

MÉMOIRE

LA FORMATION UNIVERSITAIRE  
DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

UNE RÉPONSE  
AUX DÉFIS  
DES SYSTÈMES  
DE SANTÉ

*Adopté par le conseil d'administration du  
Secrétariat international des infirmières et infirmiers  
de l'espace francophone le 26 mai 2011*



**SIDIIEF**

SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

LE SIDIIEF EST DOTÉ DU  
STATUT CONSULTATIF AUPRÈS DE  
L'ORGANISATION INTERNATIONALE  
DE LA FRANCOPHONIE (OIF)

## COORDINATION ET RÉDACTION

**Suzanne Kérouac**, infirmière, M. N., M. Sc.  
Professeure émérite  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Consultante pour le SIDIIEF

**Hélène Salette**, infirmière, M. Sc.  
Secrétaire générale  
Secrétariat international des infirmières et infirmiers  
de l'espace francophone (SIDIIEF)

## CONCEPTION GRAPHIQUE ET RÉALISATION

**Marc Senécal/inoxidée**

## DISTRIBUTION

Secrétariat international des infirmières et infirmiers  
de l'espace francophone (SIDIIEF)  
4200, boulevard Dorchester Ouest  
Westmount (Québec) H3Z 1V4  
Téléphone : (++) 1.514.849.60.60  
Télécopieur : (++) 1.514.849.78.70

## DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives Canada, 2011  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
ISBN 978-2-9808341-5-8  
ISBN 978-2-9808341-4-1 (PDF)

© Secrétariat international des infirmières et infirmiers  
de l'espace francophone (SIDIIEF), 2011  
Tous droits réservés

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

## COMITÉ DE TRAVAIL

### SOUS LA PRÉSIDENCE DE :

**Jacques CHAPUIS**, infirmier, M. Sc.  
Vice-président du SIDIEF  
Directeur, Institut et Haute École de la Santé La Source, Lausanne (SUISSE)

### AFRIQUE

**Kan KOFFI**, infirmier, M. Sc.  
Secrétaire général, Réseau des Associations nationales d'infirmières, infirmiers et sages-femmes d'Afrique francophone, RANIIAF  
Enseignant, Institut National de Formation d'Agents de Santé, INFAS, Abidjan (CÔTE D'IVOIRE)

**Awa SECK**, infirmière, Ph. D.  
Professeure, École nationale de développement sanitaire et social, Dakar (SÉNÉGAL)

### MOYEN-ORIENT

**Claire ZABLIT**, infirmière, M. Sc., M.B.A.  
Présidente, Ordre des infirmières et infirmiers au Liban  
Doyen, Faculté des sciences infirmières, Université Saint-Joseph de Beyrouth (LIBAN)

### EUROPE

**Miguel LARDENNOIS**, infirmier, DEA sc. SP  
Représentant, Association belge des praticiens de l'art infirmier, acn (BELGIQUE)

**Dominique LE BŒUF**, infirmière, DEA sociologie  
Présidente, Ordre national des infirmiers de France (FRANCE)

### AMÉRIQUE

**Anne Marise LAVOIE**, infirmière, Ph. D.  
Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université Laurentienne, Ontario (CANADA)

**Luc MATHIEU**, infirmier, D.B.A.  
Professeur agrégé, vice-doyen aux sciences infirmières et directeur de l'École des sciences infirmières,  
Université de Sherbrooke, Québec (CANADA)

**Ginette THÉRIAULT**, M.A.  
Conseillère spéciale à la présidente, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, OIIQ, Québec (CANADA)

### CHARGÉE DE PROJET

**Suzanne KÉROUAC**, infirmière, M. N., M. Sc.  
Professeure émérite, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec (CANADA)

### MEMBRE D'OFFICE

**Hélène SALETTE**, infirmière, M. Sc.  
Secrétaire générale, Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, SIDIEF

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

|        |  |
|--------|--|
| ACESI  | Association canadienne des écoles de sciences infirmières  |
| AIC    | Association des infirmières et infirmiers du Canada  |
| ARM    | Arrangement de reconnaissance mutuelle   |
| CE     | Commission européenne  |
| CEDEAO | Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest  |
| CII    | Conseil international des infirmières  |
| CITE   | Classification Internationale Type de l'Éducation, UNESCO  |
| DEC    | Diplôme d'études collégiales   |
| HAS    | Haute Autorité de santé  |
| HPST   | Loi sur la réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires  |
| IDE    | Infirmière diplômée d'État   |
| IOM    | <i>Institute of Medicine, National Academy of Sciences, Washington, D.C., USA</i>  |
| OCDE   | Organisation de coopération et de développement économiques  |
| OIF    | Organisation internationale de la Francophonie   |
| OIIQ   | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  |
| OMS    | Organisation mondiale de la Santé  |
| OOAS   | Organisation Ouest Africaine de la Santé   |
| UNESCO | <i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i><br>Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture |

## TABLE DES MATIÈRES

|   |     |
|---|-----|
| LISTE DES ABRÉVIATIONS.....   | IV  |
| PRÉAMBULE.....  | VII |
| RÉSUMÉ.....   | IX  |
| LA FORMATION INFIRMIÈRE.....  | 13  |
| État des lieux dans la Francophonie.....  | 13  |
| Afrique francophone.....  | 14  |
| Europe francophone.....   | 16  |
| Moyen-Orient.....   | 18  |
| Amérique du Nord.....   | 18  |
| Qu'en est-il ailleurs dans le monde?.....   | 20  |
| LES GRANDES TENDANCES INTERNATIONALES.....  | 22  |
| La réorganisation des systèmes de santé et l'élargissement des rôles professionnels.....        | 22  |
| Le développement de la pratique avancée.....  | 24  |
| La recherche d'efficacité et d'efficience : coûts-bénéfices des interventions infirmières.....  | 26  |
| La sécurité des patients et la qualité des soins : la plus-value de l'expertise infirmière..... | 29  |
| La protection du public dans un contexte de mobilité professionnelle.....                       | 32  |
| La recherche pour l'amélioration des soins et de la santé collective.....                       | 34  |
| Les études de 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> cycles en sciences infirmières.....              | 35  |
| L'appel pressant des grandes organisations internationales.....                                 | 37  |
| Le Conseil international des infirmières (CII).....   | 37  |
| L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).....                       | 38  |
| L'Organisation mondiale de la Santé (OMS).....  | 38  |
| L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).....  | 40  |
| L'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).....       | 41  |
| L'Organisation internationale de la Francophonie (OIF).....                                     | 42  |
| RECOMMANDATIONS.....  | 43  |
| LISTE DES RÉFÉRENCES.....   | 45  |



**SIDIEF**

SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIERES  
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

Le SIDIEF est une organisation internationale non gouvernementale dont la mission principale est de faciliter le partage des expériences et des savoirs infirmiers à travers le monde francophone, afin de contribuer au développement de la santé et à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers offerts aux populations.

Le SIDIEF est doté du statut consultatif auprès des instances de l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF). Il est un réseau mondial constitué de leaders en soins infirmiers ainsi que d'une centaine d'associations et d'établissements de soins ou d'enseignement dans 25 pays de la Francophonie.

## La santé dans le monde

De grands défis liés à la santé des populations :

- Accès aux soins et coûts des systèmes de santé
- Amélioration de la santé maternelle et infantile
- Lutte contre le paludisme, le VIH, la tuberculose et d'autres maladies transmissibles
- Gestion des maladies chroniques
- Questions éthiques
- Vieillesse de la population

Et des stratégies pour y faire face :

- Nouveau découpage des responsabilités et des activités professionnelles
- Formation et autonomie professionnelle
- Transfert des connaissances et utilisation des technologies de l'information
- Partenariats Nord-Sud pour le développement

## PRÉAMBULE

**R**éunis en assemblée générale le 9 juin 2009 à Marrakech (Maroc), les membres ont recommandé à l'unanimité que le SIDIEF adopte une position officielle sur les enjeux de la formation infirmière universitaire de 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles dans les pays de la Francophonie.

Ainsi, plus de 1 400 infirmières et infirmiers provenant d'au moins 25 pays de la Francophonie ont participé au IV<sup>e</sup> Congrès mondial du SIDIEF en 2009. Plusieurs ont fait état des disparités et iniquités dans l'accès au savoir infirmier, ce qui compromet leur capacité à contribuer à l'amélioration de la santé, de la sécurité du public, de la qualité des soins et au renouvellement des pratiques cliniques.

Le conseil d'administration du SIDIEF en a fait une priorité. Parallèlement, d'autres instances internationales mettent en valeur le savoir infirmier et recommandent de miser sur les compétences des professionnels pour répondre aux grands défis liés à la santé mondiale<sup>1 2 3 4</sup>.

*Ce mémoire  
a pour but d'expliquer pourquoi  
les infirmières et infirmiers  
doivent avoir accès à la formation universitaire  
afin de déployer les compétences essentielles  
à une véritable transformation  
des systèmes de santé.*

1 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2008). *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : comment répondre à la crise imminente*. Rapport conjoint OCDE-OMS. [www.sourceocde.org/questions\_sociales/9789264050778]; 16.07.2010.

2 Conseil international des infirmières (CII). (2008). *La participation des infirmières à tous les stades de prise de décision et d'élaboration des politiques concernant les services de santé*. Genève: CII.

3 CII. (2010). *Global issues and trends in nursing education*. Genève: CII.

4 OCDE. (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants – Résumé*.



## RÉSUMÉ

Un système de santé qui investit dans l'expertise infirmière fait un choix éclairé, porteur d'une véritable transformation des soins qui marquera le XXI<sup>e</sup> siècle.

Loin de n'être qu'une dépense, le salaire consacré à l'expertise infirmière s'avère économiquement favorable, tant pour le système de santé que pour l'ensemble de la société. Des chercheurs estiment que le salaire d'une infirmière détenant un grade universitaire est d'emblée compensé à hauteur de 75 % par une réduction des coûts médicaux et hospitaliers directs imputables aux erreurs, accidents, complications et mortalité<sup>5</sup>. À cela s'ajoutent les bénéfices indirects pour les patients et les proches tels que, notamment, une meilleure gestion de la douleur en général, l'adhésion aux traitements, une meilleure qualité de vie, l'accès à l'information et à l'autodétermination, ainsi que l'adoption de comportements de santé aux différents niveaux de prévention – primaire, secondaire et tertiaire. L'élévation du nombre d'années vécues en bonne santé influence favorablement la santé des sociétés, leur productivité et leur économie.

Peut-on encore douter de la valeur de l'expertise de l'infirmière et de l'infirmier alors qu'il est reconnu que des équipes de soins qui s'appuient sur un ratio d'au moins 60 % de diplômés universitaires font une différence<sup>6</sup>? En plus de sauver des vies, de prévenir des événements indésirables et de diminuer les souffrances, il est question de collaboration avec les autres professionnels, d'amélioration de la qualité des soins, de bonne gouvernance et de réduction des coûts pour le système de santé.

La sécurité des patients est le paramètre de choix pour réfuter la position selon laquelle un système de santé n'a pas les moyens de recruter et de soutenir des infirmières et infirmiers détenteurs d'un grade universitaire. Un ratio optimal d'infirmières formées à ces niveaux d'études contribue directement à réduire les coûts associés aux accidents et événements indésirables, estimés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à 10 % des dépenses de santé d'un pays. Une telle économie pourrait être réinvestie dans le soutien au personnel, l'amélioration de la qualité des soins et le développement de pratiques innovantes.

Cela s'avère d'autant plus intéressant que les systèmes de la plupart des pays sont confrontés à la limite des ressources financières et à une pénurie sans précédent de professionnels qualifiés. En même temps, la complexité des besoins de santé des populations, l'évolution rapide des connaissances et des technologies nécessitent une réorganisation de ces systèmes et un élargissement des rôles professionnels. Les soins et services de proximité, les approches novatrices tout comme les limites de l'hospitalo-centrisme commandent un nouveau partage des responsabilités entre les principaux acteurs, médecins, infirmières et infirmiers ; la pratique infirmière avancée constitue l'une des dimensions de cette redéfinition des rôles.

Parallèlement, un rehaussement au niveau universitaire de la formation des infirmières et infirmiers est observé partout dans le monde. Toutefois, force est de constater que plusieurs pays de la Francophonie résistent à ce mouvement. La formation initiale est hétérogène : les niveaux d'études, les conditions d'admission, le nombre d'heures de formation, l'appellation du diplôme diffèrent d'un pays à l'autre et

---

5 Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). «The economic value of professional nursing», *Medical Care*, 47(1), 97-104.

6 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., Cheney, T. (2008). «Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes», *JONA*, 38(5), 223-229.

échappent pour la plupart des pays aux systèmes nationaux chargés de l'éducation<sup>7</sup>. De plus, la formation aux trois cycles d'études universitaires en sciences infirmières n'est pas accessible dans plusieurs pays<sup>8 9</sup>. Le retard évident des pays de la Francophonie à appliquer les normes nationales des systèmes d'éducation à la formation professionnelle en soins infirmiers et à souscrire aux tendances internationales est particulièrement criant en Afrique. L'accès aux études universitaires en sciences infirmières y est inexistant alors que c'est particulièrement dans ces pays qu'une formation qualifiante s'impose de toute urgence.

Il est donc impératif que l'ensemble des pays de la Francophonie reconnaisse la contribution économique majeure des infirmières et infirmiers. Devenus une profession à part entière, les soins infirmiers relèvent de la filière universitaire complète assurant les 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles d'études. Des changements en profondeur pour assurer l'accès à la formation universitaire en sciences infirmières doivent être entrepris : l'avenir des soins de santé ne ressemble en rien à ceux du passé. Ils requièrent dès lors des approches fondées sur des bonnes pratiques et des évidences scientifiques formalisées par la recherche. Une véritable transformation de la formation des infirmières et infirmiers s'impose.

D'ailleurs, les grandes organisations internationales l'ont bien compris. C'est pourquoi, qu'il s'agisse du Conseil international des infirmières (CII)<sup>10</sup> ou de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)<sup>11</sup>, elles interpellent les pays afin qu'ils investissent dans le rehaussement de la formation infirmière et soutiennent l'introduction de rôles infirmiers à large spectre de responsabilités. Un corps infirmier compétent est essentiel tant pour faire face aux pénuries de professionnels que pour faciliter l'accès aux soins, améliorer l'efficacité des systèmes de santé et contribuer à la santé collective. Mettant en relief la nécessité d'investir davantage pour relever de tels défis, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)<sup>12 13 14</sup> interpelle les gouvernements de tous les pays et à fortiori ceux de la région africaine pour l'unité d'action fondée sur les connaissances. L'importance stratégique des connaissances scientifiques pour le développement à long terme commande qu'aucune région du monde ni groupe professionnel ne soient privés de l'appropriation des meilleures pratiques. C'est en ce sens que l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)<sup>15</sup> interpelle prioritairement les dirigeants des pays d'Afrique afin qu'ils investissent dans l'enseignement supérieur et la recherche. Enfin, l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF)<sup>16</sup> valorise les compétences professionnelles des enseignants ainsi que le rôle des femmes et des communautés pour un développement durable.

7 Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI). (2010). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones*: rapport rédigé pour le SIDIIEF. Pepin, J., Ha, L. Montréal : CIFI, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

8 SIDIIEF et Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. (2008). *Profil de formation en soins infirmiers dans différents pays francophones*. [www.sidiief.org].

9 CIFI. (2010). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones*: rapport rédigé pour le SIDIIEF. Pepin, J., Ha, L. Montréal : CIFI, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

10 CII. (2009). *Promouvoir la valeur et la rentabilité des soins infirmiers*. Genève : CII.

11 OCDE. (2008). *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : comment répondre à la crise imminente*. Rapport conjoint OCDE-OMS. [www.sourceocde.org/questions\_sociales/9789264050778]; 16.07.2010.

12 Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires - Maintenant plus que jamais*. Genève : OMS. [www.who.int]; 30.09.2009.

13 OMS. (2009). *Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*. Genève : OMS. [www.who.int/hrh/nursingmidwifery/hrhglobalstandardseducation.pdf]; 30.08.2010.

14 OMS. (2007). *Neuf solutions pour la sécurité des patients*. Genève : OMS.

15 Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). (2009). *Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur - L'UNESCO lance un appel à l'investissement et à la coopération*, Communiqué 14.07.2009.

16 Organisation internationale de la Francophonie (OIF). (2010). *Plan d'action 2008-2010*. [www.francophonie.org/-education-et-formation-html].

**EN LES PRESSANT D'AGIR PROMPTEMENT,  
LE SIDIIEF RECOMMANDE  
AUX GOUVERNEMENTS  
DES PAYS DE LA FRANCOPHONIE :**

- d'instaurer un système d'enseignement universitaire couvrant les 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles d'études en sciences infirmières ;
- de statuer sur le niveau universitaire de bachelier/bachelor/licence en sciences infirmières comme condition d'entrée à la profession infirmière ;
- d'inviter l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF) à soutenir prioritairement les pays d'Afrique par des mécanismes de coopération institutionnelle, nationale, intra et inter régionale, visant à mettre en place la formation universitaire en sciences infirmières.



