 - questionner les sources d'information et la pertinence des interventions;
 - documenter les éléments de la pratique infirmière;
- d'utiliser des habiletés de communication interpersonnelle :
 - communiquer à l'intérieur d'une relation thérapeutique;
 - communiquer au sein d'équipes intra et interdisciplinaires;
 - communiquer pour la promotion de la cause des patientes et patients;
 - communiquer dans un langage rigoureux et adapté;
- de s'engager professionnellement :
 - promouvoir la cause des patientes et patients;
 - intervenir en tenant compte des enjeux éthiques, disciplinaires, professionnels, légaux, politiques, organisationnels et culturels;
 - contribuer à l'évolution de la profession infirmière;
 - contribuer à l'évolution et à la diffusion du savoir infirmier;
 - mettre à jour continuellement ses compétences;
- de promouvoir l'entretien de la vie et le recouvrement de la santé :
 - appliquer les connaissances des domaines fondamentaux et cliniques;
 - appliquer les techniques et les technologies appropriées aux besoins.

STRUCTURE DU PROGRAMME

MODALITÉS DU RÉGIME COOPÉRATIF

POUR LE CHEMINEMENT FORMATION INITIALE

1 ^{re} année		Stages coopératifs	2 ^e année		Stages coopératifs	3 ^e année	
Session 1	Session 2	Été 1	Session 3	Session 4	Été 2	Session 5	Session 6
AP*	AP*	STAGE COOP	AP*	AP*	STAGE COOP	AP*	AP*

*Activités pédagogiques : grands groupes, petits groupes (ex. : APP), laboratoires d'habiletés cliniques, stages réguliers

Cheminement formation initiale

PROFIL DU CHEMINEMENT

Le cheminement formation initiale est d'une durée de six sessions de scolarité réparties sur trois ans. Il comporte deux stages de type coopératif en plus des stages prévus au cours de chacune des années du programme de formation. Un stage de type coopératif a lieu après avoir complété la 1^{re} année du programme et un autre après avoir complété la 2^e année du programme.

Activités pédagogiques obligatoires - 101 crédits

Code de l'activité
pédagogique

Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits

Code de l'activité pédagogique	Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits
BSI101	Introduction à la recherche en sciences infirmières - 1 crédit
BSI111	Examen clinique - 3 crédits
BSI120	Pratique infirmière auprès d'adultes et de personnes âgées en santé ou en perte d'autonomie - 2 crédits
BSI121	Pratique infirmière auprès d'adultes et de personnes âgées présentant des problèmes de santé I - 3 crédits
BSI122	Pratique infirmière auprès d'adultes et de personnes âgées présentant des problèmes de santé II - 2 crédits
BSI123	Pratique infirmière auprès d'adultes et de personnes âgées en chirurgie - 3 crédits
BSI141	Introduction à la discipline infirmière - 2 crédits
BSI144	Pratique infirmière et soins des plaies - 3 crédits
BSI151	Physiopathologie et pharmacologie I - 2 crédits
BSI152	Physiopathologie et pharmacologie II - 3 crédits
BSI161	Activité d'entraînement I - 1 crédit
BSI181	Stage I - Pratique infirmière auprès d'adultes et de personnes âgées - 2 crédits
BSI182	Stage II - Pratique infirmière auprès d'adultes et de personnes âgées - 4 crédits
BSI183	Stage III - Pratique infirmière auprès d'adultes et de personnes âgées en chirurgie - 5 crédits
BSI202	Pratique infirmière fondée sur la recherche qualitative - 1 crédit
BSI203	Pratique infirmière fondée sur l'épidémiologie et la recherche quantitative - 1 crédit
BSI224	Pratique infirmière auprès de la famille I - 3 crédits
BSI225	Pratique infirmière en santé mentale et relation d'aide I - 3 crédits
BSI226	Pratique infirmière en santé mentale II - 3 crédits
BSI227	Pratique infirmière en périnatalité - 2 crédits
BSI228	Pratique infirmière auprès des enfants, des adolescents et des familles - 2 crédits
BSI242	Éthique du soin - 3 crédits
BSI243	Anthropologie du soin - 2 crédits
BSI253	Physiopathologie et pharmacologie III - 2 crédits
BSI254	Physiopathologie et pharmacologie IV - 2 crédits
BSI262	Activité d'entraînement II - 1 crédit
BSI263	Activité d'entraînement III - 1 crédit
BSI271	Collaboration professionnelle et gestion d'équipes de soins - 2 crédits
BSI284	Stage IV - Pratique infirmière en santé mentale - 3 crédits
BSI285	Stage V - Pratique infirmière en périnatalité - 2 crédits
BSI286	Stage VI - Pratique infirmière auprès des enfants, des adolescents et des familles - 2 crédits
BSI304	Pratique infirmière fondée sur des résultats probants - 1 crédit
BSI321	Pratique infirmière en contexte de soins d'urgence - 2 crédits
BSI322	Pratique infirmière en contexte de soins intensifs - 2 crédits
BSI329	Pratique infirmière éducative auprès de groupes - 3 crédits
BSI331	Pratique infirmière en contexte de soins communautaires ambulatoires - 2 crédits
BSI332	Pratique infirmière en contexte de soins communautaires dans les milieux de vie - 2 crédits
BSI334	Pratique infirmière auprès des personnes âgées I - 2 crédits
BSI335	Pratique infirmière en soins palliatifs ou de fin de vie - 2 crédits
BSI364	Activité d'entraînement IV - 1 crédit
BSI365	Activité d'intégration - 2 crédits
BSI374	Projet de gestion de la qualité des soins et des services - 5 crédits
BSI387	Stage VII - Pratique infirmière en contexte de soins communautaires - 3 crédits
BSI388	Stage VIII - Pratique infirmière en contexte de soins critiques - 3 crédits

Activités pédagogiques à option - 6 crédits

Les activités de l'une des deux concentrations suivantes :

Concentration en soins critiques

Code de l'activité pédagogique	Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits
BSI320	Stage - Intégration en contexte de soins critiques - 3 crédits
BSI323	Pratique infirmière en contexte de soins critiques - 3 crédits

OU

Concentration en soins communautaires

Code de l'activité pédagogique	Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits
BSI330	Stage - Intégration en contexte de soins communautaires - 3 crédits
BSI333	Pratique infirmière en contexte de soins communautaires - 3 crédits

Activité pédagogique supplémentaire - 0 à 1 crédit

Cette activité est facultative et ne fait pas partie des crédits du programme.

Code de l'activité pédagogique	Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits
BSI095	Réussir en sciences infirmières - 1 crédit

Cheminement formation intégrée

PROFIL DU CHEMINEMENT

- 18 crédits accordés en équivalence pour la formation et l'expérience clinique acquises dans le DEC en soins infirmiers
- 33 crédits d'activités pédagogiques obligatoires liées aux fondements de l'intervention
- 24 crédits d'activités pédagogiques obligatoires relatives aux approches cliniques
- 15 crédits d'activités pédagogiques à option choisies dans l'une des trois concentrations suivantes : soins critiques, soins en adaptation réadaptation et soins communautaires

Activités pédagogiques obligatoires - 57 crédits

BLOC 1: Fondements de l'intervention - 33 crédits

Code de l'activité pédagogique	Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits
FII132	Anthropologie du soin - 3 crédits
FII153	Philosophie du soin - 3 crédits
FII155	Introduction à la recherche - 3 crédits
FII211	Examen clinique - 3 crédits
FII221	Épidémiologie et santé publique - 3 crédits
FII256	Sciences biologiques I - 3 crédits
FII320	Éthique du soin - 3 crédits
FII356	Sciences biologiques II - 3 crédits
FII370	Collaboration et leadership infirmier I - 3 crédits
FII372	Collaboration et leadership infirmier II - 6 crédits

Selon les termes convenus avec le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur dans le cadre du DEC-BAC, 18 crédits sont accordés en équivalence aux titulaires d'un DEC en soins infirmiers 180.A0 ou 180.B0. D'autres conditions s'appliquent selon les catégories de candidates et de candidats (voir les conditions particulières). Ces 18 crédits sont accordés en équivalence à la suite de l'obtention de 9 crédits du cheminement formation intégrée.

BLOC 2: Approches cliniques - 24 crédits

Code de l'activité pédagogique	Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits
FII140	Approches communautaire et populationnelle - 3 crédits

Code de l'activité pédagogique	Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits
FII142	Situations de crise - 3 crédits
FII143	Santé et vieillissement - 3 crédits
FII146	Éducation à la santé auprès de groupes - 3 crédits
FII175	Stage d'initiation aux soins communautaires - 3 crédits
FII245	Approche familiale systémique - 3 crédits
FII248	Soin des plaies - 3 crédits
FII259	Soins en santé mentale et psychiatrie - 3 crédits

Activités pédagogiques à option - 15 crédits

Choisies dans une des trois concentrations suivantes :

Concentration en soins critiques

Code de l'activité pédagogique	Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits
FII247	Soins infirmiers en soins intensifs - 3 crédits
FII250	Soins infirmiers en situations d'urgence - 3 crédits
FII252	Soins infirmiers en traumatologie - 3 crédits
FII476	Soins critiques - Stage de domaine - 6 crédits

OU

Concentration en adaptation réadaptation

Code de l'activité pédagogique	Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits
FII145	Soins infirmiers en situations de chronicité - 3 crédits
FII147	Soins infirmiers en réadaptation - 3 crédits
FII261	Soins en réadaptation psychiatrique - 3 crédits
FII477	Soins en adaptation et réadaptation - Stage de domaine - 6 crédits

OU

Concentration en soins communautaires

Code de l'activité pédagogique	Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits
FII141	Soins aux enfants, aux jeunes et à la famille - 3 crédits
FII148	Soins infirmiers courants - 3 crédits
FII149	Soins infirmiers à domicile - 3 crédits
FII475	Soins en santé communautaire - Stage de domaine - 6 crédits

Activité pédagogique supplémentaire - 0 à 1 crédit

Cette activité est facultative et ne fait pas partie des crédits du programme.

Code de l'activité pédagogique	Titre de l'activité pédagogique et nombre de crédits
BSI095	Réussir en sciences infirmières - 1 crédit

Directeur(trice): Lyne Campagna
CPPC - Sciences infirmières
819 376-5011, poste 3456

Bureau du registraire
1 800 365-0922 ou 819 376-5045
www.uqtr.ca

Grade: Bachelier ès sciences (B.Sc.)

Crédits: 105

Présentation

En bref

Objectifs du programme

Ce programme a pour but de former des infirmières autonomes aptes à répondre aux besoins de santé des personnes, des familles, des groupes et de la communauté.

A la fin du programme, l'étudiante aura :

- acquis et approfondi des connaissances fondamentales en sciences infirmières, en sciences pures et de la santé et en sciences psychosociales devant servir de base à la démarche de soins infirmiers et au plan thérapeutique infirmier;
- développé sa capacité d'adaptation selon des valeurs humanistes et selon une vision holistique de la personne/famille et de la santé;
- acquis et pourra appliquer un processus de résolution de problèmes à tous les aspects de la pratique infirmière;
- développé et approfondi sa capacité à intervenir et à générer des soins infirmiers innovateurs afin d'aider la personne/famille dans son expérience de santé/maladie;
- acquis et approfondi des compétences cliniques en vue de participer à l'avancement de la pratique infirmière et de la profession;
- développé un esprit de synthèse, d'autonomie, d'imputabilité et d'ouverture à l'autre dans sa pratique professionnelle;
- acquis une formation universitaire lui donnant accès à des études de deuxième cycle et une motivation pour la recherche.

Plus spécifiquement, l'étudiante sera en mesure :

- d'utiliser une démarche systématique de soins; d'élaborer un plan thérapeutique infirmier; d'établir et de maintenir une relation de partenariat avec la personne/famille et la communauté;
- de démontrer des habiletés techniques d'intervention en soins infirmiers;
- de démontrer un esprit critique et scientifique dans l'analyse des situations de soins ainsi que dans le choix et l'application des stratégies d'intervention;
- d'assumer un leadership dans le développement de la pratique infirmière autonome dans divers milieux cliniques;
- d'amorcer ou de poursuivre une démarche de croissance personnelle dans le but de favoriser une meilleure utilisation de ses ressources thérapeutiques.

Structure du programme et liste des cours

À moins d'indication contraire, un cours comporte trois (3) crédits.

Cours obligatoires (105 crédits)

CIS1001	Collaboration interprofessionnelle I (1 crédit)
CIS1002	Collaboration interprofessionnelle II (1 crédit) (CIS1001)
CIS1003	Collaboration interprofessionnelle III (1 crédit) (CIS1002)
PHL1010	Pharmacologie en pratique infirmière (2 crédits)
SBM1001	Physiologie I (2 crédits)
SBM1002	Physiologie II (2 crédits)
SOI1012	Santé familiale et pratique infirmière
SOI1158	Introduction à la profession infirmière (2 crédits)
SOI1159	Relation d'aide en pratique infirmière (2 crédits)
SOI1160	Pratique infirmière de l'examen clinique
SOI1161	Intégration des apprentissages de l'examen clinique (1 crédit)
SOI1162	Pratique infirmière I
SOI1163	Apprentissages en médecine-chirurgie I (2 crédits)
SOI1164	Intégration des apprentissages en médecine-chirurgie I (1 crédit)
SOI1165	Stage en milieu clinique (2 crédits) (SOI1159; SOI1160; SOI1161; SOI1163; SOI1164)
SOI1166	Pratique infirmière II
SOI1167	Apprentissages en médecine-chirurgie II (2 crédits) (SOI1163; SOI1164; SOI1160; SOI1161)
SOI1168	Intégration des apprentissages en médecine-chirurgie II (1 crédit) (SOI1163; SOI1164; SOI1160; SOI1161)
SOI1169	Pratique infirmière III
SOI1170	Gestion de la douleur (1 crédit)
SOI1171	Apprentissages en médecine-chirurgie III (1 crédit) (SOI1165; SOI1167; SOI1168)
SOI1172	Intégration des apprentissages en médecine-chirurgie III (1 crédit) (SOI1165; SOI1167; SOI1168)
SOI1173	Pratique infirmière IV (2 crédits)
SOI1174	Gérontologie et gériatrie (4 crédits)
SOI1175	Stage en chirurgie (5 crédits) (SOI1162; SOI1166; SOI1169; SOI1171; SOI1172; SOI1165)
SOI1176	Stage en médecine (5 crédits) (SOI1162; SOI1166; SOI1169; SOI1171; SOI1172; SOI1165)
SOI1177	Pratique infirmière en santé mentale
SOI1178	Santé communautaire
SOI1179	Gestion et organisation des soins
SOI1180	Pratique infirmière : soins des plaies
SOI1181	Soins critiques (SOI1173; SOI1175; SOI1176)
SOI1182	Intégration des apprentissages en soins critiques (1 crédit) (SOI1173; SOI1175; SOI1176)
SOI1183	Périnatalité
SOI1184	Pédiatrie
SOI1185	Intégration des apprentissages en périnatalité et pédiatrie (1 crédit)
SOI1186	Relation d'aide en santé mentale (1 crédit)
SOI1187	Stage en santé mentale et psychiatrie (SOI1159; SOI1177)
SOI1188	Stage en gestion et organisation des soins (2 crédits) (SOI1174; SOI1179)
SOI1189	Problèmes éthiques en santé (2 crédits) (SOI1175; SOI1176)
SOI1190	Stage en soins critiques (SOI1182; SOI1187; SOI1181)
SOI1191	Stage en périnatalité et pédiatrie (2 crédits) (SOI1183; SOI1184; SOI1185; SOI1187)
SOI1192	Stage en santé communautaire (SOI1178; SPU1019)
SOI1193	Prévention et contrôle des infections (2 crédits)
SOI1194	Recherche en santé
SPU1019	Education et promotion de la santé
SPU1022	Contexte socioculturel des soins (2 crédits)

Annexe 11

Déclinaisons possibles de parcours DEC-BAC

À titre indicatif et afin d'ouvrir la discussion avec les partenaires de la profession infirmière, nous proposons trois déclinaisons possibles de parcours **DEC-BAC** menant à une **formation universitaire**. Le maintien d'une voie d'entrée à la profession infirmière par un parcours DEC-BAC est l'une des recommandations privilégiées par les commissaires des États généraux de la profession dans leur rapport rendu public en septembre 2021²³⁶ : « maintenir deux parcours de formation pour obtenir le titre d'infirmière ou d'infirmier au Québec, soit la formation initiale en sciences infirmières à l'université et le DEC-BAC ». Ils donnent la possibilité d'envisager un parcours graduel de développement de compétences en soins et en sciences infirmières, et ce, dans toutes les régions du Québec, par le biais du réseau collégial et du réseau universitaire. Ces différents cheminements offrent aux générations futures d'infirmières le niveau de préparation requis pour faire leur entrée dans la profession.

