



CRÉER de la santé: la **FORCE** du savoir **INFIRMIER**



Retour sur le 8^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones

Ottawa, Canada, 2022



GRAND PARTENAIRE



HÔTE DU CONGRÈS



PARTENAIRE MAJEUR





© Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), 2023
Tous droits réservés.

Textes : Sophie Allard, Hélène Salette, Joan Doré
Crédit photo : Mathieu Girard, Studio Versa

Distribution

Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)
4200, rue Molson, bureau 142, Montréal (Québec) H1Y 4V4 CANADA
Téléphone : (++) 1 514 849-6060
www.sidiief.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023
ISBN : 978-2-9820808-3-6 (PDF)

Note au lecteur : Le terme « infirmière » est utilisé ici à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmiers que les infirmières.

TABLE DES MATIÈRES



Mot de la directrice générale – Le 8 ^e Congrès mondial, catalyseur du savoir infirmier.....	4
LE CONGRÈS EN CHIFFRES	5
LES GRANDS ORATEURS	6
Conférence d'ouverture – Le savoir infirmier : le nommer pour l'affirmer.....	7
L'éco-infirmier : un rôle à déployer pour l'avenir de la santé et de nos sociétés	9
Vieillesse et savoir infirmier : réinventer les soins aux aînés	11
Mondialisation de la santé, mondialisation des professions de santé.....	13
Soigner, ou la tentation de faire le bien	15
Leadership et empowerment infirmier, puissant vecteur de changement – l'expérience de la RDC	17
Conférence de clôture – Les chemins de la résilience	19
LES PANELS INTERNATIONAUX – UN REGARD PLURIEL SUR LES ENJEUX INFIRMIERS	21
Le savoir infirmier : un levier d'innovation au service des collectivités	22
Pénurie mondiale infirmière : Des solutions à géométrie variable pour des enjeux universels.....	25
10 ans après la Déclaration de Genève, où en sommes-nous?.....	29
La pratique infirmière avancée : vecteur de progrès.....	32
Panel du Conseil consultatif sur la formation infirmière – L'assurance-qualité de la formation en sciences infirmières : un levier pour l'évolution des soins	36
Le financement des soins : des stratégies infirmières innovantes pour le maintien de la qualité	39
LES AUTRES PRÉSENTATIONS	42
Communications orales	43
Communications par affiche et visites guidées	44
Ateliers précongrès	45
Visite professionnelle	46
LES ÉVÉNEMENTS SPÉCIAUX	47
Cocktail de bienvenue	48
Soirée festive au Musée canadien de l'histoire	49
Prix <i>Reconnaissance</i> 2022	50
Hommage aux bâtisseurs du SIDIIEF	51
Rencontre avec le ministre fédéral de la Santé, Jean-Yves Duclos	52
Première rencontre en présence du Cercle des directrices et directeurs de soins	52
Lancement des publications.....	53

Le 8^e Congrès mondial, catalyseur du savoir infirmier



Ce rendez-vous tant attendu, reporté et fragilisé par les risques sanitaires mondiaux, fut source d'une immense fierté tant dans la qualité des contenus que dans le dynamisme des échanges. C'est avec une très grande émotion que j'ai pu assister à nos grandes retrouvailles en personne, après deux années marquées par la pandémie.

S'inscrivant dans la tradition des événements majeurs du SIDIIEF, le 8^e Congrès fut de nouveau le haut lieu du savoir infirmier francophone, regroupant plus de 1 200 infirmières et infirmiers provenant des quatre coins de la francophonie. Malgré les nombreux obstacles, vous avez été nombreux à répondre à notre invitation. Plus de 500 communications orales et par affiche sont ainsi venues illustrer la force du savoir infirmier pour améliorer la santé et les soins. Le succès du congrès est également indissociable de l'engagement et du soutien indéfectible de l'Hôpital Montfort, hôte de l'événement. Je les remercie chaleureusement de leur implication.

Grâce à la qualité des interventions des conférenciers et des présentateurs, nous avons pu offrir un programme scientifique et professionnel d'envergure. En partageant et discutant de leur pratique au quotidien, les infirmières et les infirmiers ont pu constater que, où qu'ils soient dans le monde, ils possèdent et mettent à profit un savoir unique qui fait la différence auprès des personnes, des familles et des communautés. Dans tous les pays, quelle

que soit la réalité économique qui prévaut, l'esprit d'initiative des infirmières et des infirmiers est tangible. La profession infirmière, malgré la pandémie, reste animée par le même désir d'assurer des soins de qualité, et ce, dans tous les systèmes de santé.

Cet événement, s'il a nourri notre réflexion collective et alimente déjà des pistes de solutions pour les prochaines années, a aussi permis de tisser des liens unis par la solidarité professionnelle et d'impulser des projets de collaboration.

Pour que les idées et les savoirs continuent de circuler au sein de la communauté infirmière francophone, nous sommes fiers de vous offrir cet ouvrage, résumant les moments forts du congrès. Je suis convaincue que cette publication servira de document de référence dans votre réalité professionnelle.

Afin de poursuivre les discussions, je vous donne d'ores et déjà rendez-vous à Lausanne, en Suisse, en juin 2025, pour notre 9^e Congrès mondial.

Hélène Salette

Infirmière, M. Sc. inf., ASC
Directrice générale du SIDIIEF

LE CONGRÈS EN CHIFFRES



Le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) est une organisation internationale non gouvernementale sans but lucratif.

Le SIDIEF a pour mission de mettre en réseau les infirmières et infirmiers francophones, de faciliter le partage des savoirs, de mettre en valeur le leadership infirmier et de sensibiliser les décideurs et le grand public au rôle que joue la profession dans la santé des populations.

LES GRANDS ORATEURS

Des experts mondiaux
inspirants et visionnaires



CONFÉRENCE D'OUVERTURE LE SAVOIR INFIRMIER : LE NOMMER POUR L'AFFIRMER

Clémence Dallaire, infirmière, Ph. D.
Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières de
l'Université Laval – Québec, CANADA



Le savoir infirmier sauve des vies et améliore la santé des populations au quotidien. Fruit de la recherche en sciences infirmières et d'innovations cliniques, il est au cœur-même de l'expertise infirmière. Pourtant, il peut s'avérer difficile d'identifier les spécificités du savoir infirmier en regard des autres disciplines. Comment le reconnaître? En illustrant son apport concret à la santé.

En conférence d'ouverture, Clémence Dallaire, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, a présenté le thème du congrès d'efficace façon en exposant, par le biais de cas vécus, l'apport du savoir infirmier public dans la pratique, dont les approches théoriques et la recherche clinique. Elle précise au passage qu'une « profession s'appuie sur un savoir et que c'est ce savoir qui lui donne de l'autonomie » et rappelle que le savoir infirmier est sous-jacent à la position du SIDIIEF qui prône une formation universitaire pour les infirmières.

« Nommer le savoir infirmier, c'est aussi nommer les problèmes de la personne, indique la professeure. C'est suggérer et nommer des façons de prendre soin, c'est de suggérer des moyens d'appliquer les soins, c'est de nommer et expliquer les résultats prévus. Mais, comment le savoir infirmier donne-t-il un regard infirmier? »

À l'instar des autres professionnels de la santé, les infirmières prennent en considération la situation clinique d'un patient. Avant de s'engager dans la relation, elles s'attardent aussi à l'expérience de la maladie. Comment la personne compose-t-elle avec ses problèmes de santé? Quel est le degré d'atteintes fonctionnelles? Quels sont les besoins de compenser ses atteintes? Le regard infirmier permet une construction clinique infirmière optimale. Clémence Dallaire évoque plusieurs cas concrets pour bien faire comprendre l'importance du lien entre le savoir public et le regard infirmier. En voici trois.

MONSIEUR CARIGNAN ET LES CONCEPTS FONDAMENTAUX EN SOINS INFIRMIERS

Monsieur Carignan est âgé de 93 ans. Hospitalisé en raison d'une décompensation de son insuffisance cardiaque gauche, il est très dyspnéique. Malgré sa fatigue et son état cardiaque précaire, l'infirmière l'encourage à se lever et à s'asseoir au fauteuil. « On pourrait penser qu'à son âge, avec sa condition et son degré de fatigue, il est préférable qu'il reste au lit. Mais, l'infirmière l'invite néanmoins à se lever. Quel savoir incite l'infirmière à lever monsieur Carignan au fauteuil? Le cadre des éléments fondamentaux des soins infirmiers est proposé par un ensemble de collègues théoriciennes et nous invite, par le regard infirmier, à l'intérieur d'une relation empathique, respectueuse et bienveillante. » Monsieur Carignan est en sécurité, à la chaleur, nourri, hydraté et mobile. On mise alors sur sa qualité de vie pour qu'il continue de vivre selon ses capacités et les potentialités que la vie lui offre. « Avec le regard infirmier, on valorise la vie de monsieur Carignan. »

MADAME AUBERT ET LES THÉORIES DU CONFORT DE KOLCABA ET MORSE

Âgée de 88 ans, madame Aubert est admise à l'hôpital pour une insuffisance cardiaque. Elle fait sa toilette. L'infirmière, qui connaît son dossier, complète ses soins d'hygiène et demande ensuite au préposé de laisser madame Aubert se reposer quelques minutes. Quel savoir la guide dans cette intervention? « La fatigue se décline en au moins cinq cadres théoriques.



Il ne s'agit pas ici de la fatigue que ressent une jeune personne après avoir fait de l'exercice. L'infirmière qui complète la toilette de madame Aubert s'inspire de ce savoir au sujet de la fatigue », explique Clémence Dallaire.

L'infirmière s'appuie aussi sur un savoir infirmier basé sur le besoin de confort théorisé par deux grandes théoriciennes : Katharine Kolcaba et Janice Morse. Forte de son expérience auprès des personnes âgées et atteintes de démence, Kolcaba a proposé une façon de concevoir le confort de façon à viser un apaisement, un soulagement ou une transcendance. Morse s'est plutôt intéressée « à la détresse causée par la souffrance dans différentes situations de santé et c'est en travaillant sur ces différentes situations de santé qu'elle a proposé une autre théorie du confort », précise la conférencière. Ces théories font partie du savoir infirmier qui dicte à l'infirmière de laisser madame Aubert se reposer.

MONSIEUR D. ET LES THÉORIES DE TRANSITION ET D'ESPOIR DE COLLIÈRE, MELEIS, MORSE ET KIM

Monsieur D. a 35 ans quand sa vie bascule. Il est à l'hôpital depuis un an. Il a une dystrophie musculaire congénitale qui entraîne une dégénérescence de toute sa musculature. Il est en fauteuil roulant motorisé et respire artificiellement. Monsieur D. est informaticien, il a des contrats partout dans le monde, il a une conjointe et il demande de sortir de l'hôpital. Devant cette situation complexe, les infirmières sont dépourvues. « À l'aide d'une

carte conceptuelle des problèmes de santé de Monsieur D. et d'un ensemble de théories infirmières, nous avons pu examiner les possibilités qui s'offraient à lui pour qu'il ait la vie qu'il souhaitait et qu'il demandait avec insistance », indique Clémence Dallaire, qui est intervenue dans ce dossier.

L'équipe s'est appuyée sur la notion de passage de Marie-Françoise Collière qui présente « une image de soins infirmiers qui viennent en aide lors d'un passage dans un col de montagnes, où l'on peut être aspiré vers la mort, où l'on peut être aspiré vers la vie ». On a aussi retenu la théorie de la transition d'Afaf Meleis selon laquelle les soins se prodiguent toujours pour accompagner des gens en transition. La théorie de l'espoir de Janice Morse vise de son côté à rétablir de nouveaux objectifs accessibles selon la situation de la personne. « L'espoir, c'est le fil qui nous tient en vie. » Hesook Suzie Kim « s'intéresse aux transitions et à réinscrire une personne dans sa trajectoire de vie à la suite d'une interruption biographique ». Heureux dénouement : Monsieur D. a quitté l'hôpital il y a dix ans et a pu reprendre sa vie. « La collaboration que nous avons établie entre le savoir infirmier et les soins infirmiers envisagés pour cette personne ont atteint la fin qu'il envisageait. »

Clémence Dallaire insiste sur l'importance de nommer le savoir infirmier, de le voir comme une prise de position politique du SIDIIEF et comme « un modèle formel de raisonnement clinique qui traduit le regard infirmier ».



L'ÉCO-INFIRMIER : UN RÔLE À DÉPLOYER POUR L'AVENIR DE LA SANTÉ ET DE NOS SOCIÉTÉS

Philippe Perrin, Eco-infirmier

Directeur, Institut de formation en santé environnementale (IFSEN) – FRANCE



À l'heure où la planète vit d'importantes perturbations climatiques, où la biodiversité s'effrite, où la santé se dégrade et où les systèmes de santé sont à bout de souffle, les infirmières et les infirmiers ont assurément un rôle à jouer afin d'éclairer la population sur les enjeux de santé environnementale. C'est pour cette raison que Philippe Perrin, passionné d'environnement et de santé, milite, depuis plusieurs années, pour développer et faire reconnaître le rôle d'éco-infirmier.

« Les infirmières et les infirmiers, intervenants de premier plan auprès des patients, des familles et des communautés, doivent être en mesure de prodiguer des informations pertinentes et appuyées sur des données scientifiques, notamment en ce qui concerne la prévention des coups de chaleur, la qualité de l'air, de l'eau, des aliments, les polluants divers, les perturbateurs endocriniens, les ondes électromagnétiques, l'application de produits antiparasitaires et autres facteurs influençant la santé. »

Infirmières et infirmiers à l'avant-garde d'une planète en santé, prise de position du SIDIIEF

Il y a une trentaine d'années, Philippe Perrin s'inquiétait notamment de la production de déchets hospitaliers, de la surabondance des microplastiques dans notre environnement et de l'incidence de la pollution sur les cas de cancers pédiatriques. « Au-delà du fait de soigner, ne serait-il pas judicieux de miser sur la prévention et la promotion de la santé? », s'est-il alors demandé. Explorant le thème novateur d'éco-infirmier dans son mémoire d'étude, il a fait face à de nombreux sceptiques.

Après une formation en éco-conseil, il a élargi son champ de compétences. Il a ainsi agi comme conseiller en environnement dans le sud-ouest de la France. Il est aujourd'hui formateur conférencier dans une cinquantaine

de structures de formation de soignants et a formé plus de 150 éco-infirmiers.

QU'EST-CE QU'UN ÉCO-INFIRMIER?

S'appuyant sur les concepts de promotion de la santé sur le thème de la santé environnementale¹ et de l'approche Une seule santé (*One Health*), l'éco-infirmier s'intéresse particulièrement à l'impact de l'environnement sur la santé et la qualité de vie de la population. En effet, on le sait aujourd'hui, de très nombreuses maladies sont liées à la dégradation des écosystèmes où vivent les populations animales. L'éco-infirmier assure la prévention et la gestion des risques pour la santé liés à la détérioration de l'environnement (pollution, changements climatiques, etc.). De manière plus concrète, il informe la population des conséquences du changement climatique et de la pollution et leurs risques pour leur santé. De manière plus concrète, il informe la population des conséquences du changement climatique et de la pollution, des risques pour leur santé et pour celle des générations futures (mécanismes épigénétiques transgénérationnels), ainsi que des moyens d'en réduire les expositions.



¹ « La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. » - OMS, 1994

L'APPROCHE UNE SEULE SANTÉ — POUR LA SANTÉ DE TOUS

La pandémie de covid-19 l'a démontré : une crise sanitaire humaine causée par la transmission d'un virus d'origine animale renforce la pertinence de l'approche Une seule santé (*One Health*). S'appuyant sur une conception holistique de la santé, comprenant à la fois la santé humaine, la santé animale et celle des écosystèmes. L'approche «Une seule santé» met l'accent sur l'action transdisciplinaire et multisectorielle pour assurer le bien-être des humains, des animaux et la santé de leurs écosystèmes, en tenant compte de leurs interactions.