## LA FORMATION INFIRMIÈRE

### ÉTAT DES LIEUX DANS LA FRANCOPHONIE

**A** l'été 2010, le SIDIIEF a mandaté le Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Québec, Canada) pour décrire et analyser le profil de formation des infirmières et infirmiers dans différents pays de la Francophonie. Ce mandat faisait suite à l'étude descriptive réalisée en 2008 par le SIDIIEF en collaboration avec la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval (Québec, Canada).

De ces études, des constats ont pu être tirés<sup>17 18</sup> :

- Une grande hétérogénéité persiste dans les profils de formation des infirmières et infirmiers dans les pays de la Francophonie. Les niveaux d'études, les conditions d'admission, le nombre d'heures requis pour l'obtention du diplôme d'infirmière, l'appellation du diplôme et le titre d'emploi diffèrent. L'analyse démontre également une grande hétérogénéité des référentiels de compétences et des contenus de formation.
- Une tendance au rehaussement de la formation vers le niveau universitaire est observée malgré les différences.
- Un manque d'accessibilité aux trois cycles d'études universitaires en sciences infirmières est observé dans plusieurs pays de la Francophonie et particulièrement dans les pays d'Afrique.

L'étude menée par le CIFI<sup>19</sup> démontre que la durée du programme de formation initiale est de trois à quatre ans. Si un même nombre d'années de scolarité ne présume pas d'une même formation, pour la plupart des cursus étudiés, il faut de 15 à 17 années de scolarité pour obtenir un diplôme qui donne accès à la profession (niveaux CITE<sup>20</sup> 4, 5B ou 5A confondus). Toutefois, quatre cursus dont la durée varie de 12 à 14 ans donnent accès à l'exercice professionnel (niveaux CITE 3C ou 4) – Liban, Mali, République démocratique du Congo et Québec.

Sur le plan de l'appellation des diplômes, les pays d'Europe participant à l'étude ont adopté les modifications découlant de l'Accord de Bologne<sup>21</sup> : les infirmières et infirmiers ont maintenant accès à la licence/bachelor (niveau CITE 5A). La France a choisi une stratégie différente en conférant au diplôme d'État un « grade de licence » signifiant que seule une partie de l'enseignement est universitaire (niveau CITE 5B reconnu 5A).

Une grande hétérogénéité persiste dans les profils de formation des infirmières et infirmiers dans les pays de la Francophonie... une tendance au rehaussement de la formation vers le niveau universitaire est observée malgré les différences.

Dans l'ensemble des pays représentés dans cette étude, 7 des 21 cursus débouchent sur le baccalauréat en sciences infirmières (niveau CITE 5A) – bachelier, bachelor, licence. Neuf cursus permettent de devenir infirmière diplômée d'État (IDE) (niveau CITE 5B) et d'autres mènent à l'obtention du diplôme d'infirmière,

17 SIDIIEF et FSI-ULaval. (2008). *Profil de formation en soins infirmiers dans différents pays francophones*. [www.sidiief.org].

18 CIFI. (2010). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones* : rapport rédigé pour le SIDIIEF. Pepin, J., Ha, L. Montréal : CIFI, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

19 Idem

20 Classification Internationale Type de l'Éducation (CITE). (1997). *Instrument de classification basé sur les niveaux et domaines d'éducation produit par l'Institut de statistique de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) afin de faciliter la comparaison des statistiques de l'éducation à l'échelle internationale*. [www.uis.unesco.org/ev.fr].

21 Ministres européens de l'Éducation. (1999). Déclaration commune des ministres européens de l'Éducation-19 juin 1999-Bologne. [www.europe-education-formation.fr/docs/Bologne].

d'infirmière polyvalente, d'infirmière en soins généraux, de 1<sup>er</sup> cycle des études paramédicales et du diplôme d'études collégiales (DEC) (niveau CITE 3B ou 4). Dans cette étude, les programmes à l'intention d'auxiliaires ou d'aides-soignantes n'ont pas fait l'objet d'analyse.

Quant à la formation postdiplôme, les programmes, les spécialités, la durée des études, l'appellation du diplôme, les conditions d'admission varient, notamment la nécessité ou non d'une expérience préalable.

En ce qui concerne la formation de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles, quelques pays offrent un programme de master ou de maîtrise (niveau CITE 5A, 6) en sciences infirmières – Suisse francophone, Liban, Canada et récemment la France ; trois pays offrent un programme menant au diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) – Liban, Côte d'Ivoire, Canada. Les diplômes exigés à l'admission au 2<sup>e</sup> cycle font l'objet de trois appellations : le diplôme d'IDE pour le programme d'études supérieures spécialisées, le baccalauréat/bachelor ou la licence pour le master ou la maîtrise. Des variations importantes relatives aux caractéristiques des programmes sont notées. Seul point de convergence au niveau des études de 2<sup>e</sup> cycle, la durée du programme de maîtrise est de deux ans. Bien établie en Amérique du Nord, la formation de 3<sup>e</sup> cycle en sciences infirmières, mise en place en 2008 en Suisse francophone, est en développement en Europe.

Malgré ces efforts de développement dans la Francophonie, la formation initiale, les conditions d'admission, l'appellation des diplômes, les titres d'emploi et les normes nationales varient d'un pays à l'autre. Des différences sont marquées au niveau des études supérieures en sciences infirmières qui demeurent inaccessibles dans plusieurs pays. D'une telle hétérogénéité, outre la question de la qualité des soins, se pose celle de la capacité de développer des collaborations et des partenariats durables, notamment avec les infirmières et infirmiers des pays du Sud.

#### AFRIQUE FRANCOPHONE

En ce qui concerne la formation initiale dans les pays d'Afrique francophone, la durée des programmes varie de 12 à 17 années de scolarité. Il est navrant de constater que l'accès à la formation universitaire est inexistant alors que c'est particulièrement dans ces pays que l'urgence d'une formation qualifiante s'impose. L'Afrique représente 11 % de la population mondiale, mais supporte 24 % de la charge de morbidité – plus de 60 % des personnes atteintes du VIH/SIDA y vivent – et ne compte que 3 % des personnels de santé<sup>22</sup>. Dans les communautés africaines, soins infirmiers et soins de santé primaires sont intimement liés au quotidien : ce qui nécessite un personnel qualifié et apte à assurer des soins accessibles, continus et de grande qualité.

En l'absence de cursus universitaire et d'un corps enseignant infirmier qualifié à ce niveau, la formation des infirmières et infirmiers est offerte la plupart du temps par d'autres professionnels de la santé, notamment des médecins. Il en résulte des difficultés à adapter la formation des infirmières et infirmiers afin qu'ils assument entièrement leurs responsabilités quant aux nouvelles réalités sociosanitaires.

Les infirmières et infirmiers africains, inquiets du fossé qui se creuse de plus en plus entre eux et les pays du Nord, réclament un rehaussement de leur formation. Ils souhaitent être en mesure d'établir un réel dialogue, d'égal à égal, avec leurs homologues des pays du Nord. Souvent isolés, ils ont peu accès aux connaissances scientifiques de pointe. Même si les technologies de l'information doivent, en principe,

faciliter l'échange et la circulation du savoir, rappelons que les infirmières et infirmiers du Sud n'ont souvent que peu ou pas accès à Internet, et sont peu formés pour effectuer des recherches documentaires sur ces nouveaux médias.

Dans le même esprit, les formateurs infirmiers ayant la qualification requise n'ont pas accès aux emplois statutaires de l'enseignement supérieur ou de la recherche scientifique. Ils disposent généralement de peu de moyens pour mettre à jour leurs connaissances à l'aide des résultats de recherche. Des disparités et inégalités dans l'accès à l'information et aux résultats probants compromettent le renouvellement des pratiques et les réponses appropriées aux besoins de santé actuels et changeants des communautés. L'absence de formation universitaire entraîne l'absence de recherche et donc de données probantes dans le contexte particulier des soins en Afrique.

En Afrique, les infirmières et infirmiers assurent la plupart du temps le premier accès aux soins de santé particulièrement dans les dispensaires, les centres et postes de santé. Bien que la présence infirmière soit également requise aux niveaux intermédiaire et central du système de santé, où se prennent les décisions à la base des orientations et des politiques en matière de santé, force est de constater que trop peu d'infirmières ou d'infirmiers occupent ces postes stratégiques qui influencent les décisions.

De plus, la question de la migration de la main-d'œuvre infirmière est cruciale dans les pays d'Afrique en raison de deux facteurs souvent rapportés par des infirmières et infirmiers : 1) l'absence ou la quasi-absence d'une échelle de carrière permettant d'accéder à des responsabilités en fonction de leur formation et 2) le manque de reconnaissance de diplômes d'études supérieures acquis à l'étranger par le peu d'infirmières et infirmiers bénéficiaires de bourses d'études qui, au retour, sont privés de titre d'emploi et de rémunération conséquents à leurs études ; plusieurs choisissent, dans ces conditions, de ne pas rentrer au pays.

Pourtant, dans la majorité des universités africaines de langue française, à l'instar de l'Europe, le système d'enseignement professionnel à trois niveaux – licence, master et doctorat (LMD)– s'applique pour des programmes d'études d'autres disciplines. Le manque d'accès à la formation universitaire en sciences infirmières dans les pays d'Afrique francophone compromet les efforts collectifs pour l'amélioration de la santé et du développement social, et retarde les progrès vers la réalisation des *Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)*<sup>23 24 25</sup>.

Toutefois, une force prometteuse émerge de certains pays d'Afrique francophone (Afrique du Nord, Afrique centrale et Afrique de l'Ouest), où une volonté de rehaussement de la formation d'infirmière et d'infirmier est observée. Par exemple, au Maroc, le diplôme de 1<sup>er</sup> cycle des études paramédicales, offert par l'Institut de Formation aux Carrières de Santé (IFCS), est reconnu pour l'admission aux études de spécialisation et de 2<sup>e</sup> cycle des études paramédicales. En Algérie et, en Côte d'Ivoire notamment, à la suite du baccalauréat académique, trois années d'études conduisent à l'obtention du diplôme d'IDE. En Tunisie et au Cameroun, le baccalauréat académique et trois années d'études mènent à l'obtention de la licence.

Le manque d'accès à la formation universitaire en sciences infirmières dans les pays d'Afrique francophone compromet les efforts collectifs pour l'amélioration de la santé et du développement social, et retarde les progrès vers la réalisation des *Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)*.

23 OMS. (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS.

24 OMS. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève : OMS. [www.who.int] ; 30.09.2009.

25 OMS. (1978). *Alma Ata, Les soins de santé primaires*. Genève : OMS.

## EUROPE FRANCOPHONE

En Europe, l'Accord de Bologne a fait converger les systèmes d'enseignement supérieur vers trois niveaux : licence/bachelor, master et doctorat (LMD). En effet, plusieurs pays ont adopté le dispositif LMD. L'Europe s'est mise en marche : l'harmonisation des diplômes et la reconnaissance mutuelle des compétences dans plusieurs domaines devraient à terme en découler.

Les infirmières et infirmiers d'Europe ont su profiter de l'ouverture favorable créée par l'Accord de Bologne pour engager un véritable mouvement de réflexion dans les milieux de soins, quant aux compétences requises pour relever les défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé : variations complexes de la demande en soins de santé, changements démographiques, évolution rapide des connaissances scientifiques et des technologies de l'information. De plus en plus mobiles, ces professionnels ont su faire valoir auprès des autorités concernées qu'ils bénéficieraient du plus grand transfert possible de qualifications et de l'alignement des programmes d'études que permet le système LMD.

La Suisse francophone a été pionnière dans ce mouvement de rehaussement de la formation initiale. Depuis 2006, le diplôme initial de formation infirmière est un bachelor (niveau CITE 5A) en trois ans précédé de modules propédeutiques. Le *bachelor of sciences in nursing* ouvre aux formations post-grades et aux spécialisations. Un *master of sciences* en sciences infirmières (2<sup>e</sup> cycle) est proposé et le 3<sup>e</sup> cycle (niveau CITE 6) dans la discipline infirmière est mis en place à l'Université de Lausanne depuis 2008.

En Belgique, dans la partie francophone du pays, le diplôme devenu le standard est le *bachelor/bachelier* délivré à la suite de trois années d'études par de hautes écoles non universitaires (niveau CITE 5B). C'est la voie choisie par la majorité, bien qu'une filière secondaire menant à l'obtention d'un brevet subsiste (niveau CITE 3 ou 4). Plus de 40 % des nouveaux bacheliers infirmiers belges poursuivent des études de spécialisation ou une maîtrise dès l'obtention de leur diplôme. Ce nombre est en constante augmentation. Il y a donc un besoin ressenti par de nombreux infirmières et infirmiers d'obtenir plus de formation, plus de compétences en sciences infirmières, plus de titres et de qualifications afin de pouvoir rentrer de plain-pied dans la profession. Les universités belges en communauté flamande ont ouvert des programmes de maîtrise en sciences infirmières qui remportent un succès croissant au détriment de leur ancien programme en gestion hospitalière. Du côté francophone, une orientation différente a été prise en créant une option « clinique infirmière » au sein de la maîtrise en santé publique à l'Université catholique de Louvain.

En France, il a été décidé en 2009 de conférer de plein droit le « grade de licence » aux futurs titulaires du diplôme d'État d'infirmier. Ce grade sera reconnu à toute infirmière titulaire d'un diplôme d'État délivré par un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) après qu'il eut établi un partenariat avec une université. Une convention précise les conditions du partenariat, de reconnaissance des diplômes et de réalisation des programmes de formation<sup>26</sup>. Les premiers titulaires de ce diplôme seront reconnus à ce grade à partir de 2012, à la suite de leur formation initiale de trois ans au sein d'un IFSI partenaire d'une université.

Toutefois, l'obtention dudit grade n'implique pas l'intégration de la formation à l'université. Un rapport parlementaire, en juillet 2010, considère en effet qu'il n'y a pas lieu d'intégrer les étudiants en soins infirmiers à la première année de licence (L1) au sein de l'université<sup>27</sup>.

---

26 Décret n° 2010-1123 du 23.09.2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la 4<sup>e</sup> partie du code de la santé publique (NOR : ESRS 1006738D) paru au J. O. n° 0224, 26.09.2010, p. 17468 – texte n° 10. Paris.

27 Rapport d'information. (2010). Commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux. Député Jacques Domergue. Document d'information de l'Assemblée nationale, n° 2712. Paris.

Si les infirmières ont, depuis de nombreuses années, accès à des programmes d'études supérieures, notamment en gestion hospitalière, santé publique et éducation, la formation universitaire en sciences infirmières de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles n'en est qu'à ses débuts. Un premier master sciences cliniques infirmières est offert conjointement par l'Université de la Méditerranée (Aix-Marseille II) et le département des sciences infirmières et paramédicales de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)<sup>28</sup>. Parallèlement et hors du champ des sciences infirmières, plusieurs projets de « grade de master » sont annoncés, ponctuant un effort de formation spécialisée ; c'est le cas, notamment, des infirmières puéricultrices françaises.

Enfin, les études universitaires en sciences infirmières suivies dans les pays anglo-saxons par des infirmières françaises ne bénéficieraient d'aucune équivalence leur permettant d'intégrer des équipes universitaires de recherche françaises dans le champ de la santé.

En Roumanie, deux cheminements permettent d'accéder à la formation en soins infirmiers menant à un titre professionnel différent. Ainsi, à la suite d'une formation postsecondaire de trois ans, un diplôme d'assistant médical généraliste est décerné. Après cinq années d'expérience, la spécialisation dans des domaines de soins (ex. : médecine, chirurgie, pédiatrie) mène au titre d'assistant médical principal spécialisé. Le deuxième cheminement est la formation de 1<sup>er</sup> cycle universitaire d'une durée de quatre ans à la suite du baccalauréat lycéen. Le diplôme décerné, la licence, mène au titre professionnel d'assistant médical licencié. Seule cette formation permet l'accès dans le pays aux études supérieures de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> cycles en sciences infirmières.

La Directive de l'Union européenne 2005/36<sup>29</sup> sur la reconnaissance des diplômes pour assurer la mobilité professionnelle a obligé plusieurs pays d'Europe à augmenter le nombre d'heures de formation. Certains en ont profité pour rehausser la formation infirmière au niveau universitaire de licence. Par ailleurs, quoique la formation initiale se développe au niveau universitaire, elle en est à ses débuts dans les programmes de sciences infirmières de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles.

La Commission européenne a engagé au début de 2010 une évaluation et une révision de la Directive 2005/36 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles en Europe. Elle a interrogé, notamment, les autorités de régulation des professions de santé régies par ce texte.

