

Défis de l'ordre infirmier dans un contexte de mondialisation

Conférence présentée par Gyslaine Desrosiers, inf., MBA, à l'occasion du III^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, le 16 mai 2006, à Québec



Photos Gilles Fréchette

Gyslaine Desrosiers, présidente de l'OIIQ et du Conseil d'administration du SIDIIEF

L'ordre infirmier du Québec est une organisation de réglementation de 69 000 infirmières, créé en 1920, qui exerce ses pouvoirs en vertu du *Code des professions* et de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. L'OIIQ est un ordre de tradition anglo-saxonne équivalent à ceux des pays du Commonwealth. Il n'existe pas d'ordre infirmier canadien, car il incombe au gouvernement de chaque province de réglementer les professions. Dans la présente conférence, je vais tenter de mettre en évidence le fait que les ordres infirmiers doivent comprendre les enjeux posés par la mondialisation et leurs conséquences sur la profession d'infirmière et élaborer une planification stratégique adaptée aux nouveaux défis.

L'état de la profession d'infirmière n'est pas uniforme à travers le monde. Certes, la prestation des soins infirmiers est réglementée dans tous les pays, mais le champ d'exercice, le degré d'autonomie, le niveau d'éducation, l'organisation collective, les conditions de travail, la force de représentation politique sont très variables. Dans la mesure où la profession d'infirmière est généralement à prédominance féminine, des problèmes de statut peuvent, dans certains pays, être liés à des aspects de discrimination sexuelle.

L'ordre national infirmier qui représente, dans un pays (dans notre cas, il s'agit d'une province), toutes les forces vives de la profession, en pratique clinique, en enseignement, en recherche et en gestion, est habituellement très bien placé pour avoir une vision intégrée et globale des enjeux et pour influencer les politiques du pays touchant la réglementation professionnelle,

les champs d'exercice des professions de la santé, la qualité des soins, la santé et l'éducation.

J'aborderai dans ma conférence quatre aspects qui posent des défis particuliers aux ordres infirmiers en ce qui a trait à leur leadership et à leurs stratégies d'influence :

1. La réglementation professionnelle face à la mobilité internationale;
2. La planification des effectifs dans un contexte de pénurie d'infirmières;
3. Les politiques nationales de santé et l'interdépendance des peuples;
4. L'internationalisation des savoirs et de la recherche.

1 La réglementation professionnelle face à la mobilité internationale

Au Québec, l'ensemble des ordres professionnels y compris le nôtre ont dû engager un débat avec le gouvernement sur la question des normes d'accès aux professions réglementées parce que les règlements des ordres étaient considérés comme un frein à la libre circulation de la main-d'œuvre. La fluidité économique (et la fluidité de la circulation des professionnels qui l'accompagne) est à l'ordre du jour du capitalisme mondial. Les restrictions relatives à la délivrance du permis d'exercice de la profession sont particulièrement prises à partie. Au Québec, l'Ordre fait passer un examen d'entrée à la profession. Pour être admis à cet examen, il faut que préalablement, le diplôme étranger ou l'ensemble de la formation acquise soit jugé équivalent tant en ce qui concerne le niveau de formation que les contenus. À défaut, l'Ordre peut imposer un complément de formation et un stage d'intégration au contexte québécois avant l'admission à l'examen.

Le gouvernement a accepté les représentations des ordres de ne pas réduire les compétences minimales qui donnent accès à une profession, en échange de quoi les ordres ont pris l'engagement d'améliorer leurs méthodes de reconnaissance des équivalences de formation. Par ailleurs, le gouvernement entend faciliter l'accès à des programmes de mise à niveau de la formation, et le *Code des professions* sera prochainement modifié pour permettre l'émission de permis spéciaux aux diplômées hors Québec (sorte de permis restrictif permanent). Malgré cela, j'estime que la question de l'intégration des immigrants aux professions réglementées demeurera une question sensible sur le plan politique.