A)

Un diplôme d'études techniques collégial (DEC) auquel est assorti un **statut qualifiant** d'infirmière auxiliaire et qui prévoit une passerelle « DEC-BAC » vers le baccalauréat en sciences infirmières

Conforme à une résolution du CA de l'OIIAQ²³⁷, ce programme confirmerait l'expertise des infirmières auxiliaires dans les fonctions techniques et procédurales en soins infirmiers ainsi que dans leur contribution à l'évaluation de l'état de santé.

Plusieurs groupes d'intérêts ont d'ailleurs recommandé ou évoqué, lors des États généraux de la profession de 2021²³⁸, la possibilité que la formation initiale des infirmières auxiliaires soit de niveau collégial.

Cette modalité pourrait permettre à certaines étudiantes d'envisager un parcours graduel de développement de compétences en soins et en sciences infirmières, et ce, dans toutes les régions du Québec par le biais du réseau collégial et du réseau universitaire. Aussi, cela maintiendrait l'accessibilité d'une formation collégiale en soins infirmiers qui mène au marché du travail.

Une passerelle entre la formation collégiale (DEC menant à la profession d'infirmière auxiliaire) et universitaire (baccalauréat en sciences infirmières) permettrait la poursuite des études et serait à instaurer.

Les formations complémentaires, mais distinctes d'infirmière auxiliaire et d'infirmière, permettraient finalement de constituer des équipes qui offriraient des soins complémentaires à partir d'une vision commune des soins et des services infirmiers pour répondre réellement aux besoins de santé de la population.

²³⁶ Ducharme et al., 2021, p. 71.

²³⁷ OIIAQ, 2014.

²³⁸ Entre autres, les commissaires des États généraux, le Jury citoyen sur le recours aux compétences infirmières, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, le Conseil des infirmières et infirmiers du CISSS de la Montérégie-Est, le Comité régional des Comités d'infirmières et d'infirmiers de l'Île de Montréal, la Direction des soins infirmiers du CISSS Montérégie-Centre, ainsi que la Direction des soins infirmiers et le Conseil des infirmières et infirmiers du CISSS de Laval. Le lecteur est invité à prendre connaissance des recommandations issues des différents avis et mémoires déposés dans le cadre des États généraux de la profession infirmière sur le site [Web](#) de l'Ordre.

B)

Un **parcours DEC-BAC** (menant à une formation universitaire en sciences infirmières), auquel serait assorti un droit d'exercice restreint, pour une durée déterminée

Selon l'analyse faite par les commissaires des États généraux de la profession²³⁹, une bonification du parcours DEC-BAC actuel doit se faire par la révision des contenus pédagogiques²⁴⁰ et l'obtention d'une qualification menant à un droit d'exercice restreint pour une durée déterminée durant les études.

En plus de mettre à niveau les contenus de formation, un tel parcours DEC-BAC permet d'harmoniser et de standardiser les contenus collégiaux et universitaires. Aussi, un statut qualifiant permet aux étudiantes un développement progressif des compétences et une introduction plus rapide sur le marché du travail. Durant toute la durée de leurs études, à la manière de l'actuel programme d'externat, les étudiantes pourront donc travailler dans leur domaine d'études et réaliser certaines des activités infirmières, dans certains milieux de soins et selon certaines conditions de supervision²⁴¹.

C)

Un **baccalauréat collaboratif cégep-université**, auquel serait assorti un statut en soins infirmiers avec droit d'exercice restreint pour une durée déterminée

Cette modalité qui a fait l'objet d'une analyse exhaustive par le Conseil supérieur de l'éducation en 2015 est similaire à la déclinaison précédente, dans la mesure où elle vise à formaliser les collaborations entre les cégeps et les universités dans un parcours DEC-BAC.

Le baccalauréat collaboratif cégep-université, déjà monnaie courante ailleurs au Canada, se présente comme un programme universitaire développé en partenariat avec les cégeps et pour lequel des responsabilités sont conjointes : admission, enseignement, apprentissage, infrastructures, encadrement et évaluation des étudiantes.

Le Conseil supérieur de l'éducation souligne que « lorsqu'il serait établi que la norme d'entrée à la profession est le baccalauréat, le baccalauréat collaboratif pourrait présenter plusieurs avantages. En effet, il permettrait aux cégeps de maintenir un rôle significatif dans la formation et mettrait à profit l'expertise qu'ils ont développée dans le domaine au fil des ans. Le baccalauréat collaboratif, tout en étant décerné par l'université, se fonderait alors sur l'apport indissociable de deux partenaires, le cégep et l'université, au bénéfice de la formation de l'étudiant »²⁴².

Il prévoit le même droit d'exercice restreint d'une durée déterminée que la déclinaison B et sous-tend aussi une révision des contenus pédagogiques.

²³⁹ Ducharme et al., 2021.

²⁴⁰ La révision des contenus pédagogiques du diplôme d'études techniques est aussi une recommandation de l'Association des enseignantes et enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec et de la Fédération des cégeps dans leurs plus récents mémoires déposés dans le cadre des États généraux de la profession.

²⁴¹ Pour en savoir plus sur le programme d'externat, le lecteur est invité à consulter le site [Web](#) de l'OIIQ.

²⁴² CSE, 2015, p. 129.

Annexe 12

Nombre de sites d'enseignement universitaire et collégial par région administrative

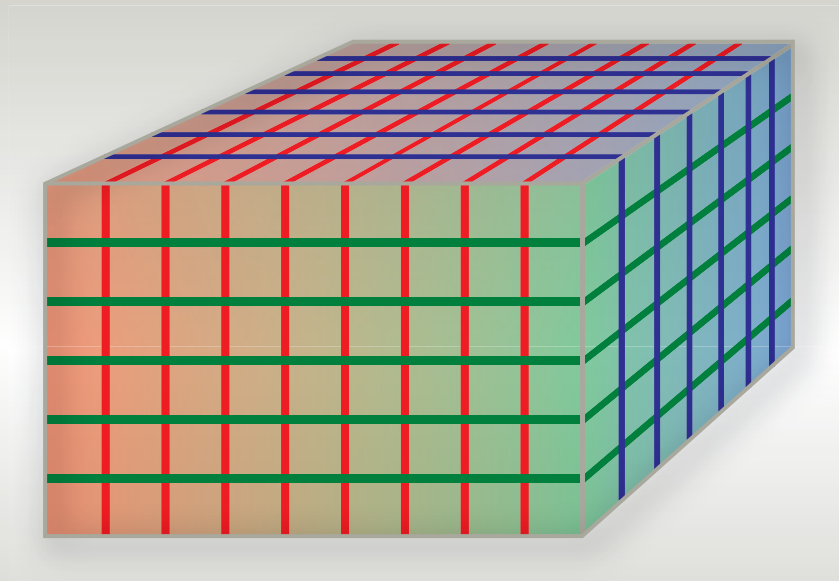


RÉGIONS	CÉGEPS	UNIVERSITÉS
Abitibi-Témiscamingue	• Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue (Rouyn-Noranda, Val d'Or)	• Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (Mont-Laurier, Rouyn-Noranda, Val d'Or)
Bas-Saint-Laurent	• Cégep de La Pocatière • Cégep de Matane • Cégep de Rimouski • Cégep de Rivière-du-Loup	• Université du Québec à Rimouski (Amqui, La Pocatière, Matane, Rimouski, Rivière-du-Loup)
Capitale-Nationale	• Campus Notre-Dame-de-Foy • Cégep de Sainte-Foy • Cégep Garneau • Cégep Limoilou	• Université du Québec à Chicoutimi (Baie Saint-Paul, La Malbaie) • Université Laval
Centre-du-Québec	• Cégep de Drummondville • Cégep de Victoriaville	• Université du Québec à Trois-Rivières (Drummondville)
Chaudière-Appalaches	• Cégep Beauce-Appalaches (Sainte-Marie) • Cégep de La Pocatière (Montmagny) • Cégep de Lévis • Cégep de Thetford	• Université du Québec à Rimouski (Lévis, Saint-Georges, Sainte-Marie, Thetford Mines) • Université Laval (Saint-Georges)
Côte-Nord	• Cégep de Baie-Comeau • Cégep de Sept-Îles	• Université du Québec à Chicoutimi (Havre Saint-Pierre, Sept-Îles) • Université du Québec à Rimouski (Baie-Comeau)
Estrie	• Cégep Beauce-Appalaches (Lac-Mégantic) • Cégep de Sherbrooke • Champlain Regional College (Lennoxville)	• Université de Sherbrooke
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	• Cégep de la Gaspésie et des Îles (Carleton-sur-mer, Gaspé)	• Université du Québec à Rimouski (Gaspé, Îles-de-la-Madeleine, New Carlisle, Saint-Anne-des-Monts)
Lanaudière	• Cégep régional de Lanaudière	• Université du Québec à Trois-Rivières (Joliette)
Laurentides	• Cégep Saint-Jérôme • Collège Lionel Groulx	• Université du Québec en Outaouais (Saint-Jérôme)
Laval	• Collège Montmorency	• Université de Montréal (Laval)
Mauricie	• Cégep de Shawinigan (La Tuque, Shawinigan) • Cégep de Trois-Rivières	• Université du Québec à Trois-Rivières
Montréal	• Cégep de Granby • Cégep de Saint-Hyacinthe • Cégep de Sorel-Tracy • Cégep de Valleyfield • Cégep Édouard Montpetit • Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu • Champlain Regional College (Saint-Lambert) • Collège Ellis	• Université de Sherbrooke (Longueuil)
Montréal	• Cégep André-Laurendeau • Cégep de Saint-Laurent • Cégep du Vieux-Montréal • Cégep Gerald-Godin • Collège Dawson • Collège de Bois-de-Boulogne • Collège de Maisonneuve • Collège de Rosemont • John Abbott College • Vanier College	• Université de Montréal • Université McGill
Nord-du-Québec	• Cégep de Saint-Félicien (Chibougamau)	
Outaouais	• Cégep de l'Outaouais • Collège Héritage	• Université du Québec en Outaouais
Saguenay-Lac-Saint-Jean	• Cégep de Chicoutimi • Cégep de Jonquière • Cégep de Saint-Félicien • Collège d'Alma	• Université du Québec à Chicoutimi (Alma, Chicoutimi, Saint-Félicien)

Annexe 13
Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière
- Extrait -

MOSAÏQUE

DES COMPÉTENCES CLINIQUES DE L'INFIRMIÈRE



COMPÉTENCES INITIALES

COMPOSANTE ■ FONCTIONNELLE ■ CONTEXTUELLE ■ PROFESSIONNELLE



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

PRODUCTION

SERVICE DES PUBLICATIONS

Sylvie Couture
Chef de service

Claire Demers
Adjointe à l'édition

Direction des services aux clientèles
et des communications, OIIQ

CONCEPTION

ET RÉALISATION GRAPHIQUE

Inoxidée

RÉVISION LINGUISTIQUE

Françoise Turcotte

CORRECTION D'ÉPREUVES

Claire Demers

DISTRIBUTION

Centre de documentation
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Québec) H3Z 1V4

Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048

Télécopieur : 514 935-5273

cdoc@oiiq.org

www.oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

ISBN 978-2-89229-461-3 [2^e édition, 2009]

ISBN 2-89229-276-X [1^{re} édition, 2001]

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009
Tous droits réservés

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le terme « infirmière »
est utilisé ici à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmiers
que les infirmières.

UN MODÈLE DE LA COMPÉTENCE CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE

Conçue en 2001, la mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière est un modèle qui permet de définir et de représenter les compétences cliniques de l'infirmière à diverses étapes de son développement professionnel, tout en préservant la vision globale de l'exercice de la profession. Ce concept s'inspire des orientations sous-jacentes à deux cadres de référence (voir l'annexe 1). Tenant lieu de normes professionnelles pour la pratique infirmière au Québec, le premier cadre de référence *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière* (OIIQ, 2007) décrit la nature de l'exercice de la profession dans une optique d'amélioration continue de la qualité. Il précise notamment les éléments de l'exercice qui font appel aux compétences cliniques de l'infirmière. Le deuxième cadre de référence, *Le plan directeur de l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* (OIIQ, 1999b), définit quant à lui l'aptitude à exercer de la future infirmière, qui est évaluée par l'examen professionnel, et propose une structure qui se prête naturellement à la définition de compétences cliniques.

Le concept de la mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière permet de modéliser la globalité de la compétence requise pour l'exercice de la profession. La mosaïque, représentée à l'aide d'un grand cube, comporte trois axes correspondant aux trois composantes de l'aptitude à exercer définie dans le cadre de référence de l'examen professionnel (figure 1).

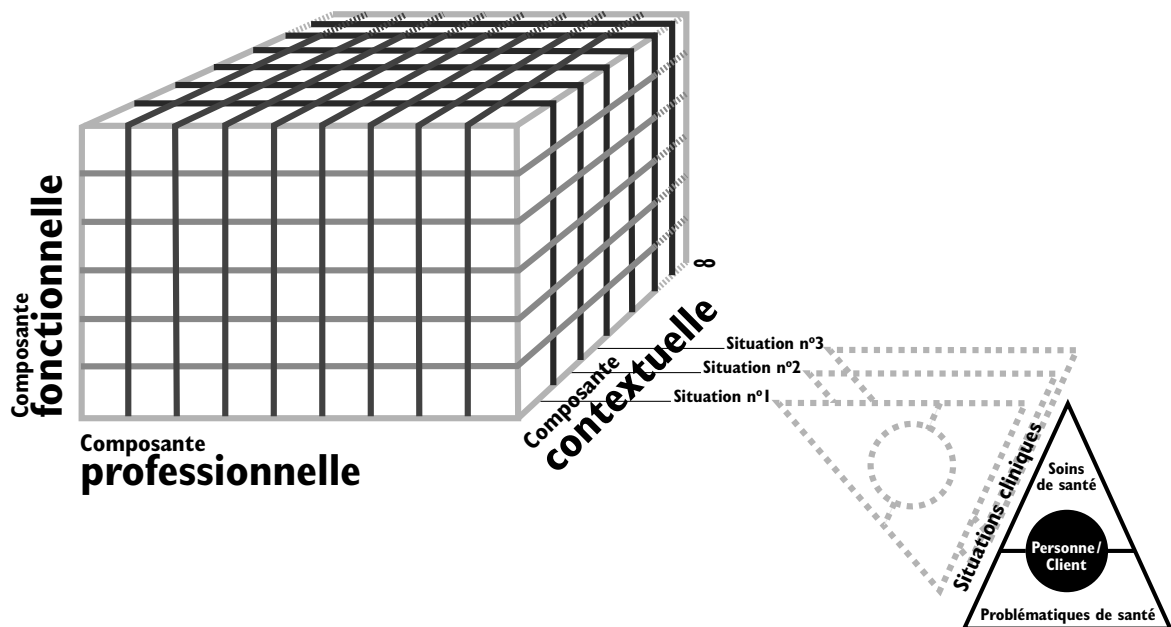


FIGURE 1 — LA MOSAÏQUE DES COMPÉTENCES DE L'INFIRMIÈRE

L'axe vertical représente la composante fonctionnelle comprenant les divers champs de savoirs, l'axe horizontal réfère à toutes les dimensions de la composante professionnelle et l'axe de la profondeur correspond à la composante contextuelle. Cette dernière comporte un nombre infini de situations cliniques définies par la personne, le type de situation clinique et la problématique de santé, s'il y a lieu.

