



Congrès mondial
des infirmières et
infirmiers
francophones

RETOUR SUR LE 7^e CONGRÈS

BORDEAUX, FRANCE 3 au 6 juin **2018**



Textes : Lyse Savard

Crédit photos : Manuelle Toussaint



Avec la collaboration de



Avec le soutien



Grand partenaire



Partenaires français



Sous le Haut Patronage de
Madame Agnès Buzyn,
Ministre des Solidarités et
de la Santé

SOMMAIRE



01

7^e congrès mondial du SIDIIEF

La profession infirmière engagée vers l'avenir	5
Un congrès majeur	6
Des événements festifs	8
Bordeaux, ville d'histoire et de gastronomie	10
Prix Reconnaissance 2018	11



02

De grands orateurs internationaux

Vers un leadership politique des infirmières	13
Pratique infirmière avancée : leçons tirées de 40 ans d'expérience nord-américaine	15
L'université des patients	17
Éradiquer le VIH en Afrique francophone : le rôle des infirmières et infirmiers	18
La fin de l'humanitaire international	20

03

Débats et réflexions d'experts internationaux

Pleins feux sur la pratique infirmière avancée	25
Formation infirmière	30
Percées scientifiques : recherche infirmière	40
Qualité des soins et sécurité des patients : s'engager pour mieux soigner	43
Leadership et gouvernance des soins	47

01 7^e CONGRÈS MONDIAL DU SIDIIEF

Une tribune
internationale pour
le développement
de la profession
infirmière



La profession infirmière engagée vers l'avenir : chercher, innover, soigner

Agir maintenant, soigner demain



Patrick Chamboredon (ONI), Philippe Vigouroux (CHU Bordeaux), Gyslaine Desrosiers (SIDIIEF), Nicolas Bruyère (Maire de Bordeaux), Luc Durand (CHU Bordeaux) et Hélène Salette (SIDIIEF)

Du 3 au 6 juin dernier, Bordeaux a été le plus haut lieu du savoir infirmier francophone en tant qu'hôte du 7^e congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones. Organisé en collaboration avec le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, cet événement, parrainé par l'Ordre national infirmier de France, a été placé sous le haut patronage de la ministre des Solidarités et de la Santé de France. Venus de 28 pays, de 3 continents, 1 500 infirmières et infirmiers,

sages-femmes, médecins et professionnels de la santé ont partagé leur expérience. Sur le thème « **La profession infirmière engagée vers l'avenir : chercher, innover, soigner** », les participants ont notamment discuté de pratique infirmière avancée et de nouveaux rôles infirmiers pour mieux soigner les populations.

Changements technologiques, démographiques, scientifiques, déficit d'accès aux soins, l'infirmière est sur tous les fronts. Encore une fois, cette 7^e édition du congrès a su démontrer avec acuité, l'impact de la profession infirmière dans des contextes de systèmes de santé différents, une profession toujours animée par le même désir d'offrir des soins accessibles et de grande qualité. Le congrès a également été l'occasion de réaffirmer l'importance des nouveaux rôles infirmiers. Si la pratique infirmière avancée est importante pour l'avenir de la profession, elle est essentielle pour la santé des populations et l'avenir des systèmes de santé.

Madame **Agnès Buzyn**, ministre des Solidarités et de la Santé (France), a souhaité adresser un mot de bienvenue aux participants du congrès. Découvrez la vidéo de la ministre qui a été diffusée lors de la cérémonie d'ouverture.



Un congrès majeur

Pour soutenir les réflexions et la recherche de solutions durables, un ambitieux programme scientifique et professionnel diversifié a été proposé aux participants. Plus de 400 communications orales, des centaines d'affiches et ateliers thématiques ainsi qu'une exposition ont mis en évidence le dynamisme et l'innovation dont fait preuve la profession infirmière.



Hélène Salette

« Il est particulièrement encourageant de constater l'intérêt qui se manifeste pour les grands enjeux de la santé mondiale », a déclaré **Hélène Salette**, secrétaire générale du **SIDIIEF**, lors de l'ouverture du congrès. « Cet intérêt confirme non seulement la pertinence du thème de notre congrès mais également celle de notre réseau mondial d'infirmières et d'infirmiers francophones. »

Gyslaine Desrosiers, présidente du conseil d'administration du **SIDIIEF**, a souligné : « L'intérêt d'un événement comme le nôtre est de dialoguer et d'échanger entre nous. » En ce sens, la programmation de ce 7^e congrès a favorisé l'expression d'opinions divergentes et l'affirmation de consensus.

En plus de cinq grands orateurs internationaux, le programme proposait des carrefours des grands

enjeux, chacun présentant l'un des principaux dossiers politiques menés par le **SIDIIEF**. Ainsi, des panels et tables rondes, regroupant des infirmiers experts et acteurs de changements, ont discuté des récentes prises de position du **SIDIIEF** sur la pratique avancée, la formation infirmière universitaire, les retombées cliniques de la recherche en sciences infirmières, la qualité des soins et la sécurité des patients et finalement, le leadership et la gouvernance des soins. Tous ces dossiers exposent d'importantes préoccupations non seulement pour la profession infirmière mais également pour la performance des systèmes de santé dans le monde.

« Collectivement, nous représentons une force exceptionnelle au service du mieux-être des populations », a rappelé Hélène Salette aux congressistes. « Profitons de l'opportunité qui nous est donnée pour affirmer notre solidarité. Partageons en français la diversité de nos expériences et de nos connaissances favorables à l'avancement des savoirs et au développement des nouvelles pratiques. »

Seule ombre au tableau, le congrès a dû annuler quelques présentations, une tension diplomatique entre la Belgique et la République démocratique du Congo ayant empêché la participation des ressortissants congolais.



Gyslaine Desrosiers



Le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) a été créé en 2000 par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Institut et Haute École de la Santé La Source (Suisse). Il regroupe des infirmières et des infirmiers d'une trentaine de pays.

Le **SIDIIEF** est une organisation internationale non gouvernementale et sans but lucratif. Sa mission consiste à faciliter la mise en réseau entre les communautés infirmières du monde francophone, à mettre en valeur le leadership infirmier et à promouvoir la contribution de la profession à la santé des populations. Le **SIDIIEF** est un partenaire important des grands réseaux internationaux. Ses prises de positions concrétisent sa crédibilité et son influence sur le développement des politiques en santé.

Le **SIDIIEF** favorise aussi le partage des connaissances de pointe en sciences infirmières soutenant ainsi le développement d'un leadership infirmier innovant.

Des évènements festifs

Le 7^e congrès mondial du SIDIIEF est un moment de rencontre, d'échange et de mise en réseau des participants. Divers évènements ont été organisés tout au long du congrès.

Cocktail de bienvenue



Gyslaine Desrosiers, Anne-Marie Mottaz et Luc Durand

Parrainé par :



« INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS,
LEVONS-NOUS, UNISSONS
NOS CŒURS ET NOS ESPRITS,
APPORTONS LA SANTÉ À
L'HUMANITÉ »

Hymne africain chanté par plusieurs
participants en l'honneur de la
profession infirmière



Soirée festive



400 participants réunis au Château Giscours pour une dégustation de vin, une visite du domaine et un repas gastronomique.



Cocktail à la mairie de Bordeaux



Gyslaine Desrosiers et Nicolas Brugère, adjoint au maire de Bordeaux en charge de la santé et des séniors.

L'Hôtel de ville de Bordeaux a accueilli plus de 200 participants.

Bordeaux, ville d'histoire et de gastronomie

Est-ce la concentration de plusieurs universités sur son territoire? Bordeaux est une ville jeune, plutôt une ville de jeunes, qui frappe par sa vitalité. Bordeaux, la ville des vins et de la gastronomie, est une ville joyeuse et magnifique, riche d'une somptueuse architecture traversée par des tramways ultramodernes. Bordeaux est sur la liste du patrimoine mondial de l'UNESCO pour son ensemble urbain exceptionnel.

Avec ses longues journées chaudes et sa clarté qui ne s'estompait qu'après 21 heures, trois semaines avant le solstice d'été, Bordeaux ne pouvait pas mieux accueillir les congressistes. De l'entrecôte bordelaise au kebab, des dizaines de terrasses se font face dans d'étroites rues piétonnières. Après les conférences et les ateliers, les participants s'y attablaient pour jouir de l'atmosphère et continuer les discussions. De la santé publique en Belgique, à la formation avancée au Burkina Fasso, en passant par la vaccination en France et la lutte contre le VIH au Sénégal, tous ces soignants n'ont qu'un souhait : améliorer les soins de santé.



Prix Reconnaissance 2018

Les Prix reconnaissance sont décernés par le **SIDIIEF** et rendent hommage à des infirmières et des infirmiers pour leur carrière d'exception. « Le jury international n'aura pas eu la tâche facile », a déclaré Hélène Salette. « Les quatre récipiendaires ont fait preuve d'un leadership remarquable. C'est un grand honneur de les reconnaître. » Hélène Salette a conclu en reprenant une phrase célèbre de Mark Twain « Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait. »

Parrainés par :


La Source.
 Institut et Haute
 Ecole de la Santé

Les lauréats 2018



Josiane KOUDOU

infirmière

Infirmière du travail, SICTA

Présidente, Association
des Infirmières et Infirmiers
en Santé du Travail de
Côte d'Ivoire (AIISTCI)

CÔTE D'IVOIRE

Francine DE MONTIGNY

O.Q., infirmière, Ph. D.

Titulaire de la chaire de
recherche du Canada sur
la santé psychosociale
des familles

Département des sciences
infirmières, Université du
Québec en Outaouais

QUÉBEC, CANADA

Sébastien COLSON

infirmier puériculteur, Ph. D.

Responsable pédagogique
Master Sciences
Cliniques Infirmières

Faculté de médecine,
Université d'Aix Marseille

FRANCE

Gertrude BOURDON

infirmière, B. A.

Présidente-directrice générale

Centre hospitalier
universitaire de Québec

QUÉBEC, CANADA

02 DE GRANDS ORATEURS INTERNATIONAUX

Des conférences sur les thèmes de l'actualité



Vers un leadership politique des infirmières ou comment faire une différence



Francine Ducharme, infirmière, Ph. D.
Doyenne, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
QUÉBEC, CANADA

Pour que les infirmières puissent améliorer l'accès aux soins de santé, elles doivent apprendre à convaincre et à influencer les décideurs.

Qui de mieux que Francine Ducharme pour sensibiliser les infirmières à l'importance du leadership politique? La doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal explique : « Le leadership politique donne la capacité d'influencer, de modifier et de transformer. Il est essentiel pour influencer les prises de décision. Pour que les dossiers cheminent, poursuit-elle, les infirmières doivent acquérir et exercer un leadership politique. »

Selon la conférencière, seulement trois infirmières sur dix aimeraient s'engager dans l'action politique. « Pourtant, dit-elle, les infirmières détiennent un immense pouvoir et peuvent faire la différence. »

Plusieurs raisons expliquent pourquoi si peu d'infirmières et d'infirmiers exercent une influence politique. Parmi elles, les valeurs sous-jacentes à leur profession, la sous-estimation de leur pouvoir, une trop grande humilité à promouvoir leurs découvertes et leurs innovations cliniques.

Le développement de nouveaux rôles infirmiers, la pratique basée sur des résultats probants et le rehaussement de leurs compétences par la formation favoriseront leur capacité d'influencer.

Francine Ducharme identifie quatre niveaux d'influence politique, allant de l'individu à l'humanité. « Il y a de multiples possibilités pour les infirmières d'exercer un leadership politique. »

« Les pratiques fondées sur les résultats sont gagnantes. Utilisons-nous les résultats de recherche disponibles pour assurer notre leadership? Innovons-nous suffisamment? »

« Si l'objectif est d'influencer les décideurs, la recherche doit être porteuse de changements », poursuit-elle. Les recherches doivent avoir des thématiques porteuses comme celles qui ont un impact sur les coûts et les bénéficiaires.

Ses travaux de recherche sur les interventions des proches aidants auprès des personnes âgées vulnérables l'ont menée à préparer un mémoire qu'elle a présenté en commission parlementaire et à proposer des recommandations pour l'élaboration d'une politique de soutien à domicile au Québec (Canada). Un bel exemple de répercussions concrètes qui découlent d'un leadership infirmier.

Autre avenue pour accroître l'influence des infirmières et des infirmiers : augmenter leur savoir.