Une tendance de fond qui s'inscrit dans la vague de mondialisation est celle de l'internationalisation des programmes de formation autant pour des motifs de compétitivité internationale que de mobilité des effectifs. L'internationalisation des *curriculum universitaires*¹ est un processus qui est d'ores et déjà enclenché dans plusieurs disciplines, notamment en management, en comptabilité, en génie. La grande diversité des champs d'exercice infirmier (*scope of practice*) entre les différents pays a sans doute freiné l'émergence de cette tendance dans le cas des soins infirmiers. Sans compter que dans plusieurs pays encore, la formation infirmière n'est pas dispensée à l'université et n'est pas considérée comme une discipline. On peut toutefois présumer que cette tendance à l'internationalisation des programmes va inévitablement rejoindre notre profession et faciliter la mobilité des infirmières.

La pénurie mondiale d'infirmières a amené certains pays à utiliser des stratégies de recrutement énergiques dans les

pays en voie de développement ou moins prospères, ou encore dans leurs anciennes colonies, ce qui n'est pas sans soulever d'importantes questions éthiques que l'on associe aux phénomènes liés à la mondialisation. En effet, l'exode de professionnels vient exacerber la situation précaire des pays en voie de développement et, en 2004, à l'occasion de sa 57^e assemblée, l'OMS a déclaré qu'il s'agissait d'un problème majeur pour ces pays².

Le rôle des agences de recrutement qui exploitent souvent les immigrants montre bien qu'il doit y avoir une réglementation appropriée dans chacun des pays. De plus, le Bureau international du Travail recommande que chaque pays adhère à un code d'éthique en matière de recrutement international. En 2003, le Commonwealth a adopté un Code de pratique pour le recrutement international des professionnels de la santé. Toutefois, l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni ne l'ont pas ratifié, ce qui semble indiquer l'existence de conflits d'intérêts entre pays demandeurs et pays fournisseurs³.

La présence de l'ordre infirmier peut éviter le recrutement d'infirmières dans le secteur privé par des agences internationales qui ont trop souvent tendance à maintenir les immigrants dans des conditions d'exploitation, par exemple en pratiquant la rémunération différenciée.

Il semblerait que la mobilité des effectifs infirmiers du Sud vers le Nord s'accélère et même que certains pays forment actuellement des infirmières « pour l'exportation », se garantissant de cette manière une source de revenus supplémentaires par la diaspora ainsi créée⁴. Ce phénomène est signalé dans le rapport 2006 de l'OMS intitulé *Travailler ensemble pour la santé*. C'est ainsi qu'il y a plus d'infirmières des Philippines au Canada et aux États-Unis qu'aux Philippines! L'Afrique est au centre de cette crise mondiale de pénurie de médecins et d'infirmières accentuée par les flux migratoires négatifs. Par exemple, 37 % des médecins de l'Afrique du Sud émigrent⁵.

1. CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION (2005). *L'internationalisation : nourrir le dynamisme des universités québécoises*, Québec, CSE.

2. MAYBUD, S. et C. WISKOW (2006). « Care trade: The international brokering of health care professionals », dans C. Kuptsch (sous la dir. de), *Merchants of Labour*, Genève, International Institute for Labour Studies, p. 223-238.

3. Maybud et Wiskow, op. cit., p. 230.

4. CONNELL, J. et B. STILWELL (2006). « Merchants of medical care: Recruiting agencies in the global health care chain », dans C. Kuptsch (sous la dir. de), *Merchants of Labour*, Genève, International Institute for Labour Studies, p. 239-253.

5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*, Genève, OMS.

Mobilité internationale

Pourcentage (%) des permis de provenance internationale par rapport à l'effectif total⁶

Autriche	2001	6,75 %
Nouvelle-Zélande	1997	16,5 %
Royaume-Uni	2001	8,34 %
Suisse	2001	23,11 %
Canada ⁷	2004	7,4 %
Québec	2005	4,5 %

Pourcentage (%) des permis de provenance externe par rapport au total de permis émis dans l'année

Québec	1999	5,6 %	moins de 100 personnes
	2004	7,1 %	environ 200 personnes
Ontario ⁸	1995	11,6 %	468 personnes
	2004	23,8 %	1 456 personnes
Royaume-Uni ⁹	2003	50 %	

Comme on peut le constater dans les tableaux ci-dessus, le pourcentage d'infirmières immigrantes sur l'effectif total au Canada n'est pas très élevé, mais la hausse notable des pourcentages de nouveaux permis accordés à des immigrants montre bien que le phénomène de mobilité s'accélère. En Ontario, en 2004, près du quart des nouveaux permis provenait de l'extérieur de cette province. Au Royaume-Uni, une nouvelle infirmière sur deux est de provenance internationale. Quant à la Suisse, la provenance internationale y est élevée, mais les infirmières sont davantage recrutées d'autres pays européens que de pays en voie de développement.

