

Profession infirmière : une vision pour un avenir en santé

Mémoire

États généraux de la profession infirmière



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



ÉDITION

Orientation

Luc Mathieu, inf., D.B.A.
Président
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Marie-Claire Richer, inf., Ph. D.
Directrice générale
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Coordination

Julie Fréchette, inf., Ph. D., CRHA, CEC, PMP
Directrice
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Caroline Roy, inf., M. Sc. inf.
Directrice déléguée, Relations avec les partenaires
externes
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Rédaction

Odette Roy, inf., M. Sc., M.A.P., Ph. D.
Professeure associée, Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal
Vice-présidente, Fondation de l'Ordre des infirmières et
infirmiers du Québec
Chercheuse et fondatrice, Centre d'excellence en soins
infirmiers, Hôpital Maisonneuve-Rosemont (2002-2015)

Collaboration

Denise Beaulieu, Adm.A.
Directrice
Direction, Stratégie de marque et communications
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Joanie Belleau, inf., M. Sc. inf.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Colette Ouellet, L.L. L., M.B.A.
2^e cycle Aff. publiques
Directrice
Bureau du président
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PRODUCTION

Conception graphique

Direction, Stratégie de marque et communications
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Révision linguistique

Alexandre Roberge
Direction, Stratégie de marque et communications
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2021
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
ISBN 978-2-89229-744-7 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021
Tous droits réservés

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (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*. 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 des Québécois. 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. L'OIIQ est guidé par ses valeurs de gouvernance que sont la confiance, la bienveillance, le respect et l'équité. Il compte quelque 78 000 membres et quelque 16 000 étudiants immatriculés.

Sommaire et synthèse des recommandations

Les États généraux de la profession marquent un moment historique. À cette croisée des chemins, ce mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) fait état de la situation de l'évolution de la profession infirmière, des préoccupations liées aux nouveaux enjeux sociétaux et de cinq recommandations en vue d'un avenir possible et souhaitable. Les cinq recommandations qui structurent notre mémoire sont interdépendantes. Elles doivent être considérées dans leur entièreté dans une optique de reconnaissance de l'expertise infirmière, d'avancement pérenne de la profession et de contribution de cette dernière à la santé de la population.

Recommandation 1

Faire du baccalauréat l'unique norme d'entrée à la profession pour les générations futures d'infirmières ou d'infirmiers¹.

Les futurs infirmières et infirmiers du Québec ont besoin d'une formation initiale de niveau de baccalauréat pour répondre à l'évolution rapide des besoins de santé de la population et d'un système de santé sous pression.

En 2003, la Loi 90 marque significativement la profession. L'infirmière et l'infirmier passent d'un rôle davantage axé sur l'assistance et l'exécution de tâches techniques à un champ d'exercice étendu assorti d'activités réservées. Dix-huit ans plus tard, un écart s'est creusé progressivement entre les connaissances et compétences requises pour occuper pleinement leur champ d'exercice infirmier et la formation qui les prépare.

La pratique infirmière du 21^e siècle basée sur des résultats probants permet de dispenser des soins personnalisés de haute qualité et sécuritaires. Les infirmières et infirmiers doivent faire preuve d'un jugement clinique solide, d'une autonomie professionnelle et d'excellentes capacités de travailler en équipe interdisciplinaire. Dès l'entrée dans la profession, les nouveaux diplômés doivent détenir les connaissances et les compétences pour intervenir auprès des personnes dans des situations complexes tout au long des trajectoires de soins, et ce, dans les établissements et dans la communauté. Ces connaissances et compétences sont plus complètes lorsque acquises dans le cadre d'une formation de baccalauréat en sciences infirmières.

Recommandation 2

S'assurer d'une forte gouvernance en soins infirmiers pour maintenir et soutenir le développement des compétences infirmières indispensables à la qualité des soins et à la sécurité des personnes soignées.

Les infirmières et infirmiers du Québec ont besoin d'une gouvernance en soins infirmiers forte pour les soutenir dans l'occupation de leur champ d'exercice.

Les dernières réformes ont entraîné de profonds changements structuraux. Dans les méga-organisations que sont les établissements de santé actuels, la direction des soins infirmiers (DSI) conserve les mêmes responsabilités au sens de la loi, en ce qui a trait à

¹ Un baccalauréat en sciences infirmières ou la maîtrise en sciences infirmières (appliquée) offerte uniquement à l'Université McGill.

la qualité et à la sécurité des soins infirmiers ainsi qu'aux effectifs infirmiers adéquats et compétents pour répondre aux besoins de santé la population. Sans la pleine autorité sur le plan des opérations et sans les ressources requises, loin « du terrain », il devient difficile de maintenir un leadership fort, d'établir des relations de confiance avec les équipes de gestion et les équipes cliniques nécessaires en vue de répondre aux obligations légales. Il importe d'apporter les modifications requises afin que la DSI puisse s'acquitter adéquatement de ses responsabilités et d'assurer la qualité et la sécurité des soins infirmiers aux personnes soignées.

Recommandation 3

Revoir l'organisation du travail afin que les infirmières et infirmiers puissent occuper pleinement leur champ d'exercice.

Les infirmières et infirmiers du Québec ont besoin d'une organisation du travail qui leur soit favorable pour occuper pleinement leur champ d'exercice.

La pandémie actuelle met au grand jour de tristes réalités dont plusieurs découlent de décisions antérieures. Pénurie de ressources infirmières, temps supplémentaire plus souvent obligatoire et surcharge de travail sont autant de sources de détresse et d'épuisement, qui mènent parfois au délaissement de la profession. Il est temps que soient reconnues à leur juste valeur l'expertise, les compétences ainsi que la contribution à la santé de la population et à l'efficacité du système de santé de ces infirmières et infirmiers, souvent perçus comme des « bras » et interchangeables, sans égard à l'expertise développée dans un domaine de soins. La mise en place de conditions associées à une organisation du travail optimale est un incontournable si l'on souhaite que les infirmières et infirmiers exercent à la hauteur de leur champ d'exercice.

