



Soigner avec humanisme et savoir : L'urgence de se donner les infirmières que le Québec mérite

Mémoire déposé dans le cadre des
États généraux de la profession infirmière initiés par
l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

19 mars 2021



Soigner avec humanisme et savoirs

Chaire de recherche Marguerite-d'Youville
d'interventions humanistes en soins infirmiers
de l'Université de Montréal

Auteures

Véronique Dubé, inf., Ph. D.

Titulaire de la [Chaire de recherche Marguerite-d'Youville](#) d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal

Professeure agrégée

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

C.P. 6128, succ. Centre-ville

Montréal (Québec) H3C 3J7

514 343-6111, poste 34291

Chercheuse régulière, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Chercheuse associée, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal du

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Bellemare, inf., M. Sc., M.A.P.

Professionnelle de recherche

Karine Thorn, inf., M. Sc.

Professionnelle de recherche

Louise-Marie Lessard, inf., Ph. D.

Professionnelle de recherche

Audrey Lavoie, inf., M. Sc., étudiante au doctorat en sc. inf.

Professionnelle de recherche

Odette Perreault, inf., M. Sc., M.A.P.

Professionnelle de recherche

Marie Bertrand, inf., M. Sc.

Professionnelle de recherche

[Pour en savoir plus](#)

Table des matières

Auteures	2
Présentation de la Chaire Marguerite-d'Youville	4
Introduction	5
Résumé des recommandations.....	6
Savoirs infirmiers et compétences infirmières : mieux y recourir pour mieux soigner ..	7
Facteurs contributifs de la situation actuelle	7
Bénéfices des soins infirmiers pour la population et le système de santé	9
Moyens pour l'occupation optimale du champ d'exercice	10
Innovation et spécialisation infirmières : une voie pour les soins de l'avenir	14
Formation infirmière : pour relever les défis du 21 ^e siècle	15
Conclusion	18
Références.....	19

Présentation de la Chaire Marguerite-d'Youville

La [Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal](#) est une chaire philanthropique qui a pour mission de promouvoir et soutenir la recherche, la formation et l'échange des connaissances sur le développement et l'évaluation d'interventions visant la dispensation de soins ancrés dans des principes humanistes, et ce, de concert avec les personnes, les familles, les communautés, les infirmières et les autres professionnels de la santé, les formateurs, les gestionnaires, les décideurs et les chercheurs. Par soins humanistes, on entend des soins empreints de compassion et de réconfort, contribuant à préserver la dignité humaine et à promouvoir la résilience.

Les travaux de la Chaire s'articulent principalement autour de trois volets : le développement et l'évaluation d'interventions d'accompagnement et de soutien auprès de personnes en situation de vulnérabilité et de leurs personnes proches aidantes; le développement et l'évaluation d'interventions sensibilisant les infirmières à des soins humanistes et le transfert, l'utilisation et la valorisation des connaissances sur les soins humanistes.

La [titulaire de la Chaire](#) et [des infirmières qui y assument les fonctions de professionnelles de recherche](#) œuvrent avec passion et conviction dans l'objectif de contribuer au développement des connaissances en sciences infirmières, de former la relève infirmière et ultimement d'améliorer la qualité des soins tout au long du continuum de soins et de services pour les personnes les plus vulnérables de notre société. Une [dizaine d'étudiants](#) contribuent à la mission de la Chaire en y réalisant un projet d'études aux cycles supérieurs qui s'inscrivent dans l'un des trois volets de la Chaire.

La force de l'équipe de la Chaire réside sur le maillage étroit entre quatre composantes :

1. Les valeurs fondamentales de la profession infirmière¹(humanisme, intégrité, respect, compétence, autonomie, collaboration) partagées par l'ensemble de l'équipe;
2. Une solide expertise en soins infirmiers qui se décline autant dans les domaines de la clinique, de la gestion, de la formation que de la recherche;
3. Une pratique réflexive intégrée à nos activités et qui mise sur l'imbrication des savoirs empiriques, personnels, esthétiques, éthiques et sociopolitiques;
4. La composition multigénérationnelle de l'équipe qui permet d'avoir un regard critique sur l'évolution de la profession infirmière depuis les 55 dernières années favorisant une transmission de savoirs tacites entre ces générations.

Ainsi, le présent mémoire s'appuie non seulement sur nos travaux de recherche et les écrits scientifiques au sein de la discipline infirmière et de disciplines de la santé, mais également sur nos expériences cliniques, d'enseignement et de gestion.

¹ <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>

Introduction

C'est avec grand intérêt que les membres de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal ont pris connaissance de l'initiative de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) de tenir des États généraux en mai 2021.

Les derniers travaux de ce genre ont eu lieu il y a déjà 25 ans. Force est de constater que malgré le nombre plus élevé que jamais d'infirmières inscrites au Tableau de l'Ordre, nous faisons face à une pénurie dans l'ensemble des milieux de soins, autant communautaires, qu'en centres hospitaliers et en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les conditions de travail peu attrayantes, surtout lorsqu'elles confrontent les valeurs de la nouvelle génération, associées aux nombreuses réformes et réorganisations du système de santé font en sorte qu'il est difficile pour les infirmières de s'engager profondément dans la profession et de se sentir satisfaites. Pourtant, l'engagement des infirmières dans les soins est associé étroitement à la qualité des soins infirmiers.

La population québécoise compte de plus en plus de personnes âgées, modifiant de ce fait les besoins en matière de santé qui deviennent plus prononcés et complexes. Il est nécessaire de se pencher sur la problématique d'attraction et de satisfaction des infirmières non seulement pour la rétention dans la profession, mais également pour la dispensation de soins de qualité. Comment voyons-nous l'avenir des soins et comment pouvons-nous être des chefs de file alors que tant d'autres professionnels de la santé se disputent les admissions, même si leurs exigences de formation sont plus élevées?

Nous croyons que le développement de la profession passe par un accès à la profession à la suite de l'obtention d'un baccalauréat, par le développement professionnel individuel, et par le soutien d'infirmières-ressources dans les équipes de soins, des leaders infirmiers gestionnaires de proximité et un investissement dans le développement des connaissances par la recherche en sciences infirmières.