Concernant la profession infirmière, la Commission a retenu de travailler et de consulter sur les éléments suivants :

- exiger le niveau nécessaire à l'admission à l'université pour pouvoir accéder aux études d'infirmière et d'infirmier ;
- intégrer le cursus infirmier à l'université et dans le système LMD pour se mettre en phase avec les Accords de Bologne ;
- approfondir l'harmonisation des normes communes en matière de formation initiale et spécialisée, que l'intégration du cursus infirmier à l'université ne peut que faciliter ;
- envisager une définition commune de ce que doit être le développement professionnel continu et en faire une condition, lorsqu'il est obligatoire dans le pays d'origine, pour bénéficier de la reconnaissance automatique des diplômes dans un autre État membre de l'Union.

Les conclusions des travaux de la Commission seront disponibles en 2012.

---

28 [www.ehesp.fr/formations].

29 *La mobilité professionnelle en Europe : la reconnaissance des diplômes dans l'Union européenne dans le cadre de la Directive 2005/36/CE*. [www.ciep.fr/conferences/eric-naric]; [www.eur-lex.europa.eu]; 03.11.2010.

## MOYEN-ORIENT

Au Liban, la formation infirmière initiale est offerte selon différents cheminements. Trois années d'études postcomplémentaires dans une école technique de formation mènent à l'obtention d'un baccalauréat technique et du titre d'infirmière. Une autre voie est de compléter un baccalauréat lycéen et trois années d'études dans une école technique pour obtenir un diplôme technique supérieur (TS) en soins infirmiers et le titre d'infirmière licenciée. La troisième voie est le cheminement universitaire, après le baccalauréat lycéen et trois ou quatre années d'études, le diplôme de licence mène au titre d'infirmière licenciée. Seule cette dernière voie donne accès aux études de 2<sup>e</sup> cycle. Par ailleurs, quinze universités, dont six d'expression française, offrent des programmes menant à l'obtention de la licence en sciences infirmières.

L'accès aux programmes universitaires existe depuis 1979. Trois des universités francophones offrent des programmes de 2<sup>e</sup> cycle qui mènent à l'obtention d'un diplôme d'études supérieures spécialisées (bloc opératoire, santé communautaire, réanimation, gestion) ou d'un master (administration des services infirmiers, recherche, management du risque infectieux hospitalier). En raison de l'histoire universitaire de la formation infirmière dans ce pays, l'objectif est de développer dans les années à venir un programme de doctorat en sciences infirmières.

## AMÉRIQUE DU NORD

Le Canada est largement influencé par les pays du Commonwealth et leurs orientations en matière de politiques sociales et de développement des pratiques professionnelles. Les associations professionnelles infirmières ont précisé les lignes directrices qui enchâssent la pratique, la formation et la législation : normes, processus d'évaluation, agrément de programmes, critères de qualité et effets attendus pour les clientèles, les professionnels et le système de santé. Plusieurs pays du Commonwealth ont rehaussé le niveau de formation initiale (1<sup>er</sup> cycle universitaire) des infirmières et infirmiers et offrent des programmes universitaires en sciences infirmières de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles<sup>30</sup>.

En raison de sa proximité, le Canada est d'autant plus influencé par les États-Unis. Dès 1965, l'*American Nurses Association (ANA)* recommandait le baccalauréat (bachelor/licence) comme préalable requis à l'entrée dans la profession. Pour l'*American Association of Colleges of Nursing (AACN)*, les compétences essentielles pour exercer à titre d'infirmière professionnelle sont de niveau universitaire et requièrent un baccalauréat ès sciences. En 1996, le *National Advisory Council on Nurse Education and Practice (NACNEP)*<sup>31</sup> recommandait, en raison de la complexité grandissante des besoins de santé, que l'effectif infirmier des institutions de soins soit formé d'au moins 66 % de bacheliers, dû à leurs compétences professionnelles et à leur capacité à déployer des habiletés spécifiques à l'analyse critique, à la résolution de problèmes et au leadership<sup>32</sup>.

Au Canada, en 1982, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et l'Association canadienne des écoles universitaires de sciences infirmières (ACESI)<sup>33</sup> ont statué sur l'exigence minimale du diplôme

---

30 Commonwealth Nurses Federation. (2005). *Strategic Directions 2005-2010*. [www.commonwealthnurses.org]; 01.10.2010.

31 National Advisory Council on Nurse Education and Practice. (1996). *Report to the Secretary of the Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Division of Nursing*. Washington, D.C.

32 Goode, C.J., Pinkerton, S.E., McCausland, M.P., Southard, P. et al. (2001). «Documenting chief nursing officers' preferences for BSc prepared nurses», *JONA*, 31, 2, 55-59.

33 Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2004). *Énoncé de position commun : Exigences de formation à l'entrée dans la pratique infirmière*. [www.cna-aiic.ca]; 21.11.2009.

universitaire de baccalauréat spécialisé en sciences infirmières pour exercer la profession à titre d'*infirmière autorisée*. Cette position de l'ACESI a été réaffirmée récemment<sup>34</sup>. À l'exception du Québec, tous les organismes réglementaires des provinces du Canada ont souscrit à cette exigence.

Ainsi, dans les provinces canadiennes, sauf au Québec, les universités chapeautent l'ensemble de la formation infirmière. Le permis d'exercice de la profession est octroyé à la suite de l'obtention du baccalauréat dans la perspective d'un continuum de formation universitaire aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles d'études.

Le Québec, province officiellement unilingue française, est la seule à octroyer le permis d'exercice à la suite de l'obtention du diplôme collégial (post-secondaire) en soins infirmiers. Il importe de préciser que l'accès à la formation infirmière à l'université existe au Québec depuis la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Des programmes de baccalauréat ont été offerts aux détentrices d'un diplôme d'infirmière, dès 1920-1930 à l'Université McGill et à l'Université de Montréal<sup>35</sup>. Même si l'idée de la formation initiale à l'université est émise dès le début des années 1950, l'accès direct viendra plus tard, soit en 1957 à l'Université McGill et en 1962 à l'Université de Montréal. Malgré cet accès reconnu, le Québec ne dénombre à ce jour que 10,4 % de l'effectif infirmier qui détient au moins un certificat de 1<sup>er</sup> cycle universitaire, 30,4 % un grade de baccalauréat et 3 % sont détenteurs d'un grade de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycles<sup>36</sup>.

Le Québec et la France viennent de signer une entente pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des infirmières<sup>37</sup>. Selon cet *Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM)*, tous les titulaires d'un titre de formation d'un programme d'études universitaires, du baccalauréat dans le cas du Québec ou d'un diplôme d'État (IDE) dans le cas de la France, peuvent se prévaloir de l'entente. Autrement dit, pour le Québec, seuls les infirmières et infirmiers munis d'un diplôme universitaire sont admissibles à cet *Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM)*. Le diplôme d'études collégiales en soins infirmiers (DEC), qui pourtant donne accès au permis d'exercice infirmier, n'est pas reconnu dans cette entente, trop éloigné des standards européens quant au nombre d'heures requis pour la formation initiale.

Si le Québec a un ordre professionnel depuis plusieurs décennies, il importe de signaler que ce développement est très récent ailleurs, par exemple au Liban (2003), au Burkina Faso (2006) et en France (2008). Ainsi, dans l'ensemble de la Francophonie, la profession est peu organisée du point de vue professionnel et politique. Par conséquent, la communauté infirmière est peu reconnue et peu soutenue.

---

34 ACESI. (2010). *Plaidoyer pour des Canadiens en meilleure santé : formation en sciences infirmières pour le XXI<sup>e</sup> siècle*. Ottawa : ACESI. [www.casn.ca]; 21.05.2010.

35 Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E. et Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

36 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2010). Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif. Westmount : OIIQ.

37 OIIQ. (2010). « Entente France-Québec sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des infirmières », *Le Journal*, 7 (1), sept.-oct., 4.

## QU'EN EST-IL AILLEURS DANS LE MONDE?

C'est un plaidoyer unanime pour le rehaussement au niveau universitaire de la formation infirmière qui se dégage à l'échelle mondiale et récemment, la recommandation de l'*Institute of Medicine (IOM)* de la *National Academy of Sciences* des États-Unis y ajoute un caractère d'urgence. Comme l'amélioration de l'accès aux soins est essentielle à la transformation même des systèmes de santé et qu'elle repose plus que jamais sur une grande autonomie professionnelle, il est recommandé par cet organisme américain de viser pour 2020 un effectif infirmier composé de 80 % de bachelières et bacheliers, et de doubler le nombre de détenteurs d'un diplôme de 3<sup>e</sup> cycle universitaire. À cette fin, au moins 10 % des diplômés du baccalauréat devraient poursuivre aux cycles supérieurs dans les cinq années suivant leur graduation<sup>38</sup>.

Au cours de la dernière décennie, des pays ont tranché pour un rehaussement de la formation des infirmières et infirmiers. L'introduction de rôles infirmiers avancés l'exprime bien. Les États-Unis furent les précurseurs, suivis par le Royaume-Uni, l'Australie et des pays du Commonwealth. C'est donc dans des

C'est un plaidoyer unanime pour le rehaussement au niveau universitaire de la formation infirmière qui se dégage à l'échelle mondiale. Un baccalauréat décerné par une université devient le niveau d'études minimal pour exercer la profession d'infirmière dans les mondes anglo-saxon, hispanique, asiatique et dans certains pays arabes.

pays anglo-saxons où la culture professionnelle était affirmée et où la formation universitaire aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles existait déjà que le mouvement est devenu incontournable<sup>39</sup>. Par exemple, aux États-Unis en 2008, la moitié de l'effectif infirmier total détenait un grade universitaire de 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycles<sup>40</sup>. En Europe, le Royaume-Uni est à l'avant-garde et soutient les nouveaux rôles infirmiers<sup>41</sup>.

Les rapports et les prises de position se sont multipliés devant les réformes des systèmes de santé et les pénuries de professionnels de la santé. On y fait valoir la nécessité d'une meilleure formation des nouveaux professionnels pour assurer la sécurité des personnes, des familles et des communautés<sup>42</sup> <sup>43</sup>. Un baccalauréat décerné par une université devient le niveau d'études minimal pour exercer la profession d'infirmière dans les mondes anglo-saxon, hispanique, asiatique et dans certains pays arabes<sup>44</sup>.

EN SOMME, la formation infirmière dans les pays de la Francophonie présente une mosaïque de profils, de diplômes et de titres. Ainsi, les programmes de formation infirmière proprement dits diffèrent de façon substantielle d'un pays à l'autre. Par le fait même, les normes et critères donnant droit à un statut réglementé et aux titres professionnels sont également différents.

C'est pourquoi le SIDIIEF insiste pour que la Francophonie harmonise ses normes de formation faisant ainsi échec à la fragmentation, à l'éclatement et à l'inaccessibilité de la filière universitaire pour encore

38 Institute of Medicine. (2010). *The future of Nursing: Leading changes, advancing health*. Washington, D.C.: National Academies Press. [www.nap.edu/catalog/phprecord\_id=12894].

39 Desrosiers, G. (2009). « La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières », *Info Nursing*, n° 150, oct. 2009, Bruxelles, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

40 US Department of Health and Human Services, Health Resources Services Administration. (2010). *The Registered Nurses population: initial findings from the 2008 national sample survey of RN*. [www.bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/msurvey].

41 Desrosiers, G. (2009). « La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières », *Info Nursing*, n° 150, oct. 2009, Bruxelles, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

42 CII. Fondation internationale Florence Nightingale (FIFN). (2006). *La pénurie mondiale de personnel infirmier: domaines d'intervention prioritaire*. Genève: Suisse.

43 OMS. (2009). *Des normes mondiales pour la formation initiale d'infirmières professionnelles et les sages-femmes*. Genève: OMS. [www.who.int/hrh/nursing\_midwifery/hrh\_global\_standards\_education/fr].

44 CIFI. (2010). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones: rapport rédigé pour le SIDIIEF*. Pepin, J., Ha, L. Montréal: CIFI, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, p.21.

un trop grand nombre d'infirmières et infirmiers. Il y va aussi de l'attractivité de la profession vis-à-vis des jeunes, dans un contexte économique où le niveau d'études moyen est passé dans de nombreux pays du niveau baccalauréat lycéen au niveau licence.

D'autant que cette tendance au rehaussement de la formation infirmière au niveau universitaire n'ira pas en diminuant. Bien au contraire, une solide formation et un meilleur déploiement des compétences professionnelles au niveau avancé sont requis pour répondre aux grands défis posés par la santé dans le monde.

Par ce mémoire, il n'est pas de l'intention du SIDIEF de développer un cahier des charges pour l'harmonisation des programmes de formation, mais bien de justifier les raisons pour lesquelles la formation des infirmières et infirmiers doit être de niveau universitaire comme condition d'entrée à la profession infirmière. Le SIDIEF insiste de plus pour que cette formation s'inscrive dans une filière universitaire de 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles en sciences infirmières et non dans un profil générique « paramédical ».

## LES GRANDES TENDANCES INTERNATIONALES

Les défis de la santé mondiale obligent tous les gouvernements à améliorer l'accès et l'efficacité des soins de santé s'ils veulent assurer la qualité à des coûts acceptables. Les systèmes de santé sont ainsi appelés à se transformer et ce sont ceux qui s'engageront dans un changement en profondeur qui en profiteront le plus. Compte tenu d'une volonté historique de collaborer à l'amélioration des soins et de la santé, les professionnels de la santé, notamment les infirmières et infirmiers, sont conviés à faire preuve de leadership et à démontrer leur capacité d'innover pour contribuer à une véritable transformation.

### LA RÉORGANISATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET L'ÉLARGISSEMENT DES RÔLES PROFESSIONNELS

**A**u cours des dernières années, les systèmes de santé de tous les pays ont été confrontés à de fortes contraintes financières en même temps que progressaient les dépenses liées aux soins et services. Des pénuries de personnels qualifiés se sont imposées avec une rapidité qu'on n'avait pas anticipée. Simultanément, la complexité des besoins de santé de la population, la prévalence et l'importance de la chronicité, l'évolution rapide des connaissances scientifiques et l'introduction des technologies de l'information et de la communication ont entraîné une réorganisation des soins et des services. De plus, l'hôpital, et son plateau technique coûteux, a été contraint de réduire la durée des séjours hospitaliers. C'est ainsi qu'une grande partie des soins a été dirigée vers la communauté dans des structures extra hospitalières : la nécessité de soins à domicile, de soins et services de proximité ont bousculé les rôles traditionnels et obligé les professionnels à modifier rapidement leurs façons de faire.

Les systèmes de santé sont désormais à la recherche de nouvelles compétences<sup>45 46</sup>, la tendance n'ira pas en diminuant. Reflétant la situation de plusieurs pays, on estime qu'en 2020, 75 % des infirmières devraient oeuvrer dans la communauté, alors que la situation était inverse en 2000<sup>47</sup>, trois infirmières sur quatre travaillaient en milieu hospitalier. Dans ce contexte, le redéploiement des compétences des infirmières et infirmiers pose un défi sans précédent.

Les systèmes de santé sont désormais à la recherche de nouvelles compétences, la tendance n'ira pas en diminuant... le redéploiement des compétences des infirmières et infirmiers pose un défi sans précédent.

Les infirmières et infirmiers représentent, sur le plan mondial, le corps professionnel le plus nombreux dans le champ sanitaire ; un tel potentiel humain, bien formé et adéquatement mobilisé, est clairement susceptible de faire évoluer positivement les systèmes de santé. À cet égard, les infirmières et infirmiers sont sensibles aux objectifs d'efficacité et d'efficience ; ils constituent des acteurs de première ligne dans les soins à la personne, à la famille ou à la communauté, agissant au point de rencontre entre les préoccupations des personnes et du politique<sup>48</sup>. Toutefois, leur rôle est influencé par la vision des décideurs et les choix gouvernementaux qui en découlent.

45 OMS. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève : OMS.

46 Desrosiers, G. (2009). « La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières », *Info Nursing*, n° 150, oct. 2009, Bruxelles, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

47 AIIC. (2006). *Vers 2020 : visions pour les soins infirmiers*. Ottawa : AIIC.

48 Falk Rafael, A. (2005). « Speaking Thru to Power: Nursing's legacy and Moral Imperative », *Advances in Nursing Science*, 28(3), 212-223.

Prenant appui sur des principes d'équité et de justice sociale, des experts ont déjà signalé que les soins de santé primaires constituent une réponse aux défis sanitaires d'un monde en évolution. L'action doit être centrée sur l'autonomisation des individus et des communautés, partie intégrante de la philosophie des réformes des systèmes de santé dans les pays développés. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)<sup>49</sup> sollicite la participation active des principaux acteurs de la santé afin de remodeler le leadership pour la santé autour d'un pouvoir politique efficace : les pays sont ainsi invités à combler les écarts en santé en une génération. La volonté politique est essentielle pour changer les choses, car « les connaissances et les moyens existent »<sup>50</sup>.