Recommandation 4

Développer et déployer de nouvelles classes de spécialités pour les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmiers cliniciens spécialisés (ICS).

Les infirmières et infirmiers du Québec ont besoin de soutien pour maintenir et développer des pratiques fondées sur les résultats probants et adaptées aux besoins des personnes.

Les ICS s'avèrent un levier inestimable pour assurer le développement d'une pratique infirmière de haut niveau et novatrice, l'amélioration continue des soins ainsi que le développement des compétences de leurs pairs et des équipes interdisciplinaires. Les ICS en prévention et contrôle des infections, seule spécialité d'ICS reconnue à ce jour sur le plan réglementaire, ont leur valeur ajoutée tout particulièrement dans le contexte pandémique de la COVID-19. Le développement et le déploiement d'autres classes de spécialités d'ICS s'avèrent un impératif pour soutenir une pratique infirmière de haut niveau, insufflée par la recherche.

Recommandation 5

Faire émerger, avec les parties prenantes, une culture de développement professionnel continu chez les infirmières et infirmiers afin de maintenir et de développer leurs compétences.

Les infirmières et les infirmiers du Québec ont besoin d'une culture de développement professionnel continu (DPC) qui valorise l'apprentissage et les nouvelles façons d'apprendre, gages de l'enrichissement de leur expertise et de leurs compétences ainsi que d'une prestation de soins infirmiers de qualité et sécuritaires.

Le DPC qui vise à faire des infirmières et infirmiers des apprenants à vie constitue une pièce maîtresse aux transformations du réseau afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population, dans un système de santé en évolution rapide et constante.

Préambule

Le monde change, le Québec change. Il en va de même pour le système de santé et la profession infirmière, qui doivent continuellement s'adapter aux nouveaux besoins de santé de la population et aux nouveaux enjeux sociétaux. Ces 60 dernières années attestent de l'évolution de la profession, parsemées de nombreux changements – besoins de santé grandissants de la population et système de santé sous pression qui s'accompagnent d'un développement scientifique sans précédent. Ce sont ces différents éléments qui serviront de toile de fond au présent mémoire en donnant écho aux nouveaux défis auxquels le système de santé québécois et la profession infirmière sont confrontés depuis le début du 21^e siècle.

Rappelons que le début des années 60 a été marqué par des transformations du système de santé et de celui de l'éducation découlant des rapports Castonguay et Parent modifiant ainsi et ce, de façon significative, la formation infirmière et le rôle des infirmières et infirmiers dans les équipes de soins. En 2003, la Loi 90² est venue étendre le champ d'exercice infirmier et ajouter 14 activités réservées, suivi de trois autres activités en 2009; renforçant son obligation d'évaluation, de surveillance clinique et de suivi auprès de certaines clientèles nécessitant un raisonnement et un jugement cliniques encore plus aguerris. Dix-huit ans plus tard, où en sommes-nous? Les objectifs visés ont-ils été atteints? Force est de constater que la loi seule n'a pas permis d'atteindre le résultat anticipé, c'est-à-dire que l'élargissement réglementaire des activités de l'infirmière et de l'infirmier ne leur a pas réellement permis de déployer une étendue de pratique optimale.

Or, en 2021, une réflexion plus poussée nous amène au constat qu'il existe bel et bien un **avant** et un **après** Loi 90, venant marquer de façon significative la pertinence d'un changement dans la profession infirmière. Ce que le temps a mis en évidence, c'est l'écart qui s'est creusé progressivement entre les connaissances scientifiques et les compétences requises pour exercer comme infirmières et infirmiers et la formation initiale. Ce sera l'objet d'une de nos recommandations. Par ailleurs, nous constatons que les infirmières et infirmiers n'occupent pas pleinement leur champ d'exercice. Les conditions qui favorisent la pleine occupation, dont une gouvernance infirmière forte et une organisation des soins optimale, ne sont pas réunies. Deux de nos recommandations concernent ces conditions. Deux autres recommandations concernent le développement de spécialités à titre d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et le développement professionnel continu. Les cinq recommandations qui structurent notre mémoire sont interdépendantes. Elles ne doivent pas être considérées isolément dans l'évolution de la profession.

² *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, chapitre 33. L'appellation Loi 90 sera utilisée tout au long du texte.

1 Une formation adaptée aux besoins des générations futures

Le 21^e siècle comporte son lot de défis en matière de santé. Ce sont les besoins de santé de plus en plus importants en raison notamment du vieillissement de la population, d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des problèmes de santé mentale qui continueront d'exercer une pression grandissante sur le système de santé. À ce phénomène s'ajoute les inégalités sociales en santé, générées d'une part par de multiples facteurs sociaux, et d'autre part, par les déterminants de la santé. Ces nouvelles réalités en matière de santé exigent une transformation des pratiques professionnelles et, par conséquent, des connaissances et compétences requises pour exercer la profession.

Ayant pour mission de protéger le public, l'OIIQ doit s'assurer que la relève infirmière est bien préparée à exercer avec compétence et de façon sécuritaire dès son entrée sur le marché du travail. Pour mieux anticiper les besoins et identifier les défis auxquels la pratique infirmière doit faire face, il convient d'identifier les diverses composantes du contexte social dans lequel prennent racine les besoins de la population en matière de santé, afin de veiller à l'adéquation de la formation infirmière préparant l'infirmière et l'infirmier à jouer un rôle central au sein de l'équipe interdisciplinaire. Outre les exemples énumérés précédemment, notons aussi :

- des avancées technologiques et médicales qui amènent une réduction du recours à l'hospitalisation, une augmentation des activités d'un jour (chirurgie, service d'investigation et d'évaluation) et une intensification des soins dans la communauté;
- un désir de vivre le plus longtemps à domicile et de mourir à la maison, ce qui entraîne une demande accrue de soins et services à domicile, d'accompagnement et de soutien aux proches aidants;
- une complexité grandissante des soins des personnes hospitalisées, liée à leur condition de santé et aux traitements médicaux;
- les nouvelles technologies de soins à distance exigent un accompagnement et un enseignement plus poussé pour la clientèle;
- l'intégration de l'intelligence artificielle et de la médecine personnalisée conduit à de meilleures prises en charge des personnes soignées tout au long de leur trajectoire de soins;
- une plus grande participation de la personne dans ses décisions en matière de santé conduit à des soins personnalisés et à un accompagnement dans les décisions de soins et traitements qui font appel aux valeurs, volontés, préférences, parcours de vie, etc.;
- les risques infectieux et les changements environnementaux (COVID-19, canicule intense, etc.) font aussi partie des potentielles crises sanitaires majeures qui demandent des interventions rapides et concertées.