Au-delà du rehaussement de la formation initiale, les diverses modalités de formation continue contribuent à augmenter les connaissances et l'expertise des infirmières, sources de reconnaissance professionnelle et interprofessionnelle. La Chaire Marguerite-d'Youville apporte une contribution toute particulière au développement des connaissances par ses activités de recherche et par son volet de développement professionnel sur les soins humanistes.

Nous espérons fortement que les États généraux porteront des fruits pour la profession infirmière. Sans conteste, la Chaire sera une alliée sûre pour soutenir l'intégration des connaissances provenant de la recherche en sciences infirmières dans l'expertise clinique et la formation.

Résumé des recommandations

Recommandation 1

- **Mettre en place un leadership infirmier transformationnel pour une pleine appropriation du champ d'exercice**

Recommandation 2

- **Miser sur les compétences des infirmières sur l'ensemble du continuum de soins**

Recommandation 3

- **Favoriser le développement professionnel dans les établissements de santé**

Recommandation 4

- **Recourir à l'utilisation d'expertes pour des soins exemplaires**

Recommandation 5

- **Se donner des moyens pour améliorer les connaissances et les pratiques**

Recommandation 6

- **Créer des rôles favorisant les savoirs infirmiers**

Recommandation 7

- **Susciter l'innovation dès la formation initiale et tout au long de la carrière**

Recommandation 8

- **Entrer pleinement dans le 21^e siècle en rehaussant le niveau de compétences**

Savoirs infirmiers et compétences infirmières : mieux y recourir pour mieux soigner

Facteurs contributifs de la situation actuelle

Jusqu'en 1970, la gestion des centres hospitaliers et l'organisation des soins par les communautés religieuses qui avaient comme vision l'humanisme et la connaissance pour dispenser les meilleurs soins sont passées à un modèle économique de dispensation de soins. Depuis les années 1990, les structures organisationnelles de nos milieux de soins ont été continuellement modifiées et des modes de gestion ont émergé. Les gestionnaires de haut niveau souvent éloignés de la pratique du soin, ont voulu appliquer les théories de la gestion d'entreprises (p. ex. : méthode Toyota ou *Lean management*) au système de santé. Plusieurs tentatives pour mesurer les soins (p. ex. : étude de temps et mouvements, système PRN, méthode PLAISIR), se faisaient souvent avec le mandat de réduire consécutivement le nombre requis d'infirmières². Elles n'ont souvent pas donné les résultats escomptés parce que ces mesures ne capturaient que la partie technique ou mécanique du soin et ne pouvaient capter toutes les dimensions souvent invisibles de l'accompagnement et de la composante relationnelle, parties intégrantes de la profession infirmière : « *Ce qui compte ne peut pas toujours être compté, et ce qui peut être compté ne compte pas forcément* » (Albert Einstein)

Pendant cette même période, des changements demandés par l'État, tels le virage ambulatoire, les mises à la retraite obligatoire de milliers d'infirmières, les fusions en centres de santé et des services sociaux (CSSS) puis en centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS), ont déchiré les soignants et souvent, les ont obligés à un changement de lieux de soins, de personnes de référence et d'équipe de travail. Cela s'est parfois traduit par un supérieur immédiat non-infirmière ou qui est souvent responsable de gérer plusieurs unités ou services de soins, ce qui le rend fréquemment non disponible pour l'équipe soignante. Comme résultat, une perte du sentiment d'appartenance, une perte de repères et un sentiment d'isolement menant à l'insatisfaction et à l'absentéisme, obligeant à la révision constante des équipes de soins où les postes d'infirmières se sont rétrécis comme peau de chagrin.

Dans un même temps, dans tous les lieux où les infirmières dispensent des soins (domicile, aigus, réadaptation, longue durée), les soins sont devenus plus complexes et d'intensité plus grande par l'évolution des traitements et de la technologie, auprès d'une population vieillissante souffrant de plus de problèmes de santé chronique. Les infirmières plus expérimentées ayant quitté massivement pour la retraite en 1997-1998 (plus de 4 000 infirmières du réseau public), les novices se sont retrouvées sans personne-ressource pour les guider et les accompagner dans les soins complexes. Avoir des collègues compétents permet l'établissement de relations de confiance. Les connaissances et l'expertise sont source de reconnaissance et de pouvoir professionnel et interprofessionnel (Fox et Reeves, 2015) et facilitent le travail d'équipe (Brunelle, 2009). Le réseau de santé s'est retrouvé dans une impasse où les embauches et les démissions

² Afin de faciliter la lecture, le terme infirmière est utilisé compte tenu de la prédominance de femmes au sein de la profession infirmière au Québec. Il est entendu que cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers.

ne réussissent pas à former une cohorte stable et suffisante d'infirmières pour dispenser des soins. Nous avons noté qu'à cela s'ajoute le manque d'assignation stable des patients aux mêmes infirmières, pour toutes sortes de raisons dont les absences motivées (p. ex. : congé de maternité), l'instabilité des équipes de soins et la complexité des soins requis par certains patients. Il en résulte non seulement une organisation complexe des soins, mais des mécanismes de coordination et de collaboration effrités, ainsi qu'un manque de continuité dans les soins et un manque d'imputabilité des résultats de soins. Nos universités forment les futures infirmières à collaborer dans des équipes professionnelles et à exercer du leadership clinique dans leur pratique (UdeM, 2015; RUISSS, 2016). On peut se questionner sur la difficulté, voire l'impossibilité de le faire, considérant la situation précédemment décrite. Schubert et al. (2007) a d'ailleurs documenté l'impact de la réduction des infirmières, soulignant qu'elles ont compensé leur incapacité à donner certains soins par « le rationnement implicite des soins infirmiers », concept qui désigne l'incapacité des infirmières de dispenser certains soins qu'elles considèrent requis. On ne peut donc se surprendre que le champ d'exercice des infirmières ne soit pas optimal.