LA MOSAÏQUE

DES COMPÉTENCES CLINIQUES DE L'INFIRMIÈRE

LE CONCEPT

Dans ce modèle, chaque composante comprend un ensemble de compétences, regroupées dans des catégories qui prennent la forme de champs de savoirs ou de dimensions professionnelles, selon qu'il s'agit de la composante fonctionnelle ou de la composante professionnelle. Dans le cas de la composante contextuelle, les compétences sont représentées par le triangle qui situe la personne, avec ses caractéristiques personnelles et son environnement, dans une situation clinique liée ou non à une problématique de santé. Ces compétences s'actualisent, seules ou combinées, sous la forme d'une infinité de situations cliniques liées à la santé ou à des problématiques de santé.

Chaque petit cube de la mosaïque défini par l'intersection des trois composantes correspond à l'utilisation de connaissances provenant d'un champ de savoirs (composante fonctionnelle) pour la réalisation d'un élément d'exercice lié à une dimension professionnelle (composante professionnelle) dans une situation clinique donnée (composante contextuelle).

De même, le grand cube peut être découpé en tranches dans ses trois dimensions. Chaque tranche horizontale correspond alors à l'interaction d'un **champs de savoirs** de la composante fonctionnelle avec les différentes dimensions de l'exercice de la composante professionnelle dans l'ensemble des situations cliniques de la composante contextuelle.

Chaque tranche verticale correspond, quant à elle, à l'interaction d'une dimension de l'exercice de la compétence professionnelle avec les différents champs de savoirs de la composante fonctionnelle dans l'ensemble des situations cliniques de la composante contextuelle.

Enfin, chaque tranche perpendiculaire à l'axe de la profondeur du cube de la mosaïque est délimitée par une **situation clinique**⁵ et représente l'intégration des savoirs et des éléments d'exercice mis à contribution pour intervenir dans une situation clinique donnée. La composante contextuelle joue donc un rôle⁶ déterminant dans la définition de la mosaïque des compétences cliniques. La compétence clinique de l'infirmière se situe dans l'ensemble des interactions constituant la dynamique interne du cube.

Les compétences sont génériques et leur contenu est défini dans l'interaction des trois composantes, ce qui favorise l'intégration des connaissances. Elles portent sur les savoirs, les éléments d'exercice et les situations cliniques qui correspondent aux compétences de l'infirmière à un moment donné de son développement professionnel. Ainsi, ce modèle peut être utilisé pour définir des référentiels de compétences cliniques à différents stades du développement professionnel de l'infirmière ou dans différents domaines cliniques.

La section suivante présente la mosaïque des compétences cliniques initiales de l'infirmière, qui constitue le référentiel des compétences cliniques de l'infirmière débutante, et en définit les trois composantes et leurs éléments respectifs.

5. La table de spécification servant à l'examen professionnel de l'OIIQ se situe au niveau de ces tranches et permet de définir les éléments de compétence mis à contribution dans les situations cliniques retenues pour les questions à réponses courtes de l'examen écrit, de même que pour les épreuves pratiques de l'évaluation clinique objective structurée (ECOS) ayant recours à des simulations.

6. Ce rôle est décrit dans les sections portant sur la composante contextuelle (page 23) et l'illustration du concept (page 32).

LE RÉFÉRENTIEL DES COMPÉTENCES POUR L'ADMISSION À LA PROFESSION

La mosaïque des compétences cliniques initiales de l'infirmière résulte de l'application du modèle décrit à la section précédente en vue de déterminer les compétences initiales d'une infirmière⁷. Elle est présentée ci-après à l'aide d'énoncés de compétences groupés selon les divers éléments de ses trois composantes.

Comme il a été précisé précédemment, les compétences sont génériques⁸. Par conséquent, elles ne doivent pas être considérées individuellement, mais en interaction, car ce sont ces interactions qui circonscrivent le domaine de compétence de l'infirmière.

La notion de jugement clinique transcende le concept de la mosaïque. Par conséquent, ce terme n'est pas utilisé dans la formulation des énoncés de compétences. En effet, toutes les compétences de cette mosaïque, et plus particulièrement celles de la composante professionnelle, reposent sur le jugement clinique de l'infirmière. Celui-ci se développe à partir des interactions entre les trois composantes dans un mode d'apprentissage et émerge de celles-ci dans un mode de performance. Le jugement clinique reflète la compétence professionnelle de l'infirmière lorsque la mosaïque des compétences cliniques s'actualise dans la pratique.

La mosaïque des compétences cliniques initiales de l'infirmière sous-entend, d'une part, une formation initiale favorisant l'intégration de connaissances et l'acquisition des compétences requises pour exercer la profession, et, d'autre part, la consolidation de ces apprentissages au fur et à mesure que l'infirmière acquiert de l'expérience clinique.

7. Le processus d'élaboration et de révision de la mosaïque des compétences cliniques initiales de l'infirmière est présenté à l'annexe 2.

8. Certains énoncés de compétences formulés de façon plus précise ont été ajoutés en raison de leur importance dans le contexte actuel de la pratique infirmière, ce qui entraîne à l'occasion un recoupement avec l'énoncé de compétence générique correspondant. Par exemple, un énoncé spécifique portant sur le contrôle de la douleur est inclus (P34), alors qu'il est compris dans l'énoncé générique selon lequel « L'infirmière est capable de prodiguer au client les soins et les traitements requis par sa situation de santé, en tenant compte de ses réactions » (P31).

COMPOSANTE FONCTIONNELLE

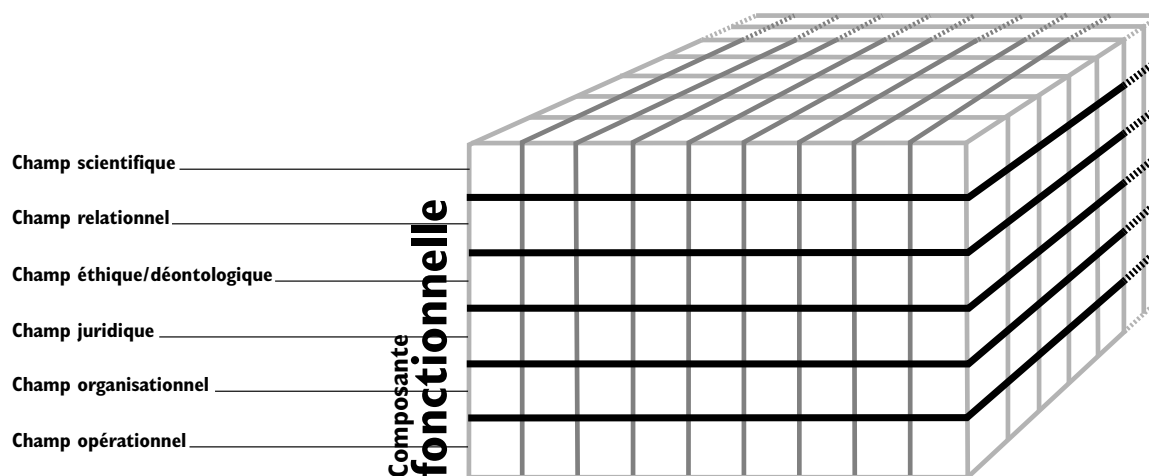


FIGURE 2 – LA COMPOSANTE FONCTIONNELLE

Cette composante inclut les compétences définies en fonction des savoirs (connaissances, habiletés et attitudes) pertinents à l'exercice de la profession d'infirmière. Elles sont groupées selon les champs de savoirs proposés dans le cadre de référence de l'examen professionnel.

CHAMP SCIENTIFIQUE

Le champ scientifique a trait aux savoirs permettant à l'infirmière de comprendre la situation clinique du client, de l'interpréter, d'établir des relations fondées et documentées entre la condition clinique et les interventions à poser, ainsi que d'effectuer les interventions appropriées.

L'infirmière :

- F1⁹ connaît des modèles conceptuels de soins infirmiers pour orienter sa pratique ;
- F2 connaît l'anatomie humaine, la physiologie, la biochimie, la microbiologie et leurs relations avec la maladie et ses différentes dysfonctions ;
- F3 connaît et applique les principes scientifiques sous-jacents aux soins infirmiers ;
- F4 connaît les traitements médicaux et chirurgicaux ainsi que leurs liens avec la physiopathologie ;
- F5 connaît et applique les principes scientifiques sous-jacents aux interventions de soins découlant du diagnostic et du traitement médical et chirurgical ;
- F6 connaît la pharmacologie et applique les principes d'administration du médicament : action, effets thérapeutiques, effets indésirables, effets secondaires, interactions, pharmacovigilance ;
- F7 connaît les examens diagnostiques ainsi que leurs liens avec l'évolution de l'état de santé et la physiopathologie ;

9. Chaque énoncé de compétence est identifié par une lettre et un chiffre. Par exemple, F1 renvoie à la première compétence de la composante fonctionnelle.

- F8 connaît les fondements de la psychologie du développement, de la psychologie sociale, de la sociologie de la santé et de la famille ;
- F9 connaît les fondements de la philosophie, de l'anthropologie et de l'épidémiologie ;
- F10 connaît les différentes expériences de santé vécues par la personne ;
- F11 connaît les différences culturelles eu égard aux expériences de santé ;
- F12 connaît les déterminants de la santé et du bien-être ainsi que leurs relations avec les problèmes de santé, les problèmes sociaux et le suicide ;
- F13 connaît les méthodes thérapeutiques complémentaires reconnues ;
- F14 se réfère aux pratiques exemplaires et les applique judicieusement dans sa pratique ;
- F15 connaît les éléments de base de la recherche en soins infirmiers et utilise judicieusement dans sa pratique les résultats probants issus de la recherche.

CHAMP RELATIONNEL

Le champ relationnel a trait aux savoirs qui permettent à l'infirmière d'établir une alliance, d'aider le client à prendre en charge sa santé, de conseiller, de communiquer, d'enseigner et d'établir une relation thérapeutique.

L'infirmière :

- F16 connaît et applique les principes de communication ;
- F17 connaît et applique les principes d'une relation thérapeutique ;
- F18 connaît et applique les principes d'enseignement ;
- F19 connaît et applique les principes de communication interculturelle ;
- F20 connaît et applique les principes relatifs au partenariat : reconnaissance des attentes et du potentiel du client, suggestion d'approches pertinentes, respect de son droit à décider pour sa santé, partage de la responsabilité, accompagnement et soutien ;
- F21 connaît et applique les principes relatifs à la responsabilisation du client et au soutien de sa prise de décision à l'égard de sa santé et de son autoprise en charge ;
- F22 connaît et applique les mécanismes qui permettent d'assurer le respect des droits du client ;
- F23 connaît et applique les principes et les stratégies sur lesquels repose l'éducation pour la santé ;
- F24 connaît et applique les principes concernant l'animation de petits groupes ;
- F25 connaît et applique les principes de la résolution de conflits interpersonnels.

LA MOSAÏQUE

DES COMPÉTENCES CLINIQUES INITIALES DE L'INFIRMIÈRE

LE RÉFÉRENTIEL

CHAMPS ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIQUE¹⁰

Le champ éthique a trait à la capacité de l'infirmière à justifier une décision clinique prise pour le plus grand bien du client lorsque des conséquences négatives sont anticipées (Patenaude et Legault, 1996). Cette capacité présuppose la reconnaissance analytique et empathique (Lambert, 1992) d'un univers où des valeurs sont en cause, et une réflexion sur les valeurs inhérentes à la finalité du soin. [...] Le champ déontologique a trait aux devoirs et aux obligations qui orientent la conduite professionnelle de l'infirmière envers la profession, le public et le client. Fondé sur des valeurs professionnelles, le champ déontologique fixe un ensemble d'exigences minimales en matière de respect de la dignité humaine (OIIQ, 1999b, p. 27).

L'infirmière :

- F26 connaît et analyse ses valeurs personnelles et tient compte de celles des autres ;
- F27 connaît et respecte les valeurs professionnelles et les principes éthiques ;
- F28 reconnaît des questions d'ordre éthique ;
- F29 connaît une démarche de résolution d'un problème éthique ;
- F30 connaît et respecte les devoirs et obligations de l'infirmière envers le public, le client et la profession, qui sont prescrits par le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* ;
- F31 est capable d'assurer le maintien et le développement de sa compétence.

CHAMP JURIDIQUE

Le champ juridique a trait aux savoirs relatifs aux lois et aux règlements qui encadrent l'exercice et qui entraînent des obligations envers le client et la profession elle-même (OIIQ, 1999b, p. 27).

L'infirmière :

- F32 connaît la notion de responsabilité civile et les obligations qui y sont rattachées ;
- F33 connaît et applique les lois et les règlements applicables à la profession ;
- F34 connaît et applique ses propres habilitations légales ainsi que celles des professionnels et des non-professionnels avec lesquels elle est appelée à collaborer dans le cadre de sa pratique professionnelle.

¹⁰. Ces deux champs de savoirs sont distincts dans le cadre de référence de l'examen professionnel. Ils ont été regroupés ici pour tenir compte du fait que le Code de déontologie traduit les devoirs et les obligations qui découlent des valeurs professionnelles.

LOIS

Charte canadienne des droits et libertés [Loi constitutionnelle de 1982]

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12

Code des professions, L.R.Q., c. C-26

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, L.Q. 2005, c. 32 [projet de loi n° 83]

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q. 2002, c. 33 [projet de loi n° 90]

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines [projet de loi n° 50, adoption de principe le 20 novembre 2007, 1^{re} session, 38^e législature]

Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. 1996, c. 19

Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q., c. P-38.001

Loi sur la santé et la sécurité du travail, L.R.Q., c. S-2.1

Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, L.Q. 2003, c. 21 [projet de loi n° 25]

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., c. I-8

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2
[par ex. droit des usagers, accès, confidentialité, CII]

RÈGLEMENTS

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.Q., c. I-8, r. 4

Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique, R.Q., c. L-0.2, r. 1

Règlement sur l'assurance-responsabilité professionnelle des infirmières et infirmiers, R.Q., c. I-8, r. 3

Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, R.Q., c. I-8, r. 5.1

Règlement sur le stage et le cours de perfectionnement pouvant être imposés aux infirmières et aux infirmiers, R.Q., c. I-8, r. 14.2

Règlement sur les actes professionnels qui, suivant certaines conditions et modalités, peuvent être posés par une externe en soins infirmiers, R.Q., c. I-8, r. 0.2

Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou des infirmiers, R.Q., c. I-8, r. 1

Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et infirmiers, R.Q., c. I-8, r. 0.1

Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, R.Q., c. M-9, r. 11.2

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, R.Q., c. S-5, r. 3.01

LA MOSAÏQUE

DES COMPÉTENCES CLINIQUES INITIALES DE L'INFIRMIÈRE

LE RÉFÉRENTIEL

CHAMP ORGANISATIONNEL

Le champ organisationnel a trait aux savoirs qui permettent à l'infirmière d'organiser ses activités en vue de prodiguer des soins de façon optimale, dans une optique de continuité des soins et de collaboration interprofessionnelle.