« D'une formation solide, émerge le leadership politique. En somme, explique-t-elle, la recherche et la formation sont les ingrédients qui permettent de faire autrement. »

Francine Ducharme suggère aussi aux infirmières de prendre la parole et d'utiliser les médias pour faire valoir leur position. Parmi les modèles de collaboration à mettre de l'avant, elle privilégie celui avec le patient. « Porter le point de vue du patient, celui du citoyen, est un privilège pour les infirmières. Il ne faut jamais oublier le bénéficiaire de nos soins. »

« Affirmer notre leadership politique, démontrer ce que nous pouvons faire, pour moi, c'est une responsabilité. Nous devons prendre davantage la parole », conclut Francine Ducharme.

« Affirmer notre leadership politique, démontrer ce que nous pouvons faire, pour moi, c'est une responsabilité. Nous devons prendre davantage la parole », conclut Francine Ducharme.

« Le leadership politique donne la capacité d'influencer, de modifier et de transformer. »

- Francine Ducharme



Pratique infirmière avancée : leçons tirées de 40 ans d'expérience nord-américaine



Sean Clark, infirmier, Ph. D.
Vice-doyen aux affaires du 1^e cycle et professeur titulaire
William F. Connell School of Nursing
Boston College
ÉTATS-UNIS

Sean Clark retrace l'histoire de la pratique infirmière pour permettre de mieux comprendre aujourd'hui la pratique infirmière avancée (PIA). Fort de son expérience américaine, il la décrit ainsi : « La pratique infirmière avancée signifie des rôles élargis qui se définissent par des connaissances liées à des soins à une population spécifique ou par des gestes techniques exigeant une formation avancée. »

« La formation en PIA se base sur une formation de généraliste, poursuit-il. Aux États-Unis, après une formation de 2^e ou 3^e cycle universitaire, l'infirmière en pratique avancée passe un examen national dans sa spécialité. »

À l'origine, qu'est-ce qui a mené à la création des rôles de PIA ? « Des besoins sociaux non satisfaits par les systèmes de santé, répond le vice-doyen. Ce n'est que beaucoup plus tard que la réduction des coûts et l'amélioration du rapport coût-qualité des services de santé apparaîtront pour justifier les rôles en pratique avancée. »

Les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ont une pratique avancée. L'infirmière clinicienne spécialisée apparaît aux États-Unis dans les années soixante en même temps que l'émergence des soins spécialisés et l'évolution de la technologie. Quant aux infirmières praticiennes, elles viennent combler les pénuries de médecins

et la mauvaise distribution des spécialistes dans les années soixante-dix, notamment en néonatalogie et en pédiatrie. Se développent également des infirmières anesthésistes et des infirmières sages-femmes.

En 2017 aux États-Unis, une infirmière sur dix exerce en pratique avancée : près de 50 000 sont des infirmières anesthésistes, soit la moitié des anesthésistes du pays. 40 % des infirmières en pratique avancée sont des hommes. 11 000 infirmières sont sages-femmes. 234 000 sont infirmières praticiennes, dont 85 % en soins de premières lignes (ou de premier recours) et 60 000 sont ICS, un rôle en décroissance.

« Du côté canadien, on compte 5 000 infirmières praticiennes en 2018. Le Québec accuse un retard important comparativement au Canada anglophone », constate le conférencier.

Personne ne nie la qualité des soins des infirmières en pratique avancée. « Elles utilisent plus judicieusement les médicaments, les tests diagnostiques, les interventions, la technologie et les consultations avec les médecins spécialistes. De plus, les résultats de santé qu'elles obtiennent avec leurs patients sont équivalents à ceux des médecins », rappelle le conférencier. Il souligne aussi la grande confiance que leur attribue le public.

Selon Sean Clark, la question centrale à laquelle est confrontée la pratique infirmière avancée est la définition de son étendue de pratique car, rappelle-t-il, cette étendue est définie par des organisations et des associations professionnelles. Il critique aussi le paiement à l'acte des médecins, un mode de rétribution qui encourage les dépenses inutiles.

Sean Clark croit que la valeur économique des infirmières cliniciennes spécialisées n'a pas été suffisamment démontrée. Il conclut en suggérant aux leaders et aux cliniciens qui souhaitent améliorer les soins aux patients et l'avenir de la profession dans leur pays, de mesurer les coûts-bénéfices des modèles de soins qui incluent des infirmières en pratique avancée.

« La politique consiste à distribuer des ressources limitées. De nos jours, le défi pour les systèmes de santé partout à travers le monde est de parvenir à un équilibre entre l'accès aux soins et le coût-qualité des soins. »

- Sean Clark



L'université des patients : diplômé des malades et participer à l'émergence de nouveaux métiers dans la santé



Catherine Tourette-Turgis

Qualifiée Professeur des Universités, UPMC – Sorbonne Universités

Fondatrice, Université des patients

Chercheuse, Centre de Recherche sur la Formation (CRF-CNAM)

Vice-présidente, Conseil des formations, École des hautes études en santé publique (EHESP)

FRANCE

Le patient-partenaire n'est plus une approche conceptuelle mais une réalité émergente non seulement dans les établissements de santé mais aussi dans ceux de formation. Catherine Tourette-Turgis, professeure et chercheuse, a fondé l'Université des Patients, un projet mené en France de concert avec l'Université de la Sorbonne. « Et si les malades mettaient leur expérience au service de l'amélioration des soins de santé? », demande-t-elle.

Catherine Tourette-Turgis voit la maladie comme une occasion d'apprendre. « Il s'agit pour les facultés de médecine d'offrir des parcours diplômants à des malades qui désirent devenir patients partenaires en cancérologie, patients conseils ou patients intervenants en éducation thérapeutique. À ce jour, poursuit la conférencière, l'Université des Patients de l'Université Pierre et Marie-Curie à Paris a diplômé plus de 150 malades. »

« Le patient n'est pas simplement un bénéficiaire du soin mais un opérateur parmi d'autres dans la division du travail médical », explique-t-elle. En plus de transformer l'expérience des patients en expertise et de les intégrer dans les courants du rétablissement, ce programme a également la force de rompre leur isolement social.

L'Université des Patients a plusieurs objectifs : mobiliser les patients, favoriser leur employabilité, soutenir le droit à la formation et renforcer la légitimité des volontaires et des bénévoles. « Nous aidons les patients à reprendre une vie normale, résume la conférencière. Après avoir obtenu leur diplôme d'éducation thérapeutique de la Faculté de médecine, une personne sur quatre est retournée à l'emploi. Toutes affirment que cette formation a augmenté leur estime de soi.»

« La maladie brise des trajectoires de vie », affirme la chercheuse. Elle constate que les gens inscrits en cancérologie étaient surdiplômés mais socialement marginalisés. Elle fait une distinction entre parcours de soins et parcours de rétablissement. « Aujourd'hui, des millions de personnes survivent au cancer », dit-elle. « Quels sont leurs besoins? Dix ans après leur épisode, ils ont encore des craintes post-traumatiques. Il faut inclure le rétablissement dans leur parcours de soins. Il ne suffit pas d'être guéri pour être rétabli », conclut Catherine Tourette-Turgis.

« La maladie brise des trajectoires de vie (...) Il ne suffit pas d'être guéri pour être rétabli. »

- Catherine Tourette-Turgis

Infirmières et infirmiers : quel rôle dans l'éradication de l'infection à VIH en Afrique francophone ?



Hakima Himmich, médecin infectiologue
Présidente, Coalition internationale Sida PLUS
MAROC

« Quel rôle les infirmières et infirmiers peuvent-ils prendre dans l'éradication de l'infection à VIH en Afrique francophone? », demande Hakima Himmich, médecin infectiologue. « Ma conférence sera un plaidoyer pour la délégation des tâches. »

Les médicaments d'aujourd'hui contre le VIH peuvent rendre la charge virale négative et empêcher la transmission du VIH. Pourtant, l'infection à VIH est toujours une urgence sanitaire mondiale. Deux millions de nouvelles infections sont recensées par année. L'Afrique de l'ouest et l'Afrique centrale (AOC) sont principalement touchées. Elles concentrent sur leur territoire deux tiers des nouvelles infections et 45% des enfants nés avec le VIH dans le monde.

« Les patients infectés sont au sud et les traitements n'y sont pas », constate l'infectiologue. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et ONUSIDA ciblent l'éradication du VIH en 2030. Leur stratégie permettrait d'éviter d'ici là, 21 millions de décès et 28 millions de nouvelles infections liés au VIH. Pour y arriver, ils se sont fixés un objectif mondial de traitement 90-90-90 qui implique la mise en place de mesures de rattrapage d'ici 2020. Ils veulent ainsi que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur séropositivité, que 90% des personnes diagnostiquées soient sous traitement antirétroviral (ARV) et que 90%

des personnes traitées aient une charge virale supprimée.

Présentement en AOC, la réalité est toute autre. Un décès sur quatre est lié au SIDA. Trois personnes sur quatre n'ont pas accès au traitement antirétroviral. L'infectiologue attribue la rupture de médicaments à plusieurs facteurs, notamment le changement dans les politiques d'appui américaines, les guerres, le déplacement des populations et le déficit de ressources humaines.

Ainsi, le manque de médecins et d'infirmières, exacerbé par une mauvaise répartition géographique des effectifs, amène les organismes internationaux à prôner une délégation des tâches. On souhaite non seulement qu'un plus grand rôle soit donné aux infirmières et aux infirmiers mais également aux agents de santé communautaire (ASC).

Bien que l'approche communautaire pour contrer le VIH ait démontrée son efficacité, la discrimination professionnelle accentue les problèmes. L'OMS définit les ASC « comme toute personne exerçant des fonctions liées à la prestation des soins de santé et formée à la délivrance de prestations spécifiques mais n'ayant obtenu aucun certificat professionnel formel ou diplôme d'enseignement supérieur. » L'OMS prévoit que les médecins, infirmières et sages-femmes instaurent le

traitement ARV et que les ASC puissent le distribuer entre les consultations cliniques.

L'ONUSIDA parraine actuellement une initiative soutenue par l'Union africaine pour le recrutement et la formation de deux millions d'ASC en Afrique. Le **SIDIIEF** et Coalition Plus discutent de la mise en place de formations conjointes infirmiers et ASC pour répondre à l'épidémie.

Dr Hakima Himmich cite son collègue, le Dr Dembele Bintou Keita : « Dans mon pays, il existe un médecin pour 10 000 patients. Nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas considérer la stratégie de démedicalisation. »

En effet, la démedicalisation est d'autant plus nécessaire que l'OMS recommande que toute personne infectée par le VIH puisse débuter un traitement ARV le plus tôt possible après son diagnostic ou en cas de doute. Par exemple, la PrEP (prophylaxie préexposition) est aussi recommandée aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH).

Pour éradiquer le VIH, il faut changer la stratégie de délivrance des ARV. « Après l'initiation du traitement par des infirmières ou des médecins, le réapprovisionnement par les ASC ou par des pairs éducateurs est un pari gagnant », déclare la conférencière. « Le dépistage devrait aussi être délégué et ce non seulement en Afrique. L'offre de dépistage classique par le médecin comporte trop de limites. » ajoute-t-elle.

Lors de la période de questions, une participante de Montréal mentionne qu'au Québec comme en Afrique, on refuse que les ressources communautaires fassent du dépistage.

« L'infection à VIH est toujours une urgence sanitaire mondiale. Les patients sont au sud mais les traitements n'y sont pas. »

- Hakima Himmich

Le **SIDIIEF**, conjointement avec ARCAD-SIDA, a publié une prise de position en faveur de l'élargissement du rôle infirmier dans la prise en charge du traitement au VIH intitulée *Infection au VIH en Afrique francophone - Miser sur la profession infirmière, une stratégie gagnante*.

Lancé à Dakar (Sénégal) en mai 2017, la stratégie proposée mise sur la profession infirmière pour accélérer l'accès au traitement antirétroviral (ARV) par les personnes infectées au VIH aussitôt après qu'elles aient reçu leur diagnostic.

Le **SIDIIEF** demande notamment aux États de valoriser le rôle stratégique des infirmières et des infirmiers en soins de santé primaires et de soutenir publiquement leur rôle en matière de dépistage, d'intervention précoce, de traitements et d'éducation thérapeutique.

CONSULTEZ LA PRISE DE POSITION



De Paris à Damas, la fin de l'humanitaire international ? Perspectives pour essayer de comprendre le 21^e siècle tel qu'il s'impose à nous.