Le champ d'exercice de la profession infirmière³ au Québec comporte 17 activités réservées, et de récentes études tendent à démontrer que l'étendue effective de la pratique des infirmières⁴ est sous-optimale (D'Amour et al., 2012; Déry et al., 2016). Toutefois, ces études ont été réalisées en contexte hospitalier où divers groupes de professionnels partagent avec les infirmières certaines activités réservées. À l'appui de cette pratique sous-optimale, Lavoie-Tremblay et al. (2019) rapportent certains facteurs qui contribuent à cette situation dont notamment, le ratio patient/infirmière et la lourdeur des tâches administratives. Pour sa part, Déry (2019), mentionne que les infirmières consacrent trop de temps à des tâches qui ne sont pas de l'exercice infirmier, et Voyer (2016) les quantifie à 46 % en CHSLD. Certains auteurs rapportent que les hôpitaux américains privilégient, malgré les difficultés de recrutement, des ratios élevés et une proportion plus grande d'infirmières très qualifiées, ce qui semble donner de meilleurs résultats de soins (Brunelle, 2009).

Par ailleurs, à ce jour, nous n'avons recensé aucune étude québécoise portant sur l'étendue effective de la pratique des infirmières dans des milieux autres qu'hospitaliers. Se fondant sur nos expériences professionnelles, la pratique infirmière trouve l'occasion de s'exprimer de manière différente, voire plus optimale, dans des structures non hospitalières davantage décentralisées, comme dans les soins communautaires, où les infirmières jouissent rapidement d'une plus grande autonomie professionnelle (Pursio et al., 2021).

³ « L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. » (Loi sur les infirmières et les infirmiers, article 36)

⁴ L'étendue effective de la pratique infirmière a été évaluée dans ces études au moyen d'un questionnaire comprenant 26 activités de soins regroupées en six dimensions : évaluation et planification des soins; enseignement au patient et à sa famille; communication et coordination des soins; intégration et encadrement du personnel; optimisation de la qualité et de la sécurité des soins; mise à jour et utilisation des connaissances

Il est largement reconnu que tout au long du continuum de soins (communauté, centre hospitalier, réadaptation, hébergement), les infirmières jouent un rôle crucial dans l'amélioration ou le maintien de la santé de la Personne⁵, dans sa qualité de vie et son bien-être, ainsi que dans les soins palliatifs et de fin de vie. Les infirmières sont le seul corps professionnel à détenir le privilège d'une proximité auprès de la Personne 24 h par jour et dans divers milieux de soins. Ceci leur donne l'occasion de dispenser des soins complexes et humanistes et d'accompagner les personnes dans leur expérience de santé. Se fondant sur une approche holistique, les infirmières considèrent d'ailleurs bien plus la « personne » soignée que seulement la dimension « patient » associée à la maladie. Ainsi, les infirmières reconnaissent que la Personne continue d'être, au-delà d'une maladie ou d'un problème de santé. Elles se doivent donc d'avoir à leur actif un large éventail de compétences et de savoirs pour la dispensation de soins humanistes et fondés sur la science.

Bénéfices des soins infirmiers pour la population et le système de santé

Il est largement reconnu que des infirmières qui peuvent dispenser des soins de qualité ont un impact direct sur la santé de la population. Plusieurs études se sont intéressées à évaluer non seulement les retombées de la pratique infirmière auprès des patients, mais les retombées selon le diplôme des infirmières (*bachelor's degree vs associate's degree*). Ainsi, plusieurs études (Aiken, 2014; Aiken et al., 2011; Blegen et al., 2013; McHugh et al., 2013) ont mis en évidence que certains résultats obtenus chez les patients (*patient outcomes*), notamment la durée de séjour, le taux de réadmission et le taux de mortalité, étaient meilleurs lorsque le pourcentage d'infirmières au chevet étaient des infirmières bachelières. Dans la même veine, la revue systématique de Haskins et Pierson (2016) a permis d'avancer qu'un diplôme de baccalauréat ou de niveau supérieur était associé à une diminution du risque d'échec de soins (*failure-to-rescue*) et de mortalité dans les 30 jours après l'hospitalisation. Bien que d'autres études soient requises, les résultats des simulations économiques de Yakusheva et al. (2014) soutiennent que l'accroissement du pourcentage d'infirmières titulaires d'un baccalauréat a non seulement le potentiel d'améliorer certains résultats patients, mais également les coûts sur le système de santé.

Si nous portons attention à la contribution des infirmières cliniciennes spécialisées, les études tendent à démontrer que l'apport de ces professionnelles formées au deuxième cycle universitaire contribue également à des résultats de soins positifs. Ainsi, les infirmières cliniciennes spécialisées permettent d'améliorer l'accès aux soins, contribuent à améliorer la qualité de vie et la qualité des soins, en plus de faciliter le recrutement et le maintien en emploi des infirmières (Bryant-Lukosius et al., 2010; Bryant-Lukosius et al., 2015; Donald et al., 2014; Kilpatrick et al., 2013; Kilpatrick et al., 2014; Slivinski et al., 2020).

⁵ Dans ce texte, la Personne peut être considérée comme un individu, une famille, une communauté ou une population.

Moyens pour l'occupation optimale du champ d'exercice

Reconnaissant que le système de santé québécois pourrait mieux bénéficier de l'ensemble des savoirs et compétences détenus par les infirmières sur toute la trajectoire de soins, nous avançons donc, sur la base d'écrits scientifiques phares et sur nos expériences professionnelles, que certains facteurs organisationnels, interprofessionnels, professionnels et personnels pourraient favoriser la pleine occupation par les infirmières de leur champ d'exercice.