L'infirmière :

- F35 connaît et applique les principes régissant l'organisation de son travail ;
- F36 connaît et applique les principes relatifs à la collaboration intradisciplinaire¹¹ et interprofessionnelle ;
- F37 connaît et applique les principes sous-jacents à l'organisation des soins infirmiers ;
- F38 connaît et applique les principes facilitant la coordination et la continuité des activités à l'intérieur d'une équipe de soins infirmiers¹²;
- F39 connaît et applique les principes facilitant la coordination et la continuité des activités à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire, notamment dans le cadre du suivi systématique de clientèles ;
- F40 connaît et applique les principes à la base de l'assignation d'activités de soins et de traitements ;
- F41 connaît et applique les principes à la base de la supervision d'activités de soins et de traitements ;
- F42 connaît les caractéristiques du système québécois des services de santé et des services sociaux ainsi que les liens fonctionnels entre les différents établissements et les services offerts ;
- F43 connaît les services offerts par les divers types d'établissements de santé ainsi que les liens fonctionnels entre les différents départements et programmes ;
- F44 connaît les règles de soins, les programmes et les politiques de l'établissement touchant sa pratique ;
- F45 connaît et applique les éléments favorisant un environnement de travail sain et sécuritaire ;
- F46 connaît et applique les principes sous-jacents à une utilisation efficace et efficiente des ressources technologiques et matérielles ;
- F47 connaît et applique les mécanismes permettant d'assurer la sécurité, le respect des droits de la clientèle et la qualité des soins.

11. La collaboration intradisciplinaire réfère aux diverses activités de consultation, de soutien et de concertation entre pairs qui sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la continuité des soins aux clients. Par exemple, elle peut prendre la forme d'une consultation avec une conseillère en soins infirmiers pour résoudre une situation clinique complexe.

12. L'équipe de soins infirmiers réfère à l'ensemble des intervenants qui collaborent aux soins infirmiers. Elle inclut, entre autres, les infirmières, les infirmières auxiliaires et le personnel d'assistance.

CHAMP OPÉRATIONNEL

Le champ opérationnel a trait aux savoirs qui soutiennent l'action, qu'il s'agisse de communiquer, de documenter ou d'intervenir, notamment à l'aide des outils cliniques disponibles.

L'infirmière :

- F48 connaît et applique, en conformité avec les normes scientifiques, les méthodes de soins et les techniques invasives ainsi que les principes de préparation et d'administration des médicaments ;
- F49 connaît et applique les principes de prévention et de contrôle des infections ;
- F50 connaît et utilise judicieusement les ordonnances collectives, les protocoles, les procédures et les outils d'évaluation standardisés touchant sa pratique ;
- F51 connaît les documents de soutien à la pratique qui sont disponibles dans l'établissement ;
- F52 connaît les appareils et les outils pour l'évaluation et la surveillance clinique, les soins et les traitements, ainsi que leurs modes d'utilisation ;
- F53 connaît et est capable d'utiliser judicieusement une démarche systématique pour la résolution de problèmes de soins infirmiers ;
- F54 connaît et applique les principes relatifs à la documentation des soins, notamment la norme de documentation du plan thérapeutique infirmier ;
- F55 connaît et applique les principes de transmission d'information par voie verbale, écrite et électronique ;
- F56 a une connaissance usuelle de l'informatique pour des fins cliniques, de mise à jour ou de perfectionnement.

COMPOSANTE PROFESSIONNELLE



FIGURE 3 – LA COMPOSANTE PROFESSIONNELLE

Cette composante inclut les compétences définies en fonction des éléments d'exercice décrits dans le document *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière* (OIIQ, 2007). Elles sont groupées en fonction des neuf dimensions de l'exercice proposées dans le cadre de référence de l'examen professionnel.

Les nouvelles dispositions de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* ont amené une redéfinition des dimensions professionnelles relatives à l'évaluation clinique ainsi que le remplacement de la dimension « contrôle et supervision des soins » par la dimension « coordination des soins » qui reflète davantage la collaboration interprofessionnelle.

ÉVALUATION CLINIQUE

L'évaluation clinique comporte trois dimensions : l'évaluation initiale, l'évaluation en cours d'évolution, les constats de l'évaluation. Ces éléments de l'exercice sont des activités fondamentales de soins qui permettent à l'infirmière de cerner la situation de santé du client et de déterminer ses besoins, en vue d'établir des priorités, d'intervenir rapidement, efficacement et à bon escient, et de déterminer le suivi clinique requis. Toute activité d'évaluation exige d'établir une alliance avec la personne et ses proches ainsi qu'une collaboration étroite avec les membres de l'équipe, le cas échéant.

ÉVALUATION INITIALE¹³

Cette évaluation vise à déterminer un profil de la situation de santé du client, en recueillant par divers moyens (histoire de santé, examen physique, outils d'évaluation standardisés, examens diagnostiques, etc.) les données de base pertinentes, en les analysant et en les interprétant. Ces données peuvent porter, entre autres, sur son état de santé physique et mentale, ses capacités fonctionnelles, son environnement, etc. L'évaluation initiale peut englober la situation de santé du client, comme c'est souvent le cas à l'admission ou au premier contact avec le client, ou cibler un aspect particulier de la situation, par exemple dans le cas d'un problème qui survient durant la période de soins ou de suivi.

L'infirmière est capable de :

- P1 effectuer une évaluation de la situation de santé du client : évaluation de son état de santé physique et mentale et de son environnement physique et social, vérification de ses ressources personnelles, évaluation des risques, détermination de ses besoins d'apprentissage, etc. ;
- P2 effectuer une évaluation ciblant un aspect particulier de la situation, selon la nature des problèmes ou des besoins du client ;
- P3 utiliser judicieusement les outils d'évaluation standardisés ;
- P4 évaluer la condition du client, en utilisant les résultats d'examens diagnostiques et de consultations et en procédant aux examens diagnostiques nécessaires selon l'ordonnance, s'il y a lieu.

ÉVALUATION EN COURS D'ÉVOLUTION¹⁴

L'évaluation en cours d'évolution comprend les activités de surveillance clinique et d'évaluation des résultats obtenus chez le client, y compris l'analyse et l'interprétation des données recueillies à cette fin par divers moyens (examen physique, outils d'évaluation standardisés, examens diagnostiques, etc.). Cette évaluation consiste à établir des liens entre les données de l'évaluation initiale et les données des évaluations subséquentes, afin d'ajuster le plan thérapeutique infirmier, s'il y a lieu, et d'adapter ou de compléter les interventions en fonction des besoins évolutifs du client.

L'infirmière est capable de :

- P5 surveiller l'évolution de la situation de santé du client ;
- P6 exercer une surveillance clinique auprès du client, dont le monitoring, selon ses besoins, en vue de détecter tout signe de détérioration de l'état de santé ;
- P7 vérifier les réactions du client aux interventions, notamment aux médicaments ;
- P8 évaluer les résultats obtenus chez le client.

13. Première évaluation réalisée lors d'un ou de plusieurs contacts avec le client. Selon le cas, cette évaluation peut mener à une intervention ponctuelle ou à un suivi clinique.

14. Évaluation subséquente se référant au profil clinique évolutif établi à partir de l'évaluation initiale.

LA MOSAÏQUE

DES COMPÉTENCES CLINIQUES INITIALES DE L'INFIRMIÈRE

LE RÉFÉRENTIEL

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Les constats de l'évaluation représentent la formulation du jugement posé par l'infirmière sur la situation de santé du client ou un aspect particulier de celle-ci, à partir de son analyse et de son interprétation des données recueillies. Ils constituent la conclusion de l'évaluation initiale ou de l'évaluation en cours d'évolution.

L'infirmière est capable de :

- P9 formuler les constats de son évaluation concernant les problèmes de santé actuels ou potentiels du client ainsi que ses besoins ;
- P10 déterminer les constats de l'évaluation à inscrire au plan thérapeutique infirmier pour le suivi clinique, y compris les nouveaux problèmes ou besoins prioritaires, les changements significatifs, les problèmes résolus et les besoins satisfaits.

INTERVENTIONS CLINIQUES

Les activités visées par les interventions cliniques résultent de l'évaluation clinique. Les éléments de l'exercice en cause se regroupent sous quatre dimensions : la planification des soins et l'établissement des priorités ; la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents, des problèmes sociaux et du suicide ; le processus thérapeutique ; la réadaptation fonctionnelle et la qualité de vie.

PLANIFICATION DES SOINS ET ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS

À partir de son évaluation, l'infirmière établit les priorités de soins et de suivi clinique, et elle détermine un plan d'intervention en collaboration avec le client, ses proches et les autres professionnels concernés.

L'infirmière est capable de :

- P11 déterminer le suivi clinique requis au plan thérapeutique infirmier et l'ajuster au besoin, selon l'évolution de la situation de santé et l'efficacité des interventions ;
- P12 déterminer le plan de traitement pour une plaie ou une altération de la peau ou des téguments ;
- P13 planifier les activités de soins avec le client à partir de ses besoins, de ses attentes, de ses ressources et de celles de son réseau de soutien ;
- P14 établir des priorités dans les activités de soins pour son groupe de clients, tout en tenant compte des priorités de chaque client ;
- P15 planifier au moment opportun les activités liées au congé, en collaboration avec le client, ses personnes significatives et son réseau de soutien.

INTERVENTIONS RELATIVES À LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION

Les activités relatives à la promotion de la santé regroupent les activités ayant pour objectif d'aider le client à maintenir ou à améliorer sa santé, son bien-être et sa qualité de vie. Les interventions de prévention de la maladie, des accidents, des problèmes sociaux et du suicide comprennent les activités

où l'infirmière aide le client à déceler les problèmes potentiels ou à s'adapter aux problèmes actuels. Ces activités visent à réduire les risques actuels ou potentiels pour la santé.

L'infirmière est capable de :

- P16 aider le client à utiliser et à accroître son répertoire personnel de ressources, de façon à maintenir et à améliorer sa santé et son bien-être ou à prévenir la maladie, les accidents, les problèmes sociaux et le suicide, notamment par l'adoption de comportements de santé ;
- P17 aider le client à déterminer les stratégies éducatives¹⁵ les plus pertinentes pour son éducation pour la santé ;
- P18 renseigner le client sur les déterminants de la santé, leur incidence sur la santé et les mesures à prendre pour maintenir ou promouvoir sa santé et son bien-être ;
- P19 procéder à la vaccination selon le *Protocole d'immunisation du Québec* ;
- P20 procéder au dépistage des ITSS selon le *Guide québécois de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang* ;
- P21 aider le client à s'adapter aux changements inhérents à sa croissance, à son développement, aux différentes étapes de la vie et aux situations de stress ;
- P22 renseigner et soutenir le client, afin qu'il soit en mesure de faire des choix éclairés concernant sa santé, selon ses capacités ;
- P23 mettre en œuvre avec le client, selon sa situation de santé, les programmes de prévention et de contrôle des infections, de prévention des maladies, des complications, des accidents, des problèmes sociaux, du suicide ou des situations de crise et de violence, en collaboration avec des membres de l'équipe de soins infirmiers et de l'équipe multidisciplinaire ;
- P24 déterminer, en collaboration avec le client, des mesures qui favorisent un environnement sécuritaire et stimulant¹⁶ ;
- P25 mettre en place des mécanismes de dépistage, de surveillance et de suivi dans les situations à risque, et éliminer, si possible, les facteurs de risque liés à l'environnement, notamment en ce qui a trait à l'environnement physique et à l'environnement social de la personne ;
- P26 utiliser des mesures de remplacement à la contention qui sont appropriées à la condition du client, selon les comportements à risque qu'il présente ;
- P27 déterminer la pertinence d'utiliser ou de maintenir les mesures de contention ou d'isolement¹⁷ pour protéger le client, après avoir épuisé les mesures de remplacement disponibles, en consultant les autres membres de l'équipe multidisciplinaire, au besoin, et en procédant à la surveillance requise.

15. Les stratégies éducatives réfèrent aux divers moyens que peut prendre le client pour s'informer sur des questions et des sujets relatifs à sa santé. Elles incluent, notamment, la consultation de certains sites Internet.

16. Un environnement sécuritaire et stimulant est un environnement où les risques d'accidents, de maladie et de complications pour le client sont minimes ou inexistantes, et qui favorise le développement du potentiel et de la qualité de vie de cette personne.

17. Jusqu'à l'entrée en vigueur du projet de *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, la décision d'utiliser l'isolement requiert une ordonnance médicale.

INTERVENTIONS RELATIVES AU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Les interventions relatives au processus thérapeutique font appel aux activités de soins visant à aider le client à faire face aux réactions associées à la maladie ou à l'annonce du diagnostic, à le soutenir dans le maintien ou le rétablissement de sa santé, ou à l'aider à mourir dans la dignité. Les activités de soins consistent aussi à aider ou à encourager le client à participer aux soins requis par son état de santé.

L'infirmière est capable de :

- P28 assurer une présence thérapeutique auprès du client ;
- P29 aider la famille à comprendre l'expérience de santé du client et à l'accompagner dans celle-ci ;
- P30 renseigner le client et sa famille sur l'évolution de son état de santé ainsi que sur les soins et les traitements qui lui sont prodigués ;
- P31 prodiguer au client les soins et les traitements requis par sa situation de santé, en tenant compte de ses réactions ;
- P32 procéder aux examens diagnostiques selon l'ordonnance, s'il y a lieu ;
- P33 administrer et ajuster les traitements et les médicaments selon l'ordonnance ou selon le protocole en vigueur dans l'établissement de santé ;
- P34 intervenir pour contrôler la douleur aiguë et chronique ;
- P35 mettre en œuvre le plan thérapeutique infirmier et le plan de traitement médical ;
- P36 donner de l'enseignement au client et à la famille, notamment sur les autosoins et les autotests, et leur fournir le soutien requis au cours des activités d'apprentissage ;
- P37 diriger le client, au besoin, vers les ressources appropriées ;
- P38 intervenir dans les situations d'urgence, de crise ou de violence, en fonction des besoins du client ;
- P39 accompagner le client et la famille dans une situation de deuil ou de perte.

INTERVENTIONS RELATIVES À LA RÉADAPTATION FONCTIONNELLE ET À LA QUALITÉ DE VIE

Les activités de l'infirmière relatives à la réadaptation fonctionnelle ont pour but d'aider le client à recouvrer le plus possible les fonctions qu'il a perdues à la suite d'une maladie physique ou mentale, d'un accident ou d'un problème de toxicomanie. [...] Les activités liées à la qualité de vie visent à mettre à profit les ressources du client et de l'environnement : l'infirmière aide le client à exprimer ses besoins et à donner un sens à sa situation de santé (OIIQ, 1999b, p. 25).