Yves Daccord

Directeur général, Comité international de la Croix-Rouge (CICR)
SUISSE

L'action humanitaire n'est plus seulement un acte de solidarité pour venir en aide aux personnes affectées par un désastre naturel ou une crise. Elle est maintenant beaucoup plus complexe. Aujourd'hui, elle se déroule dans des situations de crise qui durent des années, voire des décennies, comme en Somalie ou en Afghanistan.

C'est devant un auditoire subjugué que le directeur général du Comité international de la Croix-Rouge (CICR), Yves Daccord, est venu expliquer comment les travailleurs humanitaires de la Croix-Rouge parviennent à poursuivre leur mission internationale.

« Depuis quelque temps, les guerres qui ont lieu là-bas, loin de chez nous, ces crises humanitaires et politiques lointaines, deviennent soudain "nos" problèmes. En Syrie par exemple, où le drame qui s'y joue cause un flux migratoire. »

« Dans ces environnements changeants, nous avons une ambition », précise Yves Daccord, « celle de travailler en étroite proximité avec les populations. Encore aujourd'hui, nous croyons que le fait de pouvoir parler aux gens est la meilleure façon de comprendre leurs besoins et de s'inscrire dans leur stratégie de survie. » Mais parce que ces gens sont contrôlés par des gouvernements ou des groupes armés, il devient difficile de les rencontrer.

Pour pouvoir entrer en contact avec ces personnes, l'un des éléments clés du CICR est certes de négocier et de parler aux gouvernements mais aussi aux talibans, aux groupes islamiques, au Hezbollah. « Nous le faisons dans un objectif extrêmement clair, radicalement humanitaire, celui de défendre les personnes, défendre leur accès aux soins de santé et défendre leur capacité à pouvoir migrer quand c'est nécessaire. »

La Croix-Rouge a deux missions, rappelle le conférencier : celle du travail sur le terrain pour aider les gens et celle qui relève de la diplomatie et du droit international humanitaire. Ainsi, la Croix-Rouge, comme représentante neutre et impartiale, s'assure que les conflits armés respectent les traités et conventions de Genève qui régissent les guerres. Ce droit international public fixe à la guerre des limites à respecter, par exemple la protection des civils, des malades, des soldats blessés et des prisonniers. « Notre objectif est de penser non seulement à aujourd'hui mais aussi aux enjeux de l'avenir. » Ainsi, Yves Daccord se dit préoccupé par les armes de demain, ces armes issues des nanotechnologies et dotées d'intelligence artificielle. « Dans cinq à sept ans, dit-il, des armes de petites dimensions, pas plus grosses qu'une bouteille d'eau, pourront voler de façon autonome, entrer dans cet auditorium et choisir qui parmi vous doit être abattu.

Ces armes feront elles-mêmes des choix sans être télécommandées à distance. L'un de nos mandats est de discuter avec les États et de créer une entente commune pour que l'utilisation de ces armes soit contrôlée avant qu'elles arrivent sur le marché. »

« Dans le cadre de la première mission de la Croix-Rouge, celle du soin aux personnes les plus vulnérables, il existait auparavant une acceptation qu'une personne blessée, même si elle est mon ennemie, a le droit d'être soignée, quelle que soit sa religion ou son ethnie. Cet espace, l'espace pour soigner, l'espace humanitaire, est sous pression comme il ne l'a jamais été », déclare Yves Daccord. Et depuis une quinzaine d'années, il affirme que cette pression augmente. Pourquoi? Parce que la « boîte à outils » qui régissait le monde n'est plus fonctionnelle.

D'ailleurs, l'incapacité des États à établir des consensus est pour le conférencier la première tendance lourde qui influence l'action humanitaire.

Ainsi, les États sont incapables de générer entre eux suffisamment de convergence pour établir des consensus. « Aujourd'hui, ça n'existe pas. Aujourd'hui, les États sont en compétition. »

« Regardez la Syrie, le conflit commence en 2011 - 2012. Tous les experts savent que c'est une guerre qui sera difficile parce qu'elle est civile, parce qu'elle oppose un gouvernement à une partie de sa population. Tout le monde sait que la solution ne viendra pas des Syriens eux-mêmes et qu'il faudra proposer des solutions internationales. Sept ans plus tard, des dizaines de résolutions ont été adoptées par le Conseil de sécurité des Nations-Unies mais rien ne s'est passé dans la réalité des gens. »

La Syrie est à la fois un enjeu global et un enjeu domestique à cause de la crise migratoire.

Pourtant, la communauté internationale ne parvient pas à proposer des solutions.

Lors de l'arrivée des migrants en 2015, les pays européens se sont empressés à faire des lois. En une semaine, le Danemark a adopté une législation prévoyant le retrait aux migrants de tous leurs biens, ce qui a eu pour effet de les forcer à aller en Suède. « Fermer ses frontières ne suffit pas à régler le problème », constate le conférencier. Dans tous les conflits, il y a un sentiment très clair d'impunité car les pays savent que la communauté internationale ne fonctionne pas et qu'ils peuvent agir sans risque. »

L'information est la deuxième tendance qui affecte le monde et le travail humanitaire. « On vit dans un monde incroyablement informé », constate Yves Daccord. « Le téléphone mobile est la seule chose que tout le monde a en commun. Il change non seulement leur manière de s'informer mais également, leur comportement. Il influence leur jugement. »

Cet accès à l'information remet en question la hiérarchie. Les États ont beaucoup de peine à aligner leurs forces et les leaders ont plus de peine à représenter leur communauté. « On voit



Yves Daccord

un monde très connecté et en même temps, très fragmenté », observe le conférencier.

« Aujourd'hui, avec le téléphone mobile, les gens qu'on aide ont des opinions très précises sur ce qu'ils veulent », ajoute Yves Daccord. « On voit émerger des besoins. Dans un pays africain, la première demande qu'ont eu les gens, même dans des conditions les plus extrêmes, fut de leur donner accès au Wifi. »

La désinformation est la troisième tendance nommée par Yves Daccord car un monde connecté et fragmenté est aussi un monde de fausses nouvelles.

« La plupart des guerres actuelles sont des guerres civiles. Le fait de vouloir désinformer l'un a pour objectif de déshumaniser l'autre », explique-t-il. « Si je suis en guerre contre l'autre, j'ai besoin de ne plus le voir comme un être humain. J'ai besoin que ma population croit que l'autre n'est plus un être humain. De plus en plus, les gens s'informent à partir de leurs réseaux. Les connections Internet favorisent cela. »

Yves Daccord est à même de constater que des gouvernements et des groupes armés n'hésitent pas à utiliser la désinformation là où la vie humaine se joue. « Dans certains conflits, on attaque les hôpitaux et les patients, la logique étant de réduire l'espace humanitaire pour pouvoir déshumaniser. En Syrie par exemple, les attaques contre les cliniques et les hôpitaux ont commencé dès le début du conflit pour que la population civile comprenne qu'il n'y a plus d'espace humain. »

« Ce qui est frappant, déplore Yves Daccord, c'est qu'aujourd'hui, systématiquement, cela fait partie d'une stratégie de guerre liée à un objectif de désinformer et de manipuler les gens. »

« C'est dramatique par exemple de voir cette stratégie s'étendre au Yémen, un pays relativement

pauvre, montagneux, dont le système de santé était fragile mais suffisamment fort pour gérer ses crises endémiques comme celles du choléra. Suite aux interventions provenant d'une coalition de pays, la situation s'est détériorée depuis deux ans. Après 200 attaques menées contre des hôpitaux et des cliniques yéménites, le pays ne parvient plus à gérer l'épidémie de choléra. »

Quatrième tendance, le directeur général du CICR s'adresse particulièrement aux infirmières. « La confiance est une commodité qui est devenue plus rare. Nous, nos interventions, sont basées sur la confiance. C'est à la fois notre fragilité et notre force. Même dans des pays en guerre, nous nous déplaçons sans arme et sans escorte avec notre croix rouge. Cette fragilité nous permet d'être à proximité des gens. »

« Aujourd'hui, cette confiance n'est plus donnée », avoue-t-il. « Au premier contact, ce n'est plus parce que vous êtes de la Croix-Rouge que vous faites du bien. "Démontre-moi que tu peux m'aider, démontre-moi que tu fais du bien." Par défaut, le monde n'est plus un monde de confiance. »

Après avoir énuméré les principales tendances qui affectent le travail humanitaire, comment la Croix-Rouge arrive-t-elle à travailler ?

« La neutralité est le premier point », insiste Yves Daccord. « On accepte que si l'on veut préserver la place des interventions humanitaires dans des situations de crises, on doit commencer par nous-mêmes. Ça veut dire être prêt à rester radicalement neutre, radicalement impartiaux, radicalement indépendants. On est une organisation qui a des principes très forts. Ces principes nous aident à avancer. Quand je dis neutre, ce n'est pas neutre pour ne rien faire, c'est être neutre pour pouvoir faire. On ne va pas s'impliquer dans une bataille idéologique. On ne va pas prendre position. Cette neutralité va nous



permettre d'avancer et de voir l'être humain pour ce qu'il est. »

« L'indépendance est le deuxième point. Le fait de pouvoir prendre des décisions mêmes si les États ne sont pas d'accord. Il est essentiel d'être indépendant et impartial. L'impartialité, c'est regarder les besoins des gens et ne pas décider qui a le droit d'être aidé ou de ne pas être aidé. »

Avec l'immigration, Yves Daccord observe que cette impartialité est devenue aujourd'hui une tendance lourde. Il perçoit que « pour certains, des gens ont droit à de l'aide alors que d'autres n'en ont pas le droit. C'est devenu un véritable enjeu. »

La pertinence est le troisième point. L'action humanitaire a beaucoup changé. « Le fait de pouvoir arriver, imposer une action humanitaire, proposer une solution à des gens parce que vous pensez que vous avez compris leurs problèmes, c'est dépassé. Il faut être beaucoup plus à l'écoute pour trouver des solutions. »

La proximité est un autre point. « Il faut avoir la capacité de travailler à proximité des gens et aussi à proximité de ceux qui les contrôlent. C'est un enjeu car les gouvernements et les groupes armés qui gèrent ces guerres sont de moins en moins intéressés à dialoguer et à avoir des observateurs. C'est un enjeu clé pour nous de pouvoir s'engager auprès d'eux. »

Le cinquième point est de réfléchir aux nouvelles coalitions qui peuvent être faites. « Si nous sommes d'accord que les États sont incapables de produire des consensus, qu'allons-nous faire? » demande Yves Daccord. « Je vois émerger des cités et des villes comme de nouvelles forces. Elles sont proches de leurs citoyens. Je les vois s'unir pour chercher des solutions à des problèmes écologiques par exemple. À cause de l'absence des États, attendez-vous à ce que les villes agissent de plus en plus sur des questions de violence, de radicalisation, d'intégration des jeunes, d'immigration. Même chose avec les communautés qui, dans les prochaines années, créeront de nouvelles coalitions. »

En terminant, le directeur général du CICR insiste sur l'importance du personnel de la Croix-Rouge. « Les gens de notre organisation veulent être plus impliqués dans les décisions clés, ils veulent plus d'autonomie et désirent pouvoir représenter la Croix-Rouge de façon intelligente. Et moi, mon travail, c'est de faire en sorte qu'ils aient cet espace. »

« L'impartialité, c'est regarder les besoins des gens et ne pas décider qui a le droit d'être aidé ou de ne pas être aidé. »

– Yves Daccord

03

Débats et réflexions d'experts internationaux

Des carrefours sur les enjeux au cœur du développement de la profession infirmière



De gauche à droite : Laurence Laignel, Gyslaine Desrosiers et Jacques Chapuis

La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie



Diane Morin, infirmière, Ph. D.
Professeure émérite, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval
Consultante experte au SIDIIEF
QUÉBEC, CANADA

Concernant le développement de la pratique infirmière avancée, quatre questions ont guidé les chercheurs au fil des années. Premièrement, comment définir la pratique infirmière avancée (PIA). Pour ce faire l'étude du **SIDIIEF** a recensé les définitions les plus fréquemment utilisées. « La désignation de pratique infirmière avancée s'avère trop souvent galvaudée, peut-on lire dans l'étude. C'est le cas lorsqu'on l'utilise pour désigner toute spécialisation ou toute forme d'initiative structurée visant l'amélioration ou l'innovation en soins (...) Les titres utilisés pour désigner une infirmière qui exerce en pratique avancée sont de plus en plus nombreux, ce qui contribue à la confusion. » (Morin, 2018).