Référence : https://www.ccns.ca/sites/default/files/Un_seule_sante_nov_2011.pdf

SE FORMER EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE POUR S'ENGAGER ET AGIR — UNE COMPÉTENCE ESSENTIELLE POUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS

«On ne peut prétendre guérir un patient sans prendre en considération les influences de son environnement quotidien.»
- Hippocrate

La santé se dégrade : effondrement des capacités reproductives, effondrement de l'âge pubertaire, malformations génitales, allergies, cancers hormono-dépendants. Les perturbateurs endocriniens ont notamment un effet majeur sur la progression des troubles neurologiques. «Nous, infirmiers, avons la responsabilité de soigner les gens malades, mais aussi de dénoncer des situations qui ne sont pas acceptables!»

«On est en train de forger avec grande efficacité des maladies infectieuses contre lesquelles demain nous aurons toutes les résistances à tous les agents et désinfectants que nous utilisons.» Philippe Perrin souligne la pertinence d'un outil, implanté en Suède, qui classe les médicaments

selon leur nocivité pour l'environnement². Dans plusieurs régions du monde, les eaux sont contaminées par des résidus médicamenteux, rappelle-t-il. «Cet indicateur existe, pourquoi n'est-ce pas mieux connu aux quatre coins de la planète?»

«Chaque infirmière et infirmier devrait intégrer les concepts de santé environnementale à son niveau et en faire quelque chose d'utilisable. On peut tous devenir des éco-infirmières et des éco-infirmiers. C'est important de comprendre ces enjeux.» Il est essentiel que la profession non seulement se forme sur ces enjeux et développe la recherche en santé environnementale, mais également prenne part aux efforts de lutte aux changements climatiques et à la réduction de la pollution.

Pour des impacts à petite et à grande échelle, une série d'actions simples peuvent être posées. Cela va de l'amélioration de la qualité de l'air chez les patients à domicile à l'utilisation prudente des désinfectants, accompagnés de promotion de la santé. En se rendant à domicile, l'infirmière devrait être à même d'identifier des éléments d'exposition dangereuse (moisissures, contaminants, etc.).

«Il est cinq points essentiels pour assurer l'hygiène d'une demeure : air pur, eau pure, égouts efficaces, propreté, lumière.»

- Florence Nightingale, 1859

En santé environnementale, le rôle de l'infirmière et de l'infirmier est de premier plan, conclut Philippe Perrin. Il y a urgence d'agir, insiste-t-il. «La population compte sur nous. À nous d'être dans l'action.»



² <https://www.adiph.org/ressources/referentiels/medicaments/impact-des-medicaments-sur-l-environnement-indice-pbt>

VIEILLISSEMENT ET SAVOIR INFIRMIER : RÉINVENTER LES SOINS AUX ÂÎNÉS

Suzanne Dupuis-Blanchard, infirmière, Ph. D.
Professeure titulaire et titulaire de la Chaire de recherche en
vieillesse, Université de Moncton – Nouveau-Brunswick, CANADA



La population mondiale vieillit. En 2030, une personne sur six sera âgée de 65 ans et plus à l'échelle de la planète. Cette transformation démographique, qui s'inscrit dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et d'une explosion des coûts de santé, exige de repenser les soins aux aînés, plaide Suzanne Dupuis-Blanchard, directrice du Centre d'études du vieillissement de l'Université de Moncton. Et le savoir infirmier doit être au cœur du nécessaire virage axé sur le vieillissement en santé.

S'il est nécessaire d'entamer une réflexion sur les soins offerts aux personnes âgées, il importe d'abord de changer l'image perçue de la vieillesse, soutient la conférencière. « Nous sommes conditionnés dès le très jeune âge à penser au vieillissement de façon négative, d'avoir des préjugés et d'être âgistes. Quand on pense aux personnes âgées, on a en tête l'image de soins institutionnels, de foyers de soins où les personnes reçoivent de l'aide. Pourquoi n'avons-nous pas des images positives associées à la promotion, la prévention et le maintien de la santé? »

Au Canada, 92 % des aînés sont autonomes ou présentent une légère perte d'autonomie et demeurent hors institution, tout en ayant possiblement besoin de soins ou de soutien à domicile. Or, le manque de services de soutien est flagrant et mène trop souvent à une prise en charge institutionnelle hâtive. Selon un rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé publié en 2020, une personne sur neuf est admise précocement en foyer de soins en raison d'une offre insuffisante de soins et de services dans la communauté.

Seulement 4 % du budget en santé au Canada est consacré aux soins dans la communauté. « Comment pourrions-nous faire face à l'important vieillissement de la population qui s'amorce? » L'approche réactive aux déficits ne tient plus la route, selon Suzanne Dupuis-Blanchard, qui propose un virage sous forme de continuum de l'autonomie, de l'indépendance et de la santé, au sein duquel le rôle des infirmières est primordial.

Ce continuum s'inscrit dans une volonté de maintien de l'autonomie et de santé optimale de la personne âgée. L'objectif est de mettre à contribution les ressources dans la communauté pour offrir la promotion et la prévention en santé. Les aînés autonomes et en santé peuvent ainsi bénéficier d'activités qui valorisent une saine alimentation, la pratique régulière d'activité physique ou le bénévolat, la sensibilisation à la vaccination et aux tests de dépistage, etc. « La personne est soutenue dans ses décisions pour maintenir son autonomie. Elle peut, dès lors, penser au type de vieillissement qu'elle veut avoir. » Il faut voir ce continuum comme une route bidirectionnelle, précise la conférencière, un va-et-vient entre le niveau d'autonomie et le soutien requis. Ainsi, certaines personnes, qui présentent des conditions de santé défavorables, regagneront un niveau d'autonomie et de santé important après l'admission en foyer de soins. « Si les services en communauté étaient disponibles, ces personnes pourraient retourner vivre chez elles, mais, souvent, les services ne sont pas là. On doit s'en soucier. »

La profession infirmière a les connaissances et le leadership pour mener ce virage parce qu'elle est riche d'un ensemble de savoirs, insiste Suzanne Dupuis-Blanchard. Ces savoirs sont empirique, esthétique, personnel, et éthique (Carper, 1978), et comprennent aussi le *unknown* (Munhall, 1993) et le savoir émancipatoire (Chinn et Kramer, 2019). « Toutes les décisions que l'on prend sont basées sur les données probantes et sur les meilleures pratiques. On peut compter sur nos habiletés de soins et nos connaissances des déterminants de la santé. Le public a une grande confiance en nous et le titre d'infirmier ou d'infirmière a un impact sur notre clientèle. » L'engagement envers l'autonomie de la personne et l'importance accordée aux partenariats et aux collaborations façonnent la pratique infirmière, tout comme le savoir éthique qui guide la prise de décisions pour des soins appropriés et respectueux.

La professeure salue les initiatives, comme la prescription sociale qui vise à remédier à la solitude et à l'isolement social des aînés et qui vise à les mener vers un éventail de services de soutien non cliniques dans leur communauté. Le projet Foyer de soins sans mur qu'elle développe au Nouveau-Brunswick s'inscrit dans cette mouvance et connaît un vif succès. « On voit une réduction des consultations à l'urgence, une baisse du sentiment d'isolement et une meilleure connaissance des services de soutien à domicile. »

Elle se réjouit de voir le mouvement Villes et Communautés amis des aînés^{3, 4}, initié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), gagner en popularité. Cette même vision doit être prônée en milieu hospitalier, insiste-t-elle. « On se doit d'avoir des hôpitaux amis des aînés qui reconnaissent, dès le premier contact avec une personne âgée, les risques graves de perte d'autonomie à l'intérieur de 48 à 72 heures si l'on néglige l'importance de la mobilisation, de la nutrition, d'un environnement pour prévenir, identifier et gérer le delirium et la reconnaissance des effets de certains médicaments. »

Pour opérer le changement, la profession infirmière, prodiguant la majorité des soins dans tous les systèmes de santé, doit être au cœur de ce processus. Les soins infirmiers gériatologiques doivent être reconnus, valorisés et inclus dans tous les programmes universitaires de formation infirmière. « Les infirmières doivent avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour soigner cette population, de la promotion et la prévention en santé jusqu'aux soins palliatifs et de fin de vie », souligne Suzanne Dupuis-Blanchard, tout en insistant sur l'importance de la recherche et de l'innovation. « Il faut valoriser les soins infirmiers gériatologiques comme spécialité attrayante et dynamique afin de recruter et de maintenir la main-d'œuvre qui soignera nos aînés. »



³ <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-FWC-ALC-18.4>

⁴ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43753/9789242547306_fre.pdf

MONDIALISATION DE LA SANTÉ, MONDIALISATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Stéphanie Tchiombiano, Spécialiste de la santé mondiale
Maîtresse de conférence associée, Département de science politique,
Paris 1 Panthéon-Sorbonne – FRANCE



La mondialisation a de multiples effets sur la santé, dont la circulation des virus et des pathologies, la modification des modes de vie et des pratiques alimentaires, l'essor d'une vision globale des soins et, sans équivoque, un profond bouleversement des conditions de travail des personnels de la santé et de la pratique infirmière. Comment, à l'aune de cette nouvelle approche qu'est la santé mondiale, peut-on appréhender ces transformations? Spécialiste de la santé mondiale, Stéphanie Tchiombiano s'intéresse à ces enjeux qui définiront le monde de demain.

LA MONDIALISATION ET SES EFFETS SUR LA SANTÉ

Jamais les humains ne se sont autant déplacés sur la planète. Tout au long de l'histoire, la mobilité des populations, des marchandises et des animaux a contribué à la diffusion des maladies. On assiste aujourd'hui à une mondialisation des pathologies. L'épidémie de sida, la résurgence de la tuberculose, l'émergence de la maladie à virus Ebola et, plus récemment, la pandémie de la COVID ont confirmé l'impossibilité de contenir géographiquement les maladies infectieuses. « La circulation des maladies est un état de fait avec lequel nous devons aujourd'hui composer », souligne Stéphanie Tchiombiano.

La mondialisation de la santé permet également l'accès à des données sanitaires qui sont à la fois accessibles, centralisées et standardisées à l'échelle de la planète et rend possible une vision globale des enjeux de santé. « Ces données modifient notre rapport au monde, au sens où nous sommes capables d'embrasser une question de santé dans son ensemble, d'avoir une capacité de comparaison d'un problème de santé entre pays », affirme la conférencière.

LA TRANSFORMATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

Cette globalisation a, bien entendu, un impact majeur sur les personnels de la santé : augmentation de la mobilité, internationalisation des formations médicales, émergence de systèmes de reconnaissance des diplômes,

augmentation des échanges entre les praticiens (ce congrès mondial en étant l'un des exemples). « Cette mobilité accrue des professionnels de la santé s'explique notamment par l'émergence de nouveaux besoins de santé (croissance des multimorbidités, (ré)émergence de maladies infectieuses, impacts des changements climatiques, etc.) et par une très grande inégalité des conditions de travail et de rémunération dans le monde. »

À l'échelle planétaire, quatre défis attendent les professionnels de la santé.

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ MONDIALE?

L'approche de santé mondiale, développée il y a 30 ans, s'intéresse aux effets de la mondialisation sur la santé. Elle s'inscrit dans le contexte de mondialisation, d'interdépendance croissante à tous les niveaux (politique, culturel, sanitaire, etc.) et de la montée des inégalités qu'elle engendre, qui n'échappe à aucun pays, avance Stéphanie Tchiombiano.

Ainsi, la santé mondiale se définit comme « un domaine d'étude, de recherche et de pratique dédié à l'amélioration de l'état de santé et à la recherche d'une équité en matière de santé pour toutes les personnes, dans le monde entier » (JP Koplan et coll 2009). Selon cette approche, il importe de considérer les problèmes de santé comme des enjeux transnationaux qui méritent d'être gérés, non plus à l'échelle d'un pays ou d'une région, mais de façon globale. Les États ne peuvent réguler seuls ces problèmes de santé. « La santé mondiale appelle forcément à des solutions collectives au plan international. » Enfin, l'approche Une seule santé est une approche multidisciplinaire et multisectorielle. La santé doit être prise en compte dans toutes ses dimensions en faisant appel aux différents acteurs et en créant des liens, notamment avec l'éducation, l'environnement et l'agriculture, tant au niveau gouvernemental, de la société civile, que du secteur privé.

LE DÉFI DU NOMBRE

Selon un rapport récent de l'OMS⁵, la pénurie de soignants est aujourd'hui généralisée et étendue au monde entier. La population est vieillissante et les maladies chroniques du coup plus importantes et on assiste à une participation croissante des femmes au marché du travail (qui s'occupaient auparavant des personnes plus âgées ou handicapées). Les pays à revenus limités sont soumis à un double fardeau puisqu'ils sont aux prises avec les « maladies d'hier », comme le sida, le paludisme et la tuberculose, et sont aussi touchés par les « maladies de demain », comme le cancer et les maladies cardiovasculaires. Autant de facteurs qui augmentent le besoin global de personnel soignant.

LE DÉFI DE LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Alors que les personnels en santé représentent 5 % de la main-d'œuvre mondiale, cette proportion n'est que de 2 % en Afrique et grimpe à 8 % en Europe. Arrivera-t-on à répondre aux besoins des populations? Il faudrait créer 40 millions de nouveaux emplois d'ici 2030, dont 18 millions dans les pays à revenus limités ou intermédiaires, selon un récent article du Lancet (Campbell et Cometto). « On a une très mauvaise répartition du personnel de santé à l'échelle de la planète et les déserts médicaux sont de plus en plus nombreux dans le monde », soutient la conférencière. De manière concrète, une infirmière qui travaille en Afrique s'occupe de 985 personnes en moyenne (en 2020), alors que son homologue en Amérique du Nord ou en Europe n'est en charge que de 120 personnes. « Une forme de souplesse s'installera dans les métiers et dans la formation, et on verra une modification des pratiques, comme la délégation des tâches, pour pallier l'insuffisance ou l'inéquitable répartition des ressources humaines dans certaines zones géographiques. »

LE DÉFI DE L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS ET DE L'ÉMERGENCE DE NOUVEAUX ENJEUX LIÉS À LA MONDIALISATION

Les formations doivent évoluer afin de soutenir la modification profonde des métiers de la santé qui se dessine. Les professionnels de la santé devront acquérir de nouvelles compétences pour répondre aux nouveaux enjeux sanitaires, technologiques et éthiques selon l'approche One Health, qui pose un continuum entre santé humaine, santé des animaux et environnement. Ils devront faire l'acquisition de nouveaux savoirs et compétences technologiques et éthiques, en phase avec l'avènement d'une démocratie sanitaire plus forte. On assistera à un décloisonnement progressif des métiers de la santé et à l'émergence de nouveaux métiers, comme les agents de santé communautaire, les logisticiens de santé, les éducateurs thérapeutiques et les spécialistes des sciences

des données. « Les pratiques vont devoir évoluer vers le remplacement d'une médecine qu'on appelle curative et réactive vers une nouvelle médecine qui sera davantage prédictive, centrée sur la personne et axée sur la prévention. »

LE DÉFI DE LA CIRCULATION DES PERSONNELS DE LA SANTÉ

La mobilité des personnels de santé s'est largement accrue. Un médecin sur six qui pratique dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a acquis son diplôme à l'extérieur du territoire. « Dans certains pays, on assiste très clairement un phénomène de fuite des cerveaux », dit la conférencière. Le phénomène est complexe puisque certains pays, comme l'Afrique du Sud, sont à la fois exportateurs et importateurs de personnels de santé. Au Canada, 20 % des personnels de santé sont formés à l'étranger.