Ces nouveaux besoins de santé de la population mettent en évidence que l'infirmière et l'infirmier exercent dans divers contextes et qu'ils doivent composer avec des situations de santé de plus en plus complexes auprès des personnes de tous les groupes d'âge ainsi que de leurs proches. Concrètement, cela signifie que l'infirmière et l'infirmier doivent notamment détenir les compétences nécessaires pour **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 (PTI) et **effectuer le suivi infirmier** de personnes présentant des problèmes de santé complexes.

Grâce à sa vision systémique et globale de la personne ainsi qu'à sa connaissance de la trajectoire de soins, l'infirmière et l'infirmier sont en mesure de :

- prendre des décisions dans des situations floues, ambiguës et à risque de préjudices, comme être en mesure d'évaluer une personne âgée en perte d'autonomie afin de déterminer des interventions infirmières appropriées, de prévenir et détecter précocement des signes de complications; etc.;
- accompagner les personnes dans des transitions de soins, par exemple faire l'enseignement aux parents d'un enfant suite à une chirurgie d'un jour; accompagner une personne dans sa décision de mourir à la maison, agir comme défenseur auprès d'une personne issue d'une communauté autochtone dans sa décision de traitement, etc.;
- d'exercer un leadership au sein de l'équipe interdisciplinaire, par exemple en communiquant avec les professionnels sur la condition clinique, en soutenant la participation d'un proche aidant dans une rencontre d'équipe, en faisant valoir l'intérêt d'une personne vulnérable, en partageant des résultats de recherche, etc.

Ce sont ces connaissances scientifiques et ces compétences acquises lors de leur formation initiale et dans leur pratique clinique qui amènent l'infirmière et l'infirmier à exercer un jugement critique, d'être en mesure de prendre les décisions sur la base de leur évaluation et de faire preuve d'un leadership tout au long de la trajectoire de soins. La formation qui les prépare à exercer leur profession revêt donc un caractère majeur, puisqu'elle détermine les connaissances et les compétences à exercer de façon professionnelle et sécuritaire.

Rappelons qu'au Québec, la formation initiale peut être de niveau collégial ou universitaire³. Indépendamment du niveau de formation choisi, les candidats des deux programmes passeront le même examen professionnel, obtiendront le même permis d'exercice et pourront exercer les mêmes activités, sauf celles ayant des conditions ou exigences spécifiques⁴. De fait, l'examen de l'OIIQ menant au permis d'exercice évalue uniquement l'aptitude à exercer à titre d'infirmière et d'infirmier en fonction des connaissances acquises dans le programme collégial. Ce faisant, les connaissances spécifiques à la formation universitaire (soins critiques, soins à domicile, une large part de la santé mentale, la gestion des équipes, la collaboration professionnelle et l'approche familiale) ne sont pas évaluées par l'examen donnant accès au droit de pratique, malgré que ces connaissances soient requises dans tous les milieux cliniques. Par ailleurs, mentionnons que la très grande majorité des membres de l'équipe interprofessionnelle reçoivent une formation initiale universitaire de baccalauréat et souvent, de maîtrise ou doctorat.

³ La formation de niveau universitaire correspond à un baccalauréat en sciences infirmières ou la maîtrise en sciences infirmières (appliquée) offerte uniquement à l'Université McGill.

⁴ Certaines activités telles que l'évaluation des troubles mentaux, à l'exception du retard mental; le droit de prescrire, l'exercice de la psychothérapie et la première assistance en chirurgie disposent de conditions et d'exigences spécifiques déterminées par règlements afin de pouvoir être exercées. C'est également le cas pour la délivrance de certificats de spécialistes tels que les IPS et les ICS en PCI.

L'OIIQ, dans sa principale mission de protection du public, doit s'assurer de l'adéquation des compétences de ses membres en fonction des nouvelles réalités de soins et du champ d'exercice qui est conféré aux infirmières et aux infirmiers par la loi. À cet égard, rappelons que la Loi 90 en vigueur depuis 2003 marque un point tournant dans l'évolution de la profession infirmière. **Avant la Loi 90**, l'infirmière et l'infirmier avaient un champ d'exercice limité et des actes médicaux délégués sous l'encadrement du médecin. Leur rôle était davantage axé sur l'assistance et l'exécution de tâches techniques. **Après la Loi 90**, en reconnaissance de leur contribution majeure à la santé des Québécois, la profession subit une véritable métamorphose en se voyant accorder l'autonomie professionnelle dans son champ d'exercice qui lui est propre, un statut de partenaire de soins à la personne, aux proches, et à l'équipe interdisciplinaire ainsi qu'à la communauté. Cela fait en sorte que la profession s'est vu confier par le législateur l'un des champs d'exercice les plus étendus et des activités réservées comportant toutes un risque sérieux de préjudice.

Dix-huit ans après l'adoption de la Loi 90, un écart s'est creusé progressivement entre les connaissances et compétences requises pour occuper pleinement leur vaste champ d'exercice et la formation qui prépare les infirmières et infirmiers à exercer. Cet écart s'explique par des besoins de santé de plus en plus complexes, l'intensité des soins s'accroissant avec les avancées technologiques et des techniques de plus en plus précises. Ceci requiert des connaissances scientifiques plus poussées pour s'acquitter entre autres d'une évaluation et d'une surveillance de haut niveau, consigner ses principales décisions au PTI et assurer le suivi chez des personnes présentant des problèmes complexes.