Pour transformer un système de santé, il faut donc agir avec les médecins et les infirmières : les premiers influencent l'offre thérapeutique et les infirmières ont cette capacité d'influencer l'efficacité et l'efficience des soins et services, ainsi que des politiques de santé publique. Si les médecins et infirmières représentent les deux professions sur lesquelles repose le système de santé, ils sont davantage sollicités en temps de pénurie pour redéfinir leurs façons de travailler et créer des modèles innovants<sup>51</sup>.

Ces transformations amènent à revisiter les champs d'exercice professionnel et nécessitent de bien saisir les responsabilités spécifiques de chaque groupe. Le transfert des responsabilités entre médecins et infirmières est vu comme un facteur d'amélioration et de productivité des services<sup>52</sup>. Trop souvent, les médecins effectuent des soins pouvant clairement être prodigués par les infirmières et infirmiers ; aussi faut-il systématiquement procéder à une redéfinition efficiente des territoires et à un redéploiement des compétences infirmières. Une telle approche requiert d'être fondée à la fois sur la collaboration, sur les résultats probants et sur la maîtrise de savoirs spécifiques. La collaboration interprofessionnelle ne peut se réaliser que si tous les acteurs peuvent dialoguer et agir en collégialité.

Si les médecins et infirmières représentent les deux professions sur lesquelles repose le système de santé, ils sont davantage sollicités en temps de pénurie pour redéfinir leurs façons de travailler et créer des modèles innovants.

Dans les pays où le champ d'exercice confère toute l'autorité aux médecins, en Afrique par exemple, la profession infirmière se trouve cantonnée dans une position d'exécution en milieu hospitalier. Or, une telle position nuit à l'innovation, à l'accessibilité et aux initiatives de santé publique, ce qui fait qu'elle n'est plus appropriée. Les rôles d'assistants médicaux conférés aux infirmières ne permettent pas d'améliorer l'accès au système de santé ou ne permettent aucune initiative adaptée aux conditions du terrain.

Par ailleurs, dans les pays du Nord, une ouverture des champs d'exercice va de pair avec l'autonomie de l'infirmière. Un nouveau découpage des responsabilités, notamment l'introduction de rôles infirmiers avancés et l'application de protocoles thérapeutiques, maximise la collaboration interprofessionnelle, favorisant la capacité d'initiative du corps infirmier et une meilleure utilisation des médecins. On observe une tendance mondiale au repositionnement du rôle professionnel de l'infirmière et au rehaussement de la formation en conséquence.

49 OMS. (2008). *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève: OMS.

50 Idem, p. 34

51 Desrosiers, G. (2009). « Libérer les talents », *Perspective infirmière*, 6,2, mars-avril, 34-36.

52 OCDE. (2008). *Les personnels de la santé dans les pays de l'OCDE : comment répondre à la crise imminente*. Rapport conjoint OCDE-OMS. [www.sourceocde.org/questionssociales/9789264050778]; 16.07.2010

## Le développement de la pratique avancée

La situation d'urgence créée par la pénurie des professionnels qualifiés, les besoins de santé changeants de la population, l'obligation d'améliorer l'accès aux soins et services de santé ainsi que la recherche d'efficacité et d'efficience ont largement contribué à l'émergence d'un rôle infirmier à large spectre. Ainsi, de plus en plus de pays ont recours à des pratiques avancées en soins infirmiers dont la valeur a été démontrée scientifiquement<sup>53</sup>.

L'efficacité du rôle de praticienne avancée a été démontrée sur la sécurité et la satisfaction des patients, la prévention de ruptures de services, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la réduction des coûts en écourtant la durée d'hospitalisation et en prévenant les réadmissions. Ce rôle d'expert clinique prend appui sur une analyse approfondie des besoins de santé du patient, de la famille ou de la communauté, et intègre les résultats probants à l'évaluation, à la décision et à l'intervention cliniques. Loin d'être l'exercice d'une médecine à bon marché, la pratique avancée a tout le potentiel requis pour répondre à la complexité des besoins de santé des personnes, des familles et des communautés par le déploiement des meilleures pratiques et le renforcement de la collaboration interprofessionnelle<sup>54 55 56 57</sup>.

Une analyse de l'évolution de la pratique avancée dans douze pays de l'OCDE<sup>58</sup> (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République tchèque, Roumanie) vient d'en confirmer l'impact positif sur la qualité des soins et les coûts. Si le degré d'application des rôles avancés varie entre les pays, les évaluations effectuées dans les pays qui en ont une plus longue expérience, entre autres en soins de santé primaires (ex. : pays anglo-saxons, Finlande, Japon), démontrent l'amélioration de l'accès aux services et la réduction des temps d'attente. Un haut taux de satisfaction des patients est expliqué par le temps passé avec l'infirmière ou l'infirmier, la qualité des informations partagées, une meilleure compréhension de leur condition de santé ainsi qu'une capacité de participer au traitement et de se prendre en charge.

Ce niveau avancé de la pratique des soins infirmiers prend appui sur des études spécialisées en sciences infirmières de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> cycles universitaires dans plusieurs pays anglo-saxons. Au Canada, la formation d'infirmières praticiennes avancées (IPA) et d'infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) a débuté au cours des années 1960, et la norme éducative recommandée<sup>59</sup> pour l'infirmière en pratique avancée est une maîtrise dans un programme accrédité d'infirmière praticienne ou de sciences infirmières de 2<sup>e</sup> cycle. Bien implantés dans plusieurs pays anglo-saxons où la culture professionnelle infirmière était forte et où la formation infirmière universitaire de 2<sup>e</sup> cycle universitaire existait déjà<sup>60</sup>, ces programmes commencent à peine au Québec et en Suisse, et ils n'existent pas ou sont peu développés dans la plupart des pays de la Francophonie.

53 DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Rapport de recherche commandée. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). [www.chsrf.ca]; 16.08.2010.

54 LaSala, C.A., Connors, P.M., Pedro, J.T., Phipps, M. (2007). «The role of the clinical nurse specialist in promoting EBP and effecting positive patient outcomes», *Journal of continuing education nursing*, 38(6), nov-déc.

55 AIIC. (2009). *Énoncé de position : L'infirmière clinicienne spécialisée*. [www.cna-aiic.ca/cna/]; 21.11.2009.

56 DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : Synthèse d'aide à la décision*. Rapport de recherche commandée. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (FCRSS). [www.chsrf.ca]; 16.08.2010.

57 Desrosiers, G. (2009). « La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières », *Info Nursing*, n° 150, oct. 2009, Bruxelles, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

58 OCDE. (2010). *Nurses in advanced roles : a description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. [www.oecd.org]; 03.08.2010.

59 AIIC. (2008). *La pratique infirmière avancée : un cadre national*. Ottawa : AIIC.

60 Desrosiers, G. (2009). « La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières », *Info Nursing*, n° 150, oct. 2009, Bruxelles, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

En lien direct avec les grands défis liés à la santé mondiale, la responsabilité des institutions d'enseignement de former des infirmières compétentes continue à s'accroître. Par exemple, au Québec, les associations professionnelles infirmières et médicales pressent les universités de former davantage d'infirmières praticiennes spécialistes (IPS) dans des domaines comme la santé mentale, la pédiatrie, la promotion de la santé, la gérontologie et l'hémo-oncologie<sup>61</sup>. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a annoncé récemment la création de 500 postes d'infirmières praticiennes spécialisées mettant ainsi en valeur de nouvelles approches en soins de première ligne<sup>62</sup>. Ainsi, les fonctions-clés qui se profilent sont : l'évaluation des problèmes de santé courants, le suivi systématique des malades chroniques et le développement de programmes de santé publique<sup>63</sup>.

L'efficacité du rôle de praticienne avancée a été démontrée sur la sécurité et la satisfaction des patients, la prévention de ruptures de services, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la réduction des coûts en écourtant la durée d'hospitalisation et en prévenant les réadmissions.

Récemment en France, un protocole de coopération entre professionnels de la santé<sup>64</sup> met au point les aspects juridiques de la réorganisation de leurs activités cliniques. L'article 51 de la *Loi sur la réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)* précise que les « professionnels de la santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient ». Dans le cadre de son avis, il s'agit pour la Haute Autorité de santé (HAS) d'évaluer la capacité du protocole à garantir l'efficacité clinique, l'accès à des soins de qualité et une maîtrise des risques inhérents à la nouvelle prise en charge des patients.

L'évolution de la pratique avancée est donc inéluctable ; elle requiert cependant la mise en place d'une filière universitaire complète allant du 1<sup>er</sup> au 3<sup>e</sup> cycle d'études en sciences infirmières. Par conséquent, la véritable mise en œuvre de ce rôle d'expert demeure tributaire des politiques publiques en matière de santé<sup>65</sup>.

Dans le contexte de réorganisation des systèmes de santé, le redéploiement des compétences professionnelles est une opportunité pour la profession infirmière : sa proximité des patients et des familles et sa compréhension des enjeux lui permettent de porter le point de vue du citoyen aux niveaux décisionnel et politique afin de contribuer à la restructuration des soins et services ainsi qu'à l'avenir des soins de santé.

61 Morin, D. (2009). *Du chaos au changement planifié... Analyse de la dynamique de transformation des pratiques infirmières*. Conférence prononcée au Congrès annuel de l'OIIQ. Octobre 2009. [www.oiiq.org].

62 OIIQ. (2010). « Une nouvelle attendue : création de 500 postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne », *Le Journal*, 7(4), sept.-oct., 1.

63 Desrosiers, G. (2009). « La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières », *Info Nursing*, n° 150, oct. 2009, Bruxelles, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

64 Ministère de la Santé. (2009). *Réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)*. Article 51 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009. Paris. [www.has-santé.fr]; 05.06.2011.

65 DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Rapport de recherche commandée. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). [www.chsrf.ca]; 16.08.2010.

## LA RECHERCHE D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE : COÛTS-BÉNÉFICES DES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES

**A**u cours des dernières décennies, la recherche de solutions à la pénurie des infirmières et infirmiers a été trop souvent faite en fonction d'une vision à courte vue de la quantité – nombre – plutôt que de la qualité – qualification –<sup>66</sup> : des infirmières et infirmiers professionnels ont été remplacés ou même substitués par un personnel moins qualifié qui s'est vu confier des activités plus techniques, supposées économiquement rentables. Il est pourtant reconnu qu'un ratio insuffisant d'infirmières qualifiées dans l'équipe de soins compromet la sécurité des clientèles<sup>67 68 69</sup> et n'amène pas les gains d'efficacité escomptés<sup>70</sup>. On s'est davantage soucié de la dépense à court terme plutôt que d'évaluer les incidences économiques à moyen et long termes et l'amélioration de la santé collective.

Le référent d'un tel modèle de recourir à l'assistant médical le moins formé et donc, le moins coûteux, assure en partie la prestation de soins prescrits par les médecins, mais prive le système de santé de l'expertise infirmière entre autres, d'un jugement clinique sûr et d'une pratique clinique innovante. Ainsi, l'analyse des coûts liés aux soins infirmiers qui résulte d'une telle vision dessert les clientèles, le personnel et le système de santé<sup>71</sup> et va à l'encontre des grandes tendances internationales. Un pays qui fait de tels choix se prive du déploiement des compétences professionnelles et par conséquent met en péril la performance de son système de santé. Cela ne signifie pas pour autant que la profession ne doive pas se délester de tâches qui peuvent être confiées à d'autres, tels des aides-soignants.

Trop souvent, les coûts liés aux soins infirmiers sont perçus, aux niveaux administratif et politique, comme un obstacle plutôt qu'un investissement pour la qualité et la continuité des soins, le développement du personnel et l'amélioration de la santé collective<sup>72 73</sup>. Au moment où les reconfigurations des systèmes de santé visent la réduction des dépenses et la rentabilité des services et nécessitent le rehaussement de la formation infirmière, les valeurs que défend la profession infirmière entrent trop souvent en conflit avec les objectifs, les croyances et les idéologies des planificateurs de la santé et des politiques publiques. Le mode de financement des établissements de santé par budgets globaux, plutôt que par épisodes des soins (ex. : par cas, par groupes homogènes de malades – GHM), mène à la réduction des dépenses en personnel au lieu de créer un incitatif pour une dotation adéquate d'infirmières et d'infirmiers formés au meilleur niveau. Les soins infirmiers ne devraient plus être considérés comme un poste budgétaire de dépenses, mais plutôt comme un facteur d'efficacité à long terme essentiel pour remodeler les systèmes de santé<sup>74</sup>.

66 OIIQ. (2007). *Mémoire : Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence !* Westmount : OIIQ.

67 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. et al. (2002). « Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction », *JAMA*, 288, 1987-1993.

68 Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S. et al. (2002). «Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals», *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.

69 Needleman, J., Buerhaus, P., Shane Pankratz, V., Leibson, C.L., Stevens, S.R., Harris, M. (2011). «Nurse staffing and inpatient hospital mortality», *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045.

70 Aiken, L.H. (2008). «Economics of nursing», Policy, politics, nursing practice. 9(2), 73-79.

71 Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). «The economic value of professional nursing», *Medical Care*, 47(1), 97-104.

72 Aiken, L.H. (2008). «Economics of nursing», Policy, politics, nursing practice. 9(2), 73-79.

73 Vanhook, P.M. (2007). «Cost-utility analysis : a method of quantifying the value of registered nurses», *OJIN : The online journal of issues in nursing*, 12(3), manuscript 5.

74 OCDE. (2010). *Optimiser les dépenses de santé : Études de l'OCDE sur les politiques de santé de l'OCDE*. [www.ocde.org/ocdeLibrairie]; 04.07.2011.

Par ailleurs, la valeur de l'expertise infirmière dans l'organisation des soins et services est connue. Entre autres, une analyse de 500 recherches effectuées de 1998 à 2008 dans le monde démontre qu'un niveau de dotation suffisant d'infirmières qualifiées dans différents secteurs de soins est fondamental à la bonne gouvernance, à l'implication des patients dans leurs soins, à la qualité des politiques de recrutement, de rétention et de bien-être du personnel professionnel dans les établissements de soins<sup>75</sup>. Une revue systématique et une méta-analyse ont démontré que les soins infirmiers prodigués par des infirmières qualifiées sont associés à de meilleurs indicateurs de résultats chez les patients. Cette analyse extensive de recherches a mis en évidence l'association entre la prestation de soins infirmiers qualifiés, la qualité des soins et la protection des patients. Dans ces études, la prévention de complications et d'événements indésirables a totalisé des économies qui compensent largement le salaire des infirmières qualifiées<sup>76</sup>.

La valeur de l'expertise infirmière dans l'organisation des soins et services est connue... des recherches ont mis en évidence l'association entre la prestation de soins infirmiers qualifiés, la qualité des soins et la protection des patients. Dans ces études, la prévention de complications et d'événements indésirables a totalisé des économies qui compensent largement le salaire des infirmières qualifiées.

Des chercheurs qui se sont penchés sur la pénurie mondiale d'infirmières qualifiées<sup>77</sup> ont rappelé le succès des principes mis en avant dans les *magnet hospitals*: 1) des infirmières et des cadres infirmiers très qualifiés, 2) un mode de gestion participatif, 3) des horaires flexibles, 4) des possibilités de promotion et 5) l'insistance sur la formation continue de niveau supérieur. L'application de ces principes (souvent appelé magnétisme) est liée à des mesures qui font appel à une grande autonomie des infirmières, à leur participation aux décisions ainsi qu'à leur progression professionnelle. Lancée dans les années 1980 aux États-Unis, cette approche organisationnelle est utilisée dans divers milieux de soins de différents pays. Des recherches en démontrent les effets favorables sur la sécurité des patients, la qualité des soins, la satisfaction des patients et du personnel, et ce, sans coûts additionnels ni augmentation de coûts<sup>78 79</sup>.

C'est dans cet esprit que des orientations ou modèles contemporains situent la maîtrise des compétences des infirmières professionnelles parmi les éléments structurels les plus déterminants pour assurer des résultats de soins de qualité, et ce, à des coûts raisonnables. Une solide base de connaissances sur les indicateurs de résultats de soins et leur mesure permettent de partager les avancées et de planifier les besoins en personnel à l'aide de résultats probants mis à jour<sup>80 81 82</sup>.

75 Flynn, M. (2009). «Nurse staffing levels revisited: a consideration in key issues in nurse staffing levels and skill mix research», *Journal of Nursing Management*, 17(6), 759-766.

76 Kane, R.L., Shamlian, T.A., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T.J. (2007). «The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. Systematic review and meta analysis», *Medical Care*, 45(12), 1195-1204.

77 CIL. (2004). *The global shortage of registered nurses: an overview and actions*, James Buchan and Lynn Calman. Geneva: ICN=CIL.

78 Aiken, L.H. (2005). «Extending the Magnet concept to developing and transition countries», *Reflections on Nursing leadership*, 31(1), 16-18.