CONCLUSION

Pour assurer une équité des soins de santé à l'échelle de la planète, on doit impulser la mise en place de politiques de recrutement et de rétention des ressources humaines qui soient plus équitables au niveau international et qui profitent à tous : pays d'origine, pays d'arrivée et personnels de santé eux-mêmes. « Il ne s'agit pas de restreindre les mouvements des personnels de santé, mais de mieux répartir les ressources en comprenant que la fragilité des uns nous rend tous collectivement fragiles », insiste Stéphanie Tchiombiano. Plusieurs questions se posent : à quelles libertés les États sont-ils prêts à renoncer au nom de notre intérêt collectif dans un contexte d'inégale répartition des ressources humaines, matérielles et financières? Quels garde-fous peut-on poser pour que ces enjeux de nombre, de répartition, de formation et de circulation soient gérés de la manière la plus juste possible? Et comment s'assurer que les personnels de santé seront là où les besoins seront les plus importants?

« Nous sommes menacés par les problèmes de santé et de l'ensemble du monde, mais la santé mondiale est aussi une opportunité au sens où elle nous donne aussi l'occasion d'agir collectivement contre ces mêmes problèmes de santé et peut-être d'être encore plus efficaces.

La santé mondiale, c'est l'intensification des connexions et des réseaux, des congrès internationaux comme celui du SIDIIEF, des normes, des recommandations et des stratégies à l'échelle de la planète. C'est aussi la circulation des savoir-faire, des nouvelles collaborations, des partenariats. Ces connexions sont essentielles pour relever les défis de demain.»

- Stéphanie Tchiombiano

⁵ <https://www.who.int/news/item/02-06-2022-global-strategy-on-human-resources-for-health--workforce-2030>

SOIGNER, OU LA TENTATION DE FAIRE LE BIEN

Jacques Chapuis, infirmier, M. Sc.
Ex-directeur, Institut & Haute Ecole de la Santé La Source – SUISSE



Déchirée par un antagonisme inhérent à ses propres racines, la profession infirmière peine à concevoir son rôle comme une discipline. Dans un exposé qui appelle à la réflexion et à l'action, Jacques Chapuis, co-fondateur du SIDIIEF, invite les infirmiers et infirmières à exercer leur leadership, à oser l'innovation et l'expertise pour ébranler les rapports de dominance qui perdurent depuis trop longtemps au sein de l'interprofessionnalité.

« Nous venons d'une succession de dominances, notamment exercées par les ordres religieux à une certaine époque, qui ont bâti au sein de notre corporation et de notre profession un habitus professionnel duquel nous essayons, depuis des décennies, de nous extraire. » Le sociologue Philippe Perrenoud, qui reprend le concept de Pierre Bourdieu, décrit cet habitus comme : « un ensemble de dispositions intériorisées, dont on ne saisit que les manifestations, à travers des actes et des façons d'être au monde ».

« Il est possible d'extérioriser et de transformer cet habitus collectif de dominé, à priori inconscient, grâce à un long travail de réflexion », souligne le conférencier. Il faut d'abord se pencher sur cet antagonisme bipolaire de valeurs qui sous-tend la profession. D'un côté, le rôle infirmier est fortement associé au champ maternel et empreint du champ sacré qui valorise la charité, l'abandon de soi et le salut de l'âme. De l'autre, on trouve le champ du pouvoir, relevant de la science et des technologies. « Si nous n'acceptons pas de vivre cette dualité et que nous ne pouvons pas la dépasser pour en faire quelque chose de beau, alors nous resterons empêtrés dans les racines de la profession. »

Cet antagonisme crée une confusion autour du message véhiculé par la profession infirmière et contribue à alimenter sa position de soumission. « Il y a un conflit interne au sein d'une profession qui nous contraint à nous engager dans un dialogue, à construire une conception commune, à développer des arguments pour être compris

de la part des gens à qui l'on s'adresse. C'est à nous de faire de l'ordre. »

Plusieurs acteurs alimentent ce conflit et nuisent à l'amélioration et à la reconnaissance de la profession infirmière : les ordres religieux, le corps médical, l'université, les milieux de soins, les écoles de soins infirmiers, le personnel politique, l'administration publique, le corps infirmier, les associations professionnelles, le corps social, les syndicats, etc. Si le pouvoir religieux est de moins en moins prégnant, le corps médical partage difficilement son pouvoir tandis que les universités adoptent un langage qui se méfie des « sciences molles ». Les milieux de soins, qui souffrent d'une importante pénurie d'infirmières, s'inscrivent parfois contre l'universitarisation et affirment « avoir besoin de bras et non pas de cerveaux ».



Les écoles de soins infirmiers, potentiellement en danger, tiennent un discours complexe et convolutf pour la professionnalisation mais contre le changement. Par clientélisme, certaines associations professionnelles « rechignent à dire clairement qu'elles veulent l'universitarisation et la professionnalisation ».

Pour appuyer la crédibilité de la profession, il importe de faire comprendre que « nous visons à être des infirmiers et infirmières au sein d'une discipline professionnelle qui est pratiquée par des experts, et qui allie les compétences relationnelles, techniques et scientifiques. Si la profession demande de la compassion, il n'y a pas obligatoirement la vocation et l'abandon complet de son propre pouvoir sur ses actes et ses décisions ».

« Nous devons affirmer nos compétences dans le projet de soins et celui-ci doit être basé sur des évidences ou des consensus d'experts et, avec l'avis du patient, plaide Jacques Chapuis. Dans la mesure du possible, et c'est une grande faiblesse de notre côté, il faudrait pouvoir mesurer nos actions, diffuser nos résultats à l'intérieur et

à l'extérieur de la profession et au sein de la relation inter-professionnelle. » La recherche clinique est une avenue nécessaire, selon lui. « Nous avons beaucoup étudié l'infirmière et c'est très bien. Et si on se penchait davantage sur le patient? De quoi a-t-il besoin? Quelles sont les bonnes méthodes qui permettent de bien le soigner? »

Pour conclure, le conférencier insiste sur l'importance de parler positivement de la profession et de la promouvoir. Il s'agit aussi de miser sur l'innovation et l'intrapreneuriat pour faire valoir l'expertise infirmière et contribuer activement aux profondes transformations que le système de santé connaîtra ces prochaines années. « Nous ne sommes pas appendiculaire, donc pas « paramédicaux ». Nous sommes des acteurs, experts d'une discipline professionnelle. Nous devons donc être capables d'être assertifs tout en étant capables d'assumer nos propres actes. La professionnalisation ne se proclame pas; c'est un long chemin qui se construit dans les actes et dans la relation avec les autres acteurs. »



LEADERSHIP ET EMPOWERMENT INFIRMIER, PUISSANT VECTEUR DE CHANGEMENT – L'EXPÉRIENCE DE LA RDC

Odette Mwamba-Banza, infirmière, L. Sc. Inf., M. (Santé publique)
Députée nationale, ancienne infirmière directrice des soins,
Clinique Ngaliema – RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



Les infirmières et les infirmiers jouent un rôle crucial dans la prestation de soins de santé et pour assurer la couverture sanitaire universelle, selon l'OMS. Œuvrant parfois dans des environnements précaires, le personnel infirmier, fort de son leadership, parvient néanmoins à améliorer la qualité des soins. À l'aide de mesures simples et d'une vision humanisée des soins, la direction des soins infirmiers de la Clinique Ngaliema, à Kinshasa en République démocratique du Congo a, mené différents projets innovants pour améliorer les soins aux patients.

La Clinique Ngaliema est un hôpital national public de 317 lits, situé dans la capitale Kinshasa. Le personnel infirmier a réussi à y améliorer les conditions d'accouchement des parturientes, à favoriser le lien entre les parents et leur bébé en néonatalogie, et à améliorer la qualité de vie de patients à risque d'escarres. « Le leadership est un puissant levier d'innovation pour transformer les services de santé en vue d'obtenir des résultats sanitaires optimaux », affirme d'entrée de jeu Odette Mwamba-Banza, députée nationale et ancienne directrice des soins infirmiers de la Clinique Ngaliema.

DES CONDITIONS GAGNANTES POUR LES PARTURIENTES

Grâce au soutien du SIDIEF, les infirmières accoucheuses, telles que désignées en République démocratique du Congo, ont reçu, en 2012, une formation afin de parfaire leurs connaissances et améliorer leurs pratiques. « Cette formation nous a permis d'identifier les actes relevant de l'autonomie professionnelle infirmière et, dès lors, nous avons considéré la qualité des soins selon trois principes : la continuité des soins, l'humanisation des soins et l'autonomisation du patient. »

En gynéco-obstétrique, par exemple, le suivi des femmes enceintes a été amélioré en invitant les conjoints à s'impliquer durant la grossesse et pendant l'accouchement. « De plus en plus de femmes préféraient être suivies en clinique privée, alors il nous fallait innover pour les retenir

et, du même coup, trouver des mécanismes pour mieux fonctionner et améliorer leur expérience : c'est le leadership infirmier. »

L'équipe infirmière a décidé d'offrir un traitement de choix aux femmes accompagnées de leur conjoint lors des consultations prénatales. « Ces patientes étaient vues en premier et, grâce au savoir infirmier, elles pouvaient avoir accès aux résultats de leurs tests biologiques dans la journée. » En salle d'accouchement, on a permis aux femmes d'adopter la position qu'elles souhaitaient et d'être accompagnées d'une personne de leur choix. « Avant, la parturiente était seule avec sa douleur dans un milieu étranger et, comme si cela ne suffisait pas, on lui imposait de rester en position latérale gauche », précise la conférencière. Les infirmières accoucheuses, mieux outillées grâce au SIDIEF, ont mis de l'avant de nouvelles façons de faire, portées par leur volonté d'humaniser les soins. « Maintenant, vous trouvez une parturiente qui, quand elle n'est pas en douleur, sourit parce qu'elle est accompagnée et qu'on lui donne la possibilité de la position qu'elle veut. »

En parallèle, un important travail de conscientisation a été réalisé auprès des conjoints qu'on a incités à assister à l'accouchement. « Ça a été une grande réussite parce qu'avant, ils ne venaient pas dans la salle d'accouchement. On voulait qu'ils soient présents, mais aussi qu'ils puissent couper le cordon ombilical de leur enfant et que le bébé ait un contact immédiat avec la maman. »

La résistance a été forte de la part des pères. D'aucuns prétextaient devoir travailler, d'autres craignaient de voir leur femme souffrir ou de blesser le bébé. Mais les



infirmières ont insisté sur l'importance de leur présence et, grâce à leur argumentaire solide, ont obtenu une adhésion ferme de ceux-ci. Leurs efforts ont été récompensés : le nombre de consultations prénatales est passé de 6037 en 2012 à 9414 en 2021, tandis que le nombre de parturientes accompagnées de leur conjoint a bondi de 80 en 2012 à 728 en 2021.

« L'unité de néonatalogie, qui était un circuit fermé, a également été ouverte aux parents afin qu'ils soient en contact avec leur bébé », ajoute Odette Mwamba-Banza. Les parents pouvaient ainsi rendre visite à leur enfant deux fois par jour et, si la nouvelle maman pouvait allaiter, elle avait la possibilité de mettre le nouveau-né au sein au moins trois fois par jour. « Les parents pouvaient parler et prier avec leur bébé et lui dire combien il était important pour eux. Et on voyait que ces enfants évoluaient beaucoup mieux qu'avant. »

« L'empowerment est un processus, un partage de pouvoir et d'agir en vue d'identifier ses problèmes, ses forces et de développer des aptitudes pour y remédier. C'est aussi un résultat parce que nous participons au changement et à la transformation et c'est aussi une stratégie d'intervention et éducative. »

- Odette Mwamba-Banza

PATIENTS À RISQUE D'ESCARRES : CONFORT ET SOULAGEMENT

En médecine interne, le leadership infirmier a aussi été porteur à la Clinique Ngaliema. Il a permis de réduire la prévalence des escarres, ou plaies de lit, de façon marquée. En 2012, 11% des patients alités, considérés à risques, souffraient d'escarres. « Que pouvions-nous faire pour améliorer leur qualité de vie alors que nos moyens étaient limités? Nous devions miser sur nos savoirs : l'hygiène et la surveillance des points d'appui. » Avec la collaboration des aides-soignants et des familles de patients, l'équipe infirmière a innové et mis en place un outil de surveillance basé sur l'échelle de Norton. « C'est un outil qui a été créé par les infirmiers et pour les infirmiers : une horloge anti-escarre. » La surveillance des changements de position et la friction des points d'appui ont ainsi permis de réduire considérablement la prévalence des escarres, chiffrée à 3,71 % pour le premier semestre de 2022.

Ces changements de pratique ont été rendus possibles grâce au leadership infirmier unique, résume Odette Mwamba-Banza. « Il suffit d'un environnement adéquat,



d'une ouverture d'esprit et d'un engagement pour sauver des vies ou, à défaut, améliorer sensiblement le vécu de nos populations. Nous avons mis en place un processus dans une vision partagée, nous avons impacté le quotidien de notre personnel infirmier et nous avons induit un changement dans la prise en charge de patients alliés de leurs propres soins. Nous sommes fiers, nous avons osé et nous attendons de vous le meilleur. »

ÉVOLUTION DU LEADERSHIP INFIRMIER EN RDC

- 1901** En l'absence d'infirmiers, l'initiation à la prestation de soins (6 mois) est offerte par les colons.
- 1919** L'initiation, toujours par les colons, se prolonge sur 12 mois.
- 1936** Première école structurée avec formation de base (A3).
- 1945** Première école avec formation plus poussée (A2).
- 1968** Création d'une première association d'infirmiers, fruit d'une lutte infirmière.
- 1972** Ouverture de l'Institut supérieur des techniques médicales (ISTM), sous l'impulsion des infirmiers A2.
- 1984** Ouverture de l'Institut supérieur de direction de soins infirmiers.
- 2015** Création de l'Ordre national des infirmiers de la RDC, fruit des efforts des infirmières et infirmiers en collaboration avec le SIDIIEF.

« Le leadership infirmier, c'est la capacité de reconnaître ses forces et ses faiblesses, cette capacité de mettre en œuvre ses compétences, de décider, d'influencer ou d'impacter son terrain et ses pairs, de modifier l'existant pour le meilleur. Mais c'est aussi induire une autre manière d'agir pour améliorer la qualité des soins et la sécurité de patients. »

- Odette Mwamba-Banza

CONFÉRENCE DE CLÔTURE LES CHEMINS DE LA RÉSILIENCE

Ilios Kotsou, Ph. D. (Psychologie)
Docteur en psychologie et maître de conférences,
Université Libre de Bruxelles – BELGIQUE



Depuis deux ans, les infirmières et les infirmiers ont été mis à rude épreuve. Dans un système de santé qu'ils tiennent à bout de bras, ils ont vu leur charge de travail s'alourdir, tout en côtoyant la souffrance au quotidien. La crise sanitaire les a profondément marqués. Il est possible, malgré tout, de trouver l'apaisement en activant les ressorts de la résilience et de la joie, soutient Ilios Kotsou, docteur en psychologie et maître de conférences à Université Libre de Bruxelles.

« Vous êtes des personnes importantes parce que vous accompagnez la fragilité des femmes et des hommes depuis le premier souffle jusqu'au dernier moment de la vie. Quelque chose de commun vous unit et c'est le caractère stressant de votre travail. Il y a peu de ressources, votre situation est difficile et, en même temps, votre rôle est tellement important », exprime d'entrée de jeu le conférencier.