« Quand on parle de PIA, il est important d'établir une terminologie commune pour tout le monde », observe Diane Morin. Après avoir regroupé les éléments récurrents, l'étude du **SIDIIEF** propose une définition générale : « La pratique infirmière avancée désigne une pratique clinique centrée sur la personne, sa famille et sa communauté basée sur : (i) des preuves scientifiques ; (ii) un savoir infirmier approfondi et un jugement clinique expert développés au cours d'études de 2^e cycle universitaire ; (iii) des compétences en leadership pour conduire des améliorations de la qualité, de la sécurité et de la performance des soins ; une pratique basée sur des compétences avérées ; (iv) en collaboration

et partenariat intra et interprofessionnels, (v) en recherche, (vi) en consultation-coaching et (vii) en réflexion éthique. Cette pratique fait l'objet d'une reconnaissance spécifique selon le pays dans lequel elle s'implante et évolue. » (Morin et al, 2018)

Le **SIDIIEF** a fait de la pratique infirmière avancée son dossier prioritaire à discuter dans le cadre du 7^e congrès mondial. À cet égard, il a mené une étude rigoureuse, réalisée par la Pr Diane Morin, afin de dégager les grands éléments de consensus quant à la définition et au rôle des infirmières en pratique avancée. Le **SIDIIEF** a profité de l'occasion pour procéder au lancement de sa publication **La pratique infirmière avancée - Vers un consensus au sein de la francophonie**.

[PROCUREZ-VOUS LE LIVRE](#)

« Si nous parlons aujourd'hui de PIA, précise Diane Morin, c'est que nous avons un socle de compétences qui permet à notre profession d'aller plus loin. Avant de promouvoir la pratique avancée, les soins infirmiers à la base doivent être solides. »

« Une infirmière en pratique avancée doit démontrer un leadership et assumer un rôle clinique élargi. Elle sait se projeter vers l'avant pour modifier les pratiques », poursuit-elle.

Deuxième grande question, les chercheurs se sont penchés sur les critères et les compétences les plus fréquemment cités pour décrire la PIA. Ainsi, trois critères sont jugés primaires et incontournables pour la qualifier : une pratique centrée sur la personne, la famille et les proches, une formation aux études supérieures et une reconnaissance de son statut.

Ils retiennent six familles de compétences : pratique clinique directe ; consultation, guidance et coaching ; leadership clinique, professionnel et systémique ; pratique basée sur des preuves issues de la recherche inspirée des conceptions infirmières ; collaboration ; et prise de décision éthiquement éclairée.

Diane Morin réitère l'importance du leadership et des alliances pour que la pratique avancée évolue. « Il faut une bonne dose de patience et d'humilité car le chemin n'est pas toujours facile. »

Au chapitre des compétences, l'étude précise : « Il importe de rappeler les activités et l'étendue de pratique des infirmières cliniciennes de pratique avancée et des infirmières praticiennes. On peut dire que les deux rôles sont en complémentarité car ils exigent qu'on développe des compétences semblables et des compétences différenciées, notamment en ce qui concerne les actes médicaux réglementés. »

Les chercheurs se sont également demandé, comme troisième grande question, quels effets ou impacts étaient les plus fréquemment associés à la PIA.

Après avoir révisé les écrits des quarante dernières années, Diane Morin confirme que les effets génériques et spécifiques de la pratique avancée sur la transformation des soins et le bien-être des patients sont bien documentés. « Cela nous prend

quarante ans de preuves pour avancer », dit-elle ironiquement.

Enfin, la dernière grande question : quels sont les éléments les plus fréquemment énoncés comme des facteurs facilitants ou contraignants le développement de la PIA, son implantation ou sa pérennité ? Que ce soit au niveau du système, de l'organisation, de l'équipe de soins ou au niveau même des infirmières de PIA, nombreux sont les facteurs facilitants ou contraignants. Qu'ils dépendent de la masse critique ou encore de la description ambiguë du rôle de l'infirmière de pratique avancée, plusieurs facteurs sont liés à l'organisation des soins.

Pour se développer, la PIA doit être supportée par des objectifs stratégiques. Ainsi, le **SIDIIEF** propose sept énoncés qui permettront d'établir des consensus pour mieux promouvoir la valeur de la pratique infirmière avancée au sein des pays francophones.



Dan Lecocq et Patrick Chamboredon

En considérant notamment que les données probantes internationales montrent que la PIA produit des effets positifs sur les personnes et des impacts favorables sur le système de santé, le **SIDIIEF** :

1. Propose une définition de la PIA
2. Énumère les compétences des infirmières en PA
3. Précise ses principaux rôles
4. Détermine que la formation requise pour travailler en PIA est de niveau master
5. Reconnaît le leadership des infirmières en PIA pour influencer et transformer aux plans clinique, organisationnel, scientifique, stratégique et politique
6. Souligne l'importance d'une vision systémique et d'une approche systématique dans le déploiement de la PIA
7. Demande qu'un cadre légal reconnaisse la PIA et lui attribue un titre réservé.

Le **SIDIIEF** fait aussi valoir la collaboration intra et interprofessionnelle. Il recommande aux décideurs de faire de la PIA une clé maîtresse de leurs systèmes de santé.

« Cela fait quarante ans que les infirmières prouvent que les effets génériques et spécifiques de la pratique avancée améliorent la transformation des soins et le bien-être des patients. »

- Diane Morin

Vers un consensus ...

Afin d'initier une discussion autour de ses grandes recommandations, le **SIDIIEF** a présenté un échange international sur le thème de la pratique infirmière avancée.

Animé par Gyslaine Desrosiers, présidente du conseil d'administration du **SIDIIEF**, un panel d'experts internationaux est invité à réagir aux recommandations du **SIDIIEF**.

Les experts participants au panel appuient unanimement la démarche du **SIDIIEF**. Tous soutiennent que la PIA apporte un nouvel élément pour répondre aux défis de santé. En effet, ces infirmières qualifiées de niveau master peuvent revoir les pratiques courantes de soins et mettre en œuvre de nouveaux protocoles basés sur des résultats scientifiques. Les infirmières praticiennes, également de niveau master, suscitent de l'intérêt du fait de leur pratique clinique autonome qui franchit les frontières du médicalement réservé. Mais comme l'ont affirmé précédemment les conférenciers Sean Clark et Diane Morin, le développement et le déploiement de la PIA n'est pas le même d'un pays à un autre.

En Suisse, un projet national est en cours. Il réunit les principales associations d'infirmières et les représentants de la formation en sciences infirmières, des infirmières de pratique avancée et des directeurs de soins. « Première étape, les infirmières sont parvenues à un consensus », déclare **Maya Zumstein-Shaha**, représentante de l'Association suisse des infirmiers. « Elles ont une vision de ce que la formation et la régulation devraient être. Il reste maintenant le volet politique. »

« En Belgique, il n'existe pas de PIA comme telle mais on trouve toutefois une douzaine de spécialisations infirmières », affirme **Dan Lecocq**. Pour le maître de conférences de l'Université Libre de Bruxelles, il importe de faire une distinction pour parvenir à une meilleure compréhension des rôles.



Dan Lecocq

Au Bénin, le niveau master existe seulement depuis 2015. Une recherche évalue présentement les conditions d'implantation des IPS en contexte béninois. « Notre ambition est de créer le corps de reconnaissance de la pratique infirmière avancée. » déclare **André Otti**, administrateur des programmes et projets de santé de l'Institut national médico-sanitaire au Bénin. « Maintenant, les infirmières spécialisées font un master en puériculture. On voit le besoin. Comment faire reconnaître le besoin des infirmières en pratique avancée? », demande-t-il.

Au Canada, le volet politique est un maillon important pour le développement de la PIA. « Il faut travailler avec de nombreux partenaires pour convaincre les décideurs », affirme

Josette Roussel, représentante de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. « Nous avons deux rôles en pratique avancée, les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Dans certaines spécialités, la richesse de ces deux rôles crée un impact positif sur les soins. Présentement, le rôle des IPS se développe dans les provinces alors que celui des ICS diminue. »

En France, un décret qui actualisera une loi et permettra une véritable pratique avancée, fait l'objet d'un débat. Selon **Patrick Chamboredon** président de l'Ordre national des infirmiers : « Bien qu'on n'en connaisse pas encore le texte légal, la pratique avancée devrait rapidement se réaliser. Mais les associations devront s'entendre », avise-t-il.

Gyslaine Desrosiers, soulève la question de la résistance des médecins face au développement de la PIA. « Un éléphant dans la salle », dit-elle. On lui répond qu'au Canada, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) jouissent d'un appui populaire et nombreux sont les médecins partenaires qui travaillent avec elles. En France, les médecins ne veulent toujours pas abandonner la prise en charge. Là aussi, la profession infirmière est celle la plus prisée par la population.



André Otti



Puisque la pratique infirmière avancée doit être développée et déployée pour le mieux-être des patients, **André Néron**, représentant les patients, a été invité à donner son point de vue sur le sujet. Les patients sont ouverts et apprécient les infirmières de pratique avancée. Pour eux, le plus important est que l'on prenne en compte le point de vue de « l'expérience patient ». Il rappelle qu'avant tout, on doit travailler avec les patients et non pas pour les patients.

« La pratique avancée n'est pas une fin en soi. C'est une diversification des rôles infirmiers. C'est un développement de la profession pour mieux servir la population. »

– Gyslaine Desrosiers



Josette Roussel et Maya Zumstein-Shaha

Formation universitaire dans la discipline infirmière : Un regard croisé sur l'actualité

Depuis le congrès de Marrakech en 2009, l'accès à une formation universitaire pour la profession infirmière est un enjeu prioritaire du **SIDIIEF**. En 2011, il publie un mémoire intitulé *La formation universitaire des infirmiers et infirmières : une réponse aux défis des systèmes de santé*. Ce mémoire recommande d'investir dans la formation universitaire et dans la recherche pour que les infirmières et les infirmiers puissent répondre aux défis d'accessibilité, d'efficacité, d'efficience et d'innovation des systèmes de santé. En 2012, lors du congrès de Genève, la formation universitaire captive l'attention des participants qui, forts de l'appui de nombreuses organisations, adopteront la *Déclaration de Genève*. Le **SIDIIEF** lance alors un appel formel aux gouvernements des pays de la francophonie pour qu'ils instaurent un système d'enseignement universitaire couvrant les 1^{er}, 2^e et 3^e cycles d'études en sciences infirmières, qu'ils statuent sur le niveau universitaire de licence en sciences infirmières (baccalauréat ou bachelor) comme condition d'entrée à la profession et qu'ils invitent l'Organisation internationale de la Francophonie à soutenir les pays d'Afrique par des mécanismes de coopération pour mettre en place une formation universitaire en sciences infirmières.

CONSULTEZ LE MÉMOIRE

CONSULTEZ LA DÉCLARATION

Jacinthe Pepin, à titre de présidente du conseil consultatif sur la formation infirmière du **SIDIIEF**, anime ce panel. « À la suite de la Déclaration de Genève en faveur de la formation universitaire des infirmières, nous voulons savoir où nous en sommes et où nous allons ? », demande-t-elle à un panel d'experts.

Ce carrefour a deux objectifs : faire brièvement un portrait des avancées de la formation dans divers pays de la francophonie et permettre à des experts de s'exprimer sur le développement de programmes universitaires en sciences infirmières.

Dans un premier temps, Jacinthe Pépin recense les pays de la francophonie où la pratique infirmière est régie par un cadre légal. Ainsi, une loi l'encadre au Québec et dans les autres provinces canadiennes (programmes francophones), en Belgique, en France, au Luxembourg, en Roumanie, en Suisse, au Liban, au Cameroun, au Maroc et au Sénégal. Ce n'est pas le cas en Côte d'Ivoire, au Gabon et en Tunisie. Un ordre professionnel existe dans huit de ces treize pays.

Dans un deuxième temps, l'animatrice rapporte qu'après s'être penchée sur l'évolution des programmes dans ces pays, le conseil consultatif observe un lent processus de rehaussement de la formation initiale. D'abord, sur le plan de la durée, seulement deux pays ont prolongé d'une année la formation infirmière, soit la Belgique et le Cameroun. Sur le plan universitaire, la France, le Maroc et la Côte d'Ivoire ont adopté une formation initiale de niveau licence. La Belgique, le Québec



Jacinte Pepin

(Canada) et le Liban ont toujours deux niveaux de formation initiale.

Et troisièmement, des programmes en sciences infirmières de niveau master et de pratique avancée ont été créés dans plusieurs pays et un programme de troisième cycle est offert au Liban. En général, toutefois, les ressources professorales sont limitées.

Après cette mise à jour démontrant une progression de la formation infirmière, l'animatrice invite les experts à répondre à trois questions d'actualité.