79 Aiken, L.H. (2008). «Economics of nursing», *Policy, politics, nursing practice*. 9(2), 73-79.

80 Doran, D.M. Ed. (2011). *Nursing Outcomes: the state of the science (2<sup>nd</sup> ed.)*. Sudbury, M.A.: Jones et Bartlett.

81 Doran, D., Mildon, B., Clarke, S. (2011). *Toward a national Report Card in Nursing: a knowledge synthesis*. Nursing Health Services Research Unit. Toronto: Faculty of Nursing, University of Toronto.

82 Sermeus, W., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T. et al. (2011). «Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): rationale, design and methodology», *British Medical Journal*, 10(1), 6. Résultats préliminaires d'une recherche internationale présentés par W. Sermeus au Symposium sur les enjeux de la formation infirmière à l'université. Bruxelles: Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn); 25.05.2011.

La communauté infirmière mise sur la force de ses concertations intradisciplinaires et interprofessionnelles pour exercer un leadership qui lui permettra de réaliser pleinement son mandat social. Un leadership ou une capacité d'influence ancrée sur le savoir assurera la durabilité de ces concertations. C'est le savoir à la base de la pratique qui distingue l'apport des infirmières et infirmiers à la santé des personnes, des familles et des communautés ; en d'autres mots, la question n'est plus seulement d'expliquer *ce qu'elles font*, mais *ce qu'elles savent!*<sup>83</sup>

Au premier plan, c'est le public qui est bénéficiaire et le système de santé a tout à gagner de l'expertise de l'infirmière qualifiée : son salaire représente un investissement considérable à moyen et long termes.

D'autres recherches récentes font le lien entre l'expertise – *l'agir expert*<sup>84</sup> – de l'infirmière et l'efficacité des soins et services. Par exemple, un niveau suffisant de personnel infirmier formé au baccalauréat ou au niveau supérieur (au moins 60 %) dans l'équipe est relié à des résultats de soins de qualité, au contrôle des dépenses de santé et va jusqu'à influencer favorablement certains indicateurs de productivité nationale. Si seulement une partie des activités de soins sont transposables en paramètres économiques, des auteurs estiment, à partir de plusieurs études solides, qu'un salaire infirmier annuel moyen – incluant avantages sociaux – de 83 000 \$ US représente un investissement : ce coût contribue à réduire de 60 000 \$ US les frais médicaux et autres dépenses liées à la perte de productivité nationale. À cette économie, s'ajoute la protection du public : diminution des risques, de complications ou d'accidents pour les patients, diminution de la durée d'hospitalisation, des jours non travaillés et moins de réhospitalisations. Au premier plan, c'est le public qui est bénéficiaire et le système de santé a tout à gagner de l'expertise de l'infirmière qualifiée : son salaire représente un investissement considérable à moyen et long termes<sup>85</sup>.

Le défi est donc d'influencer les processus décisionnels de manière que le financement des soins infirmiers soit vu comme un investissement plutôt qu'une dépense puisqu'il contribue à moyen et long termes à la protection du public, à l'assurance de la qualité des soins, à l'amélioration de la santé collective<sup>86</sup> et au développement économique des sociétés<sup>87</sup>.

83 Pepin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*, 3<sup>e</sup> éd., Montréal : Chenelière Éducation.

84 Mondoux, J. (2003). « Les agirs », *Journal Dossier 1-2003* de la Croix-Rouge Suisse, Berne.

85 Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). «The economic value of professional nursing», *Medical Care*, 47(1), 97-104.

86 Vanhook, P.M. (2007). «Cost-utility analysis : a method of quantifying the value of registered nurses», *OJIN: The online journal of issues in nursing*, 12(3), manuscript 5.

87 Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). «The economic value of professional nursing», *Medical Care*, 47(1), 97-104.

## LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET LA QUALITÉ DES SOINS : LA PLUS-VALUE DE L'EXPERTISE INFIRMIÈRE

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) signale qu'un patient sur dix serait victime d'erreurs évitables qui ont des conséquences directes sur le patient : douleur, incapacités, traumatismes physique et psychologique, et même la mort. Les coûts financiers associés au manque de sécurité ont été estimés à environ 10 % des dépenses totales de santé des pays<sup>88</sup>. L'OMS a donc fait de la sécurité des patients une priorité mondiale<sup>89</sup>.

Selon l'Organisation de développement et de coopération économiques (OCDE), « l'un des faits les plus importants de la dernière décennie est la prise de conscience générale des problèmes de qualité dans le domaine des soins de santé. En fait, on voit se multiplier dans les pays de l'OCDE les signes de manquements graves à la qualité qui se traduisent par des morts, des incapacités ou des séquelles de santé qui n'auraient pas dû se produire et qui ne font qu'ajouter aux coûts. Ces problèmes sont de trois ordres : les interventions injustifiées, la non-administration de soins appropriés et les erreurs de médicaments »<sup>90</sup>.

Soulignant les conséquences sérieuses pour les patients, le personnel et les systèmes de santé, le Conseil international des infirmières (CII)<sup>91</sup> déplore qu'une formation insuffisante entraîne l'augmentation d'événements indésirables tels que chutes de patients, erreurs de médication, infections nosocomiales, ré-admissions et recrudescence des taux de mortalité dans les établissements de soins.

Selon la Haute Autorité de santé (HAS) de France, les soins de santé continuent à ne pas être suffisamment sécurisés. En dépit des efforts soutenus visant à réduire les erreurs médicales d'au moins 50 % depuis une dizaine d'années, l'objectif n'est pas atteint. Plaidant pour que les établissements de santé deviennent des organisations à haute sécurité à l'instar de celles de l'industrie nucléaire ou aéronautique, la HAS propose cinq principes : la transparence, la mise en place de plates-formes de soins intégrés, l'engagement du patient, le rétablissement du sens donné au travail et une réforme de l'enseignement médical. Déplorant que les professionnels de la santé travaillent en silos, la HAS insiste également sur la nécessité d'un profond changement de culture qui mise, dès la formation, sur la communication interdisciplinaire fondée sur le partage de connaissances scientifiques. Le savoir, pierre angulaire de la concertation entre les professionnels, est essentiel à de véritables avancées en matière de sécurité des patients et de prévention d'événements indésirables<sup>92</sup>.

L'expertise de l'infirmière sauve des vies et prévient bon nombre d'événements indésirables. Prenant appui sur des résultats probants<sup>93</sup> selon lesquels les taux de mortalité diminuent significativement avec l'augmentation du nombre d'infirmières bachelières, l'accès à la formation universitaire devrait être soutenu, notamment pour des raisons de sécurité des patients<sup>94</sup>.

88 OMS – *Alliance mondiale pour la sécurité des patients*. (2005). *Défi mondial pour la sécurité des patients*. Genève : OMS. [www.who.int/patient safety]; 24.08.2010.

89 OMS. (2007). *Neuf solutions pour la sécurité des patients*. Genève : OMS.

90 OCDE. (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants*, p. 12.

91 CII. (2002). *Sécurité des patients*. Genève : CII.

92 Leape L., Berwick D., Clancy C., Conway J., Gluck P., Guest J., et al. «Transforming healthcare: a safety imperative», *Qual Saf Health Care*. 2009 Déc; 18(6): 424-428 dans Brami, J. (2010). *Résultats décevants en matière de sécurité des soins*. Haute Autorité de santé (HAS). DCP et Pratiques, n° 47; 02.09.2010.

93 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. (2003). «Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality», *JAMA*, 290, 1617-1623.

94 Reams, S. et Stricklin, S.M. (2006). «Bachelor of Science in nursing completion : a matter of patient safety», *JONA*, 36, 7/8, 354-356.

Loin d'être une préférence à caractère personnel, là où un ratio d'au moins 60 % d'infirmières bachelières (bachelor/licence) ou aux cycles supérieurs est respecté, des complications peuvent être évitées. Des

**Un établissement de santé qui respecterait à la fois un ratio optimal d'infirmières détenant un baccalauréat ou un grade supérieur — au moins 60 % — et une charge de travail adaptée verrait les taux de mortalité et de complications diminuer considérablement.**

études récentes et sérieuses le confirment : les taux de décès dus à des complications ont diminué significativement dans divers environnements de soins, notamment de 27 à 12 pour 1 000 admissions dans des unités de chirurgie<sup>95 96 97 98</sup>.

En d'autres mots, chaque fois que le nombre d'infirmières détenant un baccalauréat ou un grade supérieur augmente de 10 %, les risques de mortalité ou les complications diminuent de 5 %. Un établissement de santé qui respecterait à la fois un ratio optimal d'infirmières détenant un baccalauréat ou un grade supérieur — au moins 60 % — et une charge de travail adaptée verrait les taux de mortalité et de complications diminuer considérablement<sup>99</sup> ainsi qu'une meilleure rétention de son personnel professionnel<sup>100</sup>.

Dans ces études, les plus hauts taux de mortalité ont été observés dans les hôpitaux où seulement 20 % des infirmières détenaient un baccalauréat et où elles assumaient une charge de travail de huit patients-infirmière. Pour ces auteurs, le meilleur scénario pour assurer la sécurité des patients est un effectif d'au moins 60 % d'infirmières bachelières et un ratio de quatre patients-infirmière<sup>101 102</sup>.

Une analyse des coûts-bénéfices liés à la dotation en personnel infirmier dans des unités de médecine et chirurgie a permis d'observer qu'un ratio de huit patients-infirmière, s'il est moins coûteux a priori, est associé à un taux de décès de 2,39 % des patients. Si l'on réduit la charge de travail à quatre patients-infirmière, ce taux diminue à 1,83 %. Malgré les coûts liés à l'ajout d'infirmières qualifiées, les auteurs estiment qu'un ratio de quatre patients-infirmière demeure efficient tout en étant le plus sécuritaire. Les bénéfices découlant des vies sauvées, de la prévention des complications et de la durée de l'hospitalisation l'emportent sur l'ensemble des coûts attribuables aux soins dans ces unités<sup>103</sup>.

Réalisée en Belgique, la première en Europe selon l'auteur<sup>104</sup>, une étude a comparé les coûts associés à un niveau optimal d'infirmières qualifiées (75<sup>e</sup> percentile) dans des unités de chirurgie cardiaque avec les bénéfices liés à la réduction des taux de mortalité. Selon l'analyse, on a réduit la mortalité de 45,9 cas par année et généré annuellement 458,86 années de vie gagnées ; ce qui correspond à 26 372 euros par mort évitée et à 2 939 euros par année de vie gagnée. Des bénéfices indéniables comme l'espérance de

95 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. (2003). «Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality», *JAMA*, 290, 1617-1623.

96 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., Cheney, T. (2008). «Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes», *JONA*, 38(5), 223-229.

97 Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L., Giovanetti, P. (2005). «The impact of hospital nursing characteristics on 30 day mortality», *Nursing Research*, 54(2), 74-84.

98 Tourangeau, A.E., Doran, D.M., McGillis Hall, L. et al. (2007). «Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients», *Journal of Advanced Nursing*, 57, 32-44.

99 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. (2003). «Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality», *JAMA*, 290, 1617-1623.

100 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., Cheney, T. (2008). «Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes», *JONA*, 38(5), 223-229.

101 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. et al. (2002). «Hospital Nurse Staffing and Patient mortality, Nurse burnout and Job Dissatisfaction», *JAMA*, 288(16), 1987-1993.

102 Aiken, L.H. (2008). «Economics of nursing», *Policy, politics, nursing practice*, 9(2), 73-79.

103 Rothberg, M.B., Abraham, I., Lindenauer, P.K., Rose, D.N. (2005). «Improving nurse to patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention», *Medical Care*, 43(8), 785-791.

104 Van den Heede, K. (2010). «Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres: a cost-effective patient safety intervention?», *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1291-1296.

vie, la qualité de vie et la productivité nationale amènent les auteurs à conclure qu'un niveau optimal d'infirmières qualifiées doit être considéré dans la dotation du personnel.

À cause de l'importance et de la convergence des résultats de recherches effectuées au cours de la dernière décennie, la sécurité des patients est le paramètre de choix pour démontrer la plus-value d'une formation qualifiante en lien avec une bonne organisation du travail. Plus le niveau de formation des infirmières et infirmiers est considéré dans la composition des équipes de soins, plus la sécurité des patients est assurée et plus les bénéfices sont notables. Entre autres, la prévention d'accidents évitables ainsi que la réduction d'infections nosocomiales, des durées d'hospitalisation et des réhospitalisations contribuent à sauver des vies, à diminuer les souffrances et à amortir les coûts du système de santé. Pour plusieurs, la valeur économique des soins infirmiers professionnels ne fait pas de doute<sup>105</sup>.

La sécurité des patients est le paramètre le plus significatif d'une offre de services en soins infirmiers<sup>106</sup> du fait qu'il invite à réviser la position selon laquelle un système de santé n'a pas les moyens de recruter et de soutenir des infirmières détenant un baccalauréat ou un grade supérieur. Un ratio optimal d'infirmières formées à ces niveaux d'études dans l'équipe de soins a tout le potentiel de devenir un bénéfice pour le système de santé : il contribue directement à réduire les coûts associés aux accidents et aux événements indésirables, estimés par l'OMS à 10 % des dépenses de santé d'un pays. L'économie d'un tel montant permettrait notamment d'assurer le recrutement, la formation en cours d'emploi, la rétention de personnel qualifié et la cote de qualité des établissements de santé.

Il va sans dire que de telles décisions reposent sur ce qu'un gouvernement est prêt à entreprendre pour réorganiser en profondeur son système de santé, augmenter la sécurité des patients et assurer des environnements de pratique professionnelle porteurs d'efficacité et d'efficience.

L'expertise de l'infirmière sauve des vies et prévient bon nombre d'événements indésirables... Entre autres, la prévention d'accidents évitables ainsi que la réduction d'infections nosocomiales, des durées d'hospitalisation et des réhospitalisations contribuent à sauver des vies, à diminuer les souffrances et à amortir les coûts du système de santé. Pour plusieurs, la valeur économique des soins infirmiers professionnels ne fait pas de doute.

Sécurité des patients et qualité des soins vont de pair<sup>107</sup>. L'expertise de l'infirmière prend appui sur sa capacité de prendre des décisions éclairées par les connaissances scientifiques, d'exercer un jugement clinique sûr, de poser les actions appropriées, souvent dans des laps de temps très courts, d'évaluer, d'ajuster les interventions dans un processus de collaboration interprofessionnelle et d'utilisation des technologies. L'optimisation des compétences devient de toute évidence un aspect essentiel, voire capital, pour l'amélioration de la sécurité des patients, la qualité de la relation patient-infirmière, la collaboration avec les personnes, familles et communautés et le partage d'informations relatives à la santé.

Les avancées scientifiques et technologiques ainsi que les caractéristiques de l'environnement des soins ont considérablement refaçonné la pratique infirmière : c'est pourquoi le baccalauréat/bachelor ou la licence s'impose donc aujourd'hui comme préalable au droit de pratique, et ce, dans la perspective d'un continuum de formation, du baccalauréat vers les cycles supérieurs et la recherche<sup>108 109</sup>. De plus, l'appel urgent de l'OMS pour assurer la sécurité du public incite au rehaussement de la formation des infirmières et infirmiers dans tous les pays<sup>110</sup>.

105 Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). «The economic value of professional nursing», *Medical Care*, 47(1), 97-104.

106 Aiken, L.H. (2008). «Economics of nursing», *Policy, politics, nursing practice*, 9(2), 73-79.

107 Pringle, D. (2004). «Dot: From the editor-in-chief. Quality goes beyond safety: shifting shifts», *Nursing leadership*, 17(3), 1-4.

108 Aiken, L.H. (2011). «Nurses for the future», *New England Journal of Medicine*, 364:3. [www.nejm.org]; 20.01.2011.

109 Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. Day, L. (2010). *Educating nurses, a call for radical transformation*. San Francisco : Jossey-Bass.

110 OMS. (2007). *Neuf solutions pour la sécurité des patients*. Genève : OMS.

## LA PROTECTION DU PUBLIC DANS UN CONTEXTE DE MOBILITÉ PROFESSIONNELLE

La protection du public est une responsabilité majeure, c'est un impératif pour la profession d'infirmière et infirmier et les autres personnels de la santé. Dans un contexte de mobilité professionnelle, l'hétérogénéité des programmes de formation initiale soulève un certain nombre d'inquiétudes.

Les demandes pour le rehaussement de la formation des infirmières et infirmiers ont augmenté partout dans le monde et il en résulte une offre diversifiée de programmes, souvent offerts en ligne, à l'intention d'une clientèle internationale. Dans une perspective de mondialisation, il est d'autant plus important de spécifier des indicateurs marquant la qualité de la formation des infirmières et infirmiers afin d'assurer, dans un contexte de mobilité de main-d'œuvre, la protection de la population.

Les leaders de la profession infirmière, une profession réglementée, dont les vies et la sécurité du public dépendent de la maîtrise de compétences spécifiques, ont tout avantage à engager un dialogue et à s'entendre sur des paramètres assurant le développement de compétences requises pour répondre aux besoins de santé des populations<sup>111</sup>.