Au Canada, c'est la concurrence des États-Unis où l'on prévoit une pénurie d'un million d'infirmières en 2010 qui est la menace principale. À cette forte concurrence s'ajoute une concurrence canadienne inter-provinces par laquelle des provinces plus riches exercent une pression à la hausse sur les salaires. Ainsi, le *National Post* du 10 mai 2006 annonçait que les infirmières de Colombie-Britannique seront les mieux payées au Canada avec un salaire de départ de 54 552 \$ alors qu'au Québec, le salaire de départ d'une infirmière de formation technique est d'environ 33 000 \$.

Pour les ordres infirmiers, l'intégration d'infirmières étrangères présente des défis énormes sur le plan de l'harmonisation des pratiques professionnelles, sans compter que les soins infirmiers intègrent des dimensions culturelles que l'on ne peut négliger.

Par exemple, dans certains pays le programme de formation ne comprend pas de volet soins psychiatriques, ailleurs,

on ne soigne pas les personnes de sexes opposés. La marge de manœuvre décisionnelle par rapport aux médecins, les techniques invasives autorisées et la nomenclature commerciale des médicaments peuvent énormément varier d'un pays à l'autre. Également, les différences culturelles peuvent rendre plus difficile pour l'infirmière immigrante la compréhension des règles déontologiques en vigueur dans la réglementation professionnelle du pays d'accueil. Par exemple, au Québec, les règles touchant les conflits d'intérêts interdisent à l'infirmière d'accepter des cadeaux des patients ou de leur famille.

Même si l'accréditation internationale dans le secteur des soins infirmiers n'est pas encore à l'ordre du jour, on peut facilement prévoir une accélération des accords de reconnaissance mutuelle entre les pays. Outre le cas de la communauté européenne, il y a, par exemple, une entente entre la Nouvelle-Zélande et l'Australie. Ici au Canada, l'ordre infirmier du Québec et celui de l'Ontario ont passé un accord semblable. L'Alberta et la Colombie-Britannique ont très récemment conclu une entente à ce sujet.

Je désire mentionner que la maîtrise de la langue demeure un frein à la libre circulation des infirmières et, lors du dernier congrès international des organismes de réglementation des infirmières tenu à Taïwan en mai 2005, de nombreux ordres se sont inquiétés des problèmes de qualité de soins reliés à une connaissance insuffisante de la langue. Ainsi, la plupart des pays exigent maintenant des examens de la langue en usage dans le pays (c'est aussi le cas pour l'usage du français au Québec).

2 La planification des effectifs dans un contexte de pénurie d'infirmières

La pénurie d'infirmières nécessite une action globale au niveau national. L'ordre infirmier doit chercher à influencer les actions gouvernementales et doit exiger du gouvernement des études de tendance concernant les effectifs infirmiers.

Depuis environ dix ans, les rapports s'accumulent sur la pénurie actuelle ou prévue de personnel infirmier. En

6. SIMOENS, S., M. VILLENEUVE et J. HURST (2005). *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*, Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, coll. « OECD Health Working Papers », n° 19, [www.oecd.org/dataoecd/11/10/34571365.pdf].

7. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2005). *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2004*, Ottawa, ICIS, p. 118.

8. COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO (2004). *Trends in General Class New Members 2004*, Toronto, CNO.

9. Maybud et Wiskow, op. cit.



Gyslaine Desrosiers en compagnie de Philippe Couillard, ministre québécois de la Santé, et Ruth Akatchérian, doyen honoraire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Saint-Joseph (Liban)

décembre 2000, un groupe d'experts internationaux, réuni au siège de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Genève, concluait que les services d'infirmières et de sages-femmes étaient «en crise». Selon eux, cette situation résultait principalement de la mauvaise planification et de l'inefficacité des politiques d'emploi, de la fragmentation des systèmes de santé et des tendances socio-économiques. L'OMS ajoutait que dans le monde entier, les infirmières et les sages-femmes quittent les systèmes de santé à cause de l'insuffisance des salaires, des conditions de travail dangereuses, du manque de perspectives dans leur carrière et pour des considérations professionnelles et d'autonomie.