ACCUEILLIR SES ÉMOTIONS ET CHANGER SA PERSPECTIVE

Comment, quand on est sur la corde raide, nous reconnecter à nos ressources et à notre sagesse? Il faut d'abord savoir accueillir ses émotions sans lutter, sans fuir. « Dans tout ce qui nous arrive, ce que nous vivons, il y a beaucoup d'émotions et, surtout dans le métier d'infirmière et infirmier, les situations rencontrées, les patients, les familles, les collègues et l'environnement amènent énormément d'émotions. »

Lorsqu'une émotion désagréable se manifeste, comme la peur, l'anxiété ou la tristesse, l'éducation fait en sorte que nous cherchons à la réprimer. « Nous avons été éduqués, et c'est bien souvent le cas des hommes, à la supprimer, à faire semblant qu'il n'y en a pas, note Ilios Kotsou. On tente de ne pas la regarder et on lutte contre elle et puis, à un moment, on est dépassé. Scientifiquement, on appelle cela l'évitement expérientiel. » Il y a toujours un prix à payer. Quand on ne peut pas faire face à ses propres

sentiments, on ne peut accueillir ceux des autres. « On sait que les conséquences de cet évitement ne sont pas positives ni à moyen, ni à long terme. »

Selon le conférencier, la seule stratégie qui vaille est celle d'accueillir et de faire place aux émotions. Il illustre ses propos d'une métaphore nautique. « Si je suis dans un océan démonté et terrible, je ne peux pas contrôler la force des vagues qui sont mes émotions. Je ne peux même pas contrôler la force ni la direction du vent. La seule chose que je peux faire, c'est me connaître. Et se connaître, c'est accueillir le vent, pouvoir orienter la voile et diriger le bateau dans la bonne direction. »

Il faut par ailleurs cesser de vouloir contrôler ou supprimer ses pensées, mais plutôt changer sa perspective, conseille Ilios Kotsou. Il paraphrase le poète américain John Milton : « L'esprit est à lui-même sa propre maison. Il peut faire de l'enfer un paradis et du paradis un enfer ».



Comment y parvenir? « Des chercheurs ont montré que, lorsqu'on adopte un langage intérieur à la 3^e personne, comme si l'on était une mouche sur un mur ou un extra-terrestre, ça change complètement l'expérience. Ça nous rend plus sage, ça nous permet de prendre du recul et de trouver des solutions créatives à une situation difficile. » Ça vaut aussi si l'on se projette dans le temps. « Quand ça va mal, tout nous ramène à nous maintenant, on a l'impression d'être prisonniers d'aujourd'hui. Mais, demandez-vous si, dans 10 ans, vous auriez le même regard sur cette situation. Ça crée une distance salutaire qui nous donne la possibilité d'être plus flexible et de réfléchir de manière beaucoup plus créative. C'est essentiel. »

QUATRE LEÇONS DE LA NATURE

À la lumière de ces rappels, Ilios Kotsou s'inspire de la nature pour transmettre quatre leçons simples.

- 1 Favoriser une diversité de perspectives.** « Notre monde a besoin de diversité pour croître, grandir, s'épanouir et être résilients. » Chaque changement de perspective permet de voir une réalité multiple, comme un diamant, illustre-t-il.
- 2 Accueillir le changement.** « Les feuilles changent de couleur et tombent, on ne peut rien y faire. Tout change, c'est quand même une bonne nouvelle, non? Il faut accepter l'impermanence et ne pas y résister. »
- 3 Apprécier l'humilité.** « Les feuilles tombent et elles pourrissent. Et c'est parce que les feuilles pourrissent et qu'elles forment cet humus que la vie peut renaître. »
- 4 Reconnaître l'interdépendance.** Il cite le poète libanais Khalil Gibran : « En automne, je récoltai toutes mes peines et les enterrai dans mon jardin. Lorsque avril refleurit et que la terre et le printemps célébrèrent leurs noces, mon jardin fut jonché de fleurs splendides et exceptionnelles ».

En évoquant le philosophe Montaigne et son nonchaloir, Ilios Kotsou propose de se placer dans « une forme de nonchalance qui nous invite à être davantage avec le monde tel qu'il est que de vouloir être avec le monde tel qu'on voudrait qu'il soit ». Il conclut ainsi : « Pour nourrir le terreau incroyable de cette résilience qui est en chacune et chacun, il n'y a pas besoin de gourou, ni de psychologue, mais parfois simplement, d'y mettre une goutte de conscience, une goutte de lumière ».



LES PANELS INTERNATIONAUX

Un regard pluriel sur
les enjeux infirmiers

LE SAVOIR INFIRMIER : UN LEVIER D'INNOVATION AU SERVICE DES COLLECTIVITÉS



Clémence Dallaire



Sandro Echaquan



Jean Michel Gautier



Philippe Voyer

Animé par **Clémence Dallaire**, infirmière, Ph. D., professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval - Québec, CANADA
Panélistes **Sandro Échaquan**, infirmier praticien spécialisé, M. Sc. Inf., Centre de santé Masko-Siwin Manawan - Québec, CANADA
Jean Michel Gautier, infirmier anesthésiste, cadre de santé, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier - FRANCE
Philippe Voyer, infirmier, Ph. D., professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval - Québec, CANADA

Comment le savoir infirmier s'inscrit-il dans les approches innovantes au service des collectivités? Prenant appui sur des exemples concrets, trois infirmiers reconnus dans leur domaine d'expertise — soit le soulagement de la douleur, les soins communautaires et la sécurité culturelle, ainsi que les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie — ont discuté des avancées dans leur spécialité et de leurs impacts sur la santé populationnelle. Ayant à cœur l'amélioration des soins de santé, ils ont traité des défis liés à l'innovation, ainsi que des stratégies à déployer pour une mise en valeur de ces savoirs infirmiers. Le partage de leur expérience et de leur vision a permis à l'auditoire de saisir la force du savoir infirmier comme vecteur de changement et de progrès pour tendre vers une qualité de soins optimale.

OSER PENSER LES CHOSES AUTREMENT

L'innovation infirmière naît souvent d'un manque de réponses apportées à un besoin de santé d'un groupe de patients parfois laissé pour compte par le système de santé. La recherche infirmière et l'innovation prennent souvent, comme point de départ, le constat d'une problématique terrain à résoudre et le souci d'améliorer la qualité de vie de personnes, de familles ou des communautés, ont soulevé les panélistes. « Ce qui m'a poussé à m'engager (...), c'est de me rendre compte que l'on pouvait faire beaucoup plus pour soulager la douleur post-opératoire. Je côtoyais des personnes qui avaient été insuffisamment soulagées. Je me disais : *Ce n'est pas possible, il faut faire quelque chose pour nos patients!* », raconte Jean Michel Gautier, infirmier anesthésiste et cadre santé au Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, en France. Il rappelle que, dans les années 90,

la prise de conscience politique de la prise en charge de la douleur commençait à faire son chemin dans les hôpitaux français, mais qu'il y avait beaucoup de non-dits. « Il fallait oser et, pour cela, il fallait renforcer nos savoirs infirmiers. »



Fort d'une formation universitaire en gestion de la douleur, Jean Michel Gautier est devenu le référent de son établissement pour la mise en place de la formation et de l'accompagnement des infirmières dans la prise en charge de la douleur. Il s'est ensuite investi dans la Société française d'étude et de traitement de la douleur et, au fil des ans, a contribué à la transmission du savoir infirmier des professionnelles les plus expérimentées aux nouvelles générations via une formation maintenant reconnue par le ministère de la Santé. Pour obtenir le label Structure douleur chronique (SDC), les services doivent désormais avoir obligatoirement la présence d'infirmières formées.

« Mon parcours est parsemé de questions auxquelles je n'arrivais pas à trouver de réponses, ni dans la littérature scientifique, ni dans des volumes », raconte pour sa part Philippe Voyer, professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Alors qu'il était étudiant, l'observation qu'il a faite dans une résidence pour personnes âgées a orienté sa carrière et mené, plus tard, à la création de l'outil de détection des signes de délirium RADAR, déployé dans plusieurs pays et traduit en sept langues. « Je me souviens d'une dame qui frappait toujours à la porte de l'infirmier 45 minutes avant la distribution de médicaments. On donnait des sédatifs assez puissants et j'étais très préoccupé par ce qui m'apparaissait être une dépendance. » À l'époque, le sujet était peu ou pas exploré. Philippe Voyer s'est intéressé à la consommation de médicaments, dont les psychotropes, chez les personnes âgées.

Lors de sa pratique, il a été témoin d'importantes désorganisations de la pensée chez des personnes avec Alzheimer. Pouvaient-elles souffrir de délirium? « On me répondait que ça n'existait pas, qu'elles étaient juste plus mêlées. Ma première demande de subvention de recherche a porté sur le sujet. » Aujourd'hui, on sait que les personnes avec délirium ont des taux de mortalité de 10 à 15 % supérieur, et ont des durées de séjour hospitalier augmentées en moyenne de 19 jours, précise-t-il. « Le savoir infirmier, c'est poser des questions et être à l'affût des préoccupations sur le terrain. »

Chez Sandro Echaquan, le désir d'innover s'est présenté autrement, au contact de la communauté Atikamekw à Manawan, au Québec, où il a grandi. Infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne et responsable des soins infirmiers au Centre de santé Masko-Siwin, il a fait ses études loin de chez lui. À son retour, il se sentait riche de ses apprentissages cliniques, humains et scientifiques. « Malgré mon diplôme de maîtrise, j'avais toujours l'impression qu'il me manquait des savoirs. Je cheminais dans ma carrière et j'ai réalisé qu'il me manquait les savoirs autochtones, les savoirs ancestraux. Je me suis peu à peu intéressé à la sécurisation culturelle, aux valeurs autochtones et au savoir que l'infirmière doit développer pour mieux soigner les gens des Premières Nations. »

Sandro Echaquan a, par exemple, participé à l'élaboration du référentiel de compétences destiné aux infirmières évoluant auprès des Premières Nations. Il a aussi contribué à mettre sur pied le Centre de pédiatrie sociale Mihawoso au sein duquel les valeurs autochtones ont été intégrées. « Il faut considérer les contextes dans lesquels vivaient

les gens de notre communauté. Avec les pensionnats autochtones, plusieurs parents ont malheureusement perdu leurs habiletés parentales. » Avant-gardiste au Québec, il a implanté un service de télésanté. « Sans médecin sur place et en région éloignée, on mise ainsi sur le rôle élargi de l'infirmière, sur ses capacités, sur ses compétences. » Ainsi, les patientes, dont plusieurs accouchent prématurément, peuvent recevoir des soins à même leur communauté, auprès de leurs proches.



INNOVATION : DES CLÉS POUR RÉUSSIR

Innover est possible grâce à un travail assidu, à la persévérance et à « un amalgame de stratégies cohérentes » portées par un désir de voir des retombées, souligne Philippe Voyer. En recherche, il faut d'abord financer un projet et constituer une équipe de co-chercheurs intéressés. « Ça prend des partenaires clés sur le terrain parce qu'il y aura toujours de la résistance au changement. Il faut créer des liens dès le départ de sa carrière, les maintenir et faire en sorte qu'ils soient gagnants », indique le professeur.

Jean Michel Gautier insiste également sur l'importance des contacts. « Il faut profiter des belles rencontres, des gestionnaires et des patients. Il faut savoir saisir l'opportunité de faire un bout de chemin avec eux et évoluer dans le développement du savoir infirmier. »

Un projet peut être très prometteur, mais encore faut-il qu'il puisse s'inscrire dans la réalité sur le terrain, fait valoir Philippe Voyer. Tout au long de sa carrière, il s'est nourri des connaissances tacites des infirmières sur le terrain et de leurs préoccupations pour améliorer ses travaux. « Si les infirmières disent que c'est trop lourd au quotidien, que ça ne colle pas à leur réalité, ça crée une problématique d'implantation. Les gens n'adhéreront pas et les résidents ne pourront bénéficier des résultats de la recherche. »

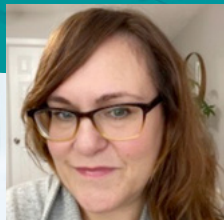
Sandro Echaquan avance que la curiosité et l'ouverture sont essentielles à l'innovation en soins infirmiers. « J'invite les gens à être curieux, ouverts, à aller chercher de nouvelles connaissances. J'invite les infirmières à venir à la rencontre des Premières Nations. » Pour tisser un lien de confiance avec les communautés autochtones, il faut s'intéresser à leur culture et leurs valeurs, plaide-t-il, mais aussi à leur histoire, à ce qu'ils ont vécu. En 2020,

le décès de Joyce Echaquan dans un hôpital de Joliette, dans Lanaudière au Québec, a permis une réflexion de société. La femme atikamekw de 37 ans est décédée dans un contexte de racisme. L'infirmier a participé à l'élaboration du Principe de Joyce qui « vise à garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle ». Tout n'est pas gagné, mais plusieurs organisations s'engagent désormais vers cette équité, se réjouit-il.

« Il faut oser mettre le pied dans la porte pour qu'on nous l'ouvre. Il faut oser inventer pour développer sa profession », souligne Jean Michel Gautier. Et, pour innover, les panélistes sont unanimes : il faut croire à la force du savoir infirmier pour améliorer la santé des personnes et des communautés.



PÉNURIE MONDIALE INFIRMIÈRE : DES SOLUTIONS À GÉOMÉTRIE VARIABLE POUR DES ENJEUX UNIVERSELS



Michelle Lalonde



Renée Descôteaux



François Giraud-Rochon



Isabelle Lehn



Rima Sassine Kazan



Linda Silas

Animé par **Michelle Lalonde**, infirmière, MN, Ph. D., professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa et chercheure, Institut du Savoir Montfort, Hôpital Montfort - Ontario, CANADA

Panélistes **Renée Descôteaux**, infirmière, M. Sc. Inf., directrice des soins infirmiers, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, directrice associée, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et membre du groupe de travail national sur les effectifs infirmiers - Québec, CANADA

François Giraud-Rochon, infirmier anesthésiste, cadre de santé, directeur des soins, Hôpital du Pays Salonais - FRANCE

Isabelle Lehn, infirmière, MScN, directrice des soins, Centre hospitalier universitaire vaudois - SUISSE

Rima Sassine Kazan, infirmière, Ph. D., présidente, Ordre des infirmier/es au Liban et doyenne, Faculté des sciences infirmières de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth - LIBAN

Linda Silas, infirmière (immatriculée), B. Sc. Inf., présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers et membre du groupe de travail : Investir dans la main-d'œuvre en soins infirmiers Canada après la pandémie : appel à l'action - CANADA

La crise internationale de main-d'œuvre frappe de plein fouet les systèmes de santé. La pénurie d'infirmières et d'infirmiers, tant quantitative que qualitative, est criante à l'échelle mondiale et engendre de graves conséquences sur l'accès aux services, la qualité des soins et la sécurité des patients. Dans ce contexte difficile, marqué par la surcharge de travail et le manque de reconnaissance, comment attirer et retenir les infirmiers et infirmières? Les panélistes exposent les défis et proposent des pistes de réflexion.

LA RÉTENTION, UN ÉNORME ENJEU

« Au Canada, les dernières études montrent qu'une infirmière ou un infirmier sur deux songe à changer d'emploi, alors qu'on a déjà 40 000 postes vacants, indique Linda Silas, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII). Dans tous les établissements de santé, il y a un manque de personnel d'environ 17 % et cette proportion grimpe à 35 % en soins infirmiers. Nous avons une crise, je n'ai jamais vu une telle situation au Canada. »

En Suisse francophone, la pénurie se vit également au quotidien malgré un important bassin de diplômés. Depuis l'instauration du bachelor (baccalauréat ou licence) comme porte d'entrée à la profession, on a vu une arrivée massive de jeunes dans les hautes écoles

de santé, souligne Isabelle Lehn, directrice des soins au Centre hospitalier universitaire vaudois. On peine néanmoins à retenir les infirmières. L'Observatoire suisse de la santé prédit qu'en 2040, le pays accusera un manque de 40 000 infirmières et infirmiers. « On peut former plein de monde, mais si on ne les retient pas dans la profession, c'est comme une baignoire sans fond où l'eau coule. »

Au Liban, on parle même d'exode de personnel qualifié. Nombre d'infirmières quittent le pays, en quête de meilleures conditions. Plus de 2500 d'entre elles sont parties en bloc après l'explosion du 4 août 2020 dans le port de Beyrouth. « La majorité d'entre elles sont parties vers les pays du Golfe, en Europe et en Amérique du Nord. Ces infirmières ont de l'expérience et de l'expertise », déplore Rima Sassine Kazan, présidente de l'Ordre des infirmier/es au Liban. Si le pays peut compter sur 2000 diplômés chaque année, leur départ en masse engendre une surcharge pour les personnes qui restent, précise-t-elle. La formation infirmière est vue comme un « passeport pour l'étranger ».