Revisiter les forces des Magnet Hospitals (hôpitaux magnétiques ou aimants) : des milieux d'excellence au regard de la qualité des soins qui s'ancrent dans les compétences et les savoirs des infirmières

Dès le début des années 1980, face à une pénurie de main-d'œuvre infirmière, l'*American Academy of Nursing* s'est intéressée aux facteurs d'attraction et de rétention des infirmières hautement qualifiées de certains hôpitaux. Elle a identifié particulièrement ceux-ci : la continuité des soins par la stabilité des équipes, l'autonomie clinique des infirmières, un meilleur contrôle de l'environnement de travail par les infirmières, et la bonne communication entre les médecins et les infirmières. Quant à Bae et al. (2010), ils ont mentionné à leur tour la stabilité du personnel sur les unités de soins ainsi que l'assignation stable des patients. Ces auteurs ont souligné l'importance de se donner des orientations telles la recherche de la qualité, l'atteinte de résultats, la continuité, la sécurité et la satisfaction des patients, et enfin, de soutenir, respecter et reconnaître l'apport des infirmières. Par la suite, l'*American Nurses Association* a créé un programme d'accréditation au début des années 1990, le *Magnet Nursing Services Recognition Program (American Nurses Credentialing Center, 2020)*. Ce programme vise à reconnaître les établissements de santé pour l'excellence des soins infirmiers, une qualité de soins élevée et des pratiques infirmières innovantes. De nos jours, les hôpitaux américains ayant obtenu cette accréditation sont non seulement reconnus pour obtenir de meilleurs résultats aux indicateurs de soins infirmiers (*nursing sensitive outcomes*) (p. ex. : infections nosocomiales, plaie de pression, chute, omission de soin, échec de soins, mortalité), mais également pour leurs taux élevés de satisfaction des patients et des infirmières, et un fort engagement des infirmières dans leur milieu (Armstrong et Laschinger, 2006). Simpson (2009) et Salmond et Echevarria (2017) soulignent à cet effet le rôle significatif de l'organisation dans l'engagement dans les soins.

À l'origine, composé de 14 « forces magnétiques » (Lundmark, 2008), le modèle des hôpitaux magnétiques a évolué pour un regroupement en cinq principales composantes interreliées : 1) le leadership transformationnel, 2) l'autonomisation structurelle, 3) la pratique professionnelle exemplaire, 4) les nouvelles connaissances, les innovations et les améliorations et 5) les résultats empiriques (Morgan, 2009). Nous croyons que ces cinq composantes offrent des pistes intéressantes pour mieux recourir aux compétences et aux divers savoirs (empirique, esthétique, personnel, éthique, sociopolitique) des infirmières, et ce, au bénéfice de la population québécoise.

Ainsi, les hôpitaux magnétiques misent sur le **leadership transformationnel** de leaders infirmiers visionnaires qui consultent les infirmières, suscitent leur contribution et leur implication dans les unités de soins et dans l'ensemble de l'hôpital (Cowden et al., 2011; Ducharme et al., 2017; Zaghini et al., 2020). Ces infirmières leaders, capables de prendre des risques, de susciter et de soutenir l'innovation, sont visibles et accessibles auprès des équipes de soins. Personnes dotées de fortes habiletés de communication efficace, ces infirmières gestionnaires inspirent, créent une culture de respect, suscitent l'engagement et un fort sentiment d'appartenance chez les infirmières (Dempsey et Assi, 2018; Laschinger et al. 2016; Lavoie-Tremblay et al., 2019). La création d'un environnement de pratique de cette nature permet également d'influencer les infirmières novices dans leur perception du soin et contribue à la rétention dans la profession (Carter et Tourangeau, 2012; Lartey et al., 2014; Spence Laschinger et al., 2016; Tourangeau et al., 2010).

Recommandation 1 :

Mettre en place un leadership infirmier transformationnel pour une pleine appropriation du champ d'exercice

Afin de mieux recourir aux compétences et aux savoirs infirmiers, nous sommes d'avis qu'il est indispensable d/de :

- *Renforcer le rôle et la position hiérarchique des Directrices de soins infirmiers (DSI) et des Responsables de soins infirmiers (RSI) pour veiller à la pleine étendue de pratique des infirmières*
- *S'assurer que les Conseils des infirmières et infirmiers (CII) exercent un leadership fort, disposent des pouvoirs pour exercer pleinement leur mandat de veiller à la qualité des soins infirmiers, en soutien à la DSI et à la RSI*
- *Avoir des infirmières chefs d'unités en nombre suffisant qui disposent de solides assises cliniques et disciplinaires, qui ont l'habileté pour organiser le travail des équipes d'infirmières en les consultant, pour agir comme modèles de rôles cliniques auprès des équipes, et qui ont une obligation de reddition de comptes cliniques liés à des résultats patients et autres indicateurs de la qualité des soins infirmiers (p. ex. : patient reported outcome measures (PROMs) et patient reported experience measures (PREMs))*

L'**autonomisation structurelle** promeut une structure organisationnelle comptant peu de paliers hiérarchiques. Les milieux magnétiques ont une structure aplatie et comptent de faibles taux d'encadrement supérieur et un leadership clinique (Brunelle, 2009). Une forte représentation des infirmières dans la prise de décision (décentralisation) est favorisée à tous les niveaux hiérarchiques, et ce concept soutient une prise de décision partagée par l'ensemble des acteurs de l'hôpital (Morgan, 2009). Ce type de structure est centré sur les soins à la Personne, selon une perspective holiste. La structure organisationnelle permet aux infirmières d'assurer la continuité des soins de l'admission au congé, et même jusqu'à dans la communauté. À cet égard, le centre hospitalier est une structure bien enracinée dans la collectivité, capable de s'adapter et de faire preuve de créativité pour faire face aux défis de santé de sa population territoriale. L'autonomisation structurelle mise également sur des programmes et des politiques qui soutiennent et reconnaissent

le développement professionnel des infirmières à toutes les étapes de la carrière (Morgan, 2009).