Basés sur des résultats de recherche, des énoncés de compétences partagées par l'ensemble des professionnels de la santé ont fait l'objet de rapports, notamment le *Health Professions Education : A Bridge to Quality*<sup>112</sup>. Ce rapport établit un lien entre la nécessité de compétences partagées par l'ensemble des

professionnels en cours de formation pour assurer la prestation de soins de qualité et sécuritaires. Partant de ce rapport, le groupe *Quality and Safety Education for Nurses*<sup>113 114</sup> propose des énoncés de connaissances, d'habiletés et d'attitudes pour le développement des compétences infirmières.

Les accords entre provinces ou entre pays, tel l'*Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM)* entre la France et le Québec visent à

faciliter la migration des infirmières et infirmiers dans des contextes différents de celui où ils sont formés. Cette recherche de mobilité ne peut s'effectuer sans l'établissement de normes minimales faisant consensus entre les instances concernées.

Pour la Commission européenne (CE), la reconnaissance des qualifications étrangères est un élément fondamental d'un marché unique. Attirer des professionnels pleinement qualifiés est vu comme un facteur de croissance déterminant dans l'ensemble des 27 États membres. Adoptée en 2005, la Directive sur les qualifications professionnelles<sup>115</sup> a été soumise en 2010 à une évaluation préalable à une vaste consultation en vue de la préparation du livre vert que la Commission prévoit publier en 2011. La Fédération européenne des ordres infirmiers (FEPI) et d'autres associations nationales infirmières devront être vigilantes et faire entendre leurs voix à l'unisson.

Dans une perspective de mondialisation, il est d'autant plus important de spécifier des indicateurs marquant la qualité de la formation des infirmières et infirmiers afin d'assurer, dans un contexte de mobilité... la protection de la population.

111 CII. (2010). *Global issues and trends in nursing education*. Genève : CII.

112 Institute of Medicine. (2003). *Health Professions education : A bridge to quality*. Washington D.C., National Academies Press.

113 Cronenwett, L., Sherwood, G. Barnsteiner, J., Dish, J., Johnson, J., Mitchell, P. et al. (2007). «Quality and safety education for nurses», *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131.

114 Bargagliotti, L.A., Lancaster, J. (2007). «Quality and safety education in nursing : more than new wine in old skins», *Nursing Outlook*, 55(3), 156-158.

115 Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil, du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (JO L 255 du 30.09.2005, p.22).

Dans son document de consultation<sup>116</sup>, la Direction générale Marché intérieur et services envisage de relever trois grands défis : 1) simplifier le système pour les citoyens, 2) intégrer davantage les professions au sein d'un marché unique et 3) insuffler davantage de confiance au sein du système. Ce qui nécessite de maintenir la reconnaissance automatique au XXI<sup>e</sup> siècle, reconnaissance fondée sur l'éducation et la formation. Dans le cas de sept professions de la santé, entre autres celles de médecin et d'infirmière, le législateur européen a décidé d'harmoniser les exigences de formation et obligé les États membres à reconnaître automatiquement les qualifications relatives à ces exigences.

Il est noté que le manque d'harmonisation des cursus de formation des infirmières et des sages-femmes risque de freiner la bonne intégration de ces professionnelles dans le système de santé. On y voit la nécessité de mettre à jour les exigences minimales de formation : envisager la réforme des systèmes nationaux d'enseignement supérieur, principalement en raison des Accords de Bologne, mettre davantage l'accent sur la formation axée sur les résultats déclinés dans un référentiel de compétences à acquérir avant l'obtention du diplôme. Il est suggéré de relever, au niveau requis pour l'entrée à l'université, les conditions d'accès à la formation pour les infirmières et sages-femmes et d'augmenter la durée minimale de formation spécifique ; de clarifier et de mettre à jour les formations, et de déterminer les tronc communs. On souhaite plus de transparence sur les contenus de formation, certains font valoir la pertinence des programmes d'agrément des établissements de formation.

Pour la Commission européenne (CE), la reconnaissance des qualifications étrangères est un élément fondamental d'un Marché unique... ce qui nécessite de maintenir la reconnaissance automatique au XXI<sup>e</sup> siècle, reconnaissance fondée sur l'éducation et la formation.

Il paraît donc indiqué que, dans son mandat, la Francophonie favorise les échanges sur ces normes afin de préparer les infirmières à une pratique professionnelle qui assure la protection du public, favorise la poursuite des études aux cycles supérieurs et le développement de la recherche.

Or, tel que mentionné plus tôt, la poursuite des études de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles universitaires en sciences infirmières est fondamentale pour assurer la formation d'enseignants compétents aptes à garantir une formation initiale de qualité ainsi que la formation d'infirmières cliniciennes spécialisées et la formation de chercheurs. Le développement de la recherche en sciences infirmières demeure une condition essentielle au renouvellement des pratiques de soins et à l'évolution des connaissances.

116 Commission européenne (CE). (2011). *Document de consultation de la DG Marché intérieur et services relatif à la Directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles*. [[http://ec.europa.eu/internal\\_market/](http://ec.europa.eu/internal_market/)].

## LA RECHERCHE POUR L'AMÉLIORATION DES SOINS ET DE LA SANTÉ COLLECTIVE

Le développement d'un corpus de connaissances en sciences infirmières a permis de renouveler et d'évaluer plusieurs interventions de soins. Les nouvelles connaissances ont permis d'explorer, de définir de nouvelles approches et de préciser des paramètres d'évaluation originaux. Nous l'avons souligné plus tôt, de nombreuses recherches ont démontré que les soins prodigués par des infirmières qualifiées font une différence pour la sécurité et la vie des personnes. Plusieurs recherches permettent d'initier des changements essentiels aux restructurations des soins et services de santé<sup>117</sup>.

La recherche ouvre une voie à la révision des façons de faire, à l'optimisation des compétences et à la précision de la base scientifique des soins infirmiers. Mentionnons à titre d'exemples les bonnes pratiques en soins de plaies<sup>118</sup>, le soulagement de la douleur auprès des personnes âgées non communicantes<sup>119</sup>, la prévention des chutes, l'autonomie des aînés<sup>120</sup>, l'aide aux familles et aux proches des personnes atteintes d'un déficit cognitif<sup>121</sup>.

Le développement d'un corpus de connaissances en sciences infirmières a permis de renouveler et d'évaluer plusieurs interventions de soins... à titre d'exemples, les bonnes pratiques en soins de plaies, le soulagement de la douleur auprès des personnes âgées non communicantes, la prévention des chutes, l'autonomie des aînés, l'aide aux familles et aux proches...

Bien ancrées dans la tradition et les priorités d'action de l'infirmière, la promotion de la santé et la prévention de la maladie s'harmonisent aux interventions à caractère individuel. Mieux comprendre l'impact des inégalités sociales sur la santé et agir au niveau systémique est au centre des stratégies de résolution de problématiques complexes dans une perspective de santé populationnelle<sup>122 123 124</sup>. Favorisant les collaborations interprofessionnelles, l'approche écologique d'intervention en promotion de la santé vise l'action à l'échelle systémique pour améliorer les milieux de vie et les politiques publiques<sup>125</sup>. Par exemple, l'approche écologique a été à l'origine d'une politique de lutte contre le tabagisme au Québec<sup>126</sup>.

Les travaux d'une équipe de chercheurs de la *Chaire de recherche en soins infirmiers aux personnes âgées et à la famille*<sup>127</sup> ont contribué entre autres à la formulation de la *Politique de soutien à domicile du Québec* et à la création d'un fonds de soutien pour les proches aidants des aînés. Le ministère de la

117 AIIC. (2010). *Prise de décision et pratique infirmière éclairées par des preuves : énoncé de position*. Ottawa : CNA-AIIC. [www.cna-aiic.ca]; 20.11.2010.

118 OIIQ. (2007). *Les soins de plaies au coeur du savoir infirmier - De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir*. Westmount : OIIQ.

119 Savoie, M. et Lemay, S. (2007). « Perceptions de la douleur chronique de soignants oeuvrant auprès d'anciens combattants », *La gérontoise*, 18(2), pp. 5-8.

120 Edwards, N., MacDonald, J. (2008). « Nurse researchers contributing to seniors' independence in the community », *Canadian Journal of Nursing Research*, 20(1), 103-108.

121 Ducharme, F. (2009). *Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, rapport annuel*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal en collaboration avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. [www.chairedesjardins.umontreal.ca/fr-bibliotheque].

122 Bisailon, A., Beaudet, N., Sauvé, M.S., Boisvert, N., Richard, L., Gendron, S. (2010). « L'approche populationnelle au quotidien », *Perspective infirmière*, 7(1), 58-62.

123 Beaudet, N. (2008). *La pratique infirmière en promotion de la santé en CSSS, mission CLSC : de la volonté à la réalité*. Rapport synthèse, 11(2), 1-12.

124 Potvin, L., Bilodeau, A., Gendron, S. (2008). « Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé », *Promotion & Éducation*, suppl. 1, 17-21.

125 Richard, L., Fortin, S., Bérubé, F. (2004). « Prévention et promotion de la santé pour les enfants et les jeunes et enjeux de la pratique infirmière en CLSC », *Santé Publique*, 16(2), 273-285.

126 Richard, L., Lehoux, P., Breton, E., Denis, J.L., Labrie, L., Léonard, C. (2004). « Implementing the ecological approach in tobacco control programs : Results of a case study », *Evaluation and program planning*, 27, 409-421.

127 Ducharme, F. (2009). « Soutenir les proches-aidants de personnes âgées ». Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales en regard du projet de loi n° 6, loi instituant le Fonds de soutien aux proches-aidants de personnes âgées. [www.chairedesjardins.umontreal.ca/fr-bibliotheque].

Famille et des Aînés a fait appel à cette équipe pour connaître les meilleures pratiques de soins auprès des familles des personnes âgées. C'est donc dire que les résultats probants ont tout le potentiel d'influencer les décisions à des niveaux stratégiques.

L'impact de l'intervention de l'infirmière ne fait pas de doute, il est démontré et c'est dans cette perspective que la pratique fondée sur des résultats probants – *Evidence-based practice* – prend de l'ampleur. Depuis près de 15 ans, des analyses critiques des meilleures recherches en sciences infirmières publiées dans le monde ont été rendues disponibles aux soignants<sup>128 129</sup>.

### Les études de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles en sciences infirmières

L'un des premiers programmes de doctorat (Ph. D.) en Nursing<sup>130</sup> a débuté aux États-Unis à la *New York University* en 1934 et le premier périodique de recherche scientifique *Nursing Research* paraît en 1952<sup>131</sup>. La recherche a permis d'élaborer un corpus unique de connaissances et de développer des curriculums de formation diversifiés et composés de savoirs spécifiques. Malgré l'existence de la recherche en sciences infirmières depuis ce temps, elle n'en est qu'à ses débuts dans plusieurs pays de la Francophonie.

Dans les écoles canadiennes de sciences infirmières, l'avènement des programmes de maîtrise (2<sup>e</sup> cycle d'études) coïncide avec les débuts de la recherche. Au Canada, la recherche infirmière s'implante dès 1971<sup>132</sup>. Il en est de même au Québec<sup>133</sup> où les premières subventions de recherche sont accordées à des professeurs de l'Université McGill et de l'Université de Montréal. C'est le *Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)* qui, dans sa restructuration des conseils subventionnaires, a réservé une place distincte à la recherche infirmière, première reconnaissance de la contribution des sciences infirmières au développement des connaissances dans un pays de la Francophonie. Ces recherches portaient déjà sur le développement de la pratique, l'élaboration et l'évaluation systématique d'interventions cliniques et communautaires. La publication de *Nursing Papers* – devenu le *Canadian Journal of Nursing Research* – par le groupe de McGill<sup>134</sup> confirme un véritable intérêt pour la recherche.

Ce n'est pas par hasard qu'en 1993, ces deux universités lanceront un programme conjoint de doctorat en sciences infirmières, le 5<sup>e</sup> au Canada et le 1<sup>er</sup> en langue française. Depuis 2005, l'Université d'Ottawa offre, en français, son programme de doctorat en sciences infirmières, et l'Université Laval a lancé le sien en 2010. Depuis près de 15 ans, l'Université de Sherbrooke offre une option en sciences infirmières au niveau de son 3<sup>e</sup> cycle d'études.

En Europe, il importe de signaler qu'un premier programme de doctorat en sciences infirmières en français a été mis en place à l'Université de Lausanne, Suisse, en 2008. Si la formation universitaire en sciences infirmières n'en est qu'à ses débuts, ces infirmières et infirmiers européens ont fait preuve de leadership en menant des travaux de recherche et en développant des programmes structurés de recherche dont la valeur est reconnue notamment par le Fonds national suisse (FNS) de la recherche scientifique<sup>135</sup>.

128 *Evidence-Based-Nursing Journal*. [www.ebn.bmj.com]; 19.12.2009.

129 Soins et Preuves, édition française de *Evidence-based Nursing*. [www.sophia-fondation-genevrier.org/fr/soins-preuves/accueil.php]; 20.12.2009.

130 [www.nyu.edu/gradschools/nursingmedicine]; 21.07.2010.

131 [www.sharonbsn.tripod.com/history]; 21.07.2010.

132 Stinson, S., Kerr, J. dir. (1986). *International issues in nursing research : Philadelphie, Croom Helm*.

133 Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E. et Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

134 *Canadian Journal of Nursing Research*. [www.cjnr.mcgill.ca]; 03.11.2010.

135 Fonds national suisse (FNS) de la recherche scientifique. [www.snf.ch/fr]; 03.11.2010.

Mentionnons également qu'un nouveau *Programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI)* a été lancé en France en mai 2010<sup>136</sup>. Ce programme concerne tant les pratiques professionnelles infirmières que leur organisation et il est relatif aux soins infirmiers conçus dans leur acception large, englobant la pré-

vention primaire et secondaire. Toutefois, son financement n'est accessible qu'aux établissements de santé et notamment aux centres hospitaliers universitaires, après validation des projets par l'administration du ministère de la Santé. Cela limite le périmètre des recherches en soins infirmiers, dans une vision toujours fortement centrée sur l'hôpital.

Dans le contexte international actuel où, de façon générale, plusieurs pays ont développé une forte avance dans la formation universitaire en sciences infirmières et sont reconnus mondialement, il importe que

les sciences infirmières puissent rayonner en français, que les professeurs puissent accéder aux groupes internationaux de recherche, que la mobilité des étudiants soit favorisée au sein de la Francophonie, que des alliances entre les universités puissent être consolidées et tout simplement, que les curriculums puissent s'internationaliser.

...il importe que les sciences infirmières puissent rayonner en français, que les professeurs puissent accéder aux groupes internationaux de recherche, que la mobilité des étudiants soit favorisée au sein de la Francophonie, que des alliances entre universités puissent être consolidées... que les curriculums puissent s'internationaliser.

## L'APPEL PRESSANT DES GRANDES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

## Le Conseil international des infirmières (CII)

Le Conseil international des infirmières (CII) soutient les associations nationales d'infirmières dans leurs efforts pour améliorer l'accès à la formation supérieure afin de préparer les infirmières et infirmiers à la conduite de recherches, à l'analyse critique des résultats de recherches et au transfert des connaissances dans la pratique des soins infirmiers<sup>137</sup>. La formation supérieure et la recherche sont préalables à des interventions de qualité, à l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des soins infirmiers. Dans une perspective de croissance des besoins de santé et d'augmentation des coûts, les infirmières et infirmiers doivent définir, examiner et évaluer les résultats de soins sur la santé. Ils seront ainsi en mesure de plaider pour l'obligation d'une formation initiale et continue appropriée aux exigences de leur pratique, ainsi que pour des programmes de perfectionnement tout au long de leur carrière<sup>138</sup>.

Pour le CII, l'autorité des soins infirmiers repose sur des connaissances basées sur les évidences scientifiques et relatives à leur domaine de pratique. Le CII interpelle les infirmières et infirmiers afin qu'ils s'investissent dans toutes les dimensions de leur pratique, ce qui inclut notamment des responsabilités en gestion et direction des soins, et dans l'élaboration des politiques de santé. Cliniciens, chercheurs, enseignants et gestionnaires doivent acquérir des compétences spécifiques afin d'assumer des fonctions décisionnelles et de collaborer significativement à tous les niveaux du système de santé<sup>139 140</sup>.

Pour le CII, l'autorité des soins infirmiers repose sur des connaissances basées sur les évidences scientifiques et relatives à leur domaine de pratique.

Très préoccupé par la pénurie mondiale de personnel infirmier qualifié, le CII promeut les compétences requises à la mise en œuvre des soins de santé primaires. En favorisant ainsi l'équité et l'accès aux soins et services de santé, infirmières et infirmiers apportent une valeur ajoutée aux résultats de soins, et leur rôle doit être renforcé à tous les niveaux des systèmes de santé<sup>141</sup>.