1. Le développement de programmes universitaires dans la discipline infirmière est-il possible ou remis en question ?

Pour **Rima Sassine-Kazan** : « Au Liban, le développement de programmes universitaires est possible. D'une formation de quelques mois à une formation technique sanctionnée par un diplôme, la formation infirmière est passée en 1979 à une formation universitaire sanctionnée par une licence », explique la doyenne de la faculté des sciences infirmières de l'Université St-Joseph.

Rima Sassine-Kazan ajoute que « l'intégration de l'enseignement des soins infirmiers dans le monde universitaire a contribué à la valorisation de la profession et a attiré beaucoup de jeunes vers cette discipline. Cette évolution a aussi contribué à la création de l'Ordre des infirmières et infirmiers au Liban en 2002 après cinquante ans de militantisme des infirmières. Cet Ordre nous a permis de prendre tout le contrôle de la régularisation. »

« Cependant, malgré un aussi beau parcours à son actif, la profession infirmière traverse une situation difficile, constate Rima Sassine-Kazan.

Avec ses deux niveaux de formation, l'une technique et l'autre universitaire, et une loi régissant la profession infirmière datant de 1979, une certaine anarchie existe. De plus, une régularisation en 2012 autorise les titulaires d'un diplôme technique à suivre un complément de formation à l'université et à valider au moins 50 % des crédits pour obtenir une licence. Ainsi, plusieurs universités ont créé des programmes de passerelle. »

À cette première question, la réponse de **Dieudonné Soubeiga** est claire : « Certes, le développement de programmes universitaires est possible au Burkina Faso, la preuve étant qu'il se réalise présentement. » Le directeur de l'Institut de formation et de recherche interdisciplinaires en santé (IFRIS) avoue toutefois que ce développement a été un « accouchement difficile, mais une fois le bébé né, il a grandi très vite. »

« Nous avons créé l'institut, il y a à peine cinq ans, nous avons accueilli nos premiers étudiants en 2014. L'IFRIS est intégrée à l'Université Saint-Thomas D'Aquin. Lorsque que nous avons lancé le programme, nous avons rencontré plusieurs obstacles. Le premier, le plus connu de tous, est bien sûr la résistance du monde médical qui domine non seulement la sphère du système de santé mais aussi la sphère académique, la faculté. »

Selon Dieudonné Soubeiga, certains médecins, « s'accrochent aux années quarante et auraient aimé que cette époque se maintienne en Afrique. Heureusement, le Burkina Faso fait partie de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) qui prévoit que les lois de la Communauté priment sur celles des pays membres. Parce que la CEDEAO est à dominance anglophone, le Nigéria et le Ghana représentant 80 % de la région aux plans démographique et

économique, le modèle universitaire anglais a été retenu pour la formation, notamment pour la formation infirmière. »

Le deuxième obstacle consiste à trouver des ressources professorales. « Bien que nous n'ayons pas encore d'enseignants dans cette discipline, nous avons relevé le défi grâce à des partenariats avec des universités québécoises ». Plus de 300 étudiants fréquentent actuellement l'Institut et en septembre 2018, un programme de doctorat accueillera ses premiers étudiants.

Martine Sommelette lance d'emblée : « Sachez-le, impossible n'est pas français! Si le programme d'universitarisation des formations en santé tarde à se dessiner, nous l'ambitionnons! », affirme la présidente du Comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC).

« Le CEFIEC représente l'ensemble des instituts de soins infirmiers de France. C'est un acteur incontournable de la construction et de l'évolution de la formation infirmière en France. Nous avons toujours participé activement à la réingénierie de la formation infirmière et nous avons défendu l'entrée de l'ensemble de la filière dans le système L-M-D. (licence-master-doctorat) suite aux Accords de Bologne de 1999. »

Pour comprendre le contexte, Martine Sommelette rappelle quelques jalons qui ont marqué la formation. Parmi eux, la réingénierie de la formation infirmière en 2009 s'organise sur un mode universitaire en six semestres. En 2016, la loi de modernisation du système de santé inclut des dispositions sur la pratique infirmière avancée. En 2017, la campagne présidentielle reprend onze propositions du CEFIEC relatives à l'intégration des formations en santé à l'université. Toujours en 2017, une mission interministérielle est mise en place pour l'universitarisation des

formations paramédicales et de maïeutique dont l'objectif est d'articuler les évolutions nécessaires autour notamment de l'interprofessionnalité et du développement de la recherche. En mars 2018, des attendus intermédiaires affichés en septembre 2018 permettront de définir les objectifs de l'année 2018 - 2019.

« Comme je l'annonçais en préambule, rien n'est impossible mais rien n'est simple pour autant! », constate cependant la présidente.

Avec ses onze propositions, le CEFIEC milite pour la création d'un domaine de la santé et des soins dans une filière complète en sciences infirmières. Il cible quatre priorités : développer la recherche en sciences infirmières par la création d'une discipline au sein de l'université, favoriser l'émergence d'un corps professoral mixant les compétences professionnelles et académiques, promouvoir le développement de la pratique avancée infirmière et harmoniser la formation infirmière au niveau européen.

Dans le cadre de la mission interministérielle et du groupe de travail dédié à la qualification des enseignants chercheurs, Martine Sommelette



Martine Sommelette

considère la création possible de trois filières comme l'une des avancées actuelles, ces trois filières étant la maïeutique, les sciences infirmières et les sciences de la réadaptation.

La présidente ajoute : « En conclusion, il semblerait que le développement des programmes universitaires de la discipline infirmière soit possible mais cela sera long. »

2. La valeur ajoutée de la discipline et ses impacts sur les pratiques de soins dans les systèmes de santé sont-ils suffisamment connus et promus au sein des équipes interprofessionnelles ?

Cynthia Baker explique qu'au début des années 2000, Santé Canada a financé plusieurs projets qui portaient sur la formation à partir d'un modèle de collaboration interprofessionnelle. « Pourquoi ? » poursuit la directrice générale de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACÉSI), « parce que Santé Canada reconnaissait l'impact positif de cette collaboration pour les patients. Ainsi, ces projets devaient être développés en interdisciplinarité afin de promouvoir la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de soins. »

Ces projets de formation ont effectivement renforcé la promotion des apports de chacune des professions et plusieurs d'entre eux se sont poursuivis même une fois leur financement terminé.

« Des projets collaboratifs ont aussi été menés par les organismes nationaux d'accréditation de six professions en santé, soit médecine, sciences infirmières, pharmacie, physiothérapie, ergothérapie et travail social. Ces projets ciblaient l'intégration de la collaboration



Cynthia Baker

interprofessionnelle dans la formation des professionnels de la santé au Canada », rappelle Cynthia Baker. « Conséquemment, des normes d'agrément liées à la formation interprofessionnelle ont été conçues et intégrées aux programmes d'agrément de chacune de ces six professions de santé. »

Ainsi, les programmes de formation de chacune de ces professions doivent démontrer qu'ils incluent une formation interprofessionnelle et des occasions d'apprentissage permettant aux étudiants de collaborer en inter-pluridisciplinarité.

« Quand des médecins ou d'autres professionnels de la santé vivent une expérience de collaboration dans laquelle ils constatent la valeur ajoutée de la pratique infirmière, et quand les infirmières prennent elles-mêmes conscience de leur valeur ajoutée, la collaboration est renforcée », croit la directrice générale de l'ACÉSI.

Cynthia Baker termine sur une note réaliste : « Malgré ces progrès, la reconnaissance de la valeur ajoutée de la discipline infirmière au sein des équipes interprofessionnelles soignantes varie au Canada. »

Cécile Dury, vice-présidente de la Fédération européenne des enseignants en sciences infirmières (FINE) dont les objectifs sont entre autres de promouvoir le développement des sciences infirmières, de soutenir l'harmonisation des programmes de formation et d'influencer la politique de la formation en sciences infirmières aux niveaux national et européen, se questionne : « La valeur ajoutée de la discipline est-elle connue des professionnels infirmiers eux-mêmes ? »



Cécile Dury

La réponse diffère d'un pays européen à l'autre selon qu'ils aient ou non développé des programmes de formation en sciences infirmières aux trois niveaux d'enseignement supérieur, soit licence, master et doctorat.

Selon Cécile Dury, des différences existent toujours, et ce, malgré les directives et les cadres européens ayant pour buts d'harmoniser les formations et les systèmes de certification et de promouvoir la mobilité entre les pays.

« Selon les pays, l'histoire de la formation technique, accrochée aux sciences biomédicales et humaines dans un premier temps, a cheminé plus ou moins rapidement vers une formation disciplinaire mettant de l'avant l'autonomie du

professionnel infirmier et sa valeur ajoutée au système de santé », explique Cécile Dury.

« Les fonctions des professionnels de la santé sont souvent définies en termes d'actes techniques et le remboursement des soins de santé y est lié », poursuit-elle. « La discipline en tant que telle, qui recouvre divers champs d'activités tels la pratique, la recherche, la gestion, la formation et la politique, est encore trop souvent méconnue des personnes et des équipes interprofessionnelles. »

Dans les pays de l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE), les professionnels de la santé représentent 10 % de l'emploi total. Dans un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 40 % des infirmiers se déclarent insuffisamment qualifiés pour effectuer certaines tâches alors que 70 % à 80 % se considèrent surqualifiés pour en réaliser d'autres. Ce rapport suggère que les infirmières devraient pratiquer dans toute la mesure de leur champ disciplinaire.

« La conjoncture économique actuelle n'amène pas les politiques à revoir la formation infirmière à la hausse », observe la vice-présidente de la FINE. « En Europe, certains pays proposent encore deux niveaux différents de formation pour un même exercice infirmier en considérant que les infirmiers bacheliers pourront circuler alors que les autres resteront dans leur pays pour exercer dans des lieux de pratique où ils considèrent qu'une bonne technicienne suffit à l'exercice du prendre soin. »

« Ces constats génèrent de la confusion et ne permettent pas de donner une vision claire de la plus-value de la discipline infirmière, tant au niveau des professionnels infirmiers eux-mêmes qu'au niveau des personnes, des équipes interprofessionnelles et des décideurs », déclare Cécile Dury.

Elle souhaite que les infirmières deviennent des partenaires à part entière de la refonte des soins de santé avec les médecins et les autres professionnels de la santé, et qu'elles exercent un plus grand leadership politique.

Enfin, elle suggère que les institutions de formation infirmières mettent en place des contextes de collaboration interprofessionnelle continue dans leurs programmes. « Bien connaître sa discipline, dit-elle, pour que l'infirmière puisse faire des représentations professionnelles articulées, et ce, dès sa formation initiale. »

« On apprécie que la discipline infirmière soit au centre des discussions et on insiste sur l'importance de son enseignement avant de débattre de la pratique avancée. »

– Commentaire d'un participant

3. Comment la profession peut-elle mieux convaincre les décideurs de l'importance de la formation universitaire dans la discipline infirmière pour le renouvellement des pratiques ?

« Aujourd'hui, notre force pour convaincre se transforme parfois en faiblesse », répond **Martine Sommelette**. « Que faut-il pour convaincre ? De la force, du pouvoir et une unité collective. Ces trois éléments, la profession infirmière les possède dans tout ce qu'elle représente. En effet, nous sommes plus de 600 000 infirmiers et infirmières et 90 000 étudiants en

France ! Nous sommes la plus représentative des professions de santé. »

« Nous sommes une véritable force, un véritable pouvoir mais seulement si nous sommes unis », avise la présidente du CEFIEC. « Nous avons parfois tendance à nous disperser dans nos messages pour des intérêts propres à chacun et qui desservent l'intérêt collectif. »

« Pour convaincre, il est indispensable de s'entendre sur des objectifs communs. Il existe en France une multitude d'organisations professionnelles infirmières, des organes représentatifs comme l'Ordre national infirmier et le Collège infirmier français qui rassemble vingt-deux organisations infirmières en plus d'autres associations et syndicats. »

« Pour convaincre, il faut rencontrer les leaders d'opinion politiques et les différents acteurs de la construction de notre système de santé. »

« Ensemble, poursuit Martine Sommelette, nous devons tendre vers cet objectif de faire grandir la profession, notamment sur des sujets d'actualité à l'image de la pratique avancée infirmière. Sur ce sujet, nous nous heurtons à une frange conservatrice de médecins exerçant un fort lobbying. »

« Nous devons donc continuer à exercer des pressions pour convaincre les leaders d'opinion, les politiques, les médecins et parfois même notre profession, de l'importance de la discipline infirmière et continuer à donner toute notre énergie et nos efforts pour mobiliser la force que représente notre profession », termine Martine Sommelette.