De surcroît, de nombreuses études montrent les effets positifs et la valeur ajoutée de la présence d'infirmières et d'infirmiers formés au baccalauréat dans les équipes de soins, tant sur la santé des personnes, sur la qualité des soins que sur le système de santé. Globalement, on retient une réduction des complications et de la mortalité⁵; une détection précoce des complications⁶; une meilleure accessibilité aux soins et une hausse de satisfaction de la clientèle, ainsi qu'une gestion de symptômes facilitée⁷; une meilleure prise en charge de patients âgés atteints de démence de type Alzheimer hospitalisés en chirurgie⁸; une diminution de la durée du séjour hospitalier et la réduction d'événements indésirables et de complications⁹; de même qu'une meilleure planification des soins infirmiers et une diminution du nombre de soins non faits attribuables à un manque de temps¹⁰.

⁵ Aiken, L. H., et al. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290(12), 1617-1623; Aiken, L. H., et al. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047-1053; Aiken, L. H., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824-1830; Audet, L. A., et al. (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, 128-14; O'Brien, D., et al. (2018). Attention health care leaders: Literature review deems baccalaureate nurses improve patient outcomes. *Nursing Education Perspectives*, 39(4), E2-E6; Rochefort, C. M., et al. (2020). Associations of 4 nurse staffing practices with hospital mortality. *Medical Care*, 58(10), 912-918.

⁶ Harrison, J. M., et al. (2019). In hospitals with more nurses who have baccalaureate degrees, better outcomes for patients after cardiac arrest. *Health Affairs*, 38(7), 1087-1094.

⁷ Randall, S., et al. (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.

⁸ White, E. M., et al. (2018). Lower postsurgical mortality for individuals with dementia with better-educated hospital workforce. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(6), 1137-1143.

⁹ Blegen, M. A., et al. (2013). Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 43(2), 89-94; 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].

¹⁰ Bruyneel, L., et al. (2015). Organization of hospital nursing, provision of nursing care, and patient experiences with care in Europe. *Medical Care Research and Review*, 72(6), 643-664.

Les principaux constats en termes de besoins de santé croissants de la population, de pratique infirmière basée sur les résultats probants et de système de santé en transformation rapide et continue expliquent notre recommandation en faveur d'une formation au niveau du baccalauréat pour les **futurs infirmières et infirmiers**. Cette orientation vise à offrir les meilleures conditions d'intégration aux générations infirmières futures en fonction du rôle qui leur est dévolu selon la loi actuelle. De plus, le baccalauréat comme norme d'entrée minimale à la profession contribuera également à une meilleure reconnaissance et à une valorisation de l'expertise infirmière par les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire.

Dans cette démarche de transformation de formation, des mesures transitoires sont prévues et tout en veillant aux valeurs de respect et de bienveillance qu'il promeut, l'OIIQ rappelle ce qui suit :

- il **n'obligera pas** les infirmières et infirmiers déjà titulaires d'un diplôme collégial de compléter un baccalauréat. Il en va de même pour les étudiantes et les étudiants qui seront inscrits dans un programme d'études collégiales et les personnes en demande d'une admission par équivalence au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle norme d'entrée à la profession;
- il **ne remet pas** en question les compétences et l'intégrité des infirmières et infirmiers en exercice.

Dans cette perspective, l'OIIQ compte poursuivre cette démarche par le dépôt d'un mémoire à l'Office des professions du Québec. Ce mémoire contiendra une proposition d'un plan de mesures transitoires qui permettront d'assurer une transition harmonieuse vers le baccalauréat, de concert avec les autres partenaires incontournables de ce projet : les instances gouvernementales, les milieux cliniques, les milieux d'enseignement, les syndicats et les associations d'infirmières et d'infirmiers.

Recommandation 1

Faire du baccalauréat l'unique norme d'entrée à la profession pour les générations futures d'infirmières ou d'infirmiers.

Si la formation initiale au baccalauréat comme norme d'entrée à la profession pour les futurs infirmières et infirmiers représente la condition essentielle en vue de répondre aux nouveaux besoins de la population, il s'avère qu'elle doit s'accompagner d'une gouvernance en soins infirmiers forte et d'une organisation du travail capable de créer des environnements favorables au plein exercice du rôle infirmier dans un système de santé en mouvance. Ces deux autres conditions doivent être au rendez-vous si on souhaite corriger des situations à risque de préjudices pour les personnes soignées.

Faut-il rappeler que la **gouvernance en soins infirmiers** exerce un rôle clé dans la prestation de soins et services de qualité et sécuritaires dans les établissements. En effet, en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹¹, la directrice des soins infirmiers (DSI) se voit confier les responsabilités ayant trait à la surveillance et au contrôle de la qualité des soins infirmiers dispensés; de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers en s'assurant notamment de la distribution appropriée des soins infirmiers; ainsi qu'à la planification, à la coordination et à l'évaluation des soins infirmiers en fonction des besoins. Cela se traduit par exemple par une gestion de la qualité et des risques, qui se décline notamment dans la prévention des chutes et les mesures visant la prévention des infections nosocomiales et des erreurs de médicaments, tout en veillant à la présence d'un effectif infirmier adéquat. Ce que l'on retient, c'est une culture d'amélioration continue de la qualité des soins qui repose sur des processus de soins, l'évaluation des résultats-patients ainsi que le développement professionnel continu pour les infirmières et infirmiers.

Les résultats tirés de recherches et d'expériences en gestion des dernières années sont unanimes sur l'importance d'une gouvernance en soins infirmiers et d'une organisation du travail pour assurer la qualité des soins infirmiers sécuritaires et le développement des compétences infirmières. Compte tenu de l'étendue des responsabilités de la DSI, on distingue entre autres l'importance d'un leadership stratégique, d'une équipe de conseillères en soins cliniques et des gestionnaires infirmiers qualifiés, ainsi que d'un lien privilégié avec le président directeur général de l'établissement¹². De plus, une DSI dotée d'un fort leadership verra son conseil des infirmières et infirmiers (CII) comme un allié inestimable pour donner des avis et recommandations au directeur général et au conseil d'administration sur l'organisation scientifique et technique du travail et sur le maintien des compétences des infirmières et infirmiers.