En France, la pénurie infirmière est plutôt sectorielle, avance François Giraud-Rochon, directeur des soins à l'Hôpital du Pays Salonais, en Provence. « On a une pénurie à la fois quantitative et qualitative, du moins dans les hôpitaux publics. On estime à 10 % les postes d'infirmiers et infirmières qui sont vacants. Ils fuient l'hôpital public. Ils ne se retrouvent plus dans ce métier, ils souffrent et ils quittent. » Ainsi, les infirmières et infirmiers, que l'on forme en grand nombre, se tournent de plus en plus vers le privé où ils ouvrent des cabinets indépendants. « Dans certains secteurs ou certaines zones, il y a une surabondance de ces infirmiers qui ont délaissé l'hôpital. »

Au Québec, jamais il n'y a eu autant d'inscriptions (obligatoires) à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. « On a une importante force de travail, mais on vit des difficultés au quotidien dans la majorité des établissements », dit Renée Descôteaux, directrice des soins infirmiers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Le problème relève en partie de l'existence de deux parcours de formation. « Le baccalauréat n'est pas une exigence, alors cela génère un déficit de connaissances. C'est un enjeu, d'autant plus que la population vieillissante présente des besoins de plus en plus complexes. Le potentiel de soigner n'est pas toujours au rendez-vous. Nos troupes sont jeunes, la majorité des infirmières de nos équipes ont moins de trois ans d'expérience. »

COVID-19 : UNE TUILE DE PLUS

Partout, la pandémie de COVID-19 est venue exacerber les enjeux de manque d'effectif infirmier. « En ce moment, le personnel est fatigué et les nouvelles personnes qui arrivent sont jeunes, elles sortent de l'école. Donc, il faut les accompagner très fortement. Avec cette charge de travail alourdie, on n'arrive pas à remplacer les personnes qui s'absentent même si on a une équipe volante », expose Isabelle Lehn. Le portrait est semblable au CHUM. « Régulièrement, nos équipes commencent leur quart de travail avec 20 à 25 % de moins d'effectifs que ce qui était prévu au plan de travail », rapporte Renée Descôteaux. François Giraud-Rochon parle d'une pénurie subjective « par rapport à la charge en soins qui est considérable et parce que la COVID-19 a majoré des situations préexistantes ».

DOULOUREUSE PERTE DE SENS

En contexte de pénurie, le personnel infirmier n'a d'autre choix que de délaissé certaines interventions afin d'assurer une continuité de soins. Cela ne se fait pas sans heurts. « Les infirmières ne supportent pas de ne pas faire tout ce qui leur semble important pour les patients, note Isabelle Lehn. Le ressenti émotionnel est très important et on le comprend bien. » Renée Descôteaux abonde dans le même sens. « En période de pénurie, c'est le volet autonome de la profession qui saute alors que c'est notre raison d'être, c'est ce qui fait notre plus-value. »

En raison des conditions de travail difficiles, plusieurs infirmières et infirmiers canadiens optent pour un poste à temps partiel, amplifiant la crise. Dans la province de l'Alberta, à peine 36 % des infirmières et infirmiers travaillent à temps plein. Une infirmière sur trois au Canada a besoin d'aide clinique en santé mentale, selon Linda Silas de la FCIIS. « Nos conditions de travail doivent changer. Quand une infirmière finit son travail et qu'elle a l'impression de ne pas avoir fait un bon job, de ne pas avoir donné les soins appropriés, elle ne va assurément pas bien. »

La prévalence de burn-out chez les infirmières libanaises est d'ailleurs préoccupante (70 %), selon Rima Sassine Kazan. L'ordre offrira des séances de formation pour promouvoir une bonne santé mentale et aider les infirmières à mieux vivre la surcharge, en attendant une solution durable. Pour les retenir, il faut mettre de l'avant des possibilités de développement de carrière. « L'infirmière doit savoir qu'elle peut avoir une promotion, qu'elle peut évoluer dans son poste », explique Rima Sassine Kazan. Mais, d'abord, elle propose de mieux préparer les recrues au terrain et de les familiariser à la pratique infirmière dès leurs études. « Pourquoi ne pas commencer la transition durant la formation pour que les futures diplômées sachent à quoi s'attendre et ainsi éviter le choc de la réalité? »

VALORISER LE RÔLE INFIRMIER, L'AUTONOMIE ET L'EXPÉRIENCE

On ne peut approcher le problème de pénurie avec un modèle mathématique, soutient Renée Descôteaux. Une réponse positive et novatrice s'impose. « La clé de voûte, c'est le sens. Nous, comme leaders, accompagnateurs, gestionnaires ou formateurs, il faut travailler sur le sens,





la plus-value du rôle infirmier. » Selon une étude menée au CHUM, les infirmières ne font que 50 % de leur étendue de pratique et encore moins en contexte de COVID-19.

Pour arriver à retenir les infirmières et redonner du sens à leur travail, il importe de les inclure dans la discussion, de les écouter et de tenir compte de leurs priorités. « On doit faire de la place aux échanges dans les équipes. Les infirmières ont beaucoup de solutions. Les jeunes veulent des responsabilités, participer au développement et aux innovations. Il faut soigner cette transition », soutient Isabelle Lehn. Des horaires plus souples et des crèches à même l'hôpital, ouvertes 7 jours sur 7, sont des souhaits récurrents. « Les jeunes ne cherchent qu'une chose, c'est de concilier leur vie personnelle et leur vie professionnelle », confirme François Giraud-Rochon.

Chaque employeur devrait être en compétition pour offrir les meilleures conditions, avance Linda Silas. Parmi ses suggestions pêle-mêle : augmenter la visibilité des bons leaders, améliorer le ratio infirmière-patients, abolir le temps supplémentaire obligatoire (au Québec), offrir aux infirmières la possibilité de choisir leur horaire, valoriser l'expérience des infirmières en poste depuis plusieurs années et les appuyer dans la prise de parole publique.

La marque employeur est importante, renchérit François Giraud-Rochon. « Cela permet à un établissement d'être attractif, à son personnel de s'y identifier. Cela donne du sens. Toutefois, il faut éviter de se faire concurrence sur un même territoire. » Renée Descôteaux évoque l'idée de Magnet hospitals. « Les hôpitaux des grands centres américains qu'on a tous en admiration sont des Magnet hospitals. C'est un modèle composé de cinq dimensions

et quatorze comportements attendus, qui vient prescrire la pratique infirmière. Sans chercher une certification, je pense qu'il faudrait s'inspirer de cette littérature. C'est un rappel de choses que l'on connaît et qu'on a peut-être escamotées. »

Selon les panélistes, la formation continue pour augmenter les compétences infirmières, le plein exercice de la pratique infirmière, l'introduction de nouveaux rôles et la collaboration interdisciplinaire sont autant d'options gagnantes. Pour arriver à freiner la pénurie mondiale, il faudra penser autrement et oser de nouvelles façons de faire, précise Renée Descôteaux. « On a le privilège d'être invités dans la vie privée des patients et de leur famille, c'est extraordinaire. Il faut faire en sorte que ça redevienne extraordinaire. »

ENJEU ÉTHIQUE ET IMMIGRATION

Les solutions mises de l'avant pour freiner la pénurie infirmière mondiale doivent être multifocales et dans le respect de l'équilibre mondial, ont statué les panélistes. Ainsi, les pays doivent éviter le plus possible de capitaliser sur l'immigration. L'exode infirmier du Sud vers le Nord constitue un enjeu éthique dont on doit se soucier. « C'est une option à court terme, mais ce n'est pas une solution durable, souligne Isabelle Lehn. On a toutefois avantage à travailler tous ensemble, à collaborer, à faire des échanges, pour bénéficier de la richesse de nos différences. Le SIDIEF peut nous aider à le faire. »

SORTIR DE LA BOÎTE : L'EXEMPLE DU CHUM

Pendant la pandémie, les équipes infirmières étaient tellement sous tension à l'unité de gériatrie que « les patients ne marchaient plus, ils se déconditionnaient et la durée de séjour allongeait ». Renée Descôteaux a réuni ses équipes afin de trouver une solution. « On s'en allait vers une catastrophe. Que pouvait-on faire de différent? » La solution, simple et originale, a été d'embaucher des étudiants en physiothérapie et en ergothérapie pour assurer un programme d'aide à la marche. « Plusieurs idées du genre devraient être mises de l'avant pour libérer les infirmières qui pourront ainsi retrouver la valeur réelle de leur travail. »



10 ANS APRÈS LA DÉCLARATION DE GENÈVE, OÙ EN SOMMES-NOUS?



Gyslaine Desrosiers



Isabelle Bayle



Jacques Chapuis



Luc Mathieu



Jacinthe Pepin

Animé par **Gyslaine Desrosiers**, infirmière, MBA, ASC, Dr *hc*, ex-présidente-fondatrice du SIDIIEF

Panélistes **Isabelle Bayle**, infirmière, Ph. D. (Sc. Éd.), directeur des soins, vice-présidente de la recherche et de l'innovation, Comité d'entente pour les formations infirmières et cadres (CEFIEC) - FRANCE

Jacques Chapuis, infirmier, M. Sc., ex-directeur, Institut & Haute Ecole de la Santé La Source - SUISSE

Luc Mathieu, infirmier, DBA, président, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - CANADA

Jacinthe Pepin, infirmière, Ph. D., présidente, Conseil consultatif sur la formation infirmière, SIDIIEF

Dix ans après l'énoncé de position du SIDIIEF, soutenu et ratifié à Genève en 2012, en faveur du rehaussement de la formation initiale infirmière au niveau universitaire et au développement de la discipline infirmière au 2^e et 3^e cycle, l'universitarisation rencontre plusieurs enjeux dans les pays de la francophonie. Comment ainsi, penser la formation infirmière et préparer les leaders en soins de demain?

Des centaines d'organismes à travers le monde ont soutenu la déclaration du SIDIIEF qui faisait écho à son mémoire intitulé : *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé* (2011). Ils ont demandé la poursuite des efforts pour en assurer la réalisation au terme de 2020. Malgré cette mobilisation, les avancées et les défis varient considérablement d'un pays à l'autre, ont exposé les panélistes invités.

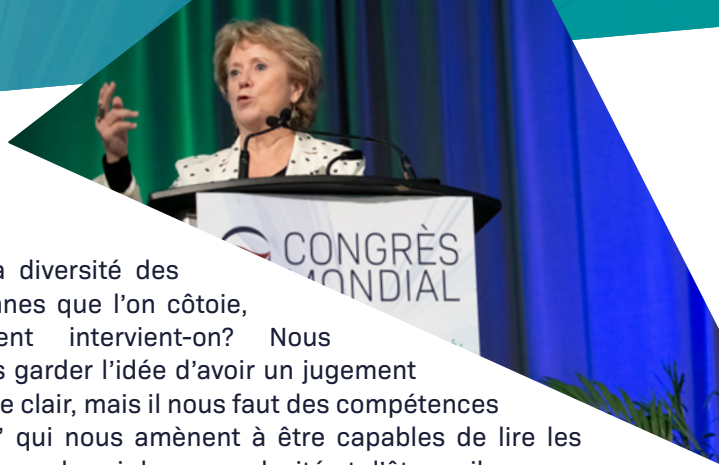
L'UNIVERSITÉ COMME FORMATION INITIALE : MAINTENIR LES PRESSIONS

En France, le processus d'universitarisation s'est amorcé en 2009, avec l'accord de Bologne, qui a initié le LMD (licence-master-doctorat) avec l'objectif d'uniformiser la formation infirmière à travers l'Europe. Certaines formations spécialisées (master) ont depuis vu le jour en sol français : infirmière anesthésiste (2012), infirmière en bloc opératoire (2022) et infirmière puéricultrice (en pédiatrie). « Un des enjeux que nous avons, c'est d'asseoir l'émergence d'un corps professoral. Nous n'avons pas encore la totalité du parcours, avec le doctorat, même si on avance sur ce dispositif », exprime Isabelle Bayle, vice-présidente du Comité d'entente pour



la formation des infirmières et cadres en France. La qualification du corps professoral (majoritairement doté d'une licence) fait ainsi obstacle à la consolidation de l'universitarisation, tout comme l'appellation des départements ou leur affiliation. « En France, les universités sont indépendantes, les acteurs sont différents et chacun dans son territoire est en train de construire de très belles choses. Mais les départements en sciences infirmières ont différents noms, dont département en santé, alors que la terminologie est très importante parce que le nom n'a pas le même impact sociétal. »

Au Québec, 52 % des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ont un diplôme de 1^{er} cycle universitaire et le cursus de 2^e et de 3^e cycle universitaire en sciences infirmières est bien installé. « Le principal enjeu demeure la coexistence de formations parallèles qui permettent d'accéder au permis de pratique au Québec, indique Luc Mathieu, président de l'OIIQ. Le parcours collégial propose une formation technique beaucoup



plus procédurale et ne couvre pas plusieurs domaines de connaissances demandées et attendues dans les établissements de santé, tels que les soins intensifs, l'urgence, la traumatologie, les soins à domicile, la gestion d'une équipe de soins, etc. »

L'examen qui donne accès au permis de pratique n'évalue que les connaissances abordées dans le programme collégial, déplore Luc Mathieu. L'OIIQ a plusieurs fois demandé un rehaussement et continue de faire des représentations politiques, fort de l'appui d'associations professionnelles d'infirmières et infirmiers. « Le Québec est la seule province canadienne qui n'impose pas la formation universitaire comme condition de pratique », a rappelé l'animatrice Gyslaine Desrosiers, co-fondatrice et ancienne présidente du SIDIIEF.

En Suisse, le processus d'universitarisation en trois cycles s'est mis en place « d'une manière assez foudroyante et très rapide, sous l'impulsion des personnels politiques qui ont voulu que ce soit une bascule complète, immédiate et définitive », affirme Jacques Chapuis, ex-directeur de l'Institut & Haute Ecole de la Santé La Source. Le processus s'est déployé en trois temps : 2002 (1^{er} cycle), 2007 (3^e cycle) et 2009 (2^e cycle). L'enjeu en Suisse francophone réside, tout comme au Québec, dans la cohabitation de la formation universitaire et des écoles supérieures.

Devant la pénurie de personnel infirmier, il y a cette volonté politique de privilégier une formation plus courte pour avoir accès à un grand nombre de soignants plus rapidement. « Il y a une cécité chez les personnels politiques qui les empêche de voir qu'au moment où nous avons universitarisé la formation, nous avons plus que doublé les effectifs. Avoir plus de soignants formés n'est pourtant pas la solution. L'enjeu, c'est de maintenir les infirmières en emploi, de travailler sur leurs conditions de travail », souligne Jacques Chapuis.