Recommandation 2 :

Miser sur les compétences des infirmières sur l'ensemble du continuum de soins

Afin de mieux recourir aux compétences et aux savoirs infirmiers, nous sommes d'avis qu'il est essentiel d'/de :

- *Impliquer les infirmières et de susciter leur engagement par un mode de gestion décentralisée, et ce dans tous les milieux d'exercice*
 - *Revoir les modes de prestation de soins pour permettre aux infirmières d'assurer une meilleure transition des soins sur tout le continuum de soins et de services*
 - *Miser sur les compétences des infirmières au regard de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie auprès de la population (p. ex. : pratique infirmière communautaire)*
 - *Faciliter l'accès de la population à l'expertise des infirmières (p. ex. : clinique/regroupement d'infirmières)*
-

Recommandation 3 :

Favoriser le développement professionnel dans les établissements de santé

Afin de mieux recourir aux compétences et aux savoirs infirmiers, nous sommes d'avis qu'il est primordial au sein des établissements de santé de :

- *Développer des programmes d'avancement de carrière et plus particulièrement au niveau clinique avec des fonctions supérieures d'enseignement, de coaching, de mentorat auprès d'infirmières de la relève*
 - *Développer et soutenir une culture de développement professionnel continu (lifelong learning) qui reconnaît les différents modes d'apprentissage*
 - *Favoriser et soutenir la poursuite d'études supérieures universitaires*
-

La **pratique professionnelle exemplaire** implique d'avoir une compréhension du rôle de l'infirmière dans son ensemble et de ses retombées pour la Personne, pour l'équipe interdisciplinaire et pour l'organisation. Cette composante s'intéresse au modèle de pratique professionnelle et au système de prestation de soins afin d'assurer la continuité et la cohérence dans les soins offerts (Morgan, 2009). Elle s'intéresse également au leadership partagé ainsi qu'à l'autonomie et à la responsabilisation de l'infirmière dans les résultats de soins (Morgan, 2009). Cette composante mise également sur des relations harmonieuses et égalitaires entre chacun des membres de l'équipe interprofessionnelle y compris l'équipe médicale (Morgan, 2009). L'accès des infirmières à des consultants ou à des personnes-ressources (p. ex. infirmière-chef d'unité, infirmière clinicienne spécialisée, infirmière-ressource, membres de l'équipe interprofessionnelle) afin de les soutenir dans leur pratique devrait être favorisé.

Recommandation 4 :**Recourir à l'utilisation d'expertes pour des soins exemplaires**

Afin de mieux recourir aux compétences et aux savoirs infirmiers, nous sommes d'avis qu'il est fondamental et de première nécessité de :

- *Réintégrer des infirmières cliniciennes spécialisées près des équipes soignantes, en respectant leur expertise, ce qui leur permet d'être des modèles de rôles, d'encourager l'utilisation des résultats issus de la recherche dans la pratique infirmière (courtiers de connaissances) et de soutenir le développement clinique des infirmières et a fortiori, des novices*
- *Favoriser l'enseignement des infirmières sur des situations de soins complexes par des infirmières cliniciennes spécialisées dans les unités de soins*
- *Inciter et encourager les infirmières à développer leurs connaissances par des certifications par spécialité (p. ex. : certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada) pour ensuite les inviter à réinvestir ces connaissances auprès de leurs collègues et de l'équipe interprofessionnelle*

La composante portant sur **les nouvelles connaissances, les innovations et les améliorations** reconnaît les soins infirmiers comme une discipline pratique qui s'appuie non seulement sur des normes de pratique, des aspects déontologiques et un cadre légal, mais également sur les résultats de la recherche en sciences infirmières et en santé (Morgan, 2009). Dans les hôpitaux magnétiques, les infirmières à tous les niveaux de l'organisation utilisent et évaluent les résultats de la recherche ainsi que les meilleures pratiques actuellement reconnues (*evidence based practice*). Ces hôpitaux doivent ainsi démontrer comment l'intégration des nouvelles connaissances ou de résultats issus de la recherche ont influencé les résultats de soins sur les patients et la qualité des soins, alimentant ainsi les cycles d'amélioration continue de la qualité des soins (Morgan, 2009).

Recommandation 5 :**Se donner des moyens pour améliorer les connaissances et les pratiques**

Afin de mieux recourir aux compétences et aux savoirs infirmiers, nous sommes d'avis qu'il est incontournable de :

- *Favoriser dans l'ensemble des milieux de soins, des activités d'évaluation-amélioration structurée et guidée par une infirmière clinicienne spécialisée permettant d'acquérir de nouvelles connaissances et de répondre aux besoins de la personne, d'informer sur les résultats et de s'en rendre imputables*
- *Déboulonner les mythes concernant la recherche en sciences infirmières en donnant l'occasion aux infirmières, accompagnées par des infirmières cliniciennes spécialisées, de procéder, dans les milieux cliniques, à la recherche des données probantes, d'étudier les publications de recherches en sciences infirmières, de revoir les soins à la lumière de ces dernières (pratique réflexive), et d'acquérir de nouvelles connaissances transférables dans les soins*

-
- *Créer des alliances dans les milieux cliniques entre les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) afin qu'elles deviennent des courtières de connaissances*
 - *Créer une culture de développement professionnel continu dans un partenariat entre les différentes instances concernées (p. ex. : milieux cliniques, universitaires et OIIQ)*
-

Enfin, comme la relation entre les processus et les résultats n'est pas toujours directement liée, la dernière composante du modèle portant sur **les résultats empiriques** (*empirical outcomes*) demande aux hôpitaux magnétiques de non seulement décrire les structures et les processus de soins, mais également de les relier spécifiquement aux résultats issus des quatre composantes (leadership transformationnel, autonomisation structurelle, pratique professionnelle exemplaire, nouvelles connaissances, innovations et améliorations) (Morgan, 2009). Le suivi de la qualité des soins infirmiers dans nos établissements au Québec est souvent confondu avec la qualité des soins. Certains indicateurs de qualité (p. ex. : satisfaction de l'accueil, des repas, propreté des lieux, etc.) ne sont pas liés à la qualité des soins infirmiers (p. ex. : indicateurs de résultats et de processus sur le soulagement de la douleur, les erreurs de médicaments, les chutes, les plaies de pression).