« Pourquoi se poser cette question alors qu'elle ne se pose pas pour d'autres disciplines comme la médecine par exemple ? » demande **Cécile Dury**.

C'est comme si le lien entre le renouvellement des pratiques et la formation universitaire n'allait pas de soi pour la profession infirmière. C'est d'abord et avant tout la « conception générale de la discipline, sa substance, qui devrait servir fondamentalement à déterminer le type de connaissances que ce domaine vise à développer, à structurer et à mettre en application », rappelle la vice-présidente de FINE. « Les sciences infirmières sont jeunes, c'est un changement de paradigme qu'il faut soutenir et promouvoir pour passer d'une formation technique à une formation pour un exercice autonome, et conséquemment à la mise en œuvre d'une formation universitaire. »



« En lien avec les objectifs de FINE, la formation universitaire des formateurs infirmiers est primordiale pour les amener à développer des compétences spécifiques dans un monde en mutation. Or, à ce jour, la formation des formateurs diffère en Europe. » Cécile Dury prend pour exemple la Belgique où les formateurs suivent à l'université des programmes en sciences de la santé publique qui offrent peu de contenu sur les savoirs disciplinaires. Les enseignants sont le plus souvent des économistes, des médecins, des nutritionnistes. « À ce jour, il y en a encore trop peu de docteurs en sciences infirmières pour démontrer

la plus-value de la discipline pour nos systèmes de santé et la formation », déplore-t-elle.

Autres éléments apportés par Cécile Dury, la formation universitaire est également nécessaire pour promouvoir la pratique clinique et l'innovation, fondées sur des données probantes, pour s'engager dans des recherches pluridisciplinaires, pour assurer des environnements de travail positifs, planifier la main-d'œuvre et l'optimisation des compétences en interdisciplinarité et, enfin, pour intensifier et transformer l'éducation et la formation infirmière.

Cécile Dury insiste sur l'importance de développer de nouvelles approches pédagogiques et de nouveaux modèles d'apprentissage pour répondre aux enjeux de la croissance exponentielle des nouveaux savoirs et à l'arrivée de l'intelligence artificielle. « Il faut développer sa capacité réflexive pour favoriser l'adaptabilité et un exercice professionnel autonome dans une diversité de situations et lieux de pratique », conclut-elle.

Cynthia Baker trace l'histoire du baccalauréat infirmier comme exigence de l'entrée à la profession. « Au Canada, les efforts pour convaincre les décideurs ont débuté à l'orée du 20^e siècle, rappelle-t-elle. Le premier programme de baccalauréat en sciences infirmières a été lancé en 1919 à l'Université de Colombie-Britannique. Un nombre limité de programmes universitaires s'est établi pendant les 20 années qui ont suivi et, en 1942, les dirigeants de ces écoles ont créé l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACÉSI) afin de favoriser des normes élevées de formation infirmière et préconiser l'obtention d'un baccalauréat comme exigence pour accéder à la pratique infirmière. »

« Une étape importante vers cet objectif fut la création d'un programme national d'agrément

des programmes de baccalauréat en sciences infirmières. »

« D'après notre expérience, ajoute la directrice générale de l'ACÉSI, il faut toutefois tenir compte de l'influence de multiples facteurs contextuels qui sont à la fois pour et contre la formation infirmière universitaire. »

« Dans les années 1980, quelques provinces canadiennes ont adopté le baccalauréat pour accéder à la profession infirmière. À l'époque, une importante force mobilisatrice fut la perception des médecins et des chirurgiens dans les urgences et les unités de soins intensifs, perception partagée par les ministères de la Santé, à l'effet qu'un personnel infirmier n'ayant pas fait suffisamment d'études, compromettrait les résultats chez les patients. »

« Cependant, raconte-t-elle, les ministères de l'Éducation étaient conscients des coûts plus élevés d'une formation universitaire. En plus, les institutions d'enseignement offrant des programmes menant à un diplôme d'infirmières sont devenues d'importantes forces contraignantes. Dans les années 1990, les universités ont commencé à établir des partenariats collaboratifs avec ces institutions afin de fournir conjointement des programmes de baccalauréat. Cela a réduit considérablement la résistance et a augmenté l'appui au baccalauréat comme exigence. »

« En 2000, l'objectif d'une formation universitaire initiale est atteint dans presque toutes les provinces du Canada. L'ACESI travaille toujours vers la réalisation de cet objectif, et ce 75 ans après sa création! », conclut-elle.

Rima Sassine-Kazan enchaîne : « Au Liban, on a pu convaincre les décideurs de l'importance de la formation universitaire surtout grâce à la présence de leaders infirmiers qui ont milité pour

influencer leur environnement. Hier, Francine Ducharme a présenté quatre niveaux d'influence, je parlerai de trois, soit macro, meso et micro. »

« Au niveau macro, le système de santé libanais est privé, le PIB du pays est élevé. On observe une recrudescence de maladies non transmissibles et un taux de vieillissement élevé. Ce contexte nous oblige à former des infirmières compétentes, explique Rima Sassine-Kazan. En plus, le ministère de la Santé exige que les infirmières passent un examen national qu'on appelle le Colloquium afin d'obtenir leur permis d'exercer. Toutes les facultés doivent donc offrir un niveau de formation élevé et standardisé. »

« Deuxième point au niveau macro, c'est l'Ordre des infirmiers et des infirmières du Liban. » Rima Sassine-Kazan insiste sur le rôle des leaders infirmiers qui ont milité pour la création d'un ordre professionnel en 2002 et qui ont redonné aux infirmiers la gouvernance de leur profession. En s'impliquant dans des comités de l'Ordre, ils ont pu travailler à la mise à jour de la loi régissant la profession infirmière, loi présentement en voie



Rima Sassine-Kazan

de ratification, à la reconnaissance de la pratique infirmière avancée, à la révision des conditions de travail et au contrôle de la pratique infirmière et des programmes de formation. « L'Ordre a aussi réorganisé l'enseignement universitaire en permettant aux infirmières de formation technique de poursuivre leurs études au niveau universitaire », explique la doyenne de la faculté des sciences infirmières de l'Université Saint-Joseph.

« Au niveau meso, les facultés ont révisé leurs programmes, elles ont adopté une approche par compétences et ont pris en considération les standards internationaux et le profil de la génération d'aujourd'hui. Les jeunes d'aujourd'hui ne sont pas comme ceux d'il y a 20 ans. Il faut prendre en considération l'innovation et la technologie dans un programme d'apprentissage où l'étudiant est actif. Dans ce contexte, l'université est devenue actrice et vectrice en innovation et en recherche. »

« Toujours au niveau meso, les hôpitaux ont dû répondre aux exigences du ministère de la Santé de 2012 pour maintenir leur accréditation. Ainsi, les soins offerts correspondent à des protocoles

qui sont basés sur des données probantes. Les hôpitaux veulent des infirmières capables d'utiliser les résultats de recherche dans le renouvellement des pratiques. »

« Et le niveau micro, c'est nous », affirme Rima Sassine-Kazan. L'infirmière est le pivot dans une équipe multidisciplinaire. Pour travailler en collaboration, elle doit avoir des compétences suffisantes pour travailler en interdépendance. »

Rima Sassine-Kazan donne l'exemple de l'Université Saint-Joseph qui, depuis quelques années, forme les professionnels de façon à ce qu'ils collaborent dans les milieux cliniques. « L'éducation doit être multidisciplinaire », dit-elle. Reprenant les propos de Gyslaine Desrosiers : « Il faut former des infirmières capables de réfléchir en multidisciplinarité », ajoute la doyenne.

« Pour convaincre les décideurs, il faut utiliser des arguments qui puissent les intéresser dans leur contexte, et ce, même si cet argument diffère plus ou moins des nôtres, » croit **Dieudonné Soubeiga**.

« Il est important de comprendre et de tenir compte du contexte des décideurs », conseille-t-il. Dans un pays à ressources limitées, le décideur occupe souvent un fauteuil éjectable. Il faut analyser plusieurs éléments. »

« Dans notre contexte au Burkina Faso, l'argument le plus puissant est l'argument économique », dit-il. C'est la principale préoccupation du décideur. Il écouterait l'argument économique s'il est présenté en des termes d'accessibilité aux services et d'efficacité. »

« Au Burkina Faso, nous sommes dans une situation de transition épidémiologique. Les maladies à prédominance infectieuse comme Ebola sont toujours présentes mais le poids des



Dieudonné Soubeiga



Cynthia Baker, Cécile Dury, Jacinthe Pepin, Rima Sassine-Kazan et Dieudonné Soubeiga

maladies chroniques atteint actuellement celui des pays occidentaux », explique le directeur de l'IFRIS. « De plus en plus, les gens perçoivent que la formation des professionnels doit s'ajuster à ce contexte. Ils comprennent qu'il faut élever leur niveau de compétences compte tenu de la complexité de la morbidité. »

« Ainsi, les gens comprennent qu'une formation universitaire intègre plusieurs disciplines et propose une approche plus holistique qui permet d'offrir non seulement des soins de haute qualité mais également une prise en charge holistique. »

« Pour le décideur, la non-qualité coûte cher. Il comprend qu'élever le niveau de formation rime avec l'amélioration de la qualité des soins, et conséquemment, réduit les coûts et optimise les ressources », conclut Dieudonné Soubeiga.

« Outre l'argument économique, tous les morceaux du casse-tête doivent être assemblés pour convaincre les décideurs. La force politique infirmière ne peut reposer que sur un consensus très fort de la profession. Ce n'est que sur ce consensus que les politiciens finiront par être ébranlés. Commençons par être solidaires ».

– Gyslaine Desrosiers

« Selon les pays, la formation technique accrochée aux sciences biomédicales a cheminé plus ou moins rapidement vers une formation disciplinaire mettant de l'avant l'autonomie du professionnel infirmier et sa valeur ajoutée au système de santé. »

– Cécile Dury

Percées scientifiques : recherche infirmière au service de la santé des populations



CARREFOUR
PERCÉES
SCIENTIFIQUES
recherche infirmière au
service de la santé des
populations

Organisé en collaboration avec le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), ce carrefour a voulu identifier les conditions favorables au développement et à la diffusion des travaux de recherche en sciences infirmières. « Il existe un écart important entre la recherche en sciences infirmières et l'intégration de ses résultats en pratique clinique. Il faut diminuer cet écart », affirme l'animatrice **Maria Cécilia Gallani**, professeure et chercheuse.



Maria-Cecilia Gallani

En effet, les solutions issues de la recherche en sciences infirmières ne se répercutent pas de façon optimale dans les pratiques de soins. Quatre chercheurs infirmiers sont venus présenter leurs travaux. De leurs travaux de recherches se dégage un point commun : la proximité avec le milieu clinique. Pour eux, cette proximité donne du sens à la recherche infirmière.

Tous soulignent aussi l'importance de la mise en réseau et de son effet de levier pour la diffusion des résultats de recherche. La contribution du **SIDIIEF** en ce sens est plusieurs fois mise de l'avant. Les chercheurs constatent également un lien clair entre les universités et le milieu clinique, un axe porteur pour l'intégration des changements dans la pratique.

« Au Québec, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) regroupe les facultés, école et départements de sciences infirmières des Universités. Il contribue à la diffusion des savoirs », explique **Sylvie Cosette**, codirectrice du RRISIQ.

La chercheuse donne l'exemple de plusieurs recherches, entre autres celle sur le développement des enfants prématurés et l'implication des parents. Quatre universités et six unités néonatales de soins intensifs y ont collaboré, ce qui a facilité l'harmonisation des meilleures pratiques.

« Comment arriver à des percées scientifiques qui changent la vie des gens? », demande-t-elle. L'ancrage, la collaboration, les équipes interdisciplinaires et interuniversitaires, les innovations et la mobilisation des infirmières sont parmi les facteurs qui favorisent l'optimisation des pratiques. Le rassemblement des universités contribue à leur diffusion. « Pour que nos résultats atteignent le milieu clinique, c'est aussi

parce que nous nous collons au plan des priorités ministérielles », ajoute-t-elle.