ENSEIGNER DE NOUVELLES COMPÉTENCES DANS UN MONDE EN CHANGEMENT

Le rehaussement de la formation initiale est long et laborieux dans plusieurs pays, confirme Jacinthe Pepin, présidente du Conseil consultatif sur la formation infirmière du SIDIIEF. Elle se réjouit néanmoins de l'engouement envers la pratique avancée qui s'installe partout, y compris en Afrique du Nord et en Afrique subsaharienne. « L'enjeu est d'offrir une formation de qualité et de préparer les étudiants dès maintenant aux nouvelles compétences, par exemple, de responsabilité sociale. Face à tous les enjeux environnementaux, à la mobilité des populations

et à la diversité des personnes que l'on côtoie, comment intervient-on? Nous devons garder l'idée d'avoir un jugement clinique clair, mais il nous faut des compétences "méta" qui nous amènent à être capables de lire les situations, de voir leur complexité et d'être agiles. »

Jacques Chapuis renchérit. « On doit donner une boîte à outils aux jeunes diplômés pour les préparer à s'adapter aujourd'hui, demain et après-demain, c'est-à-dire une capacité réflexive pour analyser les situations, pour faire évoluer les pratiques et avoir la curiosité et la gymnastique intellectuelle qui permet de s'adapter en permanence. »

Jacinthe Pepin insiste ainsi sur l'importance de proposer une formation universitaire solide et d'avoir une certaine uniformité dans la francophonie, tout en s'assurant que la formation réponde aux besoins de santé de chaque population. « Nos stratégies d'enseignement doivent être revues pour que les diplômés se sentent et soient compétents dans une visée d'apprentissage durable. » Le conseil consultatif sur la formation, tout comme l'ensemble de la profession, réfléchit aux spécialisations possibles de la discipline.

Au Québec, l'emphase a été mise sur la formation d'infirmières praticiennes spécialisées afin de pallier la pénurie de médecins et de relever le défi des maladies chroniques en prévalence dans une population vieillissante. Cependant, on ne doit pas sous-estimer l'importance de former des infirmières cliniciennes spécialisées⁶ qui offrent un soutien apprécié dans les milieux, souligne Luc Mathieu.

Dans un système de santé sous pression, les infirmières ne peuvent avoir toutes les compétences. Une réflexion s'impose sur les compétences exclusives souhaitées et les lieux où la présence des infirmières est pertinente. « Il y aurait un recentrage à faire en complémentarité avec les infirmières auxiliaires, ou aides-soignants, à qui certains gestes plus procéduraux pourraient être délégués », suggère Luc Mathieu. Dans le même ordre d'idées, Jacques Chapuis propose le transfert à des secrétaires des tâches administratives actuellement effectuées par les infirmières à la demande des médecins. « Le manque de personnel et le manque de financement va obligatoirement nous amener à restreindre nos soins et à nous concentrer sur les soins essentiels que nous pouvons et souhaitons prodiguer », précise-t-il.

⁶ La publication du SIDIIEF *La pratique infirmière avancée - Vers un consensus au sein de la francophonie (2018)* permet de comprendre le rôle distinct entre infirmière praticienne et infirmière clinicienne.



S'APPROPRIER L'EXPERTISE ET PRÉPARER LES LEADERS DE DEMAIN

Au Québec, le contexte de pénurie fait en sorte que des postes, généralement destinés à des diplômés universitaires, sont parfois octroyés à des infirmières ou infirmiers de parcours collégial (ou supérieur), soulève-t-on dans la salle. Quelle est donc la valeur ajoutée des études universitaires? « On parle d'expertise professionnelle, mais les infirmières elles-mêmes hésitent à se décrire comme expertes, même lorsqu'elles sont diplômées de l'université, répond Gyslaine Desrosiers. Elles ont de la difficulté à s'installer dans la pratique et, donc, à être vues comme expertes. La valorisation du parcours universitaire ne résiderait-elle pas dans l'appropriation du terme d'expert? La formation infirmière prépare-t-elle les diplômés à devenir des leaders, des agents de changement aptes à évoluer dans nos sociétés? »

Jacques Chapuis préfère désigner les diplômés comme des « graines d'experts » pour éviter de faire peser sur leurs épaules une pression inutile à l'entrée dans la profession. Il précise : « Pour préparer des leaders, il faut d'abord que la profession se montre leader, qu'elle ait un discours de leader, qu'elle forme autrement pour changer les représentations sociales de la profession et sortir du modèle dominant-dominé. » Il faut préparer les diplômés aux enjeux de littératie, à l'innovation, à l'intelligence artificielle, etc.

Selon Luc Mathieu, il importe de bien accompagner les jeunes infirmières et infirmiers qui arrivent dans les établissements de santé. « On devrait les suivre de près, les accompagner non seulement au début de carrière,

mais leur faire un plan de développement professionnel continu pour en faire des apprenants à vie. Les connaissances évoluent beaucoup et ça fait partie de la mission des programmes universitaires de les inscrire dans ce cheminement. »

« La formation est toujours en mouvance pour former les leaders de demain et affirmer notre autorité professionnelle », résume Jacinthe Pepin. Isabelle Bayle croit qu'il faut avant tout faire un pas de côté et valoriser la profession. « Collectivement, ne faut-il pas fédérer nos innovations, nos idées, valoriser nos initiatives et oser prendre la parole sur la scène publique afin de construire le monde des soins de demain? »



LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE : VECTEUR DE PROGRÈS



Martine Lagacé



Odette Doyon



Odette Mwamba-Banza



Suzanne Robichaud



Andrea Serena

Animé par **Martine Lagacé**, vice-rectrice associée pour la promotion et le développement de la recherche, Cabinet du vice-rectorat à la recherche et à l'innovation, Université d'Ottawa - Ontario, CANADA

Panélistes **Odette Doyon**, infirmière, M. Éd. (Andragogie), Ph. D. (Sciences biomédicales), professeure émérite, Université du Québec à Trois-Rivières, professeure invitée, IUFRS-Université de Lausanne (Suisse) et formatrice et consultante en soins infirmiers - Québec, CANADA

Odette Mwamba-Banza, infirmière, L. Sc. Inf., M. (Santé publique), députée nationale et ancienne directrice des soins, Clinique Ngaliema - RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Suzanne Robichaud, infirmière, B. Sc., ex-vice-présidente des services cliniques et chef de la pratique infirmière, Hôpital Montfort - Ontario, CANADA

Andrea Serena, infirmier, M. Sc. Inf., IPS, Ph. D. (soins aux adultes), infirmier praticien spécialisé en oncologie, chargé de projet pour le développement du rôle d'IPS, Centre hospitalier universitaire vaudois - SUISSE

Fortes d'une solide formation, les infirmières de pratique avancée (IPA) jouent un rôle majeur pour assurer à la population des soins de qualité, à la fine pointe des avancées scientifiques. L'expérience montre qu'au-delà d'une réponse aux déserts médicaux, elles sont des professionnelles aguerries et incontournables pour les systèmes de santé. Si leurs rôles sont en essor partout dans le monde, les défis sont néanmoins nombreux à leur déploiement. Comment doit-on penser l'évolution et les orientations futures de la pratique infirmière avancée? Des experts mondiaux y réfléchissent.

LES DÉFIS ET ENJEUX DE LA FORMATION PIA

« La formation en pratique infirmière avancée (PIA) ne doit pas être centrée seulement sur des orientations cliniques, mais doit aussi développer et renforcer les compétences propres de l'infirmière en pratique avancée, comme la consultation, la guidance, le coaching et la recherche, pour être en mesure de pouvoir utiliser les savoirs théoriques que la science nous donne », déclare d'entrée de jeu Odette Doyon, professeure émérite au département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Selon elle, il importe avant tout de développer la capacité à intégrer le savoir scientifique pour faire évoluer les pratiques. « L'infirmière en pratique avancée doit non seulement être capable d'utiliser de façon critique les



connaissances qui découlent de la recherche, mais également faire remonter vers les chercheurs et les experts cliniques les données qui émanent du terrain afin d'orienter les axes de recherche, pour améliorer les savoirs infirmiers. Il ne s'agit pas simplement de faire l'extension des spécialités qui existent déjà, mais de s'engager dans un domaine de formation qui est de niveau supérieur. »

Dans les régions du monde où l'infirmière est souvent l'unique ressource en santé, celle-ci peut être appelée à poser des actes de pratique avancée afin de combler l'absence de médecins. En République démocratique du Congo, où la terminologie pratique infirmière avancée est inexistante, plusieurs infirmières reçoivent néanmoins

une formation spécialisée, par exemple en anesthésie et réanimation, et en neuropsychiatrie, mais aussi en orientation hospitalière, souligne Odette Mwamba-Banza, anciennement directrice des soins de la Clinique Ngaliema de Kinshasa et aujourd'hui députée nationale en République démocratique du Congo.

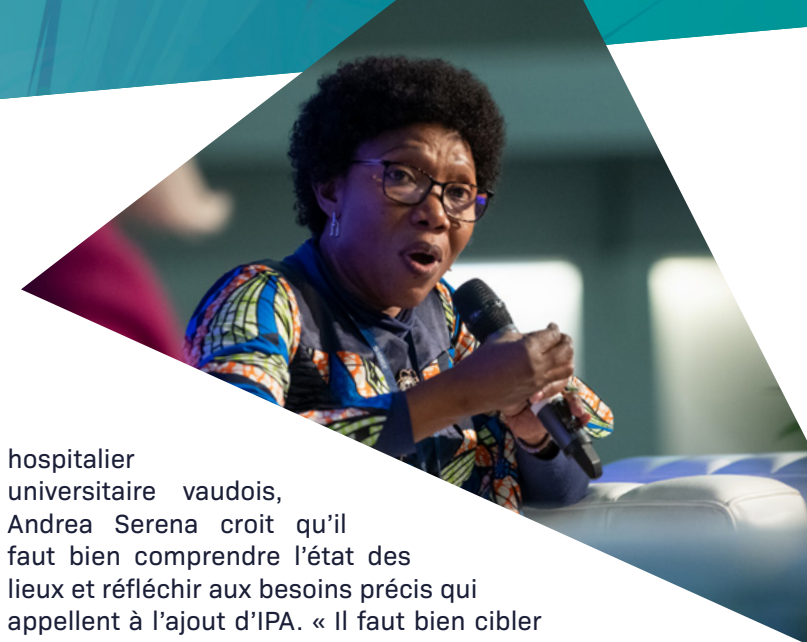
« Sur le terrain, vous trouverez ces infirmiers formés dans le but de remplacer le médecin, parce qu'on n'a pas de médecin dans tout le pays. Il a fallu qu'on puisse trouver un tremplin et, ce tremplin, ce sont ces infirmiers spécialistes qui sont déployés sur l'ensemble du pays et qui ont effectivement contribué à la réduction de la mortalité liée à certaines maladies. Le rôle que jouent ces infirmiers est semblable à celui que joue un infirmier de pratique avancée. »

DÉPLOIEMENT DE LA PIA DANS LES MILIEUX CLINIQUES : QUEL RÔLE A LA DIRECTION?

« La mission première d'une direction des soins est de permettre aux soignants de soigner et d'actualiser leurs pratiques. L'autre mission concerne cet esprit entrepreneurial. Il faut démontrer qu'il y a retour sur investissement », indique par conférence vidéo Mario Desmedt, directeur des soins à la Fondation Asile des Aveugles, à Lausanne. Une façon d'y parvenir est d'introduire un projet de pratique infirmière avancée. « On doit bien choisir les candidats, la thématique, le périmètre, et on en parle, afin de faire rayonner le projet, l'équipe et l'institution. » Les pratiques désuètes sont coûteuses, souligne-t-il.

Parce que le financement est le nerf de la guerre, il faut influencer et convaincre. « Comme gestionnaire, c'est ma responsabilité de comprendre les bienfaits de l'infirmière en pratique avancée, dit Suzanne Robichaud, chef de la pratique infirmière à l'Hôpital Montfort, en Ontario. On sait qu'il y a des faits probants qui démontrent que l'infirmière a un impact direct sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Je dois comprendre comment développer un plan d'affaires, influencer les décideurs et les planificateurs de soins pour augmenter le nombre d'infirmières en pratique avancée et promouvoir leur rôle. »

Suzanne Robichaud a fait partie d'un groupe d'experts pour développer des stratégies et promouvoir la PIA en Ontario, avec succès. « Quelque 225 infirmières praticiennes vont être déployées dans les soins de longue durée. Si on est bien organisé et structuré si l'on comprend l'aspect politique et qu'on utilise notre leadership, on peut faire la différence. » Infirmier en pratique avancé au Centre



hospitalier universitaire vaudois, Andrea Serena croit qu'il faut bien comprendre l'état des lieux et réfléchir aux besoins précis qui appellent à l'ajout d'IPA. « Il faut bien cibler les besoins, les exprimer et faire du sens afin de convaincre les médecins et les décideurs. »

La volonté institutionnelle doit être présente et inébranlable, soutient Odette Doyon. « Si la gouvernance ne croit pas au projet ou a des doutes, ça ne peut pas fonctionner. Au sein des conseils, les directeurs de soins doivent faire valoir que, depuis 40 ans, il y a une littérature scientifique qui démontre la plus-value des infirmières en pratique avancée. »

LA PIA : POUR UNE PLUS GRANDE ACCESSIBILITÉ DES SOINS

Infirmière praticienne spécialisée et professeure au département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Rimouski, Julie Poirier pense que l'IPA, grâce à « son approche de promotion de la santé centrée sur la personne et les besoins populationnels », peut être une solution aux problèmes d'accessibilité aux soins dans les pays occidentaux. L'infirmière en pratique avancée a sa place auprès des clientèles défavorisées, comme les personnes âgées à domicile ou en centre d'hébergement, et peut contribuer à éviter le phénomène des portes tournantes. En prodiguant les soins appropriés et précis au bon moment, avant la détérioration de la condition, elle peut réduire le nombre d'hospitalisations, confirme Odette Doyon.

Néanmoins, l'infirmière en pratique avancée ne peut être l'unique solution aux problèmes de pénurie de main-d'œuvre, fait valoir Suzanne Robichaud. « Chaque intervenant a sa place dans une approche multidisciplinaire auprès du patient. » L'étendue de pratique, soumise à une loi, doit rester dans le domaine infirmier, précise Andrea Serena.

À ce jour, le mode de prestation de soins ne semble pas être la stratégie adéquate pour répondre aux besoins de santé liés à l'augmentation des maladies non transmissibles,



tel que le recommande l'OMS dans son plan de développement durable. Or, ces problèmes de santé, soit l'obésité, l'hypertension artérielle ou le tabagisme, sont sensibles au suivi infirmier, souligne Odette Doyon. « La PIA peut contribuer à leur contrôle en changeant le mode de prestation de soins. À la prescription de médicaments, on ajoute l'intervention infirmière qui permet aux patients de s'approprier l'autogestion de leur santé. »

Dans les situations de crise, l'apport de l'IPA peut être déterminant. Suzanne Robichaud estime que, s'il y avait eu davantage d'infirmières en pratique avancée en soins de longue durée durant la pandémie de COVID-19, plusieurs vies auraient pu être sauvées. « Je suis allée prêter main forte et j'ai constaté qu'il n'y avait aucune expertise en contrôle des infections. Si on avait eu des IPA, ça aurait été très différent. »

Plus il y aura d'IPA, plus l'effet d'émulation se fera sentir, notamment auprès des infirmières novices qui voudront elles aussi aller au bout de leur champ de pratique. « Il ne faut pas attendre une autre catastrophe pour constater à quel point les soins infirmiers sont importants », dit Odette Doyon.

QUELLES SONT LES CLÉS POUR UNE COLLABORATION EFFICACE ENTRE IPA ET MÉDECINS?

« Pour soigner un patient de façon maximale, il faut connaître le rôle et le champ de pratique de chacun, affirme John Joannis, médecin à l'Hôpital Montfort. L'idée n'est pas de se remplacer l'un et l'autre. L'infirmière praticienne arrive avec une expertise particulière et un background de nursing que le médecin n'a pas. » Une communication bidirectionnelle, une ouverture et une confiance permettent de bâtir une collaboration solide.

Suzanne Robichaud ajoute que, comme gestionnaire, il faut trouver un « champion médecin » dans les organisations, qui valorise la pratique infirmière, et l'inviter à ajouter sa voix pour faire la promotion de l'IPA et ainsi « influencer le développement de la pratique ».