Recommandation 6 :
Créer des rôles favorisant les savoirs infirmiers

Afin de mieux recourir aux compétences et aux savoirs infirmiers, nous sommes d'avis qu'il est primordial de :

- *Soutenir le rôle des infirmières cliniciennes spécialisées dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins infirmiers avec les équipes soignantes*
 - *Créer des rôles de « nurse scientist », comme il en existe dans le reste du Canada, pour rapprocher la recherche des équipes soignantes, permettre l'appropriation des résultats par les infirmières et l'application dans les soins infirmiers*
-

Innovation et spécialisation infirmières : une voie pour les soins de l'avenir

Afin de susciter l'intérêt à l'innovation et à la spécialisation, les étudiantes autant que les infirmières devraient avoir l'occasion de rencontrer des infirmières qui ont expérimenté de nouveaux rôles hors des sentiers battus, qui ont innové dans les soins à la lumière de la science, et qui sont capables de les stimuler. Nous croyons qu'il faut démontrer qu'il est possible en sciences infirmières d'innover, autant dans la pratique infirmière qu'en collaboration interprofessionnelle. Les projets innovants devraient être sollicités et provenir des infirmières elles-mêmes afin de donner le goût de se développer et de se dépasser.

Les unes et les autres devraient retrouver sur leur parcours des modèles de rôles infirmières, infirmières cliniciennes spécialisées et chercheuses en sciences infirmières, capables de les inspirer, de les soutenir et de les faire progresser dans leurs idées

innovantes. Des instances stratégiques (p. ex. universités, OIIQ) pourraient se donner le mandat de faire rayonner les étudiantes et les infirmières qui innovent. Reconnaître les réalisations et envahir l'espace public par les médias de masse pour donner des ailes à celles qui essaient de faire mieux et autrement.

Comme nous l'avons soutenu dans le présent mémoire, des postes d'infirmières cliniciennes spécialisées tout au long du continuum de soins et de services (communauté, centre hospitalier, réadaptation, CHSLD, soins palliatifs) devraient être réintroduits. Ces infirmières, affectées aux soins directs en tenant compte de leur expertise particulière, peuvent servir d'accompagnatrices des infirmières, avec les infirmières bachelières, servir de modèles de rôles pour les équipes, favoriser l'amélioration de la qualité des soins infirmiers et provoquer le développement professionnel et l'innovation (Adams, 2015; Fabbruzzo-Cota et al., 2016; Mayo et al., 2017; Schirle et al., 2020; Slivinski et al., 2020). Les milieux devraient accueillir favorablement le désir de formation continue des infirmières en octroyant des bourses à celles qui désirent s'investir dans la profession et progresser. Enfin, il devrait y avoir création de postes pour permettre à ces personnes d'intervenir auprès des équipes pour améliorer les soins.

Recommandation 7 :

Susciter l'innovation dès la formation initiale et tout au long de la carrière

Afin de soutenir l'innovation et la spécialisation infirmières, nous sommes d'avis que :

- *Les instances concernées œuvrent de concert pour réintroduire les infirmières cliniciennes spécialisées dans les milieux de soins, afin de servir de modèles de rôles, pour favoriser le développement professionnel et l'innovation*
- *Les milieux d'enseignement universitaire et de soins favorisent l'émergence d'innovations en soins infirmiers et en favorisent le rayonnement*
- *Les milieux de soins favorisent la formation continue en octroyant des bourses pour le développement des connaissances*

Formation infirmière : pour relever les défis du 21^e siècle

Les sciences infirmières reposent sur d'importantes connaissances scientifiques. Ces connaissances évoluent à un rythme effréné et on estime qu'il n'a fallu que 73 jours en 2020, soit à peine plus de deux mois, pour doubler la masse des connaissances disponibles (Corish, 2018).

Dans les programmes de formation en sciences infirmières, l'université tente d'outiller les étudiantes afin qu'elles puissent : 1) reconnaître et s'imprégner du caractère scientifique de la profession; 2) identifier leurs besoins d'information; 3) utiliser des sources variées d'écrits scientifiques et être en mesure de poser un jugement critique; 4) appuyer leur pratique infirmière sur des résultats probants et 5) remettre en question les a priori, et ce, dans une visée d'offrir des soins personnalisés et adaptés au besoin de la population. Ainsi, la formation au baccalauréat en sciences infirmières permet de donner des bases

scientifiques solides. Melnyk (2018) propose de former dès ce moment les étudiantes à l'utilisation des données probantes pour mieux soigner et leur donner le goût pour la recherche du meilleur soin. Cet apprentissage pourrait les intéresser éventuellement à la recherche en sciences infirmières pour mieux redonner à la Personne.

La population vit avec des maladies chroniques de plus en plus longtemps. Parmi les personnes de 65 ans et plus, 75 % se disent atteintes d'au moins un des cinq problèmes de santé de longue durée (Institut de la statistique du Québec, 2013). Des infirmières bachelères possédant de solides connaissances scientifiques liées à la gériatrie pourraient répondre à de nombreux besoins actuels et à venir dans les milieux (communautaires, aigus, CHSLD, soins palliatifs). La pandémie à la COVID-19 a révélé l'urgence d'avoir des infirmières hautement qualifiées dans les établissements de soins de longue durée. Il en est de même auprès de certaines clientèles en situation de vulnérabilité, marginalisées, victimes d'âgisme ou de racisme et pour lesquelles les infirmières assument un rôle *d'advocacy*. La discipline infirmière forme selon une perspective scientifique, holiste et humaniste.

La Chaire a d'ailleurs fait la démonstration que les infirmières titulaires d'une maîtrise en sciences infirmières peuvent s'imprégner facilement de nouveaux rôles : elles ont participé aux projets novateurs de la Chaire en intervenant dans les programmes psychoéducatifs pour les proches aidants dispensés sur le Web. Les résultats ont été mesurés au fil des ans et se sont avérés très utiles pour cette clientèle (voir [ici](#)).