Par ailleurs, les données collectées « sur le terrain »¹³ révèlent plusieurs problèmes liés à la gouvernance en soins infirmiers et qui empêchent les infirmières et infirmiers de remplir le rôle pour lequel ils sont formés et d'occuper leur champ d'exercice. Ceux-ci sont pluriels et de différents ordres, et leur enchevêtrement en explique la complexité.

Les 15 dernières années, avec son lot de réformes, ont entraîné des changements structurels importants contribuant à la perte de nombreux points de repères pour les infirmières et infirmiers. Par exemple, les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les centres intégrés de santé et de services sociaux

¹¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2, art. 207 et 208.

¹² Ferrada-Videla, M. (2019). *Étude descriptive qualitative de l'exercice du leadership stratégique de directions des soins infirmiers visant la qualité des soins des établissements de santé en réforme au Québec* (thèse de doctorat, Université de Montréal).

¹³ OIIQ. (2020). *Rapport de la tournée du président, automne 2019 - hiver 2020*.

(CISSS), qui regroupent jusqu'à 100 points de services de santé et plus de 20 000 employés, sont dotés d'une DSI, tantôt avec des fonctions hiérarchiques, tantôt avec des fonctions conseils. Pourtant, dans ces méga-organisations, la DSI conserve les mêmes responsabilités au sens de la loi, mais souvent sans détenir la pleine autorité au chapitre des opérations et sans les ressources requises. Avec pareille envergure de contrôle, loin « du terrain », il est difficile de maintenir un leadership fort, d'établir des relations de confiance avec les équipes de gestion et les équipes cliniques et ainsi, de répondre aux obligations imposées par la loi.

Un exemple consternant est celui des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) ayant sous leur gouverne les CHSLD, qui ne relèvent pas de la DSI et dont plusieurs gestionnaires ne sont pas infirmières ou infirmiers. Concrètement, cela veut dire que ces gestionnaires, sans connaissances et compétences requises en soins infirmiers, dirigent des unités de soins pouvant atteindre jusqu'à 150 lits où résident des personnes âgées en grande perte d'autonomie et atteintes de plusieurs maladies chroniques. Pourtant, sur ces unités, les équipes de soins sont composés d'infirmières et d'infirmiers, d'infirmières auxiliaires et d'infirmiers auxiliaires, ainsi que de préposés aux bénéficiaires. Dans ce contexte, il est difficile pour des gestionnaires sans aucune expérience en soins infirmiers :

- d'assurer la responsabilité de qualité des soins infirmiers à ces personnes vulnérables (prévention des chutes, prévention et contrôle des infections, utilisation des contentions physiques, etc.);
- de s'assurer d'une composition des équipes qui tienne compte des besoins de soins des personnes hébergées et de soutenir les équipes infirmières sur le plan clinique;
- de veiller au développement professionnel continu des infirmières et infirmiers lié à l'occupation de leur plein champ d'exercice et à une pratique infirmière basée sur les résultats probants.

Tristement, la crise sanitaire de la COVID-19 a remis en lumière les impacts négatifs de ces changements structurels.

De surcroît, ces changements structurels, combinés à des coupures budgétaires de conseillères cadres, qui jouaient souvent des rôles de pratique avancée, ont contribué à un manquement important de soutien clinique auprès des équipes de plusieurs établissements.

En résumé, les différents aspects abordés ont mis en évidence plusieurs manquements pour ce qui est de la gouverne en soins infirmiers au sein du système de santé. Ces manquements ont un impact sur la qualité de soins et la sécurité des personnes soignées ainsi que sur leur dignité.

Recommandation 2

S'assurer d'une forte gouvernance en soins infirmiers pour maintenir et soutenir le développement des compétences infirmières indispensables à la qualité des soins et à la sécurité des personnes soignées.

3

Une organisation du travail favorable à la pleine occupation du champ d'exercice

Imbriquée dans la gouverne en soins infirmiers, **l'organisation du travail** est un autre facteur qui influence la pleine occupation du champ d'exercice des infirmières et infirmiers. Il apparaît que l'organisation du travail est le facteur le plus souvent rapporté par ces derniers, les empêchant d'accomplir ce pourquoi ils sont formés. Son importance est corroborée par les études scientifiques dans le domaine¹⁴.

Difficile de parler d'organisation du travail sans aborder la **prestation sécuritaire des soins**, qui a fait l'objet d'une prise de position de l'OIIQ en 2015 et qui rappelle le besoin d'infirmières et d'infirmiers formés et expérimentés en nombre suffisant et ayant les compétences pour soigner les personnes auxquelles ils donnent des soins¹⁵. Le contexte de pénurie, le temps supplémentaire souvent obligatoire et la surcharge de travail continuent d'être rapportés comme des éléments dévastateurs d'une pratique de qualité et une source de détresse chez les infirmières et infirmiers. Il faut protéger davantage les soignants contre l'épuisement professionnel et l'abandon de la profession que plusieurs études démontrent en ce moment. De plus, lors de la tournée du président, plusieurs infirmières et infirmiers ont relevé le manque de formation offert dans le milieu clinique pour qu'ils puissent occuper leur plein champ d'exercice. Ceux-ci l'attribuaient, d'une part, à un manque de budget et, d'autre part, à une difficulté d'y participer en raison notamment de la pénurie de ressources et du temps supplémentaire obligatoire.

Si le **manque d'autonomie** est souvent rapporté par les infirmières et infirmiers lors de la tournée du président de l'OIIQ, il est souvent associé au pouvoir et au contrôle médicaux dans certains milieux cliniques. En effet, les infirmières et infirmiers mentionnent que des médecins et d'autres professionnels connaissent mal ou peu les activités professionnelles qu'ils peuvent réaliser. A contrario, de plus en plus de médecins témoignent d'expériences positives au moment où ils travaillent conjointement dans un esprit interdisciplinaire.