Comme l'implantation de la PIA est récente, la confiance est primordiale, confirme Andrea Serena. « Pour que les médecins aient confiance, on doit avoir une bonne formation, se mettre continuellement à jour et être capable d'assumer ce qu'on dit qu'on est capable de faire. Oui, il y a des articles scientifiques qui démontrent notre pertinence, mais dans la vraie vie, qu'en est-il? »

Dans certaines régions du monde, comme en République démocratique du Congo, des infirmières possèdent des acquis expérimentiels qui s'apparentent à la PIA. La diplomation doit cependant prévaloir, indique Odette Doyon. « Dans les sociétés professionnalisées, la reconnaissance de l'expertise et des professions passe par la diplomation. Au-delà de la prise en charge des patients de soins directs, on doit considérer tout le raisonnement clinique, tout le diagnostic qui peut être complexe. » Les IPA ne peuvent se proclamer expertes sans être reconnues par les autres professionnels de la santé, poursuit-elle. « Ces connaissances et compétences doivent être appuyées par la recherche, par la formation scientifique. »

Mais, que faire des infirmières qui, au fil des ans, ont développé une pratique avancée sans avoir décroché de diplôme de 2^e cycle? La question est lancée. « Qu'est-ce qui empêcherait la communauté infirmière internationale de déclarer que les acquis expérimentiels pourraient être reconnus, à l'image de ce qui a été fait pour les sages-femmes au Québec? » Encore faut-il que la structure de validation soit adéquate, répond Odette Doyon. « Il faut voir si, derrière les décisions prises, il y a un rationnel scientifique protecteur concernant la sécurité du patient. »

Pour faire avancer la pratique infirmière avancée et faire tomber les barrières, les infirmières doivent faire front commun, peu importe les titres et les diplômes, soutient Christine Laliberté, présidente de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. « Il faut se serrer les coudes et avancer ensemble. C'est ainsi que nous ferons évoluer la profession. »

QU'EST-CE QUE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE?

« La pratique infirmière avancée désigne une pratique clinique centrée sur la personne, sa famille et sa communauté basée sur : des preuves scientifiques; un savoir infirmier approfondi et un jugement clinique expert développés au cours d'études de 2^e cycle universitaire; des compétences en leadership pour conduire des améliorations de la qualité, de la sécurité et de la performance des soins; une pratique aussi basée sur des compétences avérées : en collaboration et partenariat intra- et interprofessionnels, en recherche, en consultation-coaching et en réflexion éthique. Cette pratique fait l'objet d'une reconnaissance spécifique selon le pays dans lequel elle s'implante et évolue. »

Dans la pratique infirmière avancée, on compte deux rôles distincts : l'infirmière clinicienne de pratique avancée et l'infirmière praticienne. La différence majeure réside dans le fait que les infirmières cliniciennes de pratique avancée exercent un plus grand rôle dans le développement de la pratique infirmière basée sur des preuves, alors que les infirmières praticiennes sont plus orientées vers la prestation de soins, laquelle prestation inclut maintenant des activités cliniques partagées qui étaient auparavant exclusives aux médecins.

Tiré de SIDIIEF, *La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie* (2018)



L'ASSURANCE-QUALITÉ DE LA FORMATION EN SCIENCES INFIRMIÈRES : UN LEVIER POUR L'ÉVOLUTION DES SOINS



- Animé par** **Jacinthe Pepin**, infirmière, Ph. D., présidente du Conseil consultatif sur la formation infirmière et professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal – Québec, CANADA
- Présentatrice** **Caroline Larue**, infirmière, Ph. D., directrice, Centre d'innovation en formation infirmière et apprentissage professionnel et professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal – Québec, CANADA
- Panélistes** **Marielle Boissart**, infirmière, Ph. D. (Sc. Éd.), vice-présidente, Comité d'entente des formations infirmières et cadres, directrice des soins – coordonnatrice générale des instituts et écoles du CHU de Rennes et du CH de Fougères et coordonnatrice paramédicale de la recherche en soins au CHU de Rennes – FRANCE
- Edith Ellefsen**, infirmière, Ph. D., professeure titulaire, École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke – Québec, CANADA
- Florence Orlandi**, infirmière, M. Santé publique, chef de département soins infirmiers et spécialisations, Secteur de la santé, Haute École Léonard de Vinci – BELGIQUE
- Valentine Roulin**, infirmière, M. Sc. Ed., maître d'enseignement, Institut & Haute Ecole de la Santé La Source – SUISSE
- Rima Sassine Kazan**, infirmière, Ph. D., doyen, Faculté des sciences infirmières de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth et présidente, Ordre des infirmier/es au Liban – LIBAN

Dix ans après sa prise de position en faveur d'une formation universitaire pour les infirmières et infirmiers de l'espace francophone, le Conseil consultatif sur la formation infirmière (CCFI) du SIDIIEF a présenté un rapport d'étude identifiant un cadre de référence et des recommandations pour assurer la qualité de la formation infirmière. Cet exercice est primordial et s'inscrit dans la volonté du SIDIIEF de contribuer pleinement à l'évolution des soins de santé à l'échelle de la planète et de se définir comme un interlocuteur de choix pour la conception et l'évaluation des programmes universitaires à travers le monde.

« Pour la reconnaissance d'une formation universitaire de qualité au même titre que la formation des autres professionnels de la santé, nous ne pouvons pas nous arrêter au seul niveau de formation, fait valoir Jacinthe Pepin, présidente du CCFI et professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Il nous faut tenir

compte du caractère dynamique des programmes de formation qui se doivent d'évoluer au rythme des besoins de santé de la population et de l'avancement des soins de santé dans des systèmes qui sont souvent bousculés à l'échelle mondiale. »

La nécessité d'établir des normes de qualité s'inscrit dans un contexte où la formation en sciences infirmières subit des pressions induites par la grande mobilité des infirmières, par le développement intensif des formations numériques et par les tentations politiques de favoriser une formation infirmière rapide pour pallier le manque de ressources. Le processus d'assurance-qualité s'avère nécessaire pour rehausser la qualité et uniformiser les attentes de fin de programmes de formation infirmière. Il comprend la collecte de données sur le contexte spécifique et les caractéristiques de la population, permettant d'identifier les occasions de développement, les défis et les forces des programmes.



ASSURANCE-QUALITÉ : CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence, présenté dans la publication, propose de distinguer l'évaluation du milieu universitaire comme lieu d'apprentissage de l'évaluation des programmes de formation en sciences infirmières. La qualité du milieu universitaire doit être appréciée à la lumière de son leadership et de son administration, de ses ressources humaines et matérielles en lien avec la diffusion des savoirs et de la collaboration interfacultaire, interuniversitaire et internationale. « Plus les leaders infirmiers auront une autonomie disciplinaire et se seront approprié la discipline, plus la conception des programmes sera spécifique et ajustée à la pratique, à la recherche, à la gestion et à la formation en sciences infirmières », soutient Caroline Larue, membre du CCFI et directrice du Centre d'innovation en formation infirmière et apprentissage professionnel de l'Université de Montréal.

La qualité des programmes se décline en trois éléments : la conception des programmes, le climat d'apprentissage et de recherche, et les résultats d'apprentissage. « L'adéquation du programme avec les besoins locaux de santé de la population et des enjeux de santé en émergence est très importante, notamment au regard des questions de santé mondiale, d'équité, de diversité, d'inclusion et d'environnement », indique Caroline Larue. Il y a nécessité d'enraciner les apprentissages infirmiers dans des assises scientifiques propres à la discipline, de développer des liens avec les milieux cliniques et de se doter d'un corps professoral infirmier de haut niveau. « C'est un levier majeur pour créer un milieu d'avancement des sciences infirmières. » Elle précise que la formation en sciences infirmières doit aussi tendre vers une diplomation de 2^e et 3^e cycle. Selon le rapport, il serait intéressant d'appuyer l'auto-évaluation des programmes sur des corpus de compétences reconnus à l'international, tels GANES (*Global Alliance for Leadership in Nursing Education and Science*).

Le Conseil consultatif sur la formation infirmière du SIDIIEF est formé de : Jacinthe Pepin (Québec, CANADA), Caroline Larue (Québec, CANADA), Wafaâ Al Hassani (MAROC), Marielle Boissart (FRANCE), Edith Ellefsen (Québec, CANADA), Florence Orlandi (BELGIQUE), Valentine Roulin (SUISSE), Rima Sassine Kazan (LIBAN), Dieudonné Soubeiga (Burkina Faso) et Cynthia Tigalekou (GABON).

LES DIX RECOMMANDATIONS DU SIDIIEF

Dans son rapport d'étude, le SIDIIEF propose dix grandes recommandations, fruit de travaux rigoureux et de normes de qualité basées sur la littérature internationale.

1. Reconnaissance des programmes de formation universitaire en sciences infirmières par les instances décisionnelles.
2. Accessibilité aux savoirs infirmiers et un corps professoral bien formé.
3. Adaptation des programmes au contexte sociosanitaire d'un pays ou d'une région.
4. Concordance du programme de formation infirmière avec les lignes directrices de rehaussement de la formation infirmière.
5. Interdépendance des milieux cliniques et académiques.
6. Culture d'amélioration continue des programmes.
7. Développement d'une culture d'auto-évaluation des programmes.
8. Coopération et solidarité interuniversitaires à l'échelle internationale.
9. SIDIIEF comme facilitateur de réseautage, d'échanges et de collaboration.
10. Promotion de l'adhésion à un programme d'assurance-qualité spécifique à la formation infirmière d'ici 2032.

Dans une perspective de mondialisation et de rareté des ressources, il devient d'autant plus important, selon le SIDIIEF, de spécifier des normes attestant de la qualité de la formation infirmière afin d'assurer l'excellence des soins infirmiers et la protection de la population.



EXTRAITS DU PANEL

« Notre faculté a été invitée à se lancer dans un programme d'accréditation du baccalauréat en sciences infirmières, avec la collaboration très intensive de l'Université de Montréal sous l'initiative du SIDIIEF. Mentorées et coachées, nous avons déposé, en juin 2021, une demande d'accréditation auprès de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). Le choix d'une agence reconnue à l'international était important pour nous. Nous avons reçu une réponse favorable en février 2022 et, depuis, notre équipe s'est plongée dans ce processus d'auto-évaluation très exigeant, lourd et rigoureux que l'on fait en surcharge. Tout le monde a mis la main à la pâte parce qu'on croit à ce processus et notre vision est d'être une faculté d'excellence dans le Moyen-Orient. »

Rima Sassine Kazan (LIBAN)

« En Suisse, nous collaborons beaucoup avec la Belgique, le Canada et le Liban, et un peu avec la France. Ces échanges sont très riches, tant au niveau culturel et personnel que de la culture des soins. Les étudiants sortent de leur zone de confort, ils reviennent avec de nouvelles connaissances et enrichissent la classe. C'est vraiment dans cette optique d'enrichissement des compétences et de développement professionnel que nous misons sur la collaboration. »

Valentine Roulin (SUISSE)

« Dans une perspective d'avenir, nous souhaiterions que l'internationalisation puisse s'appliquer au corps enseignant afin de pouvoir partager davantage, de pouvoir créer des modules communs, des cours communs. La mise en place n'est pas simple, mais on a vu, avec la COVID-19, que les moyens pour le faire existent. »

Florence Orlandi (BELGIQUE)

« La collaboration avec des partenaires cliniques dans nos regroupements universitaires est un élément essentiel parce qu'on ne peut pas travailler en vase clos. Pour la qualité des soins, il faut travailler avec des infirmières sur le terrain qui peuvent nous renseigner de façon plus précise sur les besoins. »

Edith Ellefsen (Québec, CANADA)

« En France, il existe des programmes de mobilité internationale, notamment au travers du programme Erasmus. À l'heure actuelle, nous n'avons pas de programme d'évaluation de la qualité sur ces mobilités internationales. Nous organisons des retours d'expérience partagés entre communautés d'étudiants et avec les équipes pédagogiques. Ce qui ressort, c'est l'ouverture sur un autre système de santé, l'ouverture à d'autres organisations soignantes, l'ouverture à un autre rapport entre employeur et employé. Ce n'est pas seulement un moment de travail ou d'études, mais un moment de vie intégral qui leur permet de partir à la rencontre d'autres coutumes, d'autres cultures et d'autres compétences professionnelles. »

Marielle Boissart (FRANCE)

« Il est indispensable d'intégrer les milieux cliniques dans la formation et nous l'avons fait dès la conception de notre approche par compétences. On a des directrices de soins et un directeur d'hôpital dans le conseil de faculté. Les préceptrices cliniques, formées, participent à l'encadrement de nos étudiants en stage et les infirmières participent dans l'enseignement. Donc, le milieu clinique est impliqué tout au long de la formation parce que s'il n'y a pas cette interdépendance, on ne peut pas former des professionnels qui vont travailler dans le milieu clinique. »

Rima Sassine Kazan (LIBAN)

« La formation du corps professoral me tient à cœur. Au Québec, on a beaucoup de docteurs en sciences infirmières, mais, avec toute la mobilité et la problématique de la pandémie de COVID-19, ils retournent dans le milieu. Pour que nos infirmières soient bien formées au baccalauréat, à la maîtrise et au doctorat, il est nécessaire d'avoir un soutien financier institutionnel et politique, via un programme de bourses, pour former des professeurs et assurer la relève en sciences infirmières. Le corps professoral vieillit, un programme de bourses est un atout pour améliorer et rehausser la formation infirmière. »

Edith Ellefsen (Québec, CANADA)

LE FINANCEMENT DES SOINS : DES STRATÉGIES INFIRMIÈRES INNOVANTES POUR LE MAINTIEN DE LA QUALITÉ

- Animé par** **Alain Biron**, infirmier, Ph. D., directeur des soins infirmiers, Centre universitaire de santé McGill – Québec, CANADA
- Panélistes** **Joëlle Durbecq**, infirmière, M. Gestion hospitalière, directrice du département infirmier, Cliniques universitaires Saint-Luc – BELGIQUE
- Brigitte Martel**, infirmière, M. Sc. Inf., directrice des soins infirmiers, CHU de Québec – Université Laval – Québec, CANADA
- Joachim Rapin**, infirmier, MScN, Ph. D. (c), Adjoint à la direction des soins, Centre hospitalier universitaire vaudois – SUISSE
- Carissa Wong**, infirmière clinicienne en pratique avancée – Chirurgie – Centre universitaire de santé McGill et IR-CUSM – Québec, CANADA



Le financement des soins de santé et ses modalités ont une incidence indéniable sur l'organisation des services infirmiers et sur la qualité des soins. Alors que les coûts de santé explosent, les différents modes de financement ont atteint une limite et sous-estiment les réels besoins. La profession infirmière doit jouer un rôle actif dans les décisions sur la transformation et le financement des systèmes de santé, soutient le Conseil consultatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients (CCQSSP) du SIDIIEF. Dans sa nouvelle publication intitulée : Le financement des soins : des stratégies innovantes pour le maintien de la qualité, il offre ses recommandations pour se mettre en action.

DES MODES DE FINANCEMENT LIMITÉS

« On assiste à une importante augmentation des coûts en santé, tandis que la capacité de payer est de plus en plus limitée. Ça nous interpelle tous au quotidien. Au Québec, 50% du budget du gouvernement de la province est dédié à la santé. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, les besoins vont en augmentant. On se dirige vers un mur », avance Alain Biron, directeur des soins infirmiers au Centre universitaire de santé McGill, à Montréal.

L'organisation des soins centrée sur l'hôpital est aujourd'hui majoritairement financée par un modèle qui repose sur le remboursement des séjours d'hospitalisation et qui est fondé sur une valorisation comptable du volume d'activité des soins ou sur les conditions

des patients. Ce modèle présente des limites puisqu'il sous-estime ou ne tient pas compte de la lourdeur des besoins et des ressources requises. Il incite à prodiguer des soins générateurs de revenus, mais non pertinents pour le patient, et il ne considère pas la globalité de la trajectoire du patient.