« La recherche en sciences infirmières, c'est possible, mais il faut savoir communiquer ses résultats pour être mieux compris des cliniciens », poursuit **Cédric Mabire**, maître d'enseignement et de recherche suisse. Ses travaux ont élaboré un modèle de soins pour les patients gériatriques. « Le vieillissement complexifie les hospitalisations. On a voulu améliorer la transition des patients d'un milieu de soins à un autre jusqu'à leur retour à la maison tout en leur assurant une continuité des prises en charges. »

« La force de ce projet », dit-il, « c'est qu'on a travaillé avec les valeurs des soignants. Quand on leur a présenté les résultats, ils souhaitent procéder aux changements. » Pour Cédric Mabire, la collaboration est le mot clé de ce carrefour. « Collaboration entre universités, patients, cliniciens, et chercheurs. »

« La recherche est complémentaire du soin », poursuit **Isabelle Fromantin**. Chercheuse et clinicienne à l'Unité plaies et cicatrisation de



Cédric Mabire

l'Institut Curie à Paris, elle considère qu'une recherche prioritaire est celle qui répond aux problèmes d'un patient. « La recherche est un moyen d'améliorer la qualité des soins », dit-elle.

Ainsi, sa recherche a voulu donner « du sens au sens » en trouvant des solutions aux odeurs répulsives de certaines plaies tumorales. Comme une course de fonds, de l'étude de la littérature aux traitements des biofilms, de la composition des pansements au dépistage de plaies tumorales par des chiens, Isabelle Fromantin explique qu'en recherche, il faut « pouvoir imaginer, créer... et ensuite breveter ».

« Il faut profiter de ses travaux pour transmettre ses valeurs. Et quand on prend la parole », avise-t-elle, « on s'ouvre aux critiques. » Ainsi, on a questionné la rigueur scientifique des observations recueillies dans le cadre de son association avec KDog cancer detect group. « Ils auraient voulu que je découvre la signature olfactive du cancer », dit-elle. Mais elle a persévéré. « Il ne faut pas lâcher. » Grâce à la collaboration de la protection française à ses recherches, elle a pu avoir accès à de l'équipement technologique très sophistiqué. « Il faut savoir écouter les critiques et s'adapter », retient-elle.



Isabelle Fromantin

« Au Liban, on observe un développement remarquable de la recherche en soins infirmiers (RSI) », observe **Mathilde Azar**, sage-femme et professeure à l'Université de Balamand. « Bien qu'il n'existe pas d'agenda national pour guider la RSI, la majorité des études converge pour doter la pratique d'une assise scientifique solide, améliorer l'environnement de travail des infirmiers et assurer une formation qui réponde aux changements constants des besoins de santé », explique-t-elle.

« La recherche commence par le questionnement », dit-elle. Elle-même chercheuse, elle parle de ses travaux pour comprendre la sexualité des femmes âgées entre 40 et 50 ans.

« Avec l'âge, ces femmes sont considérées comme asexuelles ou ayant des problèmes sexuels. Pourtant, leurs difficultés sont davantage liées à des questions interrelationnelles qu'à des problèmes de santé ». Ses conclusions l'amènent à former les sages-femmes et les infirmières et à sensibiliser le public.

Elle réitère l'importance de l'engagement des universités dans la recherche infirmière. Par



Mathilde Azar

ailleurs, elle déplore le peu de reconnaissance qu'on lui attribue dans l'avancement de la pratique infirmière. « Il faut renforcer la crédibilité de la RSI », conclut-elle.

« Sans une bonne dose d'utopie, personne ne ferait de recherche. »

– Isabelle Fromantin



Mathilde Azar, Sylvie Cossette, Maria-Cecilia Gallani, Isabelle Fromantin et Cédric Mabire

Qualité des soins et sécurité des patients : la profession infirmière face aux défis de performance

« Pourquoi consacrer un carrefour à la qualité des soins et à la sécurité des patients? Parce qu'il y a encore trop d'erreurs de médicaments et d'évènements indésirables », répond l'animateur **Alain Biron**, président du conseil consultatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients du **SIDIIEF** et directeur adjoint des soins infirmiers du Centre universitaire de santé McGill. Il rappelle que selon un rapport de l'OCDE (2017), 10 % des dépenses de santé serviraient à traiter les conséquences de ces erreurs.

Trois intervenants présentent des expériences de leur pays. Une table d'observateurs internationaux a été invitée à réagir à leur présentation.

Jean-Marie Januel, professeur à l'Université Sorbonne (Paris, France) et membre du Haut Conseil de santé publique, présente les faits saillants de l'évaluation du Programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2013 - 2017 mené en France. Les événements indésirables sont étudiés depuis 1991. Constatation troublante, aucune amélioration significative n'a été observée durant les quinze dernières années. On en déduit que les méthodes utilisées ne sont pas les plus appropriées pour réduire les erreurs associées aux soins.

Jean-Marie Januel en conclut que « la sécurité des patients est une spécialité récente ». Dans sa stratégie pour améliorer la performance des soins, la France adopte quatre axes. Le premier mise sur l'information au patient qui devient coauteur de sa sécurité. Le deuxième vise les déclarations d'évènements indésirables associés aux soins et leurs suivis. Le troisième consiste à renforcer la place de la sécurité des soins dans la formation initiale des soignants et la culture organisationnelle. Le quatrième veut favoriser l'innovation et la recherche pour améliorer la sécurité des soins.



Alain Biron

Jérôme Rousseau, vice-président de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), propose l'adoption de ratios sécuritaires professionnels en soins/patients pour améliorer la sécurité des soins. « Les ratios sécuritaires promus par la FIQ signifient la présence d'une équipe minimale de professionnels en soins pour un groupe de patients ayant des problèmes de santé similaires, explique Jérôme Rousseau. Ce minimum est ensuite ajustable à la hausse, selon les besoins des patients dans des conditions particulières, par exemple lors de l'éclosion d'une bactérie dans une unité de soin ou un établissement. » Ainsi, plus d'infirmières permettrait d'accorder plus de temps aux soins. La FIQ travaille pour qu'une loi encadre ces ratios au Québec.

De son côté, **Anne-Claire Raë**, chargée de recherche et qualité des soins pour les Hôpitaux universitaires de Genève (Suisse), prend pour exemple l'application de nouvelles recommandations pour la prévention des escarres. Sa présentation, plus spécifique, fait valoir l'importance d'améliorer la documentation clinique au dossier du patient et de la formaliser afin qu'elle puisse servir à la prévention des

escarres et à l'évaluation de la qualité des soins. Elle recommande aussi de diffuser et de partager les résultats des indicateurs de qualité avec les équipes de soins.

« Si tous considèrent que le manque d'effectifs infirmiers est une menace à la sécurité des patients, il ne faut toutefois pas omettre de considérer les qualifications du personnel. »

– Miguel Lardennois

Miguel Lardennois, chef de cellule au Service public fédéral – Santé publique de Belgique, nuance la recommandation de la FIQ : « Je travaille dans un ministère de la santé. Le projet RN4CAST mené par Walter Sermeus a reproduit en Europe l'étude américaine de Aiken et al (2010). Nous n'avons pas déterminé un ratio pour la sécurité des soins. On sait toutefois qu'en augmentant la charge, on augmente le taux de mortalité. » Il rappelle l'importance de tenir compte des compétences. « Quand on augmente le taux de bacheliers, on réduit le taux de mortalités. Focalisez-vous sur le nombre d'infirmières mais

focalisez-vous aussi sur leurs qualifications », conseille-t-il.

En Suisse, **Isabelle Lehn**, directrice des soins au Centre hospitalier universitaire vaudois souligne que la plupart des événements indésirables sont déclarés par les infirmières. On compte aussi sur la collaboration des patients. Une publication invite les patients à vérifier davantage leurs médicaments et les sensibilise au lavage de mains pour eux-mêmes et le personnel. Quant aux médecins, il a fallu leur apprendre à changer leur posture de façon à passer de paternaliste à partenaire. « Maintenant, ce sont eux qui donnent la brochure », dit-elle.

André Néron, représentant des patients, rappelle que les infirmières devraient être mieux formées à la qualité des soins et à la sécurité des patients. « Quand une infirmière m'apporte mes médicaments et m'appelle tout sourire "Mon petit monsieur", je préférerais qu'elle m'appelle M. Néron. Ça me donnerait davantage confiance que les médicaments qu'elle me donne sont bien les miens. On parle de la sécurité des patients, alors il faut nécessairement parler de travailler en collaboration avec le patient. »



Jean-Marie Januel, Jérôme Rousseau, Anne-Claire Raë, André Néron, Alain Biron, Isabelle Lehn, Mélanie Lavoie-Tremblay, Miguel Lardennois et Philippe Michel



Isabelle Lehn, Mélanie Lavoie-Tremblay et Miguel Lardennois

Mélanie Lavoie-Tremblay, directrice associée à l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill, rappelle le sens d'un mot, engager. « Si on utilise le terme engager nos équipes, qu'est-ce que l'on veut dire quand on place quelqu'un dans une situation où on lui donne des responsabilités? Il faut un leadership fort qui démontre que la sécurité des soins est importante. S'engager dans la gestion des risques dans une perspective organisationnelle veut dire beaucoup de choses. »

Elle poursuit : « Il ne faut jamais sous-estimer les compétences des infirmières. Quand on a un bon leadership infirmier, on voit les soins s'améliorer. »

Pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, tous les intervenants soutiennent l'importance de donner plus de place à la sécurité dans la formation des professionnels. La communication, autant entre professionnels qu'avec le patient, doit aussi devenir une préoccupation. Il faut créer une culture de sécurité des soins. La sécurité est avant tout un engagement pour le bien du patient.

AIKEN, L.H. ET AL. (2010). IMPLICATIONS OF THE CALIFORNIA IMPLICATIONS OF THE CALIFORNIA NURSE STAFFING MANDATE FOR OTHER STATES.

« La sécurité est avant tout un engagement pour le bien des patients. Il faut engager nos équipes. Il faut s'engager dans la gestion de risque dans une perspective organisationnelle. »

- Mélanie Lavoie-Tremblay

DOSSIER PRIORITAIRE

Le **SIDIIEF** a créé en 2017 un conseil consultatif - Qualité des soins et sécurité des patients pour approfondir cette thématique importante pour la profession infirmière. Ce carrefour est présenté en collaboration avec ce conseil consultatif qui évaluera les recommandations discutées par le panel d'experts.

La qualité et la sécurité des soins est l'un des dossiers stratégiques du **SIDIIEF**. Dans son mémoire intitulé *Qualité des soins et sécurité des patients, une priorité mondiale*, le **SIDIIEF** avait notamment invité la profession à accroître son intérêt pour des méthodes quantitatives destinées à mesurer des résultats de soins, à promouvoir et à revendiquer le développement et l'utilisation d'indicateurs de qualité afin d'influencer les décideurs.

Les membres du **SIDIIEF** ont accès à un Savoir@inf exclusivement dédié à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

CONSULTEZ LE MÉMOIRE

Leadership et gouvernance des soins : innover pour gérer la complexité

Organisé en collaboration avec l'Association française des directeurs des soins (AFDS, France) et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Québec, Canada), ce carrefour se penche sur les défis qu'ont à relever les gestionnaires infirmiers.

Alors que la gouvernance des établissements de santé est de plus en plus dominée par la recherche d'efficacité et d'efficacité, l'animatrice **Laurence Laignel**, vice-présidente de l'AFDS pose la question : « Comment les infirmières peuvent-elles devenir des acteurs-clés de la transformation des systèmes de santé ? » Étant elle-même directrice des soins infirmiers, elle demande à ses collègues : « Sous quelles formes parviennent-ils à exprimer leur leadership compte tenu des changements continus de politiques et de leur complexité ? »

Stéphane Michaud, directeur des soins et président de l'AFDS, croit que la forte volonté de l'actuelle ministre française des Solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, offre une opportunité de leadership et de gouvernance. « Nous parlons d'infirmiers mais nous devons aussi considérer l'ensemble des professionnels qui s'occupent des soins. L'AFDS, rappelle-t-il, prône la complémentarité, la coordination et

la collaboration entre les professionnels de la santé. »

Il ajoute que le contexte sociétal, avec le vieillissement de la population et les polymorbidités, oblige les directeurs de soins à innover pour répondre aux enjeux. Quant aux contextes législatif et culturel, il explique que les spécialités ont limité le rôle des infirmières. « Ainsi, les professionnels non médicaux font des actes médicaux mais sous l'autorité des médecins ».

Selon le président de l'AFDS, le concept de la pratique avancée en France est porté par quatre piliers : priorité, nécessité, méthode et cadre législatif, et ce cadre aborde la délégation des tâches en tenant compte des médecins.