Un autre facteur susceptible d'empêcher les infirmières et infirmiers d'occuper pleinement leur champ d'exercice est une **mauvaise compréhension, tant des gestionnaires que des politiciens, du rôle des infirmières et infirmiers** dans le système de santé, qui s'exprime par une sous-utilisation de leur expertise. Il est impérieux de cesser de voir les infirmières et infirmiers comme des « bras », mais plutôt comme des professionnels détenant une expertise propre à leur domaine de pratique. Trop souvent, on postule que les infirmières et infirmiers sont interchangeable, sans égard à l'expertise développée dans un domaine de soins, par exemple en déplaçant une infirmière ou un infirmier d'une salle d'accouchement à une unité des soins intensifs et vice-versa. Visiblement, la planification d'effectifs en soins infirmiers au Québec s'avère déficiente et à courte vue.

Dans le même ordre d'idées, les travaux de Déry¹⁶ montrent jusqu'à quel point les **caractéristiques du travail, l'ambiguïté des rôles et le manque d'autonomie** affectent négativement la mise en œuvre des activités professionnelles pour lesquelles les infirmières et infirmiers sont formés et détiennent les compétences. En corollaire à ce

¹⁴ Déry, J., et al. (2017). *L'étendue optimale de la pratique infirmière*. *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55; Lavoie-Tremblay, M., et al. (2019). *Occupation du champ d'exercice : à quoi aspire la relève infirmière?* *Perspective infirmière*, 16(1), 41-43.

¹⁵ OIIQ. (2015). *Prestation sécuritaire des soins infirmiers : prise de position*.

¹⁶ Déry, J., et al. (2015). Influences on and outcomes of enacted scope of nursing practice: A new model. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 136-143.

constat, un lien est établi entre l'étendue de la pratique infirmière et leur degré de satisfaction au travail. Concrètement, plus ces derniers sont en mesure de déployer leurs compétences et d'occuper pleinement leur champ d'exercice, plus ils montrent de la satisfaction au travail. Par conséquent, la mise en place de conditions d'exercice favorables est un levier des plus importants pour la pleine occupation de leur champ d'exercice.

L'ensemble de ces constats relatifs à l'organisation du travail nous amènent à penser que le Québec sous-utilise les compétences des infirmières et infirmiers au sein de son système de santé. Le statu quo n'est plus acceptable. Portons un regard vers un avenir possible et un avenir souhaitable et imaginons plutôt quelque 78 000 infirmières et infirmiers au Québec bénéficiant de conditions et d'environnements favorables afin qu'ils puissent exercer pleinement leur rôle. Mettons de l'avant des stratégies et moyens pour surmonter ces obstacles pour lesquels cette recommandation touchant l'organisation du travail s'inscrit parfaitement dans cette orientation.

Recommandation 3

Revoir l'organisation du travail afin que les infirmières et infirmiers puissent occuper pleinement leur champ d'exercice.

4 Une pratique avancée pour le développement de la profession

La complexité croissante des besoins de santé conduit irrémédiablement à l'émergence de pratiques innovantes et avancées. C'est dans un univers dominé par la technologie que les infirmières et infirmiers du 21^e siècle seront appelés à travailler en parfaite synergie avec les équipes pour créer, saisir les opportunités et innover, tout en veillant à l'humanisation des soins.

Lorsque l'on parle de pratiques innovantes et émergentes, il importe de reconnaître les infirmières et infirmiers de pratique avancée comme de véritables catalyseurs à leur actualisation. La pratique infirmière avancée se caractérise par des connaissances approfondies dans un domaine du soin solidement ancré en sciences infirmières et des compétences acquises par une formation de deuxième cycle universitaire. À l'international comme au Canada, un consensus est établi sur la pratique infirmière avancée menant aux statuts d'infirmière praticienne spécialisée ou d'infirmier praticien spécialisé (IPS) et d'infirmière clinicienne spécialisée ou d'infirmier clinicien spécialisé (ICS). Leur rôle s'établit autour de ces sept compétences : la pratique du soin direct, la consultation, la collaboration, l'éducation et le coaching, la recherche, le leadership et le raisonnement éthique. Contrairement aux IPS qui ont comme principaux partenaires les médecins, les ICS travaillent surtout de pair avec les équipes de soins où ils contribuent à la pratique, à l'enseignement et à la recherche dans les milieux cliniques¹⁷.

Au moment où l'on parle de pratiques émergentes et innovantes, les ICS constituent un véritable atout en termes de soutien qu'ils peuvent apporter au développement des pratiques. En effet, leur expertise de haut niveau leur permet de discerner rapidement les besoins de santé, de s'enquérir des résultats de recherche les plus probants et des

¹⁷ Tracy, M. F., et O'Grady, E. T. (dir). (2019). *Hamric & Hanson's advanced practice nursing: An integrative approach* (6^e éd.). Elsevier.

expériences cliniques les plus significatives; de mobiliser les infirmières et infirmiers et les autres membres de l'équipe autour de changements de pratiques durables; ainsi que de veiller à la « construction d'outils de transfert » solides pour en mesurer, au final, les effets sur la clientèle et le système de santé. Plus spécifiquement, les nouveaux besoins de santé et la transformation rapide du système sont autant d'arguments qui plaident en faveur d'une reconnaissance des ICS dans le réseau de la santé québécois constituant un véritable levier pour l'amélioration de la qualité des soins et services à la clientèle et le développement des pratiques innovantes tout autant indispensables à l'efficacité et à l'efficience du système de santé.