Quant aux infirmières cliniciennes spécialisées, elles ont fait la démonstration qu'elles sont efficaces avec les personnes atteintes de maladies chroniques et permettent de réduire les coûts, en utilisant leurs connaissances avancées, leurs habiletés et leurs compétences (National Association of Clinical Nurse Specialists, 2013). Elles peuvent également répondre aux besoins de la population vieillissante du Québec. Elles devraient devenir des professionnelles recherchées. À cet égard, la création d'un lien accéléré Bac-Maîtrise pourrait être une proposition innovante et faire l'objet d'études.

Les soins aux personnes vulnérables de tous les milieux cliniques pourraient profiter des résultats de la recherche en sciences infirmières, apportant de nouvelles connaissances teintées de l'humanisme dont il faut faire preuve (De Chesnay et Anderson, 2020). On ne peut ignorer les bénéfices qu'apporte la recherche, y compris la recherche en sciences infirmières!

Dans une optique de protection du public et d'offrir des soins de grande qualité, nous devons toutes faire la promotion d'infirmières mieux formées ainsi que de la recherche en sciences infirmières, la favoriser, la soutenir et en faire notre fierté.

Recommandation 8 :

Entrer pleinement dans le 21^e siècle en rehaussant le niveau de compétences

Afin de soutenir la formation des infirmières pour faire face aux défis du 21^e siècle, nous sommes d'avis que :

- *La norme d'entrée à la profession d'infirmière soit le baccalauréat en sciences infirmières*
 - *Des efforts importants soient faits pour rehausser la formation de l'ensemble des infirmières*
 - *Des travaux soient menés afin de créer une voie accélérée Bac-Maîtrise*
 - *Des moyens soient pris pour soutenir une relève de chercheuses en sciences infirmières, et particulièrement dans des domaines cliniques*
 - *Le développement d'un doctorat professionnel devrait être considéré.*
-

Conclusion

L'urgence de se donner les infirmières que le Québec mérite!

Les infirmières dispensent des soins dans des milieux diversifiés, à toutes les clientèles, de tout âge, de toute origine, présentant des problèmes de santé aigus et chroniques. Le soin infirmier ne choisit pas ses bénéficiaires, mais tous ont le droit de recevoir les meilleurs soins, fondés sur les résultats issus de la recherche, et ce, tout au long du continuum de soin, dans le plus grand respect de ce qu'ils sont.

Les besoins des Personnes sont de plus en plus complexes et il est indispensable que les connaissances soient à la hauteur. Les études ont démontré les bénéfices de la formation au niveau du baccalauréat et de la maîtrise en sciences infirmières, autant dans les résultats auprès des Personnes soignées que pour les établissements. Le corpus de connaissances doit être adapté aux besoins et aux développements scientifiques. À cet effet, les sciences infirmières méritent que des chercheuses poursuivent ardemment des études pour démontrer toute la portée de la pratique infirmière auprès des clientèles.

La Chaire Marguerite-d'Youville présente donc ce mémoire en souhaitant que les instances décisionnelles de tous les niveaux prennent les moyens pour faire entrer le soin infirmier dans le 21^e siècle au bénéfice de la population, y compris les personnes les plus vulnérables. La Chaire sera une alliée dans ces transitions en poursuivant sa mission de recherche et de formation.

Références

- Adams, J. H. (2015). The role of the clinical nurse specialist in home healthcare. *Home Healthc Now*, 33(1), 44-48. <https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000174>
- Aiken, L. H. (2014). Baccalaureate nurses and hospital outcomes: more evidence. *Medical Care*, 52(10), 861-863. <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000222>
- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L. et Neff, D. F. (2011). Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care*, 49(12). https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2011/12000/Effects_of_Nurse_Staffing_and_Nurse_Education_on.2.aspx
- American Nurses Credentialing Center. (2020). *Magnet Recognition Program*®. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/>
- Armstrong, K. J. et Laschinger, H. (2006). Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(1), 124-132. <https://doi.org/10.1097/00001786-200604000-00007>
- Bae, S. H., Mark, B. et Fried, B. (2010). Use of temporary nurses and nurse and patient safety outcomes in acute care hospital units. *Health Care Management Review*, 35(4), 333-344. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181dac01c>
- Blegen, M. A., Goode, C. J., Park, S. H., Vaughn, T. et Spetz, J. (2013). Baccalaureate Education in Nursing and Patient Outcomes. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(2). https://journals.lww.com/jonajournal/Fulltext/2013/02000/Baccalaureate_Education_in_Nursing_and_Patient.8.aspx
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : Un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisations des soins*, 40, 39-48. <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-1-page-39.htm>
- Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R., Donald, F., Kaasalainen, S., Harbman, P., Bourgeault, I. et DiCenso, A. (2010). The clinical nurse specialist role in Canada. *Nursing Leadership*, (23 Special Issue), 140-166. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22273>
- Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Kaasalainen, S., Marshall, D., Charbonneau-Smith, R. et DiCenso, A. (2015). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(5), 763-781. <https://doi.org/10.1111/jep.12401>
- Carter, M. R. et Tourangeau, A. E. (2012). Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1589-1600. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x>
- Corish, B. (2018). *Medical knowledge doubles every few months how can clinicians keep up*. <https://www.elsevier.com/connect/medical-knowledge-doubles-every-few-months-how-can-clinicians-keep-up>