En guise d'exemple de mauvaise planification, au Québec, en 1997, le gouvernement a invité les employés du système public à prendre une retraite anticipée en leur offrant des conditions alléchantes. Ainsi, près de 10% de l'effectif infirmier du secteur public (cadres compris) est parti à la retraite causant une crise sans précédent.

En général, dans les pays développés, la pénurie est causée par des facteurs démographiques (réduction de l'offre) et par une forte croissance des dépenses de santé découlant des besoins grandissants des malades chroniques (augmentation de la demande).

Dans les pays occidentaux, tous les aspects de la question de la pénurie d'infirmières ont été étudiés: les facteurs qui influencent l'attrait à la profession, les facteurs de rétention, les tendances qui jouent sur l'offre et la demande, les conditions de travail, y compris les mesures de conciliation travail-famille, les plans de carrière clinique, etc.

Pour être mieux informés des politiques efficaces de main-d'œuvre, je vous invite à consulter les études de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) qui sont disponibles sur Internet, plus particulièrement, un rapport paru en 2005 sur la pénurie

d'infirmières dans les pays de l'OCDE, signé par Steven Simoens, Mike Villeneuve et Jeremy Hurst¹⁰.

Selon une étude américaine¹¹, il y a quatre solutions pour corriger une situation de pénurie d'infirmières. L'OIIQ s'est inspiré de cette étude:

- les incitatifs de marché: stratégies de type compétitif;
- une approche-clientèle: stratégies orientées vers la satisfaction au travail;
- une approche de valorisation de l'expertise;
- un changement de paradigme: les infirmières vues comme des partenaires pour assurer la viabilité du système de santé.

Par exemple, au Québec, notre ordre a produit, dès 1998, une étude prospective pour forcer le gouvernement à mettre de l'avant un

plan d'action global. Un train de mesures a été déployé et la situation est maintenant surveillée de façon conjointe par l'Ordre et par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les mesures suivantes ont ainsi été mises de l'avant: campagnes de promotion auprès des jeunes, emplois d'été bien rémunérés pour les étudiants-infirmiers ayant terminé leur deuxième année (l'externat), création d'un Comité jeunesse au sein de l'Ordre axé sur l'intégration des jeunes infirmiers aux milieux de soins, campagnes de retour à la profession pour les infirmières l'ayant abandonnée, mesures propres à améliorer l'intégration des immigrants et valorisation de la contribution des infirmières au système de santé par un élargissement du champ d'exercice infirmier.

Globalement, au Québec, la situation n'est pas parfaite, mais elle s'est grandement améliorée. Nous avons émis, en 2005, 2881 nouveaux permis d'infirmières alors qu'en 2000, nous n'en avons émis que 997. Après avoir obtenu une hausse du nombre d'inscriptions aux études infirmières de base (formation technique), l'essentiel de nos représentations porte maintenant sur l'atteinte de la cible fixée pour diplômer un nombre suffisant d'infirmières à un niveau supérieur à la formation technique, soit aux études universitaires: baccalauréat, maîtrise et doctorat. L'OIIQ a obtenu du MSSS, en 2004, un objectif établissant à 1400 le nombre de nouvelles bachelères requises chaque année.

La pénurie a été une occasion pour nous de soutenir la valorisation de la profession à travers de «nouveaux rôles» qui se veulent à la fois une meilleure utilisation des compé-

10. Simoens *et al.*, *op. cit.*

11. KIMBALL, B. et E. O'NEIL (2002). *Health Care's Human Crisis: The American Nursing Shortage*, Princeton, Robert Wood Johnson Foundation, [www.rwjf.org/files/publications/other/NursingReport.pdf].

tences infirmières, mais aussi une réponse à une réorganisation du système de santé. Autrement dit, nous en avons profité pour promouvoir une plus grande autonomie professionnelle.