L'infirmière est capable de :

- P40 collaborer avec divers professionnels à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de réadaptation fonctionnelle conçu à l'intention du client ;

- P41 aider le client à se construire une nouvelle image de lui-même au cours de sa réadaptation ;
- P42 aider le client, ou les personnes significatives, à exploiter son potentiel et à recouvrer son autonomie sur divers plans, telles la mobilité, l'élimination, l'alimentation, la sécurité ;
- P43 enseigner au client, ou aux personnes significatives, des moyens qui l'aideront à assurer sa sécurité et son bien-être, et à accomplir les activités de la vie quotidienne ;
- P44 préparer avec le client et les personnes significatives son retour dans son milieu naturel ou son arrivée dans un milieu adapté ;
- P45 préciser avec le client les principales conditions qui accroissent sa qualité de vie, par exemple, des sorties, activités sociales et récréatives, groupes d'entraide, etc. ;
- P46 mettre à profit les ressources du client en tenant compte des limites de son environnement ;
- P47 aider le client à donner un sens à la situation qu'il vit ;
- P48 prendre des mesures pour assurer le confort et le bien-être du client ;
- P49 prendre des moyens pour assurer le respect des droits du client.

CONTINUITÉ DES SOINS

Les éléments de l'exercice ayant trait à la continuité des soins portent sur la communication de l'information ainsi que sur la coordination des soins.

COMMUNICATION

L'infirmière prend divers moyens pour assurer la communication de l'information pertinente, afin d'assurer la continuité des soins lors des changements d'équipe, au moment des pauses et des repas, ou lorsque le client est dirigé vers une autre unité ou vers un autre établissement de santé, ou encore lorsqu'un autre professionnel de la santé est consulté.

L'infirmière est capable de :

- P50 inscrire au plan thérapeutique infirmier les éléments pertinents au suivi clinique du client lié à son profil évolutif ;
- P51 collaborer avec les divers professionnels à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire ;
- P52 consulter formellement un autre intervenant de l'équipe multidisciplinaire en fonction des besoins du client ;
- P53 aviser le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée, selon le cas, lorsque la situation du client le requiert, en lui transmettant de façon structurée les constats de son évaluation concernant les changements significatifs survenus dans la condition clinique du client ainsi que les données pertinentes justifiant ces constats ;

LA MOSAÏQUE

DES COMPÉTENCES CLINIQUES INITIALES DE L'INFIRMIÈRE

LE RÉFÉRENTIEL

- P54 transmettre à une autre infirmière ou à un autre professionnel de la santé, au besoin et en temps opportun, des renseignements relatifs à l'état du client, en déterminer la nature, selon la situation, et assurer la coordination et le suivi de la consultation, le cas échéant ;
- P55 transmettre l'information pertinente aux membres de l'équipe de soins infirmiers, de façon claire et explicite, pour que les clients reçoivent des soins sécuritaires et de qualité, et ce, de façon continue ;
- P56 prendre les mesures appropriées, notamment transmettre l'information nécessaire relative au plan thérapeutique infirmier, en vue d'assurer la continuité et le suivi des soins intra-établissement et interétablissements ainsi qu'avec les organismes et groupes communautaires ;
- P57 consigner au dossier du client le plan thérapeutique infirmier et les notes d'évolution justifiant les décisions qu'il contient ;
- P58 voir à la mise à jour du dossier du client.

COORDINATION DES SOINS

Les activités de coordination liées au rôle de l'infirmière lui permettent d'assurer la sécurité, la continuité et la qualité des soins aux clients.

L'infirmière est capable de :

- P59 effectuer le suivi infirmier d'un client présentant des problèmes de santé complexes ;
- P60 inscrire dans le plan thérapeutique infirmier les directives infirmières données pour assurer le suivi clinique du client et les transmettre explicitement aux personnes concernées qui n'y ont pas accès ;
- P61 coordonner les interventions de l'équipe de soins infirmiers, en tenant compte de la situation du client et en assignant judicieusement les activités de soins selon les habilitations légales et les compétences des intervenants ;
- P62 prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la qualité des soins au client, notamment en procédant, au besoin, à des activités de supervision auprès des intervenants ;
- P63 coordonner les interventions de l'équipe multidisciplinaire, en tenant compte de la situation de santé du client, notamment dans le cadre du suivi systématique de clientèles.

COMPOSANTE CONTEXTUELLE

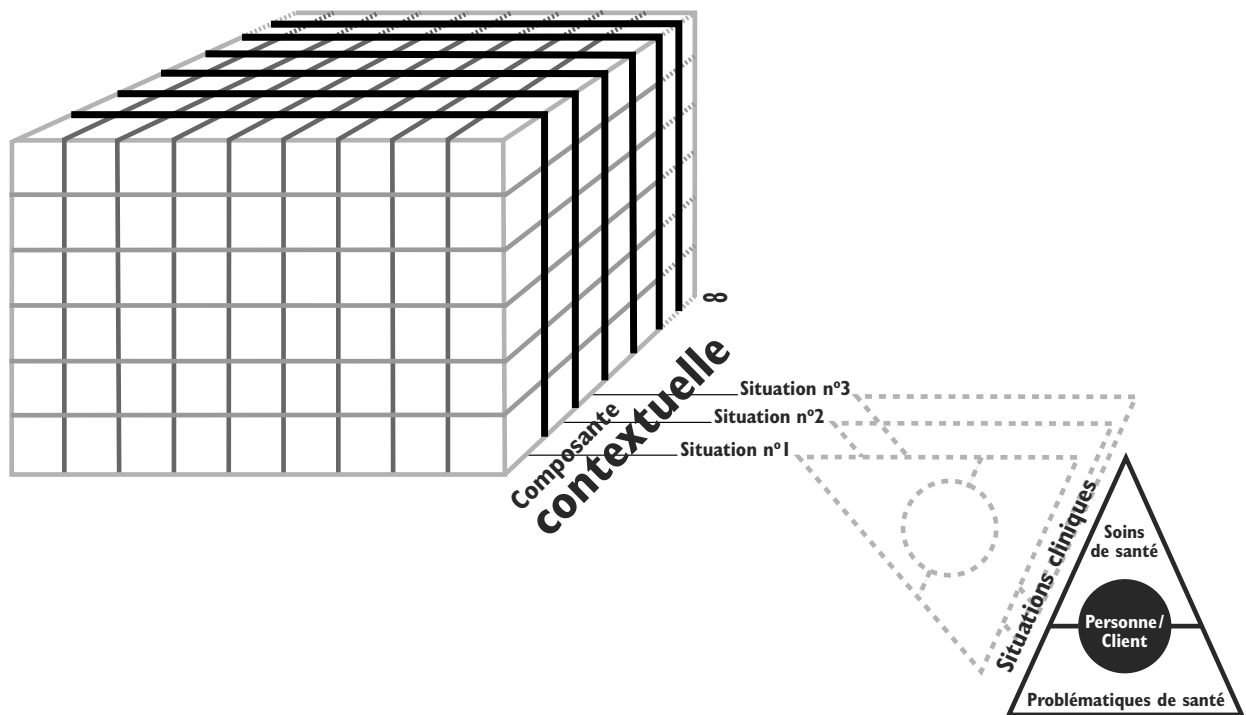


FIGURE 4 — LA COMPOSANTE CONTEXTUELLE

Cette composante inclut les compétences définies en fonction des situations cliniques rencontrées dans l'exercice de la profession d'infirmière. Celles-ci sont génériques et réfèrent à des types de situations cliniques, à des caractéristiques de la personne (cible de l'intervention, caractéristiques personnelles, environnement) et à un certain nombre de pathologies, d'examens diagnostiques, de traitements et de situations à risque constituant des cas traceurs. Les cas proposés dans ce document correspondent à des situations cliniques auxquelles l'infirmière est susceptible de faire face au début de sa pratique.

Le triangle apparaissant à la figure 4 illustre la façon dont les éléments contextuels sont associés pour déterminer diverses situations cliniques.

LA MOSAÏQUE

DES COMPÉTENCES CLINIQUES INITIALES DE L'INFIRMIÈRE

LE RÉFÉRENTIEL

La personne/client se trouve au centre du triangle. Elle peut référer à un individu, aux personnes qui lui sont significatives, à son réseau de soutien, à un groupe d'individus, à une collectivité ou à une population, selon la nature et la cible de l'intervention. Cette personne possède diverses caractéristiques, dont certaines peuvent contribuer à définir une situation clinique. Certaines de ces caractéristiques sont présentées dans le tableau I, notamment les caractéristiques personnelles et l'environnement de la personne ainsi que la cible visée par les soins infirmiers.

TABLEAU I — CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE/CLIENT

Cible	Caractéristiques personnelles	Environnement
individu	femme/homme	environnement physique
personne significative	âge	environnement social
réseau de soutien	stade de croissance	environnement socioculturel
groupe	processus physiologique (par ex. grossesse, post-partum)	environnement socioéconomique
collectivité	étape de vie	environnement au travail
population	habitudes de vie	milieu naturel/milieu de soins

Il importe ici de préciser que toute situation clinique concerne une personne dont elle ne peut pas être dissociée. Par conséquent, les autres éléments contextuels de la situation clinique, telles les problématiques de santé qu'elle peut comporter, sont associés à la personne dans leur interaction avec les autres composantes de la mosaïque. Ces liens s'expliquent par la nature même de la discipline infirmière.

TABLEAU II — TYPES DE SITUATIONS DE SOINS

situation de soins de santé
situation de soins aigus ou de courte durée
✓ stable
✓ instable
✓ urgente ou critique
situation de soins de réadaptation ou de rétablissement
situation de soins chroniques ou de longue durée
situation de soins en fin de vie

Cette personne vit une situation de santé pour laquelle elle reçoit des soins infirmiers. La situation peut varier selon son état de santé et la phase de sa maladie, le cas échéant. Une catégorisation des situations de soins, dont les définitions apparaissent au glossaire, est présentée dans le tableau II.

Tel qu'il est illustré dans le triangle de la figure 4, l'infirmière peut intervenir dans une situation clinique comportant une problématique de santé (la base du triangle) ou non (la pointe du triangle). Des exemples de situations cliniques liées à la santé ou à des problématiques de santé que l'infirmière est susceptible de rencontrer au début de sa pratique sont présentés aux tableaux III, IV et V. Considérées comme des cas traceurs, ces situations sont regroupées en fonction de la pathologie, des examens diagnostiques ou des traitements auxquels elles sont liées ou encore selon les risques qu'elles comportent et les facteurs de risque qui font l'objet de pratiques cliniques préventives. Le choix des cas traceurs est basé sur l'importance et la fréquence des situations ou des problématiques de santé. Il n'est pas exhaustif mais plutôt indicatif et se veut évolutif.

Les compétences formulées pour la composante contextuelle réfèrent à la capacité de l'infirmière à intervenir dans diverses situations cliniques et font appel aux éléments de contexte répertoriés dans les tableaux I à V.

Il est important de retenir que, dans la présente section, le terme « intervenir » qui apparaît dans les énoncés de compétences est utilisé dans son sens générique. Il réfère à un ensemble d'actions qui découlent d'un jugement clinique et sont posées par l'infirmière pour répondre aux besoins du client dans une situation clinique donnée. Il englobe ainsi les activités consistant à évaluer la situation de santé de la personne, à lui prodiguer des soins infirmiers et à assurer le suivi requis. Les autres termes spécifiques utilisés dans cette section sont définis au glossaire.

ÉNONCÉS DE COMPÉTENCES

L'infirmière est capable de :

- C1** intervenir auprès de la personne qui vit une situation de soins de santé, en tenant compte de ses caractéristiques personnelles et de son environnement ;
- C2** intervenir auprès d'une femme durant la grossesse, la période de travail, l'accouchement et la période postnatale immédiate et éloignée, ainsi qu'auprès du nouveau-né ;
- C3** intervenir auprès de la personne dans une situation de soins aigus ou de courte durée, où sa condition est stable, instable, urgente ou critique, tout au long de l'épisode de soins ;
- C4** intervenir auprès de la personne dans une situation de soins chroniques, durant les diverses phases de la maladie, ou dans une situation de soins de longue durée ;

LA MOSAÏQUE

DES COMPÉTENCES CLINIQUES INITIALES DE L'INFIRMIÈRE

LE RÉFÉRENTIEL

- C5 intervenir auprès de la personne dans des situations liées à des pathologies, notamment celles qui figurent au tableau III ;
- C6 intervenir auprès de la personne qui subit des traitements médicaux et chirurgicaux ainsi que des examens diagnostiques, notamment ceux qui figurent au tableau IV ;
- C7 intervenir auprès de la personne dans des situations comportant des risques ou des facteurs de risque qui font l'objet de pratiques cliniques préventives, notamment celles qui figurent au tableau V ;
- C8 intervenir auprès de la personne dans une situation de soins de réadaptation et de rétablissement ;
- C9 intervenir auprès de la personne qui requiert des soins en fin de vie et souhaite en recevoir.

TABLEAU III — SITUATIONS CLINIQUES LIÉES À UNE PATHOLOGIE COURANTE – CAS TRACEURS

Accident vasculaire cérébral (AVC)	État psychotique, dépression, trouble bipolaire	Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
Allergie, asthme	Glaucome	Maladies inflammatoires de l'intestin (Crohn, colite ulcéreuse)
Arrêt cardiorespiratoire	Hémorragie gastrointestinale	Œdème aigu du poumon
Arythmie (asystolie, bradycardie sinusale, tachycardie sinusale, fibrillation auriculaire)	Hypertension artérielle	Plaies
Cancer	Infection urinaire	Pneumonie
Choc anaphylactique	Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : sida, syphilis, chlamydia, etc.	Syndrome coronarien aigu (angine, infarctus)
Choc hypovolémique, neurogénique, cardiogénique	Insuffisance cardiaque	Problèmes hormonaux (hypothyroïdie, goitre)
Déficits cognitifs (maladie d'Alzheimer)	Insuffisance rénale	Traumatismes mineurs et majeurs (brûlures, fractures, trauma crânien)
Diabète	Intoxication iatrogénique, accidentelle	[...]

TABLEAU IV — SITUATIONS CLINIQUES LIÉES À DES EXAMENS DIAGNOSTIQUES OU À DES TRAITEMENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX – CAS TRACEURS

Angiographie	Alimentation parentérale	Exérèse d'une cataracte
Endoscopie basse ou haute	Amputation	Hystérectomie abdominale
Repas ou lavement baryté	Arthrodèse : prothèse totale de la hanche	Sonde nasogastrique/gavage
Urographie	Chimiothérapie	Sonde vésicale
[...]	Chirurgie par laparoscopie	Thérapie intraveineuse
	Chirurgies de revascularisation (pontage aortocoronarien, pontage mammocoronarien)	Trachéotomie
	Colostomie, iléostomie	Traitements chirurgicaux sous contrôle radiologique
	Dialyse	Transfusion de sang ou dérivés sanguins
	Drain thoracique	[...]

TABLEAU V — SITUATIONS CLINIQUES COMPORTANT DES RISQUES OU FAISANT L'OBJET DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES – CAS TRACEURS

Situations comportant des risques	Situations faisant l'objet de pratiques cliniques préventives ¹⁸	
Risque d'accidents, de chutes	Maladies cardiovasculaires et respiratoires	
Risque d'avortement	✓ activité physique	✓ hypertension artérielle
Risque de lésion de pression	✓ alimentation	✓ obésité
Risque de passage à l'acte agressif	✓ diabète de type 2	✓ tabagisme
Risque lié aux bactéries multirésistantes	✓ dyslipidémies	
Risque suicidaire	Cancers	
Situation d'abus, de violence physique ou psychologique (ex. syndrome du bébé secoué)	✓ col utérin	✓ poumon
Situation de crise	✓ colorectal	✓ prostate
[...]	✓ peau	✓ sein
	Maladies infectieuses	
	✓ immunisation	✓ ITSS
	Traumatismes et déficits sensoriels	
	✓ audition	✓ sécurité routière
	✓ évaluation des chutes	✓ vision
	✓ ostéoporose	
	Problèmes psychosociaux	
	✓ abus d'alcool et de drogue	✓ suicide et dépression
		✓ violence familiale
	✓ déficit cognitif	

18. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006) ; Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008).