- Cowden, T., Cummings, G. et Profetto-McGrath, J. (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 461-477. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01209.x>
- D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R. et Rivard, M. (2012). Measuring Actual Scope of Nursing Practice: A New Tool for Nurse Leaders. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(5). https://journals.lww.com/jonajournal/Fulltext/2012/05000/Measuring_Actual_Scope_of_Nursing_Practice_A_New.4.aspx
- De Chesnay, M. et Anderson, B. A. (2020). *Caring for the vulnerable. Perspectives in nursing theory, Practice and Research*. (5^e éd.). Jones and Bartlett Learning
- Dempsey, C. et Assi, M. J. (2018). The Impact of Nurse Engagement on Quality, Safety, and the Experience of Care: What Nurse Leaders Should Know. *Nursing Administration Quarterly*, 42(3), 278-283. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000305>
- Déry, J. (2019). Conséquences d'une étendue de pratique infirmière non optimale. *Perspective infirmière*, 16(1), 37-40. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1516102/perspective-infirmiere-vol-16-no-1-2019.pdf/#page=37>
- Dery, J., Clarke, S. P., D'Amour, D. et Blais, R. (2016). Education and Role Title as Predictors of Enacted (Actual) Scope of Practice in Generalist Nurses in a Pediatric Academic Health Sciences Center. *Journal of Nursing Administration*, 46(5), 265-270. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000341>
- Donald, F., Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Harbman, P., Kaasalainen, S., Marshall, D. A., Charbonneau-Smith, R., Donald, E. E., Lloyd, M., Wickson-Griffiths, A., Yost, J., Baxter, P., Sangster-Gormley, E., Hubley, P., Laflamme, C., Campbell-Yeo, M., Price, S., Boyko, J. et DiCenso, A. (2014). A systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners and clinical nurse specialists: what is the quality of the evidence? *Nursing Research and Practice*, 2014, 896587. <https://doi.org/10.1155/2014/896587>
- Ducharme, M. P., Bernhardt, J. M., Padula, C. A. et Adams, J. M. (2017). Leader Influence, the Professional Practice Environment, and Nurse Engagement in Essential Nursing Practice. *Journal of Nursing Administration*, 47(7/8), 367-375. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000497>
- Fabbruzzo-Cota, C., Frecea, M., Kozell, K., Pere, K., Thompson, T., Tjan Thomas, J. et Wong, A. (2016). A Clinical Nurse Specialist-Led Interprofessional Quality Improvement Project to Reduce Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *Clinical Nurse Specialist*, 30(2), 110-116. <https://doi.org/10.1097/nur.0000000000000191>
- Fox, A. et Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 113-118. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.954284>
- Haskins, S. et Pierson, K. (2016). The impact of the Bachelor of Science in Nursing (BSN) degree on patient outcomes: A systematic review. *Journal of nursing practice applications & reviews of research*, 6(6), 40-49.
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

- http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_EnqSante_limitation_maladie_Vol1_H00F00.pdf
- Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Ritchie, J. A., Martin-Misener, R. et Carter, N. (2013). Practice patterns and perceived impact of clinical nurse specialist roles in Canada: results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1524-1536.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.005>
- Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Harbman, P., Marshall, D. A., Charbonneau-Smith, R. et DiCenso, A. (2014). The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review [<https://doi.org/10.1111/jep.12219>]. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 1106-1123. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jep.12219>
- Lartey, S., Cummings, G. et Profetto-McGrath, J. (2014). Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 22(8), 1027-1041.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12105>
- Lavoie-Tremblay, M., Lavigne, G. et Laporte, G. (2019). Occupation du champ d'exercice : à quoi aspire la relève ? *Perspective infirmière*, 16(1), 41-43.
<https://www.oiiq.org/documents/20147/1516102/perspective-infirmiere-vol-16-no-1-2019.pdf/#page=41>
- Lundmark, V. A. (2008). Magnet environments for professional nursing practice. Dans R. G. Hughes (dir.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Mayo, A. M., Ray, M. M., Chamblee, T. B., Urden, L. D. et Moody, R. (2017). The Advanced Practice Clinical Nurse Specialist. *Nursing Administration Quarterly*, 41(1), 70-76. <https://doi.org/10.1097/naq.0000000000000201>
- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M. et Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382-388.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182726cc5>
- Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L.T., Tan, A. (2017) The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs*. 15(1):16-25. doi: 10.1111/wvn.12269.
- Morgan, S. H. (2009). The Magnet™ Model as a Framework for Excellence. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 105-108.
<https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e318197d877>
- National Association of Clinical Nurse Specialists. (2013). *Impact of the Clinical Nurse Specialist Role on the Costs and Quality of Health Care*
- Pursio, K., Kankkunen, P., Sanner-Stiehr, E. et Kvist, T. (2021). Professional autonomy in nursing: An integrative review. *Journal of Nursing Management*.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13282>
- RUISSS (2019). Référentiel de compétences interprofessionnelles en soins et services sociaux aux aînés et à leurs proches aidants. Programmes de formation initiale en sciences de la santé et psychosociales à l'Université de Montréal.

- Salmond, S. W. et Echevarria, M. (2017). Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. *Orthopaedic Nursing*, 36(1), 12-25.
<https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000308>
- Schirle, L., Norful, A. A., Rudner, N. et Poghosyan, L. (2020). Organizational facilitators and barriers to optimal APRN practice: An integrative review. *Health Care Management Review*, 45(4), 311-320.
<https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000229>
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B. et De Geest, S. (2007). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument. *Nursing Research*, 56(6).
https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/2007/11000/Validation_of_the_Basel_Extent_of_Rationing_of.7.aspx
- Simpson, M. R. (2009). Engagement at work: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 1012-1024.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.003>
- Slivinski, A., Phillips, T., Bollinger, J. et Hooper, V. (2020). Taking outcomes to the next level: The clinical nurse specialist as a partner in changing practice. *Nursing Management*, 51(12), 28-34.
<https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000698112.36777.7f>
- Spence Laschinger, H. K., Zhu, J. et Read, E. (2016). New nurses' perceptions of professional practice behaviours, quality of care, job satisfaction and career retention. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 656-665.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12370>
- Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M. et Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 22-32.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05190.x>
- Université de Montréal (2015). Référentiel de compétences. Baccalauréat en sciences infirmières.
- Voyer, P. (2016). *La profession infirmière d'aujourd'hui et demain*.
- Yakusheva, O., Lindrooth, R. et Weiss, M. (2014). Economic Evaluation of the 80% Baccalaureate Nurse Workforce Recommendation: A Patient-level Analysis. *Medical Care*, 52(10). https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2014/10000/Economic_Evaluation_of_the_80_Baccalaureate_Nurse.2.aspx
- Zaghini, F., Fiorini, J., Piredda, M., Fida, R. et Sili, A. (2020). The relationship between nurse managers' leadership style and patients' perception of the quality of the care provided by nurses: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 101, 103446. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103446>