Le CII rappelle qu'infirmières et infirmiers sont les principaux fournisseurs de soins de proximité et qu'ils maintiennent des liens avec les individus, les familles et les communautés. En collaboration avec les autres intervenants de la santé, ils assurent des soins et activités de promotion de la santé, explorent des moyens novateurs tout en prévenant la maladie et l'invalidité.

137 CII. (2007). *La recherche en soins infirmiers*. Prise de position. Genève: CII.

138 CII. (2001). *Promouvoir la valeur et la rentabilité des soins infirmiers*. Prise de position. Genève: CII.

139 CII. (2004). *Le domaine de la pratique des soins infirmiers*. Prise de position. Genève: CII.

140 CII. (2010). *Global issues and trends in nursing education*. Genève: CII.

141 CII. (2007). *Les infirmières et les soins de santé primaires*. Prise de position. Genève: CII.

## L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) attire l'attention des décideurs des pays membres sur les principaux défis qu'ils ont à relever pour améliorer la performance de leurs systèmes nationaux de santé. Relever ces défis nécessite d'affronter des questions difficiles telles que : Comment faire en sorte que les dépenses de santé soient supportables à l'avenir? Comment améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients et s'assurer que les systèmes de santé répondent aux besoins réels? Comment assurer un accès équitable aux soins requis et dans des limites de temps acceptables? Et enfin, que faire pour optimiser l'utilisation des ressources?

L'OCDE recommande d'investir pour assurer les compétences des professionnels en réponse aux grands enjeux de la santé mondiale.

À ces questions, l'OCDE recommande d'investir pour assurer les compétences des professionnels en réponse aux grands enjeux de la santé mondiale. D'ailleurs, les pays les plus performants n'ont pas hésité à élargir les rôles professionnels commandant ainsi un nouveau partage des responsabilités entre les principaux acteurs du système que sont les médecins, infirmières et infirmiers. En ce sens, l'OCDE promeut le développement de la pratique infirmière avancée pour assurer l'accès aux soins de santé de qualité et sécuritaires pour les populations<sup>142</sup>.

## L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sollicite tous les pays afin que les progrès de la connaissance partout dans le monde se traduisent par une plus grande équité en santé : concertation, unité d'action, plaidoyer en faveur des soins universels et complets, du contrôle des coûts et de l'optimisation des compétences professionnelles pour répondre à des besoins de santé de plus en plus complexes. Les attentes en regard de l'amélioration de la santé pour tous n'ont jamais été aussi fortes<sup>143</sup>.

Les orientations de l'OMS interpellent tous les gouvernements et au plus haut point les professionnels de la santé. Tous plaident pour des interventions plus efficaces afin de relever les principaux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé : assurer l'accès à des soins et services de santé de haute qualité, sécuritaires et efficaces qui s'inscrivent dans une perspective de développement durable. Tous les gouvernements sont appelés à investir afin d'atteindre ces objectifs en concertation avec les professionnels de la santé.

L'OMS reconnaît la situation particulière de l'Afrique où les objectifs de réforme des systèmes de santé posent des problèmes difficilement surmontables<sup>144</sup>. Par exemple, au sud du Sahara, 36 pays sur 46 souffrent d'une pénurie de professionnels de la santé qualifiés qui va de pair avec une émigration estimée annuellement à 20 000 médecins et infirmières. Sans être la cause principale, mais un facteur défavorable à la situation des systèmes de santé qui supporte une lourde charge de morbidité, cette perte de capital de savoir a des conséquences sur deux plans : 1) l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité dus au paludisme par exemple et 2) l'impossibilité de mettre en place ou de maintenir des institutions sanitaires de qualité. La pénurie de professionnels qualifiés a des répercussions négatives sur le développement des pays<sup>145</sup>.

142 OCDE. (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants* – Résumé.

143 OMS. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève: OMS. [www.who.int]; 30.09.2009.

144 OMS. (2006). *La pénurie mondiale des personnels de santé et ses effets*. Genève: OMS. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/fr/index.html].

145 « Limiter la pénurie de médecins : une priorité de santé publique en Afrique », *Santé/Afrique Avenir*, 20.10.2010.

Ce n'est donc pas par hasard que, dans ses orientations stratégiques 2010-2015 pour la région africaine, l'OMS<sup>146</sup> vise à augmenter le capital de savoir et à identifier les meilleures pratiques pour le développement de la recherche en santé. L'OMS préconise un appui soutenu à l'approche des soins de santé primaires pour le renforcement des systèmes de santé. Rappelant que la santé est un élément clé pour le développement humain, le plan stratégique retient les grands objectifs de santé des populations africaines : la santé des mères et des enfants, les interventions pour la lutte contre le VIH-SIDA, le paludisme, la tuberculose et la polio, l'intensification de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et l'accélération de l'action sur les déterminants de la santé en insistant sur le renforcement des mesures en promotion de la santé.

Préoccupée du fait que l'espérance de vie n'atteint pas 50 ans dans plusieurs pays africains, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS<sup>147</sup> dénonce les inégalités en santé et invite de façon urgente les pays à combler les écarts en une génération. Pour la Commission, l'action doit être centrée sur l'autonomisation des individus et des communautés. La volonté politique est essentielle pour assumer la pleine réalisation des soins de santé primaires, car « les connaissances et les moyens nécessaires existent<sup>148</sup> ».

Les orientations de l'OMS interpellent tous les gouvernements et au plus haut point les professionnels de la santé. Tous plaident pour des interventions plus efficaces afin de relever les principaux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé : assurer l'accès à des soins et services de santé de haute qualité, sécuritaires et efficaces qui s'inscrivent dans une perspective de développement durable. Tous les gouvernements sont appelés à investir afin d'atteindre ces objectifs en concertation avec les professionnels de la santé.

Tel que mentionné plus tôt, si l'accès à la filière universitaire de 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles pour les infirmières et infirmiers est inexistant en Afrique francophone, c'est particulièrement dans ces pays que l'urgence s'impose.

Les formateurs infirmiers disposent de peu de moyens pour mettre à jour leurs connaissances à l'aide des résultats de recherche. Qualifiées de *fractures numériques*, les nombreuses disparités et inégalités dans l'accès aux technologies de l'information et de la communication compromettent l'avancement des connaissances, la formation continue et le développement de chemins de carrière. Si, dans les pays développés, les enseignants et professeurs chercheurs en sciences infirmières profitent des mêmes statuts et privilèges que l'ensemble du corps professoral universitaire, le tableau est tout autre en Afrique francophone où le débat sur la recherche scientifique et la formation supérieure ne fait que commencer<sup>149</sup>.

146 OMS. (2010). *Pour un développement sanitaire durable dans la région africaine : orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015*. Genève : OMS. [www.afro.who.int/fr/rdo]; 31.10.2010.

147 OMS. (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS.

148 Idem, p. 34.

149 Koffi, K., Lebœuf, D. (2007). « Les compétences infirmières en recherche scientifique, un standard universel », *Soins*, 717, 47-51.

## L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)

L'Organisation Ouest Africaine de la Santé est une agence spécialisée de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Avec ses 15 pays membres, la CEDEAO est la plus peuplée des communautés régionales d'Afrique. Établie en 1975, elle veut promouvoir la coopération et le développement dans toutes les sphères de l'activité économique, réduire les obstacles à la libre circulation des personnes, produits et services et à l'harmonisation des politiques publiques régionales. Son taux de croissance économique est inférieur à 7 %, taux minimal requis à l'atteinte des *Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)*<sup>150</sup>.

L'OOAS travaille à l'amélioration des soins et services de santé dans la région. Ses activités visent à harmoniser les politiques nationales, à favoriser la mise en commun des ressources, la coopération et le partage d'informations en vue de trouver collectivement et stratégiquement des solutions aux grandes problématiques de santé.

Dans son plan stratégique 2009-2013, l'OOAS préconise l'amélioration de la qualité dans le système sanitaire. Ainsi, l'amélioration de la santé populationnelle et de la prise en charge passent nécessairement par une formation mieux adaptée et rehaussée des professionnels de la santé.

Dans son plan stratégique 2009-2013, l'OOAS<sup>151</sup> préconise l'amélioration de la qualité dans le système sanitaire. Ainsi, l'amélioration de la santé populationnelle et de la prise en charge passent nécessairement par une formation mieux adaptée et rehaussée des professionnels de la santé. La nécessité d'une formation adéquate pour les formateurs

est retenue. Il est anticipé que l'harmonisation des politiques favorise la reconnaissance réciproque des diplômes, le développement de la recherche scientifique, la promotion et la diffusion des bonnes pratiques ainsi que le rehaussement des qualifications et l'augmentation du nombre d'agents de santé. Un programme de surveillance de la situation sanitaire est en développement.

150 [www.bidc-ebid.org]; [www.wahooas.org]; 08.06.2011.

151 Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). (2008). *Plan stratégique de développement 2009-2013*. [www.wahooas.org/docsPS2\_français2009-2013]; 14.06.2011.

## L'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)

Inquiète de l'impact de la mondialisation sur l'expansion de l'éducation dans le monde, l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a accordé une priorité à l'Afrique lors de la Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur, qui a réuni plus de 1 000 participants de près de 150 pays au siège de l'UNESCO du 5 au 8 juillet 2009<sup>152</sup>.

« Il n'a jamais été aussi important que maintenant d'investir dans l'enseignement supérieur » affirme le communiqué<sup>153</sup> adopté à l'issue de cette conférence. C'est donc un appel urgent de l'UNESCO aux dirigeants des pays sur la responsabilité sociale de l'enseignement supérieur. Il est demandé aux gouvernements d'augmenter l'investissement dans ce domaine, d'encourager la diversité et de renforcer la coopération régionale pour répondre aux besoins sociétaux. La décennie passée montre à l'évidence que l'enseignement supérieur et la recherche contribuent à la réduction de la pauvreté, au développement durable et à l'atteinte des objectifs de développement convenus sur le plan international, et notamment les *Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)* et l'*Éducation pour tous (EPT)*<sup>154</sup>.

Le document final de la conférence demande de revitaliser l'enseignement supérieur en Afrique : adoption d'approches différenciées pour répondre à la progression rapide de la demande, renforcement de la coopération régionale par la reconnaissance des qualifications, l'assurance de la qualité, la bonne gouvernance, la recherche et l'innovation ainsi que par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. On sollicite les décideurs de l'enseignement supérieur pour qu'ils actualisent la formation initiale et continue des enseignants de manière à rendre accessibles aux apprenants le savoir et les compétences nécessaires au XXI<sup>e</sup> siècle.

« Il n'a jamais été aussi important que maintenant d'investir dans l'enseignement supérieur »...

L'UNESCO souligne également la pertinence et l'importance des échanges entre l'Association des universités africaines (AUA), l'Association des universités du Commonwealth (AUC) et l'Agence universitaire de la Francophonie (AUF) sur la question de gouvernance et des modèles d'enseignement supérieur.

152 UNESCO. (2009). *Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur 2009 : la nouvelle dynamique de l'enseignement supérieur et de la recherche au service du progrès social et du développement*. Paris : UNESCO. [unesco.org/fileadmin/multimedia/HQ]; 31.10.2010.

153 UNESCO. (2009). *Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur - L'Unesco lance un appel à l'investissement et à la coopération*, Communiqué 14.07.2009.

154 UNESCO. (2010). *L'éducation et les OMD*. [portal.unesco.org/education/fr/]; 31.10.2010; Éducation pour tous. [www.un.org/globalissues/africa]; 28.10.2010.

## L'Organisation internationale de la Francophonie (OIF)

L'Organisation internationale de la Francophonie (OIF) appelle à l'accroissement de l'efficacité des systèmes éducatifs en vue d'atteindre l'*Éducation pour tous (EPT)*. Elle s'est engagée à l'amélioration des compétences professionnelles des enseignants et autres acteurs de l'Éducation en particulier pour la modernisation des outils pédagogiques. Après les progrès enregistrés dans l'accès égal des filles et des garçons à l'éducation primaire, c'est en direction du personnel de l'enseignement où les femmes sont bien représentées que les efforts sont portés, notamment sur la formation.

L'OIF réserve une place privilégiée aux femmes francophones dans le développement de leur société, dans les rencontres et forums régionaux et internationaux où elles peuvent se faire entendre. Comme

elles ont les capacités de travailler avec les communautés de base dans les zones rurales et périurbaines à la gestion et à la maintenance de projets locaux créateurs d'emploi et de richesse, les femmes sont des actrices de premier plan dans le développement durable. L'OIF met de l'avant l'appropriation des technologies de l'information et de la communication par les femmes.

C'est dans un contexte global d'éducation, de développement des connaissances scientifiques, d'assurance de la qualité en collaboration

avec les communautés – et au premier plan, avec les femmes – que prendra place le développement durable dans les pays de la Francophonie<sup>155</sup>.

EN SOMME, les grandes organisations internationales plaident pour l'unité d'action fondée sur les savoirs afin de résoudre les grands problèmes sociétaux, de favoriser l'innovation et de contribuer au développement des pays. Tous sont invités à partager les connaissances, à se concerter pour réduire les inégalités dans le respect de la diversité des cultures, des conditions sociosanitaires, des systèmes éducatifs des pays, des pôles d'expertise des universités et de la mise à profit des technologies de l'information et de la communication.

C'est dans un contexte global d'éducation, de développement des connaissances scientifiques, d'assurance de la qualité en collaboration avec les communautés – et au premier plan, avec les femmes – que prendra place le développement durable dans les pays de la Francophonie.

## RECOMMANDATIONS

Plus d'un million d'infirmières et infirmiers francophones représentent une force incontestable et un potentiel remarquable au service de la santé des populations. Le SIDIEF juge incontournable d'investir dans la formation universitaire des infirmières et dans leur recherche disciplinaire afin d'être à même de répondre aux défis d'efficacité, d'efficience et d'innovation dans les systèmes de santé. La sécurité des patients et les réponses aux nouvelles données épidémiologiques y sont étroitement liées.

Face aux nombreuses évidences scientifiques, le SIDIEF est choqué de constater que la question de la formation des infirmières et infirmiers dans les pays de la Francophonie ait été laissée à la traîne. Avis d'experts, rapports de commissions, recommandations convergent vers une transformation de la formation pour adapter les soins de santé aux réalités du XXI<sup>e</sup> siècle. Les infirmières et infirmiers de la Francophonie s'interrogent alors sur le manque d'intérêt des décideurs pour l'optimisation des compétences d'un corps professionnel aussi primordial pour la santé des populations.

Le SIDIEF remet en question certains choix politiques en matière de santé et déplore leur incohérence. Il revendique le droit des infirmières et infirmiers de contribuer pleinement à l'essor de la qualité de vie et à la réduction de la souffrance humaine par l'exercice optimal de leurs compétences.

Le SIDIEF se joint aux grandes organisations internationales favorables à des politiques qui encouragent l'accès à la formation supérieure : les infirmières et infirmiers ont un besoin inéluctable de disposer des outils de progrès et de développement que sont la formation universitaire et la recherche scientifique si l'on veut réduire les inégalités en santé dans le monde. C'est d'abord une question de justice sociale<sup>156</sup> entre les peuples et aussi d'équité pour un groupe largement féminin qui se voit encore trop souvent refuser l'accès aux études supérieures.

---

156 Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. Day, L. (2010). *Educating nurses, a call for radical transformation*. San Francisco : Jossey-Bass.

### Considérant :

- l'implacable nécessité de répondre aux grands défis liés à la santé dans le monde, notamment la prise en charge de la chronicité, les troubles mentaux, le vieillissement des populations, les maladies transmissibles, la mortalité maternelle et infantile, les habitudes de vie nuisibles, les inégalités en santé ;
- l'urgence de rendre accessibles les soins de santé, principalement les soins primaires, comme réponse essentielle aux besoins de santé évolutifs des populations et au renforcement des systèmes de santé ;
- l'évidente nécessité d'élargir les rôles des infirmières et d'assurer une collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières pour atteindre l'efficacité et l'efficience recherchées par tous les systèmes de santé ;
- l'obligation pour la pratique infirmière de prendre appui sur un jugement clinique fondé sur des connaissances scientifiques et pratiques, et sur une maîtrise des nouvelles technologies, garantissant ainsi la sécurité des populations et la qualité des soins ;
- l'accès à la filière universitaire complète de 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles en sciences infirmières comme condition essentielle pour :
  - renforcer significativement la qualité et la sécurité des soins prodigués aux populations
  - ancrer la formation dans sa propre discipline professionnelle
  - garantir l'acquisition des connaissances scientifiques et technologiques requises
  - former les futurs formateurs et les chercheurs
  - développer la recherche afin de garantir les pratiques cliniques innovantes ;
- le retard évident des pays de la Francophonie à souscrire aux tendances internationales en matière de formation infirmière dans un contexte de mobilité professionnelle ;
- les iniquités flagrantes dont souffre une grande majorité d'infirmières et infirmiers des pays d'Afrique francophone par l'absence d'accès à la filière universitaire de 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles en sciences infirmières ;
- l'appel du CII, de l'OCDE et de l'OMS à tous les pays et États à investir davantage dans la formation des infirmières et infirmiers pour assurer l'accès à des soins efficaces, sécuritaires, efficaces et réduire les coûts de la non-qualité.