Annexe 14
Avis du Comité de l'examen professionnel de l'OIIQ
2021

Révision du contenu de l'examen d'admission à la profession

Comité de l'examen professionnel

AVIS

RÉVISION DU CONTENU DE L'EXAMEN D'ADMISSION À LA PROFESSION

27 septembre 2021

Conformément à la politique rédactionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le féminin est utilisé aux seules fins d'alléger le texte.

Définition de la terminologie utilisée

Contexte

Depuis 2000, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (ci-après « OIIQ ») développe et administre son propre examen d'admission à la profession. Dans une perspective de protection du public, cet examen vise à déterminer l'aptitude à exercer la profession infirmière des candidats au terme d'un programme d'études menant à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au permis de l'OIIQ. Plus spécifiquement, l'article 2 du *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* stipule que « l'examen professionnel porte sur les aspects théoriques et cliniques de l'exercice infirmier. Il évalue notamment l'intégration et l'application dans diverses situations cliniques des connaissances et des habiletés acquises par le candidat ».

Le Comité de l'examen professionnel (ci-après « Comité ») est un comité formé par le Conseil d'administration de l'OIIQ en vertu de l'application du paragraphe 2^o de l'article 86.0.1 du *Code des professions*. Ce Comité a pour mandat, notamment, de définir les orientations pour le développement du contenu de l'examen d'admission à la profession et de déterminer les paramètres de la table de spécifications qui servent d'ancrage pour son élaboration (OIIQ, 2021).

Depuis la mise en place de l'examen d'admission à la profession, son contenu s'inspire de la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière*. Il s'agit d'une modélisation qui présente « la globalité de la compétence requise pour l'exercice de la profession » (OIIQ, 2009, p. 9). Le contenu de l'examen d'admission à la profession est donc structuré en cohérence avec les trois composantes, tirées de la Mosaïque, illustrant l'aptitude à exercer, soit : la composante fonctionnelle, la composante professionnelle et la composante contextuelle. À titre de rappel, les différentes composantes réfèrent aux savoirs requis pour exercer la profession, aux dimensions de l'exercice infirmier (évaluation, intervention et continuité de soins) et aux situations cliniques qui permettent aux candidats de démontrer leur aptitude à exercer. Évidemment, compte tenu des limites méthodologiques d'un instrument de mesure sous forme écrite, les cibles d'évaluation se limitent au rappel de connaissances, à l'application des connaissances et à la démarche de résolution de problème.

Depuis la mise en place de l'examen d'admission à la profession, le champ d'exercice infirmier a nettement évolué. L'application des 17 activités réservées prévues dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* ainsi que le droit de prescrire de l'infirmière prévu au *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* ont eu pour impact d'élargir le champ d'exercice de l'infirmière et de l'infirmier et de confirmer leur autonomie. À cet effet, l'OIIQ a publié l'*Univers des soins infirmiers* (2014), qui est tout à fait complémentaire à la Mosaïque et qui illustre bien la portée contemporaine du champ d'exercice de l'infirmière et de l'infirmier.

Bien que le format de l'examen professionnel ait fait l'objet d'une évolution au cours des dernières années, notamment par le retrait des ECOS en 2014 et l'introduction graduelle des questions à choix de réponses de 2017 à 2018 en remplacement des questions ouvertes à réponse courte, les aspects ciblés à l'examen sont demeurés relativement les mêmes. Pourtant, le vieillissement de la population fait en sorte que les soins de santé à dispenser par l'infirmière et l'infirmier sont de plus en plus complexes, et ce, peu importe le milieu où la personne se trouve (Institut canadien d'information sur la santé, s.d.; Institut national de santé publique du Québec, 2019). Ainsi, pour

répondre adéquatement aux besoins des clientèles de façon sécuritaire et autonome, l'infirmière et l'infirmier doivent être en mesure de mobiliser l'ensemble de leur champ d'exercice dès le début de leur exercice (Déry, 2013; Institute of Medicine, 2011).

En 2021, il est donc plus que nécessaire de porter un regard critique quant au contenu de l'examen afin qu'il reflète la pratique contemporaine des infirmières et infirmiers, d'autant plus que les activités réservées et le droit de prescrire sont considérés par le législateur comme étant associés à un risque de préjudice important pour la clientèle. Ainsi, le Comité a considéré l'ensemble des libellés de la *Mosaïque des compétences* à la lumière du champ d'exercice illustré dans l'*Univers des soins infirmiers* afin d'arrimer le contenu de l'examen à l'exercice infirmier d'aujourd'hui.

CONCLUSION

Le Comité de l'examen professionnel est d'avis qu'il est nécessaire d'arrimer le contenu de l'examen à un exercice contemporain de la profession infirmière. Ainsi, à partir de la session d'examen de septembre 2022, le Comité considère que le contenu de l'examen doit porter davantage, avec les adaptations nécessaires au format d'examen et en considérant les limites de ce dernier, sur :

- 1) Des connaissances approfondies en matière de développement et fonctionnement humains, notamment en anatomie, physiologie, microbiologie, biochimie, pharmacologie, nutrition, pathophysiologie, génétique, psychologie et sociologie;
- 2) Des activités à risque de préjudice, notamment les 15 activités réservées suivantes :
 - Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
 - Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
 - Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance (incluant le droit de prescrire);
 - Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);
 - Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
 - Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
 - Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent (incluant le droit de prescrire);
 - Appliquer des techniques invasives;
 - Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
 - Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
 - Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;

- Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
- Décider de l'utilisation des mesures de contention;
- Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);
- Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

3) Les secteurs de soins suivants, pertinents au champ d'exercice de l'infirmière et de l'infirmier :

- Soins de longue durée;
- Soins critiques;
- Soins aigus;
- Soins de santé de proximité.

AVIS

CONSIDÉRANT QUE l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (ci-après « OIIQ ») développe et administre son propre examen d'admission à la profession (ci-après « examen ») depuis 2000;

CONSIDÉRANT QU'EN application de l'article 2 du *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, « l'examen professionnel porte sur les aspects théoriques et cliniques de l'exercice infirmier » et qu'il « évalue, notamment, l'intégration et l'application dans diverses situations cliniques des connaissances et des habiletés acquises par le candidat », en vue de déterminer s'il est apte à exercer la profession;

CONSIDÉRANT QU'EN application du paragraphe 2^o de l'article 86.0.1 du *Code des professions*, le Comité de l'examen professionnel (ci-après « Comité ») est un comité formé par le Conseil d'administration de l'OIIQ;

CONSIDÉRANT QUE le Comité a pour mandat, notamment, de définir les orientations pour le développement du contenu de l'examen professionnel de déterminer les paramètres de la table de spécifications qui sert d'ancrage pour l'élaboration du matériel;

CONSIDÉRANT les limites méthodologiques d'un instrument de mesure sous forme écrite, l'évaluation à l'examen se limitant au rappel de connaissances, à l'application des connaissances et à la démarche de résolution de problème;

CONSIDÉRANT QUE depuis la mise en place de l'examen, le champ d'exercice infirmier a nettement évolué;

CONSIDÉRANT QUE l'application des 17 activités réservées prévues dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* ainsi que le droit de prescrire de l'infirmière prévu au *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* ont eu pour impact d'élargir le champ d'exercice de l'infirmière et de l'infirmier et de confirmer leur autonomie;

CONSIDÉRANT QUE l'OIIQ a publié l'*Univers des soins infirmiers*, qui est tout à fait complémentaire à la *Mosaïque* et qui illustre la portée contemporaine du champ d'exercice de l'infirmière et de l'infirmier;

CONSIDÉRANT QUE le vieillissement de la population fait en sorte que les soins de santé à dispenser par l'infirmière et l'infirmier sont de plus en plus complexes, et ce, peu importe le lieu où la personne se trouve;

CONSIDÉRANT QUE l'infirmière et l'infirmier doivent être en mesure de mobiliser l'ensemble de leur champ d'exercice dès le début de leur exercice afin de répondre adéquatement aux besoins des clientèles de façon sécuritaire et autonome;

CONSIDÉRANT QU'il est plus que nécessaire de porter un regard critique quant au contenu de l'examen afin qu'il reflète la pratique contemporaine des infirmières et infirmiers;

CONSIDÉRANT QUE les activités réservées et le droit de prescrire sont considérés par le législateur comme étant associés à un risque de préjudice important pour la clientèle;

Recommandations

Les membres du Comité de l'examen professionnel formulent l'avis :

D'ARRIMER le contenu de l'examen à un exercice contemporain de la profession infirmière dès la session de septembre 2022;

DE PRIVILÉGIER l'évaluation des connaissances approfondies en matière de développement et fonctionnement humains, notamment en anatomie, physiologie, microbiologie, biochimie, pharmacologie, nutrition, pathophysiologie, génétique, psychologie et sociologie;

DE PRIVILÉGIER l'évaluation des activités à risque de préjudice, notamment les 15 activités réservées suivantes :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance (incluant le droit de prescrire);
- Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);
- Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
- Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
- Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent (incluant le droit de prescrire);
- Appliquer des techniques invasives;
- Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
- Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
- Décider de l'utilisation des mesures de contention;
- Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);
- Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

DE PRIVILÉGIER l'évaluation des secteurs de soins suivants, pertinents au champ d'exercice de l'infirmière et de l'infirmier :

- Soins de longue durée;
- Soins critiques;
- Soins aigus;
- Soins de santé de proximité.

Références

Code des professions, RLRQ, chapitre C-26. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-26/>

Déry, J. (2013). *L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10843/Dery_Johanne_2013_these.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (s.d.). Résultats par domaine et indicateur – Québec [tableau de données]. *Votre système de santé*. <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/endetail?lang=fr#/theme/C4000/2/>

Institut national de santé publique du Québec. (2019). *La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2577_prevalence_multimorbidite_quebec_2016_2017.pdf

Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. National Academies Press. <https://www.nap.edu/catalog/12956/the-future-of-nursing-leading-change-advancing-health>

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, chapitre I-8. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/I-8>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* (2^e éd.). OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *L'univers des soins infirmiers en images* [affiches]. <https://www.oiiq.org/l-univers-des-soins-infirmiers-en-images>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *Procédure du comité de l'examen professionnel*. OIIQ.

Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, RLRQ, chapitre M-9, r. 12.001. [http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9, r. 12.001/](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,r.12.001/)

Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ, chapitre I-8, r. 13. [http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8, r. 13/](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,r.13/)

Cet avis a été adopté à l'unanimité le 27 septembre 2021 par les membres du Comité de l'examen professionnel qui étaient présents à la rencontre.

Comité de l'examen professionnel

Josée Bonneau

*Membre du Comité de l'examen professionnel
Directrice adjointe
École des sciences infirmières Ingram
Université McGill*

Chantal Lemay

*Présidente du Comité de l'examen professionnel
Directrice
Direction – Admissions et registrariat
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*

Sylvie Gaudreau

*Membre du Comité de l'examen professionnel
Conseillère cadre clinicienne – Soutien et
encadrement clinique
CIUSSS de l'Estrie – CHUS*

Myriam Ménard

*Membre du Comité de l'examen professionnel
Adjointe au directeur
Ministère de la santé et des services sociaux*

Claude Gravel

*Membre du Comité de l'examen professionnel
Enseignante
Cégep St-Jean-sur-Richelieu*

Annexe 15
Avis du Comité jeunesse de l'OIIQ
2021

La préparation des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés



AVIS

LA PRÉPARATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS NOUVELLEMENT DIPLÔMÉS

Le Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec est d'avis que les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés ne sont pas adéquatement préparés pour faire face de façon sécuritaire aux enjeux et défis actuels de la profession en début de pratique.

Reçu par le Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec lors de sa séance de travail du 22 octobre 2021.

INTRODUCTION

Le Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a pour mandat d'explorer les questions relatives à la relève infirmière et de prendre position sur les enjeux de la profession qui la concernent. Cet avis découle d'une demande faite par le Conseil d'administration à la suite d'une vaste démarche de consultation qui s'est conclue, en mai 2021, par les États généraux de la profession. La question qui nous a été formulée est la suivante :

Considérant que le niveau de préparation à l'exercice de la profession infirmière est un enjeu fréquemment soulevé, à la fois par la littérature portant sur les infirmières et infirmiers nouvellement diplômées et par la relève infirmière elle-même, les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés sont-ils adéquatement préparés pour faire face de façon sécuritaire aux enjeux et défis actuels de la profession en début de pratique?

ÉTAT DE SITUATION : ENJEUX ET DÉFIS DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

Afin d'identifier les aspects à améliorer concernant la préparation des infirmières et infirmiers, nous avons brossé le portrait des multiples enjeux de la profession auxquels ils seront rapidement confrontés en début de pratique.

Complexité croissante des soins offerts par les infirmières et infirmiers

On retrouve d'abord la complexité croissante des soins offerts par les infirmières et infirmiers. La multimorbidité figure parmi les principales composantes de cette complexité et représente l'un des défis les plus importants de santé publique dans les pays industrialisés (The Lancet, 2018). En 2016, au Québec, la multimorbidité affectait plus de 1,1 million de Québécois âgés de 25 ans et plus (INSPQ, 2019). Pour intervenir adéquatement auprès des personnes en état de multimorbidité, ils doivent posséder plus de connaissances dans le suivi et la prise en charge de maladies chroniques multiples. Par ailleurs, en cas de décompensation de l'une des pathologies, la cascade de conséquences néfastes en termes d'instabilité et d'intensité qui en découlent peut nécessiter des interventions infirmières très spécialisées et techniquement complexes (Davidson et al., 2011). Cette réalité requiert des infirmières et infirmiers des connaissances en soins critiques, notamment en soins d'urgence, en soins intensifs et en réanimation.

Le vieillissement actuel de la population québécoise contribue au phénomène de la multimorbidité. En 2017, on comptait 3,4 millions de personnes âgées de 50 ans ou plus et 1,6 million de personnes âgées de 65 ans ou plus, sur 8,4 millions de Québécois (MSSS, 2018). Ces statistiques en elles-mêmes suffisent à justifier l'importance de connaissances pointues en gériatrie et en gérontologie pour les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés, qui sont appelés à prendre soin majoritairement de personnes âgées dans toutes sortes de contextes de soins. Avec le vieillissement de la population vient l'impératif des soins à domicile et dans la communauté. En effet, vivre chez soi le plus longtemps possible demeure le premier choix de la grande majorité des aînés québécois (MSSS, 2012). Pour permettre le maintien à domicile des aînés, les infirmières et infirmiers doivent posséder des connaissances avancées en soins communautaires, incluant les soins à domicile, en soins de première ligne, ainsi qu'en prévention de la maladie et en promotion de la santé. Ces connaissances doivent également permettre

d'accompagner les personnes dans le continuum des soins et services de santé, allant des soins primaires aux soins secondaires et tertiaires en établissement.