Malgré toutes ces données en faveur du développement de ce rôle, le Québec connaît un retard considérable dans le domaine. La seule spécialité d'ICS reconnue à ce jour, sur le plan réglementaire, est celle des ICS en prévention et contrôle des infections, lesquelles détiennent une formation de deuxième cycle. Ces ICS ont leur valeur ajoutée tout particulièrement dans le contexte pandémique de la COVID-19. La mise à profit de leurs expertises et leurs compétences spécifiques permet d'endiguer la propagation du virus et à sauver des vies notamment par la formation des équipes, le choix du matériel. Pourtant, des infirmières et infirmiers ayant une pratique qui s'apparente à celle d'une ICS, sans porter le titre, sont présents dans plusieurs hôpitaux et CHSLD, depuis le début des années 80. Les pionnières ayant été formés principalement aux États-Unis, d'autres le sont par les programmes de pratique avancée de deuxième cycle en sciences infirmières offerts dans plusieurs universités québécoises. Alors que les écrits dans le domaine et l'expérience des autres provinces canadiennes démontrent que, grâce à une formation de deuxième cycle en sciences infirmières et à une expérience clinique significative auprès d'une clientèle spécifique, les ICS contribuent à un rehaussement des soins pour les personnes soignées (qualité de soins, meilleures pratiques), au développement des pratiques infirmières (pratiques infirmières à la fine pointe, recherche) ainsi qu'au bon fonctionnement dans les établissements (gestion de la qualité et des risques, performance aux divers agréments). Contrairement aux spécialités des IPS qui se sont développées depuis le début des années 2000, avec les avancements de pratique que l'on connaît maintenant, et leurs retombées tant pour la clientèle que pour le système de santé, aucune autre spécialité d'ICS que celle d'ICS en PCI n'a été reconnue jusqu'à présent.

En regard du déploiement des ICS, le Québec accuse un retard considérable sur les autres provinces canadiennes et se trouve à une croisée des chemins. Pourtant, malgré ces difficultés qui perdurent depuis des années, plusieurs facteurs clés jouent en faveur d'un développement et d'un déploiement d'autres spécialités d'ICS. Globalement, l'on retient ceux-ci : les besoins de santé grandissants de la population, les besoins de soutien importants des équipes infirmières et des équipes soignantes dans les différents milieux, de même que les avancées scientifiques constantes en sciences infirmières et en santé. Ajoutons les nombreux résultats de recherche qui témoignent des retombées de l'expertise des ICS pour les personnes, les proches, la pratique infirmière et les organisations¹⁸. De plus, un cheminement universitaire de baccalauréat, de maîtrise et de doctorat existe déjà au Québec. Mentionnons aussi, les expériences canadiennes et américaines qui viennent renforcer l'importance de leur rôle.

¹⁸ Kilpatrick, K., et al. (2014). The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 1106-1123; Kilpatrick, K., et al. (2015). A systematic review of the cost-effectiveness of clinical nurse specialists and nurse practitioners in inpatient roles. *Nursing Leadership*, 28(3), 56-76.

Par ailleurs, plusieurs facteurs limitent aussi le développement et le déploiement de l'ICS au Québec. D'une part, la dernière réforme du système de santé a eu des effets dévastateurs sur les infirmières et infirmiers jouant des rôles d'ICS en raison de nombreuses coupures de postes dans les établissements. D'autre part, la pénurie de main-d'œuvre et d'effectifs n'a fait qu'empirer la situation. Aussi, l'arrivée des IPS a suscité une forme de confusion dans les rôles à la pratique infirmière avancée.

De plus, la multiplication des titres d'emploi (infirmière ou infirmier de pratique avancée, conseillère ou conseiller cadre, conseillère ou conseiller en soins infirmiers, conseillère clinicienne ou conseiller clinicien en soins spécialisés, infirmière clinicienne ou infirmier clinicien), des rôles peu ou mal définis ainsi qu'une formation universitaire variée pour s'acquitter de ceux-ci sont autant d'éléments qui contribuent à la confusion pour le développement et le déploiement du rôle d'ICS au sein de la profession. Le manque de clarté de ces différents rôles, des titres d'emplois et de leurs complémentarités rend les choix arbitraires et les décisions difficiles pour les décideurs. Tous les facteurs présentés reflètent bien qu'au Québec, il règne actuellement une des plus grandes confusions autour des ICS.

En prenant la pleine mesure de l'importance du rôle de l'ICS dans le soin direct aux personnes présentant des problèmes complexes de santé, de son apport dans le développement et l'implantation des pratiques émergentes et innovantes sur le « terrain », ainsi que du soutien aux équipes soignantes et interdisciplinaires, il devient impérieux que le Québec se positionne en faveur d'une reconnaissance de l'ICS de manière à récupérer le retard qui perdure depuis plus de 40 ans.

Par ailleurs, au cours des dernières années, l'OIIQ, avec ses partenaires, a mené des travaux qui lui ont permis de faire état du rôle attendu des ICS, de leur contribution aux soins de santé, des qualifications requises ainsi que des nouvelles classes de spécialités d'ICS potentielles à développer¹⁹. C'est dans cette même lancée que l'OIIQ, avec les différentes parties prenantes, souhaite poursuivre ses travaux et favoriser le développement de nouvelles classes de spécialités d'ICS en considération des critères déterminés par l'Office des professions du Québec. Pour y arriver, plusieurs étapes-clés doivent être réalisées, dont un plan d'effectif provincial, des ajustements aux programmes de formation de deuxième cycle existants, des clarifications quant aux différents titres d'emplois, une rémunération conséquente et une organisation de soins intégrant les ICS.

Recommandation 4

Développer et déployer de nouvelles classes de spécialités pour les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmiers cliniciens spécialisés (ICS).

¹⁹ Dubois, S. (2019). *Pratique infirmière avancée (PIA) au Québec : infirmière clinicienne spécialisée (ICS)* [document inédit]. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction nationale des soins et services infirmiers; OIIQ. (2016). *Pratique infirmière avancée : réflexion sur le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée*.