Le principal enjeu stratégique pour l'Ordre était d'obtenir un partage des tâches du médecin avec l'infirmière afin d'améliorer l'accessibilité de la population aux services de santé. Nous y sommes arrivées en 2002 au moyen d'une révision des lois touchant l'exercice de la médecine et celui des soins infirmiers (projet de loi n° 90). Nous avons également obtenu la possibilité d'instaurer une nouvelle catégorie d'infirmières: l'infirmière praticienne, formée au 2^e cycle universitaire (*nurse practitioner*) qui pourra, entre autres, décider d'un traitement ou de prescrire un médicament. L'été prochain, nous aurons décerné ce

sélectionner ou valoriser les activités infirmières qui requièrent du jugement clinique, un suivi systématique des personnes malades et de leur famille, un monitoring de complications, ou encore des activités techniques à plus haut risque de préjudice. À titre d'exemples seulement, les infirmières au Québec peuvent installer un cathéter veineux central par voie périphérique ou faire un prélèvement artériel périphérique, et elles ont maintenant une autonomie complète dans le traitement des plaies.

La pierre angulaire de la stratégie est d'abord de positionner la profession comme une « solution » aux problèmes du système de santé et aux besoins de la population, par exemple, les services d'urgence débordent et la population se plaint que c'est inacceptable d'attendre cinq heures (ou pire, dix heures!) pour avoir une radiographie du bras à la suite d'un accident. L'Ordre a fait la promotion du service infirmier de triage et de priorisation que nous allons prochainement doter de la possibilité « d'initier » des mesures diagnostiques telle la radiographie à partir d'une ordonnance standardisée appelée ordonnance collective. Aujourd'hui, le service de triage infirmier est un critère essentiel de la qualité de tous les services d'urgence au Québec.

Un autre aspect de la stratégie que je veux mettre en relief est l'importance d'avoir des actions de visibilité « positive » de la profession dans les journaux et les médias, par exemple, nous avons commencé, il y a plus de dix ans, un programme de prix « Innovation clinique » pour les infirmières de toutes les régions du Québec. Il s'agit de faire connaître les résultats concrets de travaux menés par des infirmières¹², qui améliorent la qualité de vie des patients.

Pourquoi une visibilité positive est-elle importante? Cela accroît la notoriété de la profession auprès de la population qui acquiert ainsi la conviction que les infirmières sont réellement préoccupées de la qualité des soins et des services. Avoir l'appui de la population est un atout non négligeable, voire déterminant, pour une action politique efficace. Or, en période de pénurie, la « victimisation » des infirmières et le fait de faire plus pitié que les malades, au point de perdre la confiance de la population, est l'un des risques encourus. Je m'explique, en période de pénurie, le premier réflexe des associations d'infirmières et des syndicats est de dénoncer sur la place publique le fardeau des tâches et de souligner les nombreuses absences pour cause



Joséphine Sawadogo (Burkina Faso) et Joseph Kibangula N'Koko (République démocratique du Congo) s'entretiennent avec la présidente.

titre à une vingtaine de praticiennes en cardiologie, en néphrologie et en néonatalogie intensive. Nous étudions actuellement avec le Collège des médecins du Québec les modalités de l'introduction de praticiennes en soins de santé primaires.

Dans un contexte de pénurie, il importe de choisir le « marché » qu'on veut occuper. L'Ordre doit faire les « bons » choix d'activités professionnelles, par exemple, il y avait des infirmières dans des cliniques pour faire exclusivement des prélèvements veineux en série pour des analyses de laboratoire. Nous avons considéré qu'un geste technique répétitif, sans complexité thérapeutique, était sans intérêt pour l'avenir de la profession. Nous avons délégué cette activité aux infirmières auxiliaires. Nous avons préféré

12. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2005). *10 ans d'innovation clinique, 1995 - 2004*, Montréal, OIIQ.

de maladie des infirmières (ex. : les taux de *burnout*). À mon avis, les messages publics doivent parler des malades et non de nous. À cet effet, beaucoup d'études mettent en évidence les effets négatifs pour les malades d'une pénurie d'effectifs, effets dont fait d'ailleurs état un rapport publié en 2004 par le Conseil international des infirmières (CII) :