Dans une situation complexe de soins, il est attendu des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés qu'ils démontrent une compréhension globale de la situation de santé-maladie en adoptant une vision holistique des soins, et ce, afin de percevoir la personne comme un être bio-psycho-social en interaction avec son environnement. Cette situation complexe de soins peut réunir « les pathologies multiples, des difficultés dans les activités de la vie quotidienne (ADL), la sévérité des pathologies, l'instabilité de l'état de santé, des hospitalisations répétées pour une même problématique et la complexité psycho-sociale à savoir une association et/ou un cumul d'un faible recours aux soins, d'un isolement social, de vulnérabilité sociale, de pratiques de santé inadaptées, d'une situation de dépendance, et une nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs » (Busnel et al., 2020, p. 10). Par ailleurs, il est également attendu que les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés adoptent une approche de partenariat de soins et services avec les patients et leurs familles. Cette relation de partenariat est grandement influencée par la démocratisation de l'accès à l'information et l'utilisation importante des technologies en santé numérique. Déjà, en 2012, plus de 80 % des patients et de leurs familles recherchaient des informations liées à la santé sur le Web (Thoër et Lévy, 2012). Comme mentionné dans notre avis déposé dans le cadre des États généraux de la profession, cela exige des infirmières et infirmiers qu'ils développent des connaissances et compétences en santé numérique de plus en plus complexes et pointues afin d'utiliser ces nouveaux outils et de fournir de l'enseignement et des conseils au public à ce sujet (Comité jeunesse de l'OIIQ, 2021).

Prévalence des problèmes de santé mentale

Un autre aspect majeur caractérisant la complexité actuelle des soins offerts par les infirmières et infirmiers est la prévalence des problèmes de santé mentale. Une statistique bien connue de tous est celle indiquant qu'un Canadien sur cinq sera affecté par un problème de santé mentale au cours de sa vie. Aussi, cinq des dix causes d'incapacité les plus importantes au monde découlent des troubles mentaux (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013). La pandémie de COVID-19 aura certainement contribué à exacerber cette problématique, comme semblent le confirmer les études épidémiologiques indiquant une détérioration de la santé mentale et du bien-être des individus (Arora et al., 2020). Or, encore plus inquiétant est le fait qu'avant même la pandémie, 5,3 millions de personnes au Canada avaient déclaré avoir eu besoin de l'aide relativement à leur santé mentale au cours de l'année précédente et que près de la moitié de ces Canadiens ont affirmé que leurs besoins n'étaient que partiellement satisfaits (1,2 million) ou qu'ils avaient des besoins non satisfaits (1,1 million) (Statistique Canada, 2019). Les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés doivent être outillés pour répondre à ce problème majeur de santé publique. Il nous apparaît donc clair que des connaissances avancées en santé mentale et en psychiatrie sont requises en début de pratique.

Accompagner des réalités plurielles

Par ailleurs, les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés doivent être en mesure de contribuer à répondre aux besoins de soins et de services de santé de l'ensemble de la population, notamment ceux des différents types de famille, des collectivités diversifiées (peuples autochtones, membres de groupes religieux ou culturels, immigrants, personnes issues de la communauté LGBTQ, etc.) et des populations vulnérables (personnes avec une déficience intellectuelle, développementale ou physique, personnes atteintes de toxicomanie, populations carcérales, personnes en situation d'itinérance, réfugiés, populations économiquement défavorisées, etc.). Pour y arriver, les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés doivent posséder des connaissances en approche familiale systémique, ainsi que des habiletés d'intervention en contexte de diversité culturelle et humaine. Par le fait même, ces infirmières et infirmiers sont appelés à jouer leur rôle d'*advocacy* (de défenseurs) auprès des individus et des groupes issus de ces différents segments de la population, pour ainsi contribuer à réduire les inégalités sociales. Cela implique qu'ils possèdent les habiletés critiques et politiques requises en vue de la participation active aux débats publics.

Répondre à la crise climatique mondiale

Comme mentionné dans notre avis sur les changements climatiques et la pratique infirmière, en tant que professionnels de la santé, les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés doivent participer activement à la lutte contre les changements climatiques et leurs effets néfastes sur l'environnement et la santé des populations. La préparation doit également leur permettre de contribuer efficacement à la mise en place de modes d'organisation des soins visant à répondre aux urgences climatiques. Les programmes de formation initiale doivent intégrer des notions quant à l'évaluation exhaustive des déterminants environnementaux de la santé et des conséquences des changements climatiques sur les individus et les collectivités.

Déploiement optimal de l'étendue de pratique infirmière

Nous sommes également soucieux de la contribution des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés au déploiement optimal de l'étendue de la pratique infirmière. Pour ce faire, les compétences en planification des soins, en évaluation, en surveillance et en suivi clinique doivent être bonifiées et mises à l'avant-plan, car elles se situent au cœur de l'expertise infirmière. Les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés doivent également contribuer au déploiement du droit de prescrire, qui constitue un jalon important pour l'autonomie de la pratique, en possédant un plus large éventail de connaissances dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants. Par ailleurs, les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés doivent être plus outillés en termes de leadership, de gestion et de collaboration professionnelle afin d'être en mesure de coordonner adéquatement les soins au sein d'une équipe de travail interdisciplinaire, dont les membres sont majoritairement formés au baccalauréat, à la maîtrise et au doctorat. Finalement, les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés doivent assurer une pratique infirmière fondée sur les données probantes. Ils doivent donc tous posséder les connaissances nécessaires pour comprendre le processus de recherche et utiliser les résultats issus de la recherche.

NOS RECOMMANDATIONS

Dans le but d'assurer un meilleur niveau de préparation à l'exercice de la profession pour les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés, nous croyons qu'il est nécessaire d'intervenir par trois leviers, soit :

- 1) le rehaussement et la bonification de la formation initiale;
- 2) la révision des modalités actuelles entourant les stages cliniques;
- 3) l'optimisation des mesures de transition entre la formation et la pratique clinique.

À notre avis, la responsabilité d'une meilleure préparation est partagée entre les maisons d'enseignement supérieur qui forment les infirmières et infirmiers et les établissements de santé qui les accueillent durant leurs études et une fois diplômés.

1) Rehaussement du niveau et bonification de la formation initiale

Il existe actuellement deux voies d'entrée à la profession infirmière : une formation collégiale (diplôme d'études techniques en soins infirmiers) et une formation universitaire (baccalauréat en sciences infirmières et maîtrise en sciences infirmières). Unique au sein du système professionnel québécois, cette situation se doit d'être régularisée pour assurer un niveau de préparation adéquat. En regard des enjeux de la profession cités précédemment et des aspects de la préparation des infirmières et infirmiers devant être améliorés, le rehaussement de la norme d'entrée à la profession au niveau universitaire nous apparaît comme étant un incontournable. Il s'agit d'un message porté par le Comité jeunesse depuis plusieurs années. En 2012, dans notre *Avis sur la formation de la relève infirmière*, nous affirmions :

« Considérant les faits saillants de la littérature, le rôle actuel des infirmières, le contexte futur des soins et du rôle infirmier ainsi que les besoins des infirmières de la relève en lien avec la rétention, l'intégration et la formation, le Comité est d'avis que la formation initiale doit être rehaussée au niveau universitaire pour les infirmières de la relève. » (p. 1)

Nous mentionnions également notre souhait que la transition soit effectuée graduellement, dans le respect des professionnels déjà en poste dans le réseau de la santé. En 2018, nous avons réitéré cette position dans notre avis intitulé *Vers une meilleure intégration de la relève infirmière*, dans lequel nous affirmions que :

« Le rehaussement de la formation initiale au niveau du baccalauréat fournit les acquis théoriques nécessaires au développement du jugement clinique, ce qui facilite l'intégration dans les milieux de travail, tout en favorisant le développement professionnel. » (p. 2)

À notre avis, les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés doivent posséder plus de connaissances dans certains domaines prioritaires correspondant aux besoins contemporains de la population québécoise, soit :

- suivi des maladies chroniques multiples;
- gériatrie et gérontologie;
- soins communautaires, incluant les soins à domicile, soins de première ligne, prévention de la maladie et promotion de la santé;
- santé mentale et soins psychiatriques;
- intervention en contexte de diversité culturelle et humaine;
- enjeux politiques et climatiques en santé;
- gestion et collaboration professionnelle;
- soins de plaies, santé publique et problèmes de santé courants.

D'un point de vue strictement mathématique, le nombre d'heures spécifiques de formation universitaire dans la formation collégiale (DEC) en soins infirmiers (2 925 heures) est insuffisant pour couvrir l'ensemble de ces contenus et permettre l'acquisition des connaissances et habiletés requises pour l'exercice sécuritaire de la profession infirmière en 2021. Nous croyons que la formation intégrée DEC-BAC (5 250 heures) et la formation initiale au baccalauréat en sciences infirmières (4 635 à 4 815 heures) représentent les meilleures options en vue de permettre aux infirmières et infirmiers un meilleur niveau de préparation lors de leur arrivée dans la profession.

Toutefois, nous militons en faveur d'une bonification du contenu de la formation initiale dans son ensemble. Ainsi, afin d'assurer un niveau de préparation standardisé entre les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés, nous sommes d'avis que toutes les universités offrant un programme de formation universitaire en sciences infirmières devraient se conformer au Cadre national de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI, 2015a) sur la formation infirmière, en plus de se soumettre au processus rigoureux d'accréditation découlant des normes du programme d'agrément de l'ACESI.

Énoncés de la recommandation 1

Rehausser le niveau de formation initial à un niveau universitaire et bonifier les contenus de formation afin de permettre aux générations futures d'infirmières et d'infirmiers d'exercer pleinement leurs activités professionnelles.

■ **QUE L'OIIQ POURSUIVE** ses démarches afin que la formation donnant ouverture au permis d'exercice soit de niveau universitaire afin que l'ensemble des infirmières et infirmiers développent les compétences attendues dans les secteurs de soins suivants :

- suivi des maladies chroniques multiples;
- gériatrie et gérontologie;
- soins communautaires, incluant les soins à domicile, soins de première ligne, prévention de la maladie et promotion de la santé;
- santé mentale et soins psychiatriques;
- intervention en contexte de diversité culturelle et humaine;
- enjeux politiques et climatiques en santé;
- gestion et collaboration professionnelle;
- soins de plaies, santé publique et problèmes de santé courants.

■ **QUE TOUTES LES UNIVERSITÉS** offrant un programme de formation en sciences infirmières se conforment au Cadre national de l'ACESI (2015a) sur la formation infirmière, en plus de se soumettre au processus rigoureux d'accréditation découlant des normes du programme d'agrément de l'ACESI.

2) Révision des modalités actuelles entourant les stages cliniques

Les stages cliniques constituent un mode d'apprentissage indispensable à la formation infirmière en permettant aux étudiantes et étudiants de développer les compétences requises pour l'exercice de la profession, de devenir des professionnels de la santé, de développer leur jugement clinique et d'intervenir de manière sécuritaire auprès des patients (OIIQ, 2009). Toutefois, l'écart entre la formation clinique offerte en stage et la pratique professionnelle attendue de l'infirmière et de l'infirmier ne permet pas de bien préparer les étudiantes et étudiants à l'exercice de la profession, notamment à négocier avec l'importante charge de travail qui les attend lors de leur arrivée dans leur milieu de travail. Nous croyons que les modalités actuelles des stages cliniques doivent faire l'objet d'une révision, notamment l'encadrement sous forme de monitorat offert principalement à la formation collégiale et l'encadrement sous forme de préceptorat offert principalement à la formation universitaire. À cet effet, les lignes directrices de l'ACESI pour les stages cliniques et la simulation (ACESI, 2015b) de même que la recension des écrits du Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI, 2013) sur les critères de qualité des stages en sciences infirmières constituent des documents de référence importants. Aussi, l'outil d'analyse de la qualité de la supervision clinique en sciences infirmières développé par Otti et al. (2017) situe les principales compétences requises pour exercer une supervision clinique de qualité.

Il serait également pertinent d'explorer des modèles de stage novateurs qui mettent l'accent sur l'enseignement interprofessionnel, la supervision partagée au sein d'une équipe et l'apprentissage par les pairs, comme les unités collaboratives d'apprentissage, les unités d'enseignement clinique interprofessionnel et les unités dirigées par les étudiantes et étudiants.

Énoncés de la recommandation 2

Réviser les modalités de stages cliniques afin de permettre une harmonisation des stratégies éducatives lors de l'acquisition de compétences cliniques par les étudiantes et étudiants en sciences infirmières.

- **ENCOURAGER** les établissements d'enseignement à revoir les modalités actuelles des stages cliniques, en se basant notamment sur les lignes directrices de l'ACESI pour les stages cliniques et la simulation (ACESI, 2015b) de même que la recension des écrits du Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI, 2013) sur les critères de qualité des stages.
- **ENCOURAGER** la réalisation de projets-pilotes portant sur des modèles de stage novateurs qui mettent l'accent sur l'enseignement interprofessionnel, la supervision partagée au sein d'une équipe et l'apprentissage par les pairs, comme les unités collaboratives d'apprentissage, les unités d'enseignement clinique interprofessionnel et les unités dirigées par les étudiantes et étudiants.

3) Optimisation des mesures de transition entre la formation et le milieu de travail

Une révision de la formation initiale des générations futures d'infirmières et d'infirmiers doit s'inscrire plus globalement dans le développement d'une culture de formation et de développement professionnel continu en sciences infirmières. La préparation adéquate à l'exercice infirmier et le développement du potentiel de la relève doivent aussi faire partie de la mission des établissements de santé et des professionnels qui y travaillent. À cet effet, nous recommandons l'utilisation du Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins québécois de l'enfant à l'adulte développé par le CIFI (2016) afin de guider les établissements dans le développement d'activités de formation et de développement professionnel cohérentes avec le niveau de développement des compétences des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés.

Pour faciliter la transition entre le milieu étudiant et la réalité du travail infirmier, les programmes de résidence en soins infirmiers constituent une solution des plus prometteuses et montrent des résultats intéressants ailleurs dans le monde (Van Camp et Chappy, 2017). Dans ces programmes conçus pour s'inscrire au terme de la formation initiale, les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés sont appelés à déployer progressivement leurs compétences et augmenter graduellement leur charge de travail. Les programmes de résidence en soins infirmiers favorisent une meilleure adaptation au milieu clinique, une intégration réussie aux équipes de travail, une augmentation de l'engagement envers la profession, ainsi qu'un désir de poursuivre son cheminement dans le domaine des sciences infirmières (Al-Dossary et al., 2014). L'élaboration et l'implantation de ces programmes impliquent un partenariat et une collaboration

étroite entre les maisons d'enseignement et les établissements de santé, afin d'y inclure les meilleures pratiques pédagogiques et cliniques. À cet effet, l'avis déposé par le Pr Martin Charette de l'Université de Sherbrooke dans le cadre des États généraux de la profession a permis d'identifier les principaux éléments devant être pris en compte dans ces programmes, soit les intentions pédagogiques, la structure et l'environnement (Charette, 2021).

On imagine ici se dessiner un continuum de développement des compétences professionnelles en soins infirmiers et en sciences infirmières, dans lequel les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés ont accès au tutorat, au préceptorat puis au mentorat.

- Un « tuteur » est une personne (infirmière ou infirmier) expérimentée qui accompagne des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés dans l'apprentissage de ses tâches, l'acquisition des savoir-faire et l'intégration dans le milieu de travail. Il s'agit de la personne de référence pour l'accueil, l'orientation et l'intégration de la nouvelle recrue.
- Le « précepteur » est, quant à lui, une personne (infirmière ou infirmier) qui facilite l'intégration dans la profession au terme de la période d'accueil, d'orientation et d'intégration (cette période durant généralement de quelques jours à quelques semaines, et n'étant donc pas suffisante pour soutenir la novice dans ses nouvelles expériences professionnelles). Le précepteur identifie avec la recrue des situations d'apprentissages qui lui permettent d'atteindre efficacement ses objectifs de développement professionnel, notamment le développement de son jugement clinique. Il l'accompagne aussi dans la construction de son identité professionnelle (MSSS, 2008).