En les pressant d'agir promptement, le SIDIIEF recommande aux gouvernements des pays de la Francophonie :

- d'instaurer un système d'enseignement universitaire couvrant les 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles d'études en sciences infirmières ;
- de statuer sur le niveau universitaire de bachelier/bachelor ou de licence en sciences infirmières comme condition d'entrée à la profession infirmière ;
- d'inviter l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF) à soutenir prioritairement les pays d'Afrique par des mécanismes de coopération institutionnelle, nationale, intra et inter régionale, visant à mettre en place la formation universitaire en sciences infirmières.

## LISTE DES RÉFÉRENCES

- Aiken, L.H. (2005). « Extending the Magnet concept to developing and transition countries », *Reflections on Nursing leadership*, 31(1), 16-18.
- Aiken, L.H. (2008). « Economics of nursing », *Policy, politics, nursing practice*, 9(2), 73-79.
- Aiken, L.H. (2011). « Nurses for the future », *New England Journal of Medicine*, 364:3. [www.nejm.org]; 20.01.2011.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B. and Sloane, D.M. (2003). « Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 290, 1617-1623.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. et al. (2002). « Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 288, 1987-1993.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., Cheney, T. (2008). « Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes », *Journal of Nursing Administration (JONA)*, 38(5), 223-229.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2010). *Plaidoyer pour des Canadiens en meilleure santé : formation en sciences infirmières pour le XXI<sup>e</sup> siècle*. Ottawa : ACESI. [www.casn.ca]; 21.05.2010
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et ACESI. (2004). *Énoncé de position commun : Exigences de formation à l'entrée dans la pratique infirmière*. [www.cna-aiic.ca]; 21.11.2009
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2006). *Vers 2020 : visions pour les soins infirmiers*. Ottawa : AIIC.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2008). *La pratique infirmière avancée : un cadre national*. Ottawa : AIIC.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2009). *Énoncé de position : L'infirmière clinicienne spécialisée*. [www.cna-aiic.ca/cna/]; 21.11.2009
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2010). *Prise de décision et pratique infirmière éclairées par des preuves : énoncé de position*. Ottawa : CNA-AIIC. [www.cna-aiic.ca]; 20.11.2010.
- Bargagliotti, L.A., Lancaster, J. (2007). « Quality and safety education in nursing : more than new wine in old skins », *Nursing Outlook*, 55(3), 156-158.
- Beudet, N. (2008). *La pratique infirmière en promotion de la santé en CSSS, mission CLSC : de la volonté à la réalité*. Rapport synthèse, 11(2), 1-12.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L. (2010). *Educating nurses, a call for radical transformation*. San Francisco : Jossey-Bass.

Bisaillon, A., Beaudet, N., Sauvé, M.S., Boisvert, N., Richard, L., Gendron, S. (2010). « L'approche populationnelle au quotidien », *Perspective infirmière*, 7(1), 58-62.

*Canadian Journal of Nursing Research*. [www.cjnr.mcgill.ca]; 03.11.2010.

Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI). (2010). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones*: rapport rédigé pour le SIDIIEF. Pepin, J., Ha, L. Montréal : CIFI, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Classification Internationale Type de l'Éducation (CITE). (1997). *Instrument de classification basé sur les niveaux et domaines d'éducation produit par l'Institut de statistique de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) afin de faciliter la comparaison des statistiques de l'éducation à l'échelle internationale*. [www.uis.unesco.org/ev.fr].

Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E. et Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Commission européenne (CE). (2011). *Document de consultation de la DG Marché intérieur et services relatif à la Directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles*. [http://ec.europa.eu/internal\_market/].

Commonwealth Nurses Federation. (2005). *Strategic Directions 2005-2010*. [www.commonwealthnurses.org]; 01.10.2010.

Conseil international des infirmières (CII). (2001). *Promouvoir la valeur et la rentabilité des soins infirmiers*. Prise de position. Genève : CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2002). *Sécurité des patients*. Genève : CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2004). *Le domaine de la pratique des soins infirmiers*. Prise de position. Genève : CII.

Conseil international des infirmières CII. (2004). *The global shortage of registered nurses : an overview and actions*, James Buchan and Lynn Calman. Geneva : ICN=CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2007). *La recherche en soins infirmiers*. Prise de position. Genève : CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2007). *Les infirmières et les soins de santé primaires*. Prise de position. Genève : CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2008). *La participation des infirmières à tous les stades de prise de décision et d'élaboration des politiques concernant les services de santé*. Genève : CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2009). *Promouvoir la valeur et la rentabilité des soins infirmiers*. Genève : CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2010). *Global issues and trends in nursing education*. Genève : CII.

Conseil international des infirmières (CII), Fondation internationale Florence Nightingale (FIFN). (2006). *La pénurie mondiale de personnel infirmier : domaines d'intervention prioritaire*. Genève : Suisse.

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Dish, J., Johnson, J., Mitchell, P. et al. (2007). « Quality and safety education for nurses », *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131.

Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). « The economic value of professional nursing », *Medical Care*, 47(1), 97-104.

*Décret n° 2010-1123 du 23.09.2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la 4<sup>e</sup> partie du code de la santé publique (NOR : ESRS 1006738D) paru au J. O. n° 0224, 26.09.2010, p. 17468 – texte n° 10. Paris.*

Desrosiers, G. (2009). « La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières », *Info Nursing*, n° 150, oct. 2009, Bruxelles, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

Desrosiers, G. (2009). « Libérer les talents », *Perspective infirmière*, 6,2, mars-avril, 34-36.

DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Rapport de recherche commandée. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). [www.chsrf.ca]; 16.08.2010.

*Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil, du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (JO L 255 du 30.09.2005, p.22).*

Doran, D., Mildon, B., Clarke, S. (2011). *Toward a national Report Card in Nursing : a knowledge synthesis*. Nursing Health Services Research Unit. Toronto : Faculty of Nursing, University of Toronto.

Doran, D.M. Ed. (2011). *Nursing Outcomes : the state of the science (2<sup>nd</sup> ed.)*. Sudbury, M.A. : Jones et Bartlett.

Ducharme, F. (2009). *Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, rapport annuel*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal en collaboration avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. [www.chairedesjardins.umontreal.ca/fr-bibliotheque].

Ducharme, F. (2009). « Soutenir les proches-aidants de personnes âgées ». Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales en regard projet de loi n° 6, loi instituant le Fonds de soutien aux proches aidants de personnes âgées. [www.chairedesjardins.umontreal.ca/fr-bibliotheque].

Edwards, N., MacDonald, J. (2008). « Nurse researchers contributing to seniors' independence in the community », *Canadian Journal of Nursing Research*, 20(1), 103-108.

Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L., Giovanetti, P. (2005). « The impact of hospital nursing characteristics on 30 day mortality », *Nursing Research*, 54(2), 74-84.

*Evidence-Based-Nursing Journal*. [www.ebn.bmj.com]; 19.12.2009.

Falk Rafael, A. (2005). « Speaking Thru to Power: Nursing's legacy and Moral Imperative », *Advances in Nursing Science*, 28(3), 212-223.

Flynn, M. (2009). « Nurse staffing levels revisited : a consideration in key issues in nurse staffing levels and skill mix research », *Journal of Nursing Management*, 17(6), 759-766.

Fonds national suisse (FNS) de la recherche scientifique. [www.snf.ch/fr]; 03.11.2010.

Goode, C.J., Pinkerton, S.E., McCausland, M.P., Southard, P. et al. (2001). « Documenting chief nursing officers' preferences for BSc prepared nurses », *Journal of Nursing Administration (JONA)*, 31, 2, 55-59.

Institute of Medicine. (2003). *Health Professions education : A bridge to quality*. Washington, D.C., National Academies Press.

Institute of Medicine. (2010). *The future of Nursing : Leading changes, advancing health*. Washington, D.C. : National Academies Press. [www.nap.edu/catalog/phprecord\_id=12894].

Kane, R.L., Shamlian, T.A., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T.J. (2007). « The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. Systematic review and meta analysis », *Medical Care*, 45(12), 1195-1204.

Koffi, K., Lebœuf, D. (2007). « Les compétences infirmières en recherche scientifique, un standard universel », *Soins*, 717, 47-51.

*La mobilité professionnelle en Europe : la reconnaissance des diplômes dans l'Union européenne dans le cadre de la Directive 2005/36/CE*. [www.ciep.fr/conferences/eric-naric]; [www.eur-lex.europa.eu]; 03.11.2010.

LaSala, C.A., Connors, P.M., Pedro, J.T., Phipps, M. (2007). « The role of the clinical nurse specialist in promoting EBP and effecting positive patient outcomes », *Journal of continuing education nursing*, 38(6), nov-dec.

Leape L., Berwick D., Clancy C., Conway J., Gluck P., Guest J., et al. « Transforming healthcare: a safety imperative », *Qual Saf Health Care*. 2009 Déc;18(6) : 424-428 dans Brami, J. (2010). *Résultats décevants en matière de sécurité des soins*. Haute Autorité de santé (HAS). DCP et Pratiques, n° 47; 02.09.2010.

« Limiter la pénurie de médecins : une priorité de santé publique en Afrique », *Santé/Afrique Avenir*, 20.10.2010.

Ministère de la Santé. (2009). *Circulaire ministérielle n° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010*. Paris.

Ministère de la Santé. (2009). *Réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)*. Article 51 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009. Paris. [www.has-santé.fr]; 05.06.2011.

Ministres européens de l'Éducation. (1999). Déclaration commune des ministres européens de l'Éducation- 19 juin 1999-Bologne. [www.europe-education-formation.fr/docs/Bologne].

- Mondoux, J. (2003). « Les agirs », *Journal Dossier 1-2003* de la Croix-Rouge Suisse, Berne.
- Morin, D. (2009). *Du chaos au changement planifié... Analyse de la dynamique de transformation des pratiques infirmières*. Conférence prononcée au Congrès annuel de l'OIIQ. Octobre 2009. [www.oiiq.org].
- National Advisory Council on Nurse Education and Practice. (1996). *Report to the Secretary of the Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Division of Nursing*. Washington, D.C.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Shane Pankratz, V., Leibson, C.L., Stevens, S.R., Harris, M. (2011). « Nurse staffing and inpatient hospital mortality », *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S. et al. (2002). « Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals », *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2007). *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier - De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir*. Westmount : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2007). *Mémoire : Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!* Westmount : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2010). « Entente France-Québec sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des infirmières », *Le Journal*, 7(1), sept.-oct., 4.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2010). « Une nouvelle attendue : création de 500 postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne », *Le Journal*, 7(4), sept.-oct., 1.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2010). Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif. Westmount : OIIQ.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants*, p. 12.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants – Résumé*.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2008). *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : comment répondre à la crise imminente*. Rapport conjoint OCDE-OMS. [www.sourceocde.org/questions\_sociales/9789264050778]; 16.07.2010.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2010). *Nurses in advanced roles : a description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. [www.oecd.org]; 03.08.2010.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Optimiser les dépenses de santé : Études de l'OCDE sur les politiques de santé de l'OCDE*. [www.oecd.org/ocdeLibrairie]; 04.07.2011.

- Organisation internationale de la Francophonie (OIF). (2010). *Plan d'action 2008-2010*. [www.francophonie.org/-education-et-formation-html].
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1978). *Alma Ata, Les soins de santé primaires*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) - *Alliance mondiale pour la sécurité des patients*. (2005). *Défi mondial pour la sécurité des patients*. Genève : OMS. [www.who.int/patient safety]; 24.08.2010
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2006). *La pénurie mondiale des personnels de santé et ses effets*. Genève : OMS. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/fr/index.html].
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2007). *Neuf solutions pour la sécurité des patients*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires - Maintenant plus que jamais*. Genève : OMS. [www.who.int]; 30.09.2009.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *Des normes mondiales pour la formation initiale d'infirmières professionnelles et les sages-femmes*. Genève : OMS. [www.who.int/hrh/nursing\_midwifery/hrh\_global\_standards\_education/fr].
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*. Genève : OMS. [www.who.int/hrh/nursingmidwifery/hrhglobalstandardseducation.pdf]; 30.08.2010.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *La pénurie mondiale des personnels de santé et ses effets*. Genève : OMS. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/20091110].
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Pour un développement sanitaire durable dans la région africaine : orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015*. Genève : OMS. [www.afro.who.int/fr/rdo]; 31.10.2010.
- Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). (2008). *Plan stratégique de développement 2009-2013*. [www.whaoas.org/docsPS2\_français2009-2013]; 14.06.2011.
- Pepin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière, 3<sup>e</sup> éd.*, Montréal : Chenelière Éducation.
- Potvin, L., Bilodeau, A., Gendron, S. (2008). « Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé », *Promotion & Éducation*, suppl. 1, 17-21.
- Pringle, D. (2004). « Dot : From the editor-in-chief. Quality goes beyond safety: shifting shifts », *Nursing leadership*, 17(3), 1-4.

- Rapport d'information* (2010). Commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux. Député Jacques Domergue. Document d'information de l'Assemblée nationale, n° 2712. Paris.
- Reams, S. et Stricklin, S.M. (2006). « Bachelor of Science in nursing completion : a matter of patient safety », *Journal of nursing administration (JONA)*, 36,(7/8), 354-356.
- Richard, L., Fortin, S., Bérubé, F. (2004). « Prévention et promotion de la santé pour les enfants et les jeunes et enjeux de la pratique infirmière en CLSC », *Santé Publique*, 16(2), 273-285.
- Richard, L., Lehoux, P., Breton E., Denis, J.L., Labrie, L., Léonard, C. (2004). « Implementing the ecological approach in tobacco control programs : Results of a case study », *Evaluation and program planning*, 27, 409-421.
- Rothberg, M.B., Abraham, I., Lindenauer, P.K., Rose, D.N. (2005). « Improving nurse to patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention », *Medical Care*, 43(8), 785-791.
- Savoie, M. et Lemay, S. (2007). « Perceptions de la douleur chronique de soignants œuvrant auprès d'anciens combattants », *La gérontoise*, 18(2), pp. 5-8.
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) et Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. (2008). *Profil de formation en soins infirmiers dans différents pays francophones*. [www.sidiief.org].
- Sermeus, W., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T. et al. (2011). « Nurse forecasting in Europe (RN4CAST) : rationale, design and methodology », *British Medical Journal*, 10(1), 6. Résultats préliminaires d'une recherche internationale présentés par W. Sermeus au Symposium sur les enjeux de la formation infirmière à l'université. Bruxelles : Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn); 25.05.2011.
- Soins et Preuves, édition française de *Evidence-based Nursing*. [www.sophia-fondation-genevriev.org/fr/soins-preuves/accueil.php]; 20.12.2009.
- Stinson, S., Kerr, J. dir. (1986). *International issues in nursing research : Philadelphie, Croom Helm*.
- Tourangeau, A.E., Doran, D.M., McGillis Hall, L. et al. (2007). « Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients », *Journal of Advanced Nursing*, 57, 32-44.
- UNESCO. (2009). *Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur - L'Unesco lance un appel à l'investissement et à la coopération*, Communiqué 14.07.2009.
- UNESCO. (2009). *Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur 2009 : la nouvelle dynamique de l'enseignement supérieur et de la recherche au service du progrès social et du développement*. Paris : UNESCO. [www.unesco.org/fileadmin/multimedia/HQ]; 31.10.2010.

UNESCO. (2010). *L'éducation et les OMD*.

[[www.portal.unesco.org/education/fr/](http://www.portal.unesco.org/education/fr/)]; 31.10.2010; Education pour tous.

[[www.un.org/globalissues/africa](http://www.un.org/globalissues/africa)]; 28.10.2010.

US Department of Health and Human services, Health Resources Services Administration. (2010).

*The Registered Nurses population : initial findings from the 2008 national sample survey of RN*.

[[www.bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/msurvey](http://www.bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/msurvey)].

Van den Heede, K. (2010). « Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres : a cost-effective patient safety intervention? », *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1291-1296.

Vanhook, P.M. (2007). « Cost-utility analysis : a method of quantifying the value of registered nurses », *OJIN: The online journal of issues in nursing*, 12(3), manuscript 5.

[[www.bidc-ebid.org](http://www.bidc-ebid.org)]; [[www.wahooas.org](http://www.wahooas.org)]; 08.06.2011.

[[www.ehesp.fr/formations](http://www.ehesp.fr/formations)].

[[www.nyu.edu/gradschools/nursingmedicine](http://www.nyu.edu/gradschools/nursingmedicine)]; 21.07.2010

[[www.sharonbsn.tripod.com/history](http://www.sharonbsn.tripod.com/history)]; 21.07.2010