« On constate une corrélation importante entre la faible présence de personnel infirmier et l'augmentation du nombre de pneumonies, de saignements gastro-intestinaux, de chocs ou d'arrêts cardiaques, d'infections de la voie urinaire [...] de collapsus pulmonaire, d'ulcères de pression, [...] la mortalité à trente jours augmentée¹³. »

Les pénuries d'infirmières mettent en cause les politiques de santé, d'éducation, d'emploi et de réglementation professionnelle. Les stratégies pour influencer les politiques gouvernementales sont à la fois un art et une science que l'ordre infirmier doit maîtriser. Dans les pays où les ordres infirmiers sont très récents (ex. : le Liban – 3 ans) ou en devenir (ex. : la France), je recommande aux ordres de retenir les services de spécialistes en sciences politiques et en relations publiques.

3 Les politiques nationales de santé et l'interdépendance des peuples

Un fait est universel : la santé d'une nation est un facteur important de son développement.

Dans certains pays pauvres, l'espérance de vie est tombée à moins de la moitié de celle de pays riches. Certains pays ne sont pas capables d'assurer les soins de base indispensables, telle la couverture vaccinale. L'ONU a proposé huit objectifs du Millénaire pour le développement qui visent à combattre les grandes maladies liées à la pauvreté. L'OMS fait appel à la solidarité internationale pour combler les manques d'investissements en santé dans 57 pays, situés pour la plupart en Afrique et en Asie. Les pays développés répondront-ils à l'appel ?

Parler de la santé en tant que droit de la personne et passer à l'action pour améliorer la santé des peuples aux prises avec la pauvreté doit aussi faire partie des politiques des pays bien nantis, comme le préconise la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (rapport Romanow, 2002)¹⁴.

La disponibilité de personnel infirmier contribue au développement d'un pays par son apport significatif à la santé d'un peuple. Ainsi, on ne sera pas surpris de constater que le nombre d'infirmières dans un pays est, de façon générale, un indicateur de développement. Dans les pays du Sud, la pénurie d'infirmières et de médecins est une des manifestations critiques du sous-développement : un

manque d'argent pour l'éducation professionnelle, pour les infrastructures de soins et pour les salaires.

L'importance relative de la profession d'infirmière dépend en grande partie de la richesse d'un État et des politiques sociales dont il se dote. L'équation est très simple : plus le pays est riche, plus la technologie et le système de soins sont développés, et donc, plus il y a d'infirmières ! Toujours selon le rapport Romanow, « dans les pays de l'OCDE, les variations du nombre d'infirmières par habitant correspondent généralement à l'organisation du système de santé, ce qui signifie qu'il n'existe pas un niveau « naturel » de la demande en personnel infirmier ». Selon le rapport du CII précédemment cité¹⁵, le ratio moyen d'infirmières/population dans les pays à revenu élevé est presque huit fois supérieur à celui des pays à faible revenu. Le ratio moyen en Europe est dix fois supérieur à celui de l'Afrique. Celui de l'Amérique du Nord, dix fois celui de l'Amérique du Sud. Pour illustrer le large écart dans les ressources existantes, disons qu'il y a en Europe 663 infirmières pour 100 000 habitants, alors qu'en Afrique, il y a 71 infirmières pour le même nombre d'habitants.

Les statistiques que je viens de citer mettent cruellement en évidence la disparité des moyens entre les pays. L'abandon de populations entières à l'effet combiné de la pauvreté et de problèmes de santé sans précédent pose la question de l'éthique planétaire et de la solidarité des peuples. Selon Danielle Blondeau, infirmière éthicienne à l'Université Laval (Québec), le *prendre soin* peut devenir le moteur d'une nouvelle éthique sociale :

« La culture technicisée, qui semble sacrifier l'être à l'avoir, a suscité un profond questionnement sur le sens des choses et, notamment, sur la valeur de la vie humaine. C'est ainsi que l'intolérance à l'endroit de la déshumanisation a atteint un seuil [...] Signe des temps : la notion de *carving* refait surface et regagne ses titres de noblesse¹⁶. »

L'engagement pour l'humanisation des politiques socio-économiques mondiales reste un combat qui interpelle les professionnels de la santé des pays développés. La voix des infirmières doit être entendue dans les débats publics qui touchent la solidarité sociale et internationale. Les pays qui négligeraient d'engager stratégiquement la profession d'infirmière risquent d'être fragilisés au cours des crises sanitaires qui s'annoncent.