5 Une culture de développement professionnel continu à développer

Les besoins de santé de la population de plus en plus complexes, les pratiques émergentes et les nouvelles réalités sanitaires font partie désormais de la réalité quotidienne des infirmières et infirmiers. C'est sous les signes de l'expertise clinique, d'un esprit critique, scientifique et innovant ainsi que d'une autonomie professionnelle que la pratique infirmière est appelée à prendre un véritable essor au cours du prochain siècle. Si la formation infirmière initiale joue un rôle déterminant dans le processus de professionnalisation, le développement professionnel continu (DPC) l'est tout autant. On entend par DPC l'ensemble des activités qui permettent le maintien et la mise à jour des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être d'une infirmière et d'un infirmier. Ces activités se déclinent sous différentes formes dont la formation continue, l'apprentissage réflexif et expérientiel, le coaching « sur le terrain », le mentorat, le préceptorat et les communautés de pratique.

Dans notre monde en constant mouvement où les frontières des savoirs sont constamment repoussées, on comprend que dès la formation initiale, la future infirmière et le futur infirmier doivent être formés à un esprit scientifique et critique et à devenir un « apprenant à vie ». Cela se traduit entre autres par sa capacité à chercher de **manière autonome** les données probantes; d'être en mesure de les analyser et de les critiquer; et d'en discuter avec ses pairs, la personne soignée et ses proches pour des soins personnalisés. Ainsi, on devine qu'une formation initiale solide représente un véritable socle pour une pratique infirmière basée sur des résultats probants qui s'inscrit en continuité avec le DPC. En devenant des apprenants à vie et des apprenants réflexifs, l'infirmière et l'infirmier s'engagent dans un processus actif d'acquisition de nouvelles connaissances permettant une pratique infirmière de haut niveau.

Tout au long de leur trajectoire professionnelle, l'infirmière et l'infirmier évoluent, passant de novices à experts au fil des expériences cliniques et de nombreux apprentissages réflexifs²⁰. Fait intéressant, l'étude de Price et Reichert²¹ souligne l'importance en début de carrière des activités du DPC qui assurent aux infirmières et infirmiers une plus grande flexibilité pour composer avec les défis dans les milieux cliniques. Pour les infirmières et infirmiers en milieu ou en fin de carrière, les activités de DPC deviennent un moyen essentiel en vue de maintenir et de développer leurs compétences et d'améliorer les soins aux patients. Au final, il apparaît que les activités de DPC tout comme la formation initiale ont des effets indéniables sur la qualité des soins aux patients, sur la satisfaction des infirmières et infirmiers et même sur l'attraction et la rétention des effectifs infirmiers.

Le DPC a fait l'objet de plusieurs études²². Celles-ci mettent en évidence que la **culture organisationnelle** exerce une influence déterminante sur le développement professionnel des infirmières et infirmiers. Si l'on souhaite créer un milieu de travail propice au DPC, plusieurs conditions doivent être au rendez-vous. Retenons **l'importance accordée par l'organisation aux activités de DPC** qui se traduit par le soutien et la valorisation de la pensée critique et réflexive des infirmières et infirmiers « sur le terrain »; un leadership des gestionnaires assurant une allocation de ressources

²⁰ Benner, P. E. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (éd. commémorative). Prentice Hall.

²¹ Price, S., et Reichert, C. (2017). [The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: Meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span](#). *Administrative Sciences*, 7, 17.

²² Davis, K., et al. (2016). The influence of workplace culture on nurses' learning experiences: A systematic review of qualitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 14(6), 274-346; Nevalainen, M., et al. (2018). Work-based learning in health care organisations experienced by nursing staff: A systematic review of qualitative studies. *Nurse Education in Practice*, 29, 21-29.

humaines et financières adéquate; la tenue d'activités significatives, des horaires flexibles, la dotation des effectifs ainsi que des lieux propices à l'échange et aux discussions ainsi qu'aux apprentissages. S'ajoute la **dynamique relationnelle** qui concerne plus spécifiquement la richesse des apprentissages qui découlent des relations entre les infirmières et infirmiers qui, par leur rôle de précepteur, de mentor, d'infirmières et infirmiers expérimentés, de collègues, etc., constituent autant d'opportunités pour faciliter, encourager, renforcer l'apprentissage et le développement professionnel.

Au moment où on aborde le DPC, difficile de ne pas rappeler la contribution de l'ICS dans l'accompagnement des équipes soignantes et le développement professionnel²³. En effet, grâce à son expertise clinique et de recherche, l'ICS constitue un véritable levier pour le développement des compétences infirmières, l'intégration des meilleures pratiques dans les milieux de soins et la recherche en sciences infirmières. Concrètement, l'ICS y parvient à travers une gamme d'activités comme la formation, l'accompagnement « sur le terrain » et la consultation en apportant aide et avis aux équipes. Ainsi, on comprend davantage jusqu'à quel point l'ICS agit comme véritable leader dans le développement des savoirs infirmiers pour les équipes infirmières, mais aussi pour les équipes interdisciplinaires. En effet, l'ICS est un agent de changement qui a des retombées sur le développement des compétences des infirmières et infirmiers ainsi que sur la qualité et la sécurité des soins infirmiers.

Si le développement professionnel relève d'abord de la responsabilité de chaque infirmière et infirmier, il importe que les différentes parties prenantes (MSSS, CIUSSS et CISSS, OIIQ, maisons d'enseignement, associations professionnelles, etc.) se sentent aussi interpellées et qu'elles en partagent les responsabilités. À cet égard, il est nécessaire qu'une réflexion s'engage pour assurer le DPC répondant aux avancées scientifiques et aux besoins de la population. Il en est de même en ce qui concerne les conditions gagnantes à fournir aux infirmières et infirmiers afin de leur permettre de participer à ces activités dans les milieux cliniques.

C'est dans cet esprit que l'OIIQ souhaite se positionner comme un catalyseur pour faire émerger une culture de développement professionnel continu chez les infirmières et infirmiers pour les soutenir dans le développement de leurs expertises.

Recommandation 5

Faire émerger, avec les parties prenantes, une culture de développement professionnel continu chez les infirmières et infirmiers afin de maintenir et de développer leurs compétences.

²³ Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). *Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien*.