Un autre mode de financement, toujours prévalent au Québec, est la dotation globale forfaitaire, soit l'octroi d'un budget fixe aux établissements de santé. « Ce modèle donne lieu à des inégalités, certains hôpitaux sont plus financés que d'autres pour des raisons historiques, et soutient peu la productivité. Pour une, dix ou mille chirurgies, le budget est le même », note Alain Biron.

Le financement des systèmes de santé constitue un enjeu fondamental et prioritaire des politiques publiques dans tous les pays, selon les projections de l'OCDE sur les dépenses de santé à l'horizon de 2030. Les ressources infirmières sont limitées et l'augmentation du nombre d'infirmières ne suit pas la courbe des besoins croissants. Dans plusieurs de nos pays, les gouvernements misent sur une refonte majeure des systèmes de santé dans le but d'améliorer l'efficacité.

« Il est possible d'agir sur les modes de financement dans vos milieux. Des gestionnaires de soins infirmiers réussissent à influencer le financement dans leur organisation, au niveau local et même au niveau des juridictions » souligne Alain Biron.

QUATRE STRATÉGIES INFIRMIÈRES INNOVANTES

1. DES GESTIONNAIRES DE PROJETS DÉDIÉS

Bruxelles, Belgique

Aux Cliniques universitaires Saint-Luc, on a recruté à l'interne cinq infirmières en chef que l'on a formées pour occuper des postes de gestionnaires de projets en vue d'améliorer les pratiques et la qualité des soins. Un premier projet-pilote sur les plaies de pression a été réalisé avec succès, fruit des efforts de prévention, de la hausse de déclarations des plaies et de la standardisation des pansements et soins. Ces gestionnaires ont, par ailleurs, contribué aux processus d'accréditation, à la standardisation de la pharmacie et au déploiement d'un logiciel pour le dossier patient informatisé. L'encodage des soins infirmiers en a été grandement amélioré, bonifiant le financement.

« Pour constituer notre équipe, on a pris 0,10 équivalent temps plein dans 50 unités. Il a fallu convaincre que l'on pouvait travailler autrement. Après cinq ans de recul, on a des réponses très encourageantes et très positives, et on a fait des projets importants », indique Joëlle Durbecq, directrice du département infirmier des Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles. « C'est quelque chose d'assez simple parce que j'ai trouvé le financement à l'interne. Avec une formation de base, ces infirmières ont pu faire vraiment un travail qui donne énormément de satisfaction. Avec des indicateurs, nous pouvons démontrer que nous améliorons nettement notre qualité des soins. »

2. DES ÉQUIPES STABLES ET DES RÔLES BIEN DÉFINIS

Québec, Canada

L'unité des sciences neurologiques du CHU de Québec-Université Laval, qui compte 62 lits d'hospitalisation, présentait d'importants problèmes d'accessibilité. « Des patients pouvaient passer plusieurs jours à l'urgence avant de pouvoir être admis sur notre unité. Une dame, avec un AVC thrombotique, a séjourné trois jours à l'urgence avant d'être libérée à la maison », dit Brigitte Martel, directrice des soins infirmiers du CHU de Québec-Université Laval. Cet incident a été le point de bascule : on a, dès lors, cherché à mettre un terme à cette problématique.

On a d'abord révisé l'organisation du travail et la composition des équipes infirmières. Les patients admis sur l'unité présentent plus de 120 diagnostics, de la chirurgie spinale à l'oncologie, et étaient soignés par les équipes sans distinction, complexifiant le travail du personnel infirmier. « On a donc rassemblé les patients qui avaient

des diagnostics similaires et on a formé des équipes stables autour de ces groupes pour consolider l'expertise infirmière », explique Brigitte Martel. Dans chacune de ces équipes, une infirmière répond aux besoins aigus des patients et une autre est responsable de la coordination de l'épisode de soins. Elle travaille en interdisciplinarité avec la travailleuse sociale, l'ergothérapeute, etc.

Un investissement initial a été nécessaire, mais, devant les résultats, le financement est maintenant récurrent sur une base annuelle. « On a réussi à diminuer les durées moyennes de séjour. On a vu 226 patients de plus la première année et ils n'attendent plus à l'urgence inutilement. On a aussi réduit notre taux de réadmission de plus de 25 % parce qu'on a réussi à avoir une meilleure qualité de service. C'est une très belle réussite », dit Brigitte Martel.

3. UNE RÉVISION NATIONALE DES MODES DE FINANCEMENT

Lausanne, Suisse

En Suisse, le système de financement Swiss DRG, implanté en 2012, octroie une enveloppe budgétaire pour chaque patient hospitalisé. Cette enveloppe est calculée sur la base du diagnostic du patient, de ses comorbidités, de son âge, de son sexe et des interventions médicales prévues. « Cette enveloppe était indépendante de la durée de séjour et de la charge en soins », explique Joachim Rapin, adjoint à la direction des soins du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). L'objectif était donc d'ajouter des codes d'intervention infirmière afin de tenir compte de la complexité de la prise en charge des patients. Ainsi, l'Association suisse des infirmières (ASI), le Swiss Nurse Leaders (SNL) et des académiques, notamment de l'Université de Bâle, ont fait des représentations politiques pendant dix ans pour que ces codes d'intervention infirmière soient reconnus et financés.

« Ça a été un travail acharné parce qu'il a fallu s'appuyer sur des données pour montrer à quel point des patients qui avaient une complexité de soins importante étaient mal valorisés par le système de santé », ajoute Joachim Rapin. Des codes spécifiques ont finalement été obtenus pour la mobilité, les soins d'hygiène corporels, les excréments, les soins de plaies, la respiration, la communication et la sécurité, etc. « C'est venu augmenter l'enveloppe financière pour chaque patient. Pour le CHUV, cela représente un revenu annuel supplémentaire de 1,5 million de francs suisses (2,1 millions \$ CAN), soit l'équivalent de 15 postes infirmiers à 100 %. Le dossier patient informatisé a permis la saisie de données et engendré des revenus supplémentaires.



4. DES DONNÉES POUR VALIDER LE RATIO INFIRMIÈRE/PATIENTS Montréal, Canada

Pour contrer l'impact de la pénurie de main-d'œuvre et pour répondre aux questions du département des finances sur la dotation infirmière et les quotas en soins intensifs, la direction des soins infirmiers du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) s'est dotée, en 2019, d'un outil pour mesurer la charge de travail des infirmières à l'unité des soins intensifs. « Des données comparatives avec d'autres hôpitaux montraient que l'unité de soins intensifs du CUSM n'était pas aussi efficace. À l'époque, il était difficile pour nous de défendre notre ratio infirmière/patients, car nous ne disposons pas d'informations concrètes », indique Carissa Wong, infirmière clinicienne en pratique avancée en chirurgie au Centre universitaire de santé McGill à Montréal. Il a donc fallu trouver les réponses afin de prendre les bonnes décisions financières en lien avec la qualité des soins et de mieux expliquer les performances.

Une approche systématique utilisant la gestion de projet et la théorie de changement a guidé l'ensemble du processus. Carissa Wong s'est familiarisée avec le quotidien à l'unité de soins intensifs, a établi un climat de confiance et a fait une analyse documentaire et comparative. Elle a mis en place l'outil NAS (*Nursing Activities Score*) qui mesure 80 % des actes infirmiers et crée un groupe d'infirmières pour adapter l'outil au contexte de l'unité, former le personnel et, en collaboration avec le service informatique, développer une version électronique facile à utiliser.

« Nous avons pu recueillir des données pendant une période éclair et en faire l'analyse. Dans l'ensemble, les résultats ont démontré que notre compteur de personnel correspondait à la quantité des soins infirmiers prodigués. Les outils de gestion de projet, le réseautage et l'utilisation des interventions fondées sur les données probantes dans la gestion du changement ont été des stratégies importantes. » Mais, l'information ne suffit pas, selon Carissa Wong. « Les soins infirmiers jouent un rôle clé. Notre leadership et notre expertise en matière de soins infirmiers et dans la gestion de projet, nos compétences qui allient connaissances théoriques et expertise clinique, et notre influence politique font partie de ce succès. »

LES CINQ RECOMMANDATIONS DU SIDIIEF

Le Conseil consultatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients du SIDIIEF, qui détaille ces histoires de cas dans son document, propose cinq recommandations. L'objectif est de permettre à la profession infirmière d'agir pour assurer un financement adéquat des soins infirmiers, améliorer l'efficacité et la qualité des soins.

1. **Assurer un accès aux données.** « Nos milieux sont riches en données, il faut savoir où les trouver et comment les utiliser », précise Alain Biron. Il s'agit d'une des clés pour le financement des soins infirmiers à sa juste valeur.
2. **Effectuer un virage nécessaire vers une plus grande pertinence des soins.** Selon la recherche, environ 20 % des soins sont jugés non pertinents pour les patients. « Il faut se questionner. Peut-on réduire le nombre de transfusions sanguines, de mesures de signes vitaux? Ces actes infirmiers, une fois additionnés, font en sorte que les infirmières sont parfois débordées. On ne peut demander de l'argent supplémentaire si on fait des choses qui ne servent à rien », dit Alain Biron.
3. **Développer l'expertise infirmière comme levier de transformation des soins.** L'expertise permet d'évaluer les enjeux et d'identifier les pratiques à changer, mais aussi d'amener les changements et de faciliter la transition, grâce à l'expérience et les connaissances infirmières.
4. **Revoir le mode de financement des soins infirmiers.** « Il est possible d'influencer les modes de financement, on l'a vu avec la Suisse, rappelle Alain Biron. Cela peut prendre plusieurs années, mais il faut prendre place à la table de discussion pour venir influencer et faire évoluer les modes de financement au bénéfice de nos patients. »
5. **Déployer un leadership infirmier dans la transformation des modes de financement.** Un leadership infirmier fort est essentiel. L'action proactive, rigoureuse et judicieuse des leaders, permet des résultats concrets en faveur des soins infirmiers de qualité.



LES AUTRES PRÉSENTATIONS

Communications orales



Communications par affiche et visites guidées



Ateliers précongrès

Santé environnementale



Soins périopératoires



Soins complexes



Visite professionnelle



- Hôpital Montfort
- Institut du Savoir Montfort
- Collège La Cité
- Carrefour santé Orléans

LES ÉVÉNEMENTS SPÉCIAUX

Après des mois de pandémie et de rencontres virtuelles, ce 8^e Congrès mondial fut l'occasion pour les participants de se rencontrer, se retrouver et de réseauter. Plusieurs événements en ce sens ont ponctué la programmation.

LES ÉVÉNEMENTS SPÉCIAUX

Parrainé par



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

Cocktail de bienvenue



Soirée festive au Musée canadien de l'histoire



Pour consulter l'album photo du congrès :
<https://congres.sidiief.org/album-photo>



La Source.

Institut et Haute
Ecole de la Santé

PRIX *Reconnaissance* — 2022

Afin de souligner la contribution exemplaire d'infirmières et d'infirmiers à la santé des populations et au rayonnement de la profession, le SIDIIEF décerne, tous les trois ans, ses prix *Reconnaissance*.

Les prix *Reconnaissance* soulignent, sur le plan mondial, les initiatives et réalisations d'infirmières et d'infirmiers qui améliorent la santé et le bien-être des populations, ainsi que l'apport de ces professionnels au développement de la profession infirmière.



LAURÉATS 2022



WAHIDA GHALAYINI

Infirmière, M. Sc. Inf.
Directrice Générale, Hôpital
Universitaire Rafic Hariri
LIBAN



MONIQUE ROTHAN-TONDEUR

Infirmière, Ph. D. (Santé publique)
Titulaire, Chaire de recherche
Sciences infirmières
Assistance publique - Hôpitaux de Paris
FRANCE



SOPHIE LEY

Infirmière, MA (Healthcare Management)
Présidente, Association suisse des
infirmières et infirmiers
SUISSE



PHILIPPE VOYER

Infirmier, Ph. D.
Professeur titulaire, Faculté des sciences
infirmières de l'Université Laval
Québec, CANADA



Pour en savoir plus sur les prix *Reconnaissance* et découvrir les vidéos des lauréats :
<https://sidiief.org/nos-actions/prix-reconnaissance>

Hommage aux bâtisseurs du SIDIIEF



« Si le SIDIIEF est ce qu'il est aujourd'hui, c'est parce que des infirmières et des infirmiers ont apporté une contribution exceptionnelle dans ce sens. Et, parmi eux, se trouvent deux bâtisseurs à qui nous voulons rendre hommage et souligner l'extraordinaire engagement. »

Isabelle Lehn, présidente du SIDIIEF

Un hommage particulier a été rendu à deux bâtisseurs du SIDIIEF qui quittaient le conseil d'administration après des années d'engagement : **Gyslaine Desrosiers**, présidente de 1998 à 2022 et **Jacques Chapuis**, vice-président de 2006 à 2022.



Pour retrouver les vidéos hommage et l'enregistrement de la cérémonie :
<https://sidiief.org/hommage-gyslainedesrosiers-jacqueschapuis/>



Rencontre avec le ministre fédéral de la Santé, Jean-Yves Duclos

Martine Lagacé, maîtresse de cérémonie du 8^e Congrès mondial, s'est entretenue avec le ministre fédéral de la Santé, Jean-Yves Duclos, sur les stratégies d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre infirmière au Canada.



Première rencontre en présence du Cercle des directrices et directeurs de soins

Après plusieurs rencontres virtuelles depuis sa création en 2021, les membres du Cercle ont enfin pu se rencontrer en personne et discuter de leurs défis communs, en compagnie d'invités.



Membres du Cercle présidé par
Lina Spagnuolo, directrice des
soins du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-
de-Montréal (Québec, Canada)

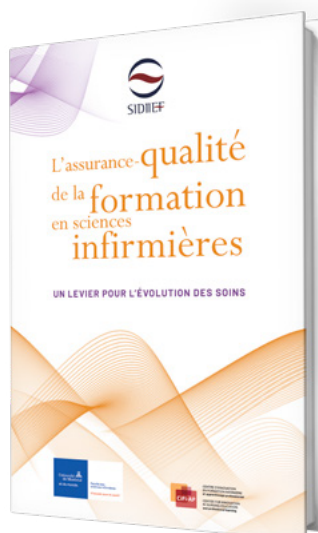
Lancement des publications

Le SIDIIEF, par l'entremise de ses conseils consultatifs, a procédé au lancement de deux publications.

L'assurance-qualité de la formation en sciences infirmières : un levier pour l'évolution des soins



Conseil consultatif
Formation infirmière
SIDIIEF



Le financement des soins : des stratégies infirmières innovantes pour le maintien de la qualité



Conseil consultatif
Qualité & sécurité
SIDIIEF



Ouvrages disponibles au
SIDIIEF.ORG/PUBLICATIONS

3 au 5
JUIN
2025

Le 9^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones aura lieu à Lausanne

Hôte du congrès



Centre hospitalier
universitaire vaudois



Merci à nos partenaires!

HÔTE DU CONGRÈS



GRAND PARTENAIRE



PARTENAIRE MAJEUR



PARTENAIRE SCIENTIFIQUE



PARTENAIRE DE CONTENU



PARTENAIRE DES PRIX RECONNAISSANCE ET DE LA FORMATION CONTINUE



PARTENAIRE DES SÉANCES D'AFFICHAGE



PARTENAIRE DU FONDS DE SOUTIEN



PARTENAIRE DU COCKTAIL DE BIENVENUE



PARTENAIRE DE L'ESPACE CAFÉ



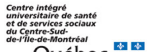
PARTENAIRE DES PAUSES-SANTÉ



PARTENAIRES DU PROGRAMME



PARTENAIRES MÉDIAS





SIDIIEF
CATALYSEUR
DE PROGRÈS

CONGRÈS MONDIAL

CRÉER de la santé:
FORCE du
FIRMIER

BIENVENUE



SIDIIEF

SIDIIEF.ORG