13. BUCHAN, J. et L. CALMAN (2004). *La pénurie mondiale d'infirmières diplômées – aperçu des questions et solutions*, Genève, Conseil international des infirmières, p. 8, [www.icn.ch/global/shortagef.pdf].

14. COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada : Rapport final*, Rapport Romanow, [www.hc-sc.gc.ca/français/soins/romanow/index1.html].

15. Buchan et Calman, op. cit.

16. BLONDEAU, D. (2002). « Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui », dans O. Goulet et C. Dallaire (sous la dir. de), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 63-76.



« Les enjeux de santé publique mettent en cause la formation des infirmières et leur capacité à agir efficacement. »

Force est de constater qu'au fur et à mesure que la mondialisation s'accélère, l'interdépendance des peuples devient inéluctable. Pensons à la flambée épidémique du SRAS, aux souches pharmacorésistantes de tuberculose et au virus du sida. Ces maladies ont eu, sur le plan international, des répercussions majeures sur la santé et l'économie. Les maladies infectieuses se propagent à une vitesse sans précédent! Au moment où plane la menace d'une pandémie de grippe qui réveille le spectre des grandes épidémies du Moyen Âge, la coordination et l'engagement de tous les systèmes de santé publique devient une priorité mondiale.

Les enjeux de santé publique mettent en cause la formation des infirmières et leur capacité à agir efficacement. Selon Colin *et al.* (2004), « *la formation des infirmières doit inclure des espaces d'apprentissage et de réflexion en interaction avec des acteurs d'autres disciplines pour préparer au travail en réseau qu'implique l'action intersectorielle (de santé publique). De plus, au-delà d'une formation traditionnellement centrée sur les déterminants cognitifs et psychologiques des comportements de santé, la compréhension des mécanismes producteurs d'inégalités de santé et la conception d'interventions infirmières novatrices en santé publique passent par une connaissance plus approfondie des théories sociales contemporaines. La formation à la pratique en santé publique doit non seulement porter sur les problèmes de santé, objets d'intervention, mais aussi sur les sujets et les finalités*

d'action, c'est-à-dire les populations et les transformations sociales, politiques ou environnementales¹⁷. »

À mon avis, le comité de formation de l'Ordre devra se pencher sur les exigences concernant la formation initiale des infirmières qu'engendrent les enjeux de santé publique. À cet égard, nous avons signé un accord de collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour des partenariats concernant la formation continue des infirmières.

4 L'internationalisation des savoirs et de la recherche

Une des caractéristiques de la mondialisation est le développement des connaissances et l'accélération de la circulation des idées par les technologies de l'information. L'Internet a changé le monde: toutes les connaissances deviennent accessibles par le Web. L'accessibilité aux résultats de recherche par Internet est quasi immédiate. La mondialisation des connaissances met donc, en principe, à la disposition de tous, où que nous soyons, des savoirs susceptibles d'alimenter des choix locaux. Encore faut-il qu'il y ait un leadership professionnel fort! Les connaissances en langue française sont toutefois moins nombreuses sur Internet. Cela constitue également un défi pour notre réseau, celui des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. Saurons-nous tisser des liens assez forts pour partager nos recherches, nos informations, nos pratiques, nos stratégies de soins?

Les technologies de l'information aident à l'innovation dans les services de santé: mentionnons la télémédecine, les télésoins, la télésurveillance, la radiologie numérique, les dossiers patients informatisés, etc. Inévitablement, la profession d'infirmière doit s'adapter et tirer parti de ces technologies. L'ordre infirmier devra se pencher sur les normes de pratique liées à l'émergence de ces nouvelles technologies.

L'Ordre considère qu'il y va du devenir de la profession d'encourager la recherche en sciences infirmières. Les pratiques professionnelles ne peuvent reposer sur des traditions ou des habitudes sans fondements scientifiques, il s'agit là d'un enjeu important. C'est pourquoi l'Ordre publie des lignes directrices et des avis fondés sur des résultats probants de recherche, par exemple, l'Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (novembre 2004). L'OIIQ a été à l'origine de la création de la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ) il y a plus de 20 ans, Fondation qui décerne des bourses de 1^{er}, 2^e et 3^e cycles, soit un montant d'environ 566 000 \$ par an.