Quels sont les principaux enjeux pour la gouvernance en soins? Stéphane Michaud prône une meilleure pluridisciplinarité comme outil de performance de la prise en charge. Pour y arriver, le climat managérial doit prévoir un coaching. « Les organisations doivent être apprenantes pour l'ensemble des professionnels », dit-il. Il souhaite que les professionnels apprennent à se connaître dès leur formation initiale. Selon lui, l'évolution ne pourra se faire sans être soutenue par les formations initiales. « La direction des soins n'est pas seulement le directeur des soins », conclut-il.



Stéphane Michaud et Laurence Laignel

Sandra Merkli, directrice des soins aux Hôpitaux universitaires de Genève (Suisse), observe que les équipes de soins, souvent surchargées, sont démotivées et ne sont pas enclines à adopter une nouvelle façon de voir les choses.

En Suisse, comme ailleurs, les gestionnaires sont dans un contexte d'augmentation de la charge et de restriction financière. Ils font face à de fortes pressions qui tendent à réduire le temps-patient en même temps qu'ils doivent répondre à des cas complexes qui exigent une expertise pointue et à des maladies chroniques qui demandent un changement de paradigme.

« Nous développons une stratégie qui est l'art de bien faire les choses », dit Sandra Merkli. « Il est important pour les leaders de savoir percevoir. Pour donner du sens à ce que l'on fait et pouvoir faire face aux enjeux des directeurs de soins, il nous paraît nécessaire de former les leaders pour les impliquer dans un véritable leadership transformationnel. »

Sandra Merkli explique qu'un leader doit être capable de mener une organisation, de diriger des équipes, et de maîtriser et développer ses propres talents. La formation vise à développer des leaders authentiques, transactionnels et transformationnels.

« Comme l'a dit Stéphane Michaud, c'est une équipe qui gère et non pas une directrice de soins. » Elle explique que la démarche managériale entreprise favorise un travail de réflexion par les cadres de la direction des soins et que cette réflexion formalise une vision et définit des objectifs.

« Nous nous basons aussi sur les valeurs relationnelles, ajoute-t-elle. Il est nécessaire de faire vivre ces valeurs au quotidien. »



Sonia Bélanger et Micheline Ulrich

L'animatrice Laurence Laignel demande : « Le leadership est l'art de porter un choix. Vous avez fait le choix. Est-ce que vous pouvez dire ce qui est facilitant pour réussir votre objectif de cohésion à travers une formation commune ? »

« C'est difficile de s'accrocher dans un monde qui ne sait pas où il veut aller », répond Sandra Merkli. « On s'inscrit dans une démarche d'être près du terrain avec les équipes. »

Sonia Bélanger est infirmière et aussi présidente-directrice générale du Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, l'un des plus gros établissements du Québec avec 17 000 employés, dont 3 000 infirmières, infirmiers auxiliaires, aides-soignantes et 800 médecins et spécialistes. En 2015, 11 établissements ont été fusionnés pour créer cette organisation.

« Notre mission est d'offrir des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des personnes. En se regroupant au sein d'une même organisation, nous améliorons la trajectoire de soins du patient », déclare-t-elle.

Elle met l'accent sur l'approche patient-partenaire : « Peu importe ce que l'on fait, on doit le faire dans cette approche. S'il importe de former les usagers qui ont une expérience de nos soins et de nos services, il faut aussi former le personnel soignant. »

Sonia Bélanger cite le *Modèle de Montréal*, (Pomey et al., 2015) : « Dans la perspective d'un partenariat, une décision et des actes de soins de qualité reposent sur les connaissances scientifiques et les savoirs expérientiels des patients issus de la vie avec la maladie. »

Elle insiste aussi sur l'importance pour les organisations de santé de tenir compte des caractéristiques de la population qu'elles desservent. « L'offre de services doit s'adapter à son environnement. Ainsi, les caractéristiques d'un environnement urbain influencent la santé et donnent lieu à différents enjeux de santé comme les maladies issues de ses habitudes de vie, la propagation des maladies infectieuses, les toxicomanies, les maladies respiratoires, les accidents de la route, les traumatismes et les problèmes de santé mentale. » Sonia Bélanger donne l'exemple des infirmières de l'équipe mobile qui interviennent auprès de la population itinérante, les infirmières en soins aigus à domicile (personnes ayant un trouble de mobilité et une condition médicale complexe) ainsi que les infirmières des services d'injection supervisée qui parviennent à contrer les overdoses, réduire l'isolement et diminuer les risques d'infections.

« La pratique infirmière est une histoire de luttes importantes pour changer les paradigmes. Les centres hospitaliers sont maintenant ultramodernes, les médicaments très performants. Les environnements de soins ont changé, mais a-t-on changé les paradigmes de l'organisation des soins ? », demande-t-elle.



Micheline Ulrich

« Quand nous avons discuté de la pratique infirmière avancée, nous avons mentionné la peur d'une hiérarchisation de la profession. » Sonia Bélanger rappelle que, quelle que soit sa pratique, l'infirmière reste au cœur des soins humanistes. « Que ce soit dans l'accompagnement ou la polyvalence de sa pratique, l'infirmière reste centrée sur son patient. »

L'animatrice Laurence Laignel questionne : « Comment garder ses valeurs de respect et de dignité alors que tout est chamboulé autour de nous ? »

Pour Sonia Bélanger, la réorganisation fut la partie facile. Assurer les valeurs de l'organisation est plus difficile. Pour y arriver, il faut choisir les bonnes personnes. « J'ai choisi les vingt-six directeurs de nos établissements. Les redditions de compte du ministère, c'est bien, mais ma plus belle récompense, c'est d'aller dans les établissements et de reconnaître les valeurs de notre organisation. »

Micheline Ulrich, infirmière, est présidente du conseil d'administration du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Elle dit avoir passé sa carrière à faire mentir Aristote qui croyait que le pouvoir est l'apanage des hommes.

Elle raconte le labyrinthe de son parcours professionnel au féminin et rappelle les défis que rencontrent les femmes qui occupent des rôles de pouvoir, notamment l'incongruité du rôle genre telle que définie par Noëlle Harmand (2013), soit une inadéquation entre le rôle du genre féminin attribué socialement et les stéréotypes de qualités masculines.

Après une expérience de plus de vingt ans comme directrice de soins, elle rappelle : « On n'existe pas comme infirmières sans qu'il y ait des usagers qui ont besoin de nous. » Micheline Ulrich trace l'évolution considérable qu'a connue la pratique infirmière au Québec, de la fondation de la première école laïque d'infirmières en 1898 au droit de prescrire en 2016.

Pour elle, le leadership au féminin demande entre autres de créer des relations interpersonnelles faites de confiance, de respect des autres et d'une culture centrée sur le service. Il nécessite de l'authenticité, de la réceptivité aux autres, de l'humanité, de la cohérence, de l'honnêteté, de la reconnaissance et un sens de l'humour. « Il faut oser l'engagement, la prise de risque et la prise de parole. »

Micheline Ulrich rappelle que les normes d'Agrément Canada aident les organismes de santé à répondre à la recherche d'excellence en matière de gouvernance au sein des systèmes de santé.

« La qualité et la sécurité des soins est toujours le premier point discuté aux réunions du conseil d'administration », dit la présidente qui conclut en rappelant que l'activité principale d'une organisation de santé est la santé des gens.

Joëlle Durbecq est directrice du département infirmier des Cliniques universitaires Saint-Luc en Belgique. Elle ouvre sa présentation par une

question : « Quel leadership infirmier peut faire face en même temps aux réformes des études infirmières et à l'arrivée du *lean management*? » Pour un court moment, sa question fait sourire. Mais la Belgique traverse une période tumultueuse. En effet, le marché fait face à une pénurie d'infirmières à la suite d'une prolongation de leur formation. Pendant ce temps, les équipes de soins accueillent une armée de nouveaux métiers incluant des ingénieurs dans la foulée de l'implantation du *lean management*.

« Pour relever les défis démographiques, épidémiologiques, sociaux, technologiques et financiers, la réorganisation du système de santé belge s'impose », explique Joëlle Durbecq. « Trop de lits aigus, trop d'établissements, trop d'appareillages lourds. Des réformes ambitieuses ont commencé en 2016. »

Vingt-cinq réseaux ont été créés. On favorise le maintien à domicile, la technologie de surveillance à distance de même que l'informatisation du dossier patient.

Joëlle Durbecq croit aussi que les soins financés à l'acte entraînent un gaspillage. Pour certaines



Joëlle Durbecq

catégories de soins à basse vulnérabilité, la Belgique évalue la possibilité de forfaits.

Parallèlement à la réforme hospitalière, les infirmières sont touchées par celle de l'enseignement supérieur et par les Directives de Bologne qui prolongent leur formation à quatre ans. Mais alors que le lien entre la qualité des soins et la formation est démontré, l'Institut de classification de fonctions (IFIC) vient de déterminer une catégorie pour chaque travailleur de la santé. « Ce qui détricote tout le système de diplôme et de spécialisation, déplore Joëlle Durbecq. Il n'y a plus d'incitant à se spécialiser. » La conférencière n'insiste pas, cette nouvelle classification suscitant présentement de nombreux débats en Belgique.



Sonia Bélanger

« Compte tenu de l'importance des soins infirmiers sur les résultats de santé des personnes soignées, les directions de soins infirmiers se voient souvent confier la gestion de la qualité et le suivi des événements indésirables », lit-on dans le rapport du SIIDIEF (2015). Joëlle Durbecq mentionne que dans le contexte de la transformation hospitalière,

une direction stratégie et développement a été mise en place et que cette direction est également responsable de la coordination qualité. « Si la mise en place de cette direction est une bonne chose, il en est sorti jusqu'à maintenant peu de choses », constate-t-elle.

Elle ajoute que les processus opérationnels des unités de soins sont mesurés et modifiés par des ingénieurs et que les outils du *lean management* « débarquent ». Comme exemples, elle mentionne les analyses des flux à la stérilisation, des flux aux urgences, du processus d'admission aux chirurgies d'un jour, du dossier infirmier, de l'occupation des lits et des horaires des infirmières au quartier opératoire. Elle déplore que les infirmières soient peu impliquées et que les méthodes de communications soient peu adaptées.

Joëlle Durbecq termine sur une note positive en évoquant la réorganisation du département infirmier dans son établissement et la réappropriation d'une partie de son leadership. « Il faut aider les équipes de soins à faire des changements », conclut-elle.

Pendant la période de questions, un participant demande : « Comment adopter un leadership transformationnel quand on fait face à la résistance du médecin ? »

Stéphane Michaud répond : « On ne cherche pas à prendre la place de l'autre mais plutôt à travailler ensemble pour répondre aux besoins. »

Sonia Bélanger ajoute : « Les décideurs doivent soutenir les infirmières. Il faut user de stratégies pour se rendre indispensables. Les infirmières doivent prendre leur place dans leur champ de compétences. Il va falloir consolider la pratique



infirmière sur le terrain et s'assurer que les soins donnés sont exemplaires. »

Alain Biron, directeur adjoint des soins infirmiers au Centre universitaire de santé McGill, souligne le rôle important que doivent prendre les directrices de soins pour le déploiement des infirmières en pratique avancée. « Les directrices de soins rédigent les ententes avec les médecins. Elles doivent promouvoir les nouvelles professions. »

HAMAND NOËLLE, LE MANAGEMENT AU FÉMININ : LES FEMMES ET LE LEADERSHIP. (2013)

POMEY MARIE-PASCALE, ET AL. LE MONTREAL MODEL : ENJEUX DU PARTENARIAT RELATIONNEL ENTRE PATIENTS ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ. SANTÉ PUBLIQUE. 2015/HS S1, P. 41-50.

« Les environnements de soins ont changé mais a-t-on changé les paradigmes de l'organisation des soins? »

- Sonia Bélanger

Un rendez-vous à ne pas manquer !

Le 8^e congrès mondial des infirmières et infirmiers francophone sera organisé en collaboration avec l'Hôpital Montfort, l'hôpital universitaire francophone de l'Ontario, offrant des soins exemplaires centrés sur la personne.

OTTAWA

8^e

Congrès mondial
des infirmières et
infirmiers
francophones

6 au 9 juin 2021
SIDIIEF

ORGANISATION HÔTE :



Nos partenaires

Avec la collaboration de



Avec le soutien de



Grand partenaire



Partenaires de programme

CENTRE D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE EN INTERVENTION FAMILIALE



CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA SUR LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE DES FAMILLES



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



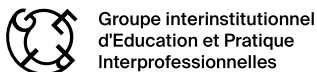
Partenaire du cocktail de bienvenue



Partenaires de visibilité



Partenaires des lancements de publication et événements



Partenaire de services

Partenaires du fonds de soutien