Si ces deux stratégies de développement des compétences (tutorat et préceptorat) existent déjà à des niveaux variables selon les établissements, il convient de les intensifier et de s'assurer de la disponibilité des personnes en charge de ces programmes. Nous pensons que l'accès au soutien clinique pour les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés, en toute circonstance, doit constituer une priorité pour les organisations. Par ailleurs, ce soutien devrait être offert en continu et non uniquement durant les périodes d'embauches massives durant l'été et l'hiver. Quant au mentorat, nous recommandons que les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés aient accès à des modèles de rôles dans leur milieu clinique. En effet, une préparation optimale des infirmières et infirmiers sera bien vaine, si ces derniers n'ont pas la capacité de déployer leurs compétences et de nourrir leurs ambitions professionnelles en milieu de travail. Nous suggérons de développer des programmes structurés de mentorat, basés sur une relation professionnelle volontaire entre une infirmière ou un infirmier d'expérience et une infirmière ou un infirmier novice. Dans ce cadre, nous pensons que les infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés et les infirmières et infirmiers praticiens spécialisés à l'emploi dans les différents secteurs de soins constituent des mentors potentiels de premier choix.

Enfin, tout comme les maisons d'enseignement, nous pensons que les établissements de santé doivent se doter de modalités de formation continue adaptées à l'évolution des technologies et des connaissances en pédagogie des sciences de la santé, comme la simulation clinique (Labrague et al., 2019) et la réalité virtuelle (Saab et al., 2021). Nous croyons aussi que l'employeur doit s'assurer de la libération du temps de travail des infirmières et infirmiers

nouvellement diplômés pour la participation à ces formations, en plus d'assurer la cohérence entre le parcours d'intégration proposé et le plan de carrière et de développement professionnel des nouvelles recrues.

Énoncés de la recommandation 3

Optimiser des mesures de transition entre la formation et le milieu de travail pour assurer le développement et le maintien de la compétence des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés au bénéfice de la population

- **INCITER** les établissements de santé à optimiser les mesures de transition entre la formation initiale et la pratique clinique par la mise en place de programmes de résidence en soins infirmiers et la bonification des programmes actuels de tutorat, de préceptorat et de mentorat.
- **INCITER** les établissements de santé à s'assurer de l'accès à du soutien clinique, à des modèles de rôles ainsi qu'à des modalités de formation continue efficaces pour les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés.

L'AVIS DU COMITÉ JEUNESSE

En conclusion, nous sommes d'avis que les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés ne sont pas adéquatement préparés pour faire face de façon sécuritaire aux enjeux et défis actuels de la profession en début de pratique. Cette réponse s'appuie sur les constats suivants :

- L'accès à la profession par des formations académiques provenant de deux ordres d'enseignement ne permet pas d'assurer un niveau de préparation standardisé entre l'ensemble des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés.
- Les enjeux et défis de la profession sont de plus en plus nombreux et complexes, ce qui requiert un bagage important de connaissances et d'habiletés ne pouvant être acquis qu'au terme d'une formation initiale rehaussée au niveau universitaire.
- La formation clinique offerte en stage et ses modalités (offre de milieux de stage, qualité de l'encadrement, nombre et durée des stages, écart par rapport à la pratique actuelle de l'infirmière et de l'infirmier, etc.) ne permettent pas de bien préparer les étudiantes et étudiants à la collaboration interprofessionnelle et à l'importante charge de travail qui les attend en début de pratique.
- Les mesures offertes par les milieux cliniques pour faciliter l'intégration à la profession et à la pratique professionnelle sont trop souvent insuffisantes et variables d'un milieu à l'autre, alors que les attentes des employeurs envers les novices sont habituellement les mêmes que celles envers les infirmières et infirmiers d'expérience, c'est-à-dire que ces derniers puissent rapidement prendre soin de plusieurs clientèles atteintes de multiples pathologies tout en exerçant un leadership au sein de leur équipe de travail.

RÉFÉRENCES

Al-Dossary, K., Kitsantas, P., et Maddox, P. J. (2014). The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: A systematic review. *Nurse Education Today*, 34, 1024-1028.

Arora, T., Grey, I., Östlundh, L., Lam, K., Omar, O. M., et Arnone, D. (2020, 29 octobre). The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105320966639>

Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2015a). *Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière*. <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL-FR-Framework-web.pdf>

Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2015b). *Domaine de pratique au niveau du baccalauréat en sciences infirmières : lignes directrices pour les stages cliniques et la simulation*. <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2015/11/Draft-FR-clinical-sim-2015.pdf>

Benner, P. (2003). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Masson.

Busnel, C., Ludwig, C., et Da Rocha Rodrigues, M. (2020). La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 140, 7-16.

Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI). (2013). *Les stages en sciences infirmières au 21^e siècle : recensions d'écrits : simulation, critères de qualité et encadrement*. https://www.cifi.umontreal.ca/documents/Publications/CIFI__2013__-_Les_stages_au_21e_siecle.pdf

Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI). (2016). *Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins québécois de l'enfant à l'adulte*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. https://www.cifi.umontreal.ca/documents/Documents_CIFI/CIFI_Referentiel_Comptence_Hospitalier_190125_HR.pdf

Charette, M. (2021). *Soutenir l'intégration de la relève par l'implantation de résidences en soins infirmiers : avis sur la formation infirmière*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884406/16.pdf>

Cochran, C. (2017). Effectiveness and best practice of nurse residency programs: A literature review. *Medsurg Nursing*, 26(1), 53-57, 63.

Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *Avis sur la formation de la relève infirmière*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-formation-releve-20120612.pdf>

Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Vers une meilleure intégration de la relève infirmière*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-integration-releve-ca-20180419-20.pdf>

Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *L'expertise infirmière : l'avis de la relève d'aujourd'hui*. Mémoire déposé dans le cadre des États généraux de la profession 2021. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/21.pdf>

Crimlisk, J. T., Grande, M. M., Krisciunas, G. P., Costello, K. V., Fernandes, E. G., et Griffin, M. (2017). Nurse residency program designed for a large cohort of new graduate nurses: Implementation and outcomes. *Medsurg Nursing*, 26(2), 83-104.

Davidson, A. W., Teicher, M., Bar-Yam, Y. (2011). *Nursing, caring and complexity science: For human environment well-being*. Springer.

Duchscher, J. E. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2019). *La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2577_prevalence_multimorbidite_quebec_2016_2017.pdf

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. University of Washington. http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf

Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Bowling, A. M., Nwafor, C. E., et Tsaras, K. (2019). High-fidelity simulation and nursing students' anxiety and self-confidence: A systematic Review. *Nursing Forum*, 54(3), 358-368. <https://doi.org/10.1111/nuf.12337>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2008). *Programme national de soutien clinique – Volet préceptorat : cadre de référence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-526-01.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2012). *Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002206/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2018). *Les aînés du Québec : quelques données récentes (2^e éd.)*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002205/>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2009). *Recommandations sur les stages cliniques dans la formation infirmière intégrée : rapport du Comité d'experts sur les stages cliniques*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/252_recommandations_stages_cliniques_vf2.pdf

Otti, A., Pirson, M., Goudreau, J., Piette, D., et Coppieters, Y. (2017). Un outil d'analyse de la qualité de la supervision clinique en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 14(1), 30-44. <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/Volume14.php>

Regan, S., Wong, C., Laschinger, H. K., Cummings, G., Leiter, M., MacPhee, . . . Read, E. (2017). Starting Out: Qualitative perspectives of new graduate nurses and nurse leaders on transition to practice. *Journal of Nursing Management*, 25(4), 246-255. <https://doi.org/10.1111/jonm.12456>

Saab, M. M., Hegarty, J., Murphy, D., et Landers, M. (2021, 2 juillet). Incorporating virtual reality in nurse education: A qualitative study of nursing student's perspectives. *Nurse Education Today*, 105. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105045>

Statistique Canada. (2019). *Besoins en soins de santé mentale, 2018*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-625-x/2019001/article/00011-fra.pdf>

The Lancet. (2018). Making more of multimorbidity: An emerging priority [éditorial]. *Lancet*, 392(10131), 1637. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30941-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30941-3)

Thoër, C., et Lévy, J. J. (dir). (2012). *Internet et santé : acteurs, usages et appropriations*. Presses de l'Université du Québec.

Trepanier, S., Early, S., Ulrich, B., et Cherry, B. (2012). New graduate nurse residency program: A cost-benefit analysis based on turnover and contract labor usage. *Nursing Economic\$, 30(4)*, 207-214.

Van Camp, J., et Chappy, S. (2017). The effectiveness of nurse residency programs on retention: A systematic review. *AORN Journal*, 106(2), 128-144. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.06.003>

Annexe 16

Lettres d'appui

ENVOI ÉLECTRONIQUE

Date : Le 27 septembre 2021

Destinataire : Luc Mathieu, président
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Objet : Rapport des commissaires des États généraux sur la profession infirmière

Monsieur,

L'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ) accueille favorablement le rapport des commissaires des États généraux sur la profession infirmière.

À priori, il est important de rappeler que l'ACIIQ demeure la porte-parole de l'ensemble des Conseils des infirmières et infirmiers (CII) des établissements de santé de la province.

Considérant :

que la recommandation des commissaires dans leur rapport des États généraux porte sur la formation initiale au niveau du baccalauréat comme norme d'entrée dans la profession des infirmières au Québec,

que la majorité des avis et mémoires reçus recommandent de faire du premier cycle universitaire la norme d'entrée à la profession,

que l'ACIIQ est d'avis que le baccalauréat comme norme d'entrée à la profession demeure un incontournable pour le futur de la profession.

Nous appuyons l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec dans ses démarches à considérer le baccalauréat à titre de formation initiale, et ce, seulement à la suite de l'application des conditions suivantes :

- reconnaissance des acquis expérientiels des infirmières déjà en poste au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS),
- transition auprès des étudiantes qui sont actuellement en formation, c'est-à-dire leur permettre de terminer leur cheminement académique initial avec l'octroi d'un délai supplémentaire pour l'obtention du baccalauréat,
- transition temporelle d'une durée déterminée auprès des étudiantes actuellement au premier cycle universitaire afin de permettre l'obtention du baccalauréat,

- reconnaissance des parcours universitaires atypiques (par exemple, cumul de 3 certificats (90 crédits) reconnus en santé par le ministère de l'Enseignement supérieur et obtenus auprès d'universités distinctes),
- s'assurer d'une accessibilité à la formation universitaire en adéquation avec la demande, et ce, dans toutes les régions du Québec.

Ainsi, l'ACIIQ poursuit sa mission de soutenir les CII des divers établissements de santé par le biais de leur comité exécutif, de représenter ces derniers auprès des diverses instances provinciales ainsi que de faciliter les échanges d'informations entre membres.

N'hésitez pas à communiquer avec la soussignée,

Cordialement,

A handwritten signature in blue ink, reading "Rinda Hartner".

Rinda Hartner, présidente du CA
Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec



ORDRE DES
PHARMACIENS
DU QUÉBEC

Bureau de la présidence

Montréal, le 21 mars 2022

Monsieur Luc Mathieu
Président
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
presidence@oiiq.org

Objet : Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmier du Québec pour réviser la norme d'entrée dans la profession infirmière

Monsieur le Président,

L'Ordre des pharmaciens du Québec a pris connaissance du mémoire qui sera présenté à l'Office des professions, relativement à la demande de révision de la norme d'entrée dans la profession infirmière.

Les pharmaciens et les infirmières exercent en complémentarité depuis plusieurs années, et ce, dans de nombreux contextes cliniques. Depuis les 10 dernières années, nos membres respectifs ont connu un élargissement de leurs obligations et responsabilités professionnelles, exigeant une collaboration interdisciplinaire renouvelée, en phase avec les besoins de la population. Plus que jamais, les pharmaciens et les infirmières sont mis à contribution afin de prendre en charge des situations toujours plus complexes, que ce soit chez des patients présentant des maladies chroniques, de la douleur chronique, des problèmes de santé mentale, etc. Pour bien traiter les patients, nos membres doivent utiliser les nouvelles technologies, appliquer des méthodes de soins adaptées ou travailler avec des pharmacothérapies complexes. Ces nouvelles connaissances sont nécessaires dans la pratique quotidienne.

Actuellement, la profession infirmière est accessible par deux niveaux de formation qui ne permettent pas l'acquisition des mêmes connaissances ou le développement des mêmes



compétences. Le contexte sociodémographique du Québec et la transformation du réseau de la santé exigent des professionnels qu'ils occupent pleinement leur champ d'exercice. Pour ce faire, ils doivent acquérir un plus grand éventail de connaissances et compétences lors de leur arrivée sur le marché du travail. Le domaine de la pharmacie a d'ailleurs connu un rehaussement du diplôme d'entrée à la pratique en passant d'un baccalauréat au doctorat de premier cycle dans un contexte de complexification des soins, d'élargissement du champ d'exercice et d'une contribution accrue aux soins de santé.

La solution proposée par l'OIIQ n'est pas unique en son genre, votre mémoire témoignant des expériences fort positives à travers le monde. Par conséquent, l'Ordre des pharmaciens du Québec appuie l'OIIQ dans sa démarche de réviser la norme d'entrée dans la profession infirmière, où les seuls diplômes donnant ouverture au permis d'exercice doivent être de niveau universitaire.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, nos sincères salutations.

Le président,



Bertrand Bolduc, MBA, IAS.A.

BB/mnc



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

PAR COURRIEL

Le 23 mars 2022

Monsieur Luc Mathieu
Président
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
presidence@oiiq.org

Objet : Appui - Révision de la norme d'entrée dans la profession infirmière

Monsieur le Président,

La présente est pour vous faire part de l'appui du Collège des médecins du Québec (Collège) dans vos démarches entreprises notamment auprès de l'Office des professions afin de réviser la norme d'entrée à la profession infirmière, appui qui a notamment été manifesté dans le cadre d'un mémoire présenté lors des états généraux de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en 2021.

En raison de la complexité grandissante des soins, du vieillissement de la population, de la diversité des milieux de pratique, de la pratique des soins qui nécessite un haut niveau d'autonomie et de responsabilisation, de la nécessité de mettre à profit de nombreuses connaissances pour l'exercice du raisonnement et du jugement clinique, le Collège considère que la formation donnant ouverture au permis délivré par l'OIIQ doit être de niveau universitaire afin que les infirmières et infirmiers puissent occuper pleinement leur champ d'exercice et afin d'optimiser le déploiement de leurs activités réservées. Ces professionnels pourront ainsi développer leur plein exercice, établi sur des assises solides acquises tout au long de leur formation, tant au niveau des connaissances que du raisonnement et du jugement clinique.

L'exigence d'une formation universitaire permettra ainsi aux infirmières et infirmiers d'exercer pleinement leur rôle, au sein d'un réseau de la santé en pleine mouvance. Ceci aura un impact positif indéniable sur l'accessibilité et la continuité des soins et services et contribuera à un rehaussement de la qualité et de la sécurité des soins, le tout au bénéfice des patients.

Nous vous prions de recevoir, Monsieur le Président, nos meilleures salutations.

Le président,

Mauril Gaudreault, M.D.

/mlp