17. COLIN, C. *et al.* (2004). « Infirmières et santé publique... Infirmières de santé publique », *Santé publique*, vol. 16, n° 2, p. 181-183.

La spécialisation infirmière est une tendance qui s'explique par l'explosion du savoir et le développement des services de santé. La spécialisation infirmière se développe partout dans le monde, c'est une tendance internationale reconnue depuis 1992 par le CII. La spécialisation s'appuie sur une formation clinique supérieure à la formation de généraliste, de 2^e cycle universitaire. Les ordres infirmiers sont interpellés pour élaborer la réglementation pertinente.

L'OIIQ a décidé en juin 2005 d'aller de l'avant avec la création des premières spécialités infirmières. Les deux spécialités qui sont actuellement à l'étude sont les soins psychiatriques, ainsi que la prévention et le contrôle des infections.

La spécialisation présente non seulement l'intérêt de créer un plan de carrière clinique pour les infirmières, mais elle constitue d'abord une réponse à l'évolution des besoins de soins de la population.

5 Conclusion

Animé du souci de favoriser les échanges scientifiques et professionnels au sein de la communauté infirmière francophone mondiale, l'Ordre a pris l'initiative de créer, en 1998, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF).

Selon une enquête mondiale menée auprès des associations nationales et des syndicats d'infirmières et publiée en 2003 :

« En tout état de cause, les infirmières et les organisations qui les représentent doivent faire face à une multitude de difficultés en ce début de XXI^e siècle [...] Les défis à relever sont nombreux et complexes. En outre, ils apparaissent communs à l'ensemble des infirmières du monde. C'est pourquoi les organisations d'infirmières ont besoin, pour le moins, d'apprendre les unes des autres¹⁸ [...] »

Dans le contexte mondial actuel, je crois beaucoup à l'importance de consolider les organisations représentant les infirmières et de se donner les moyens d'agir aux niveaux local, régional, national et international. Le SIDIIEF participe à cet objectif.

Contrairement aux chantres de la libéralisation économique à tout crin qui plaident en faveur de l'abolition de la réglementation professionnelle, nous pouvons, au contraire, considérer que les ordres professionnels

deviennent plus nécessaires que jamais de par leur mission de protection du public dans un contexte de mondialisation.

Étienne Lampert, rapporté par Stapinsky (2005), confirme l'enjeu de protection du public relié à la mobilité des professionnels :

« Le principe de la régulation de l'exercice professionnel constitue une sécurité pour l'utilisateur, laquelle serait affaiblie dans une perspective de libre circulation généralisée et sans contrôle permanent des services¹⁹. »

Selon un auteur européen, alors que le corporatisme était taxé de passiste, aujourd'hui on doit plutôt parler de la « modernité du corporatisme ».

« Seule en effet, une forme quelconque de corporatisme peut aider les nations à protéger leurs travailleurs contre les effets négatifs et excessifs de la mondialisation²⁰. »

En quelque sorte, l'ordre infirmier régleme, sur une base nationale, une profession maintenant devenue « sans frontières », dans le meilleur intérêt des populations humaines.

L'ordre infirmier doit donc désormais « penser globalement, mais agir localement ». ●

18. CLARK, P.F. et D.A. CLARK (2004). « Problèmes, priorités et stratégies des organisations d'infirmières », *Santé publique*, vol. 16, n° 2, p. 207-224.

19. STAPINSKY, S. (2005). « Professions et mondialisation », *L'Agora*, vol. 11, n° 1, p. 23.

20. CAPDEVIELLE, J. (2005). Cité dans Stapinsky, op. cit.

Les pratiques exemplaires
le défi de l'infirmière au quotidien

CONGRÈS ANNUEL
29, 30 et 31 octobre 2006

INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT!

Renseignements :
Service de l'organisation d'événements
Tél. : (514) 935-2501
1 800 363-6048
evenements@oiiq.org
www.oiiq.org

Palais des congrès de Montréal

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec