

Projet ACTiiV

Amélioration des conditions de travail des infirmiers et infirmières vaudoises

Sous-projet RECORE

Reconnaissance des compétences et des responsabilités

Rapport
Institut et Haute Ecole de la Santé La Source & HEIG-VD
Juin 2024

Pre Annie Oulevey Bachmann
Dr Jonathan Jubin
Sebara Gashi

Pre Jocelyne Majo
David Campisi
Dre Lauriane Favez
Dre Maria-Ximena Acero

Table des matières

1	Résumé.....	3
1.1	Explications répertoriées	3
1.2	Mesures répertoriées	4
1.3	Discussion.....	4
1.4	Conclusion.....	5
2	Introduction.....	6
3	Problématisation et but de l'étude	7
3.1	Problématisation.....	7
3.2	But de la recherche	8
4	Méthode.....	8
4.1	Scoping review	9
5	Résultats.....	9
5.1	Questions de recherche	9
5.2	Sélection d'études pertinentes.....	9
5.3	Sélection des travaux.....	10
5.4	Graphique des résultats.....	11
5.5	Raisons expliquant le manque de reconnaissance des compétences et des responsabilités.....	12
5.6	Analyse thématique des raisons du manque de reconnaissance	13
5.7	Mesures pour améliorer la reconnaissance des compétences et des responsabilités infirmières	21
5.8	Analyse thématique des mesures.....	21
6	Discussion et recommandations	30
6.1	Discussion.....	30
6.2	Recommandations en lien avec les groupes de travail d'InvestPro	38
7	Conclusion	42
8	Références.....	43

Terminologie : Les désignations de personne, de statut, de fonction ou de profession utilisées dans le présent document s'appliquent indifféremment aux femmes et aux hommes. Néanmoins, considérant qu'en Suisse la proportion de femmes dans le personnel infirmier est de plus de 80% (1), par respect pour elles et parce que les questions de genre sont sous-jacentes à de nombreux sujets traités dans ce document, nous avons régulièrement laissé leur désignation au féminin, ce qui ne signifie bien sûr pas que les infirmiers ne sont pas concernés.

1 Résumé

Une des problématiques soulevées par les représentants de la DGS et de l'ASI en 2021 concerne le manque de reconnaissance des compétences et des responsabilités¹ assumées par les infirmières et les infirmiers dans le système de santé par l'ensemble des autres parties prenantes de ce système et la population générale.

Le personnel infirmier déclare en effet assumer des charges de travail importantes en déployant une combinaison singulière et complexe de ressources pour agir en situation professionnelle. Paradoxalement, son sentiment est que tant le spectre des responsabilités assumées que l'étendue des compétences mises à disposition de la santé de la population ne sont pas ou très peu visibles, et donc peu valorisées socialement ou économiquement.

En s'appuyant sur de nombreux travaux scientifiques, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Conseil international des infirmières (CII) rappellent pourtant que la reconnaissance professionnelle des compétences et des responsabilités précieuses assumées par le personnel infirmier est un puissant facteur de recrutement, de maintien dans la carrière et d'émancipation professionnelle. De plus, cette reconnaissance offrirait aux systèmes de santé des ressources et des idées pour innover et faire face aux nombreux défis socio-sanitaires à venir. Enfin, que les membres de cette profession soient officiellement imputables de l'ensemble de leurs décisions favoriserait le développement de la qualité des soins à la population.

RECORE a donc visé les buts suivants :

1. Dresser un état des connaissances permettant **d'identifier les raisons expliquant le manque de reconnaissance des compétences et responsabilités du personnel infirmier** par les autres acteurs du système de santé (cliniciens, managers, décideurs, ...) et la population générale.
2. Identifier et caractériser **des moyens de mieux faire reconnaître les compétences et responsabilités infirmières** par les autres acteurs du système de santé (cliniciens, managers, décideurs, ...) et la population générale.

Une revue de portée (*scoping review*) a donc été conduite entre 2023 et 2024 dans diverses bases de données du domaine de la santé et du management. Après un processus de sélection rigoureux, 24 articles ont été retenus pour disposer d'explications et 27 qui proposaient des mesures.

1.1 Explications répertoriées

Les explications à propos du manque de reconnaissance ont été classées en deux grands groupes : celles qui ne dépendent pas directement du personnel infirmier, appelées « raisons externes » à la profession et celles sur lesquelles le personnel infirmier a une influence directe, à savoir les « raisons internes ». Les raisons externes suivantes sont mentionnées :

- 1) Des stéréotypes tenaces sur les soins infirmiers, à savoir une activité professionnelle doublement genrée (nature du travail et genre des personnes qui l'exercent) et une activité exclusivement médico-déléguée.
- 2) Un traitement médiatique disqualifiant contribuant au maintien des stéréotypes sur la profession et à son invisibilité.

¹ Responsabilités : voir <https://www.cnrtl.fr/definition/responsabilit%C3%A9>

- 3) Une ignorance générale de la nature exacte de l'ensemble des composantes de l'activité infirmière.
- 4) L'absence de registre professionnel.

Les raisons internes expliquant le manque de reconnaissance sont pour certaines assez proches des externes.

- 1) La reproduction des stéréotypes sur la profession par les infirmières elles-mêmes du fait de leur socialisation primaire et secondaire.
- 2) Une maîtrise partielle des contenus et méthodes disciplinaires qui entrave l'explicitation précise des dimensions de la pratique infirmière et des fonctions possiblement exerçables en clinique.

1.2 Mesures répertoriées

Ces mesures ont été réparties en deux groupes : celles relevant de la profession infirmière et celles à mettre en place par des instances *externes*.

Sur le plan externe il serait nécessaire de :

- 1) Veiller à la pleine existence politico-administrative de la profession et à son actualisation régulière.
- 2) Adapter les conditions de travail et d'emploi.
- 3) Soutenir le développement professionnel du personnel infirmier.

Les sources consultées mettent aussi bien en évidence la responsabilité de la profession infirmière pour œuvrer à des changements. Sur le plan *interne*, les mesures sont réparties autour de cinq grandes thématiques :

- 1) Développer des campagnes de recrutement qui ne renforcent pas les stéréotypes sur la profession et former le futur personnel infirmier à comprendre leur ancrage et à s'en distancer.
- 2) Incarner les codes du professionnalisme, savoir parler de la profession de manière différenciée et précise, en incluant des évidences de qualité et s'entendre sur la pratique infirmière avancée.
- 3) Savoir communiquer sur la profession et ses évolutions.
- 4) Développer et porter haut une image de marque, de manière homogène et concertée par toutes les personnes actives dans les différents domaines d'exercice de la profession.
- 5) Promouvoir de toute urgence des formations de base et continues avec les médecins.

1.3 Discussion

Ce rapport se termine par la discussion de trois points : 1) Faire connaître et valoriser la profession infirmière dans sa complexité et ses évolutions ; 2) Former les professionnelles aux codes du professionnalisme et à prendre position ; 3) Equilibrer les relations de pouvoir entre professions médicale et infirmière. Pour chacun de ces points, des éléments permettant la mise en perspective des résultats sont proposés et des suggestions pratiques faites. Les forces et les limites de la démarche du rapport sont évoquées. Enfin, à la demande du groupe, les mesures proposées ont été mises en lien, à chaque fois que c'était possible, avec les différentes thématiques des groupes de travail InvestPro.

1.4 Conclusion

Il est rappelé qu'un certain nombre de mesures ont déjà été prises, mais qu'elles mériteraient d'être discutées, articulées et portées par l'ensemble des personnels infirmiers quels que soient leur domaine d'exercice professionnel (ex : en clinique, dans l'enseignement, la recherche, le management ou la défense des intérêts de la profession) en collaboration avec d'autres instances. A cet effet, des états généraux des soins infirmiers pourraient être organisés, puis déboucher sur des projets d'implantation de mesures.

2 Introduction

Le sous-projet RECORE, « Reconnaissance des compétences et des responsabilités », s’inscrit dans la continuité des travaux menés conjointement en 2021 par la DGS et l’ASI, avec le soutien de la HEIG-VD et de la HedS La Source. Le but général de ces travaux est d’améliorer les conditions d’exercice professionnel et l’environnement de travail des infirmières vaudoises de manière à favoriser leur maintien en activité.

Il est attendu que les propositions faites adressent les multiples enjeux qui poussent actuellement un nombre important de ces professionnelles à sortir prématurément de la profession. Il s’agit donc principalement de rechercher des solutions concrètes aux problématiques existantes. Ces solutions doivent pouvoir être mises en œuvre soit directement, soit au travers de projets-pilotes.

A l’issue des travaux menés en 2021, un plan de programme sur trois ans a été proposé. Ce plan concerne deux grands chantiers :

- Les problématiques d’horaires et d’organisation du travail, puis, de manière plus large les questions de gestion managériale et de gouvernance ;
- Les questions touchant aux missions et mandats du personnel infirmier en regard de ses compétences, au sein de la profession puis en lien avec les autres professions, dans une dynamique de reconnaissance et d’interprofessionnalité.

Le présent projet concerne la première étape du chantier 2 (cf. Tableau 1). Il a pour premier objectif d’identifier les raisons expliquant le manque de reconnaissance des compétences et responsabilités du personnel infirmier par les autres acteurs du système de santé (cliniciens, managers, décideurs, etc.) et la population générale ; et pour second, de caractériser des moyens de mieux faire reconnaître les compétences et responsabilités par les autres acteurs du système de santé (cliniciens, managers, décideurs, etc.) et la population générale (5.D).

Problématiques	Types d'action	Années				2021				2022				2023				2024			
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4				
Chantier 1																					
1.A. Conditions cadres défavorables aux horaires irréguliers	Pratiques exemplaires				6																
2.A. Travail sur appel	Identification problématique via enquête					12															
6.A. Manque d'ajustement des parcours professionnels	Identification problématique via enquête					12															
	Pratiques exemplaires				6																
1.A. Conditions cadres défavorables aux horaires irréguliers	Projets pilote								18												
2.A. Travail sur appel	Implémentation mesures et outils								6												
	Projets pilote								18												
3.A. Management inadaplé	Pratiques exemplaires								6												
2.B. Inadéquation de gouvernance	Pratiques exemplaires								6												
4.A. Organisation inadaplé	Pratiques exemplaires								6												
3.A. Management inadaplé	Projets pilote									18											
2.B. Inadéquation de gouvernance	Projets pilote									18											
4.A. Organisation inadaplé	Projets pilote									18											
6.A. Manque d'ajustement des parcours professionnels	Projets pilote									18											
	Identification problématique via enquête									12											
2.C. Inflation des systèmes de gestion	Pratiques exemplaires									6											
	Projets pilote										18										
Chantier 2																					
5.A. Méconnaissance des compétences et des profils	Révision PoPu Mandat social																				
5.B. Méconnaissance de la diversité des profils de formation	Implémentation parcours interpro formation					12															
5.C. Tensions autour du statut ES versus HES	Implémentation campagne info					3															
1.B. Conditions salariales	Révision PoPu salaires en cours																				
5.D. Manque de reconnaissance des compétences et responsabilités	Pratiques exemplaires					6															
3.B. Pauvreté de la culture des parcours professionnels	Pratiques exemplaires					6															
5.D. Manque de reconnaissance des compétences et responsabilités	Implémentation campagne info									3											
	Révision et développement curricula									12											
5.A. Méconnaissance des compétences et des profils	Projets pilote gestion interpro										18										
5.B. Méconnaissance de la diversité des profils de formation	Projets pilote pratiques interpro										12										
5.C. Tensions autour du statut ES versus HES	Projets pilote										18										
3.B. Pauvreté de la culture des parcours professionnels	Projets pilote										18										
5.E. Manque de responsabilisation du personnel infirmier	Révision PoPu Droit exercice																				

Tableau 1. Aperçu temporel du programme.

3 Problématisation et but de l'étude

3.1 Problématisation

Une des problématiques soulevées par les représentants de la DGS et de l'ASI concerne le manque de reconnaissance des compétences et des responsabilités² assumées par les infirmières dans le système de santé par l'ensemble des autres acteurs du système de santé (cliniciens, managers, décideurs, ...) et la population générale. Le personnel infirmier déclare en effet : 1) prendre à son compte des charges associées à des prises de décisions importantes qu'elles soient de nature juridique (civile, pénale ou disciplinaire) ou morale (éthique, pédagogique, éducative ou déontologique) ; et 2) déployer une combinaison singulière et complexe de ressources personnelles (connaissances, savoir-faire ou habiletés, aptitudes, émotions...) nécessaires pour savoir agir en situation professionnelle (2). Paradoxalement, ce personnel a le sentiment que tant le spectre des responsabilités assumées que l'étendue des compétences mises à disposition de la santé de la population n'existent officiellement pas aux yeux des autres acteurs du système de santé (cliniciens, managers, décideurs, ...) ou si c'est le cas, seulement partiellement. Le personnel infirmier est donc dans une situation qui se caractérise par : 1) le fait d'être privé de tout ou une partie du droit de rendre officiellement compte de ses actes ou de leurs résultats ; 2) le fait que tout ou une partie importante des ressources qu'il met à profit du système de santé soit invisible ou peu visible.

Il importe donc de se pencher sur cette problématique afin de proposer des mesures pour tenter d'y remédier. Le manque de reconnaissance dans la sphère professionnelle est en effet un puissant facteur d'abandon de carrière et nuit à l'émancipation professionnelle du personnel infirmier. Il risque aussi d'avoir des effets sur le recrutement des futures étudiantes et étudiants (3). Par ailleurs, le manque de reconnaissance des compétences et des responsabilités assumées par ce corps professionnel prive le système de santé des ressources et des idées qu'il pourrait proposer face aux défis à venir (4). Faire sans le potentiel du plein exercice de l'étendue des compétences infirmières paraît être un mauvais calcul : les charges de travail ne vont aller qu'en augmentant et les ressources offertes par le personnel infirmier seront précieuses pour la population et pour les autres professionnels du secteur (3). De plus, être officiellement pleinement responsables de leurs décisions favoriserait le développement de la qualité des soins à la population que ce soit de manière directe (p.ex. : explicitation et donc évaluation possible du processus de soins développé) ou indirecte (p.ex. : délégation de champs de compétences dont le personnel infirmier serait imputable envers la société et les personnes soignées)(5).

Le manque de reconnaissance ressenti par le personnel infirmier fait écho aux constats présents dans la littérature nationale et internationale. Au niveau international, des appels sont lancés par l'Organisation mondiale de la santé (3) et le Conseil international des infirmières (5) pour encourager les gouvernements à faire pleinement reconnaître le rôle stratégique et les contributions précieuses que le personnel infirmier peut apporter pour relever les défis de santé à venir.

A l'échelon national, l'initiative populaire fédérale « Pour des soins infirmiers forts », acceptée par 61% de la population suisse et une très large majorité des cantons, a notamment donné une visibilité aux difficultés rencontrées par le personnel infirmier suisse à faire reconnaître ses compétences et rendre visible le spectre des responsabilités assumées au quotidien (6).

² Responsabilités : voir <https://www.cnrtl.fr/definition/responsabilit%C3%A9>

Pour le canton de Vaud, Chaves (7) soulignait en 2005 que le manque de reconnaissance était déjà une thématique centrale pour réfléchir aux manières de pallier la pénurie de personnel infirmier. La chercheuse s'attachait à identifier les raisons de ce manque et elle proposait des pistes d'actions. Elle expliquait ce phénomène notamment par des déficits de :

- Savoir : elle constatait que le *rôle déterminant* d'intermédiaire, de pivot, de coordination joué par le personnel infirmier était *peu et difficilement visible*.
- Pouvoir : elle rapportait la quasi-absence de *financement* des aspects non strictement médicaux des soins par la LAMal ; le fait que *l'occultation des corps malades ou mourant dans notre société* rende délicat tout discours permettant de décrire par exemple précisément les compétences déployées et les interventions conduites pour apporter des soins ajustés aux corps (et non exclusivement à la maladie) et ainsi illustrer la complexité de l'exercice professionnel et les responsabilités assumées.
- Volonté : elle relevait la *permanence de stéréotypes* sur la profession dans le grand public, notamment celui d'auxiliaire du médecin, de travail féminin ; également que les soins infirmiers sont dispensés à des *personnes momentanément ou définitivement non productives ou non liées à des groupes d'intérêts productifs*, donc privés de moyens de pression sur le système de santé.

Bien que pertinentes, ces explications doivent toutefois être actualisées et approfondies afin de pouvoir élaborer des mesures pour tenter d'apporter des corrections qui améliorent la situation et le ressenti du personnel infirmier.

3.2 But de la recherche

RECORE a donc visé les buts suivants :

3. Dresser un état des connaissances permettant d'identifier les raisons expliquant le manque de reconnaissance des compétences et responsabilités du personnel infirmier par les autres acteurs du système de santé (cliniciens, managers, décideurs, ...) et la population générale.
4. Identifier et caractériser des moyens de mieux faire reconnaître les compétences et responsabilités infirmières par les autres acteurs du système de santé (cliniciens, managers, décideurs, ...) et la population générale.

4 Méthode

Les travaux suivants ont été conduits entre 2023 et 2024.

- Problématisation et validation des objectifs de la recherche
- Revue documentaire de type scoping review pour identifier, dans la littérature scientifique, dans la littérature professionnelle, dans des rapports officiels, etc., des pratiques prometteuses ou exemplaires, ou des projets pilotes déjà réalisés.

4.1 Scoping review

La méthodologie de Arksey et O'Malley (8) a été suivie pour effectuer cette revue de portée. Les étapes suivantes ont été conduites et structurent la présentation des résultats :

1. Identifier les deux questions de recherche
2. Identifier des études pertinentes
3. Sélectionner des travaux
4. Faire un graphique des résultats
5. Rassembler, résumer et communiquer les résultats

5 Résultats

5.1 Questions de recherche

La question correspondant au premier but était :

- Quelles raisons expliquent le manque de reconnaissance des compétences et responsabilités du personnel infirmier par les autres acteurs du système de santé (cliniciens, managers, décideurs, ...) et la population générale ?

Celle correspondant au second :

- Quels moyens peuvent être préconisés pour mieux faire reconnaître les compétences et responsabilités infirmières par les autres acteurs du système de santé (cliniciens, managers, décideurs, ...) et la population générale ?

5.2 Sélection d'études pertinentes

Cette sélection s'est faite sur un mode itératif à partir de la recherche sur les bases de données et des références secondaires identifiées dans les articles sélectionnés (rapports, sites web). Nous avons également interrogé un site d'intelligence artificielle à deux dates différentes (chatGPT 3). Les éléments identifiés recoupant massivement ce que nous avons identifié dans les études, nous avons considéré que la saturation des données était atteinte dans une large mesure.

5.2.1 Bases de données interrogées

La sélection d'études pertinentes a été effectuée en étroite collaboration avec les documentalistes de la HEDS La Source et celles de la HEIG-VD sur la base des questions de recherche ci-dessus et des informations fournies par les chercheurs. Les bases de données interrogées recouvrent principalement le domaine de la santé, de la gestion, de la sociologie. Elles consistent en des articles scientifiques, mais également des articles professionnels ou des rapports.

- Pubmed
- CINAHL Complete EBSCO
- Embase Embase.com
- Psycinfo Ovid
- Sociological Abstract Proquest
- Web of science
- Dissertations and theses Proquest
- ABI Inform
- Business Source Premier

- CAIRN
- EconLit
- Renouvaud pour trouver des articles professionnels et rapports
- Google (pour trouver des rapports)
- swisscovery (pour trouver des articles professionnels et rapports)

Les critères d'inclusion appliqués ont été les suivants :

- Langues : français, allemand, anglais
- Dates : 2010-2022
- Type de documents : articles scientifiques, articles professionnels, thèses, rapports (par ex OBSAN), littérature grise

5.2.2 Autres sources d'informations

Site internet

- <https://www.truthaboutnursing.org/index.html#gsc.tab=0>

Journal électronique :

- <https://www.nursingtimes.net/>

5.3 Sélection des travaux

Quatre étapes ont permis d'examiner les travaux issus des recherches conduites dans les bases de données. Ce travail a été mené par deux chercheurs (l'un du domaine santé, l'autre du domaine gestion), indépendamment avant mise en commun :

1. Elimination des doublons ou des travaux ne respectant pas les critères d'inclusion
2. Tri sur titres : d'abord indépendamment, puis en discutant les documents sur lesquels il y avait désaccord.
3. Tri sur abstracts : d'abord indépendamment, puis en discutant les documents sur lesquels il y avait désaccord
4. Lecture complète de chaque document et extraction sur la base d'une grille ad hoc permettant de repérer des explications concernant le phénomène (question 1) et des moyens pour y remédier (question 2). Ce travail a d'abord été réalisé indépendamment (un troisième chercheur ayant rejoint les deux précédents), puis en discutant les documents sur lesquels il y avait désaccord.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Profession : soins infirmiers
- Résultats :
 - o Mise en évidence de raisons expliquant le manque de reconnaissance des responsabilités ou des compétences du personnel infirmier.
- OU
- o Mise en évidence de moyens permettant d'améliorer la reconnaissance des responsabilités ou des compétences du personnel infirmier.

5.4 Graphique des résultats

Les résultats de la scoping review sont schématisés dans le flow-chart ci-dessous.

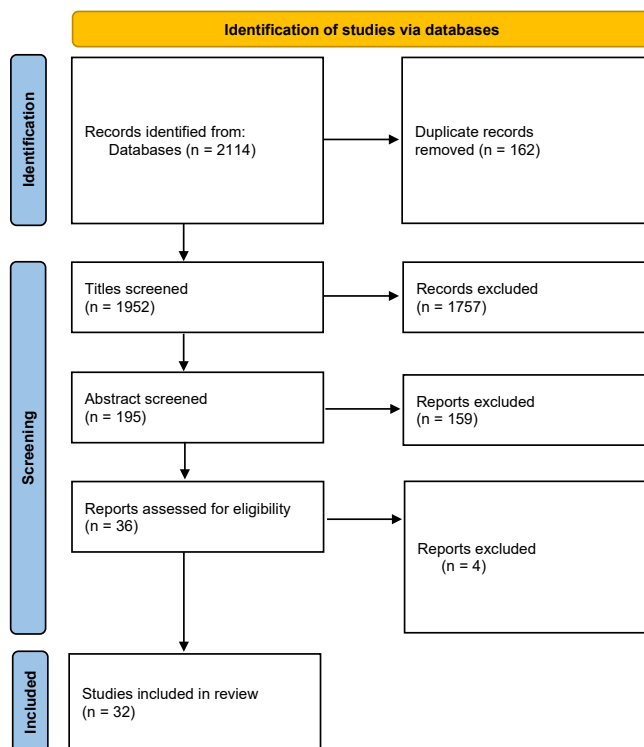


Figure 1. Flow chart de la scoping review.

Sur une base initiale de 2114 articles extraits des bases de données après lancement des équations de recherche :

- 162 articles ont été exclus car ils étaient soit en doublon, soit en dehors des critères définis dans les équations ;
- 1757 articles ont été exclus sur la base de leur titre ;
- Puis, 159 articles ont été exclus sur la base de leur résumé.

Après lecture complète, 32 articles ont finalement été considérés comme pertinents par rapport aux objectifs de la recherche. Ils ont fait l'objet de l'extraction des données sur la base d'une grille de lecture dans un fichier Excel. Les informations ont été saisies en fonctions des points suivants : Numéro article ; Auteurs ; Pays ; Date ; Types d'écrit ; Population ; Objectif/Phénomènes d'intérêt ; Explications compétences pas reconnues ; Explications responsabilités pas reconnues ; Explications

indifférenciées ; Moyens pour responsabilités et qui agit ; Moyens pour compétences et qui agit ; Moyens génériques et qui agit ; Autres références repérées dans biblio ; Commentaires.

5.5 Raisons expliquant le manque de reconnaissance des compétences et des responsabilités

Après avoir exposé le processus d'identification de sources, nous présentons rapidement la provenance et la nature des textes expliquant, dans un premier temps, les origines possibles du manque de reconnaissance des compétences et des responsabilités du personnel infirmier par les autres acteurs du système de santé (cliniciens, managers, décideurs, ...) et la population générale.

Sur les 32 écrits sélectionnés dans les bases de données pour l'extraction, nous en avons retenu 24 qui ciblaient spécifiquement des **explications**.

La majorité des écrits est issue des pays anglo-saxons, notamment du Royaume-Uni.

Pays	Nombre
Allemagne	1
Iran & OMS	1
Canada	2
Pays-Bas	2
Australie	3
Suisse	3
Etats-Unis	6
Royaume Uni	6

Tableau 2. Provenance géographique des écrits – Thème : raisons.

La plupart des écrits peuvent être considérés comme des opinions d'experts. Nous avons repéré 4 revues de littérature. Une étude ethnographique (celle publiée par Chaves en 2006 pour le canton de Vaud utilisée pour problématiser la thématique de la reconnaissance) et son résumé dans le journal de l'Association suisse des infirmières et infirmiers renseignent sur la situation en Suisse, en particulier dans ce canton.

Type	Nombre
Compte rendu de rapport	1
Etude ethnographique	1
Analyse de concept	1
Analyse de discours médiatiques	2
Case study	2
Revue de littérature	4
Recherche	4
Opinion d'experts (édito, interview, papier de position)	9

Tableau 3. Types d'écrits – Thème : raisons.

5.6 Analyse thématique des raisons du manque de reconnaissance

Une recherche allemande a mis en évidence qu'il y a un double discours dans la population. D'un côté, la population considère qu'« infirmière » est une profession ayant un certain prestige et les professionnelles disposent d'un niveau de confiance très élevé. De l'autre, les membres de cette profession dénoncent des conditions de travail et une qualité médiocre des soins infirmiers. Les parents ou les enseignants ne souhaitent donc généralement pas que les enfants choisissent cette profession (9). En revanche, les infirmières interrogées ont presque un discours inverse. Elles considèrent que leur profession est peu prestigieuse et mal (re)connue, alors qu'elles sont très fières des services qu'elles rendent à la population dans des conditions pourtant peu propices (9). On le voit, la perception de la profession infirmière diffère probablement passablement que l'on pose un regard de l'intérieur ou de l'extérieur de cette dernière.

A la suite de l'extraction, nous avons regroupé les données par thématiques. Un premier point est à noter : il existe bien une claire démarcation dans les écrits entre les raisons, que nous avons dénommées « internes » à la profession (dimensions professionnelles infirmières), et celles qui sont *a contrario* « externes » à la profession (dimensions socio-historiques). Par ailleurs, aucun article retenu ne fait une distinction entre compétences et responsabilités lorsqu'il s'agit d'expliquer les raisons du manque de reconnaissance de la profession. Nous avons donc traité ces points de manière indissociée.

5.6.1 Raisons externes à la profession

Raisons externes à la profession	
Thèmes	Catégories
Stéréotypes sur les soins infirmiers	Ténacité des stéréotypes
	Activité professionnelle genrée
	Activité professionnelle majoritairement exercée par des femmes
Invisibilité ou visibilité disqualifiante de la profession dans l'espace médiatique	Activité professionnelle médico-déléguée
	« Infirmière(s) » un terme annihilant toute spécificité
	Utilisation de stéréotypes pour parler de la profession
	Traitement journalistique discriminatoire
	Maintien de deux discours dominants dans l'espace médiatique
Ignorance de la nature exacte de l'activité des infirmières	Rôle des communicants des institutions de soins
	Invisibilité des infirmières sur les sites internet des institutions de soins
	Absence de registre professionnel contraignant

Tableau 4. Thèmes et catégories – Raisons externes à la profession

Stéréotypes sur les soins infirmiers

Ténacité des stéréotypes. Les premiers éléments qui ressortent dans les écrits consultés sont l'existence toujours très tenace de stéréotypes sur cette profession et leur influence majeure sur sa (re)connaissance du 19^{ème} siècle à nos jours. Un stéréotype est une « idée, opinion toute faite, acceptée sans réflexion et répétée sans avoir été soumise à un examen critique, par une personne ou un groupe, et qui détermine, à un degré plus ou moins élevé, ses manières de penser, de sentir et d'agir »³. Les stéréotypes sur la profession infirmière, véhiculés à travers le langage et les images, semblent perdurer de manière plus ou moins marquée selon les cultures et les législations. Les écrits indiquent qu'ils sont encore partagés par le grand public (toutes générations confondues), par des personnes que l'on pourrait croire plus informées (enseignants des cursus obligatoires ou post-obligatoires, personnes en charge de l'orientation professionnelle) ou les médias (journalistes, films, reportages, images, etc.) (9–15). Il n'est donc pas étonnant qu'au terme d'une analyse fouillée de différents discours historiques ou contemporains sur les infirmières et les soins infirmiers – qu'ils soient irlandais et britanniques – Fealy et Mc Namara (16) concluaient que les infirmières et infirmiers « doivent être beaucoup plus conscients de la manière dont, encore aujourd'hui, le langage construit les identités, privilégie certaines formes de connaissances et répartit les biens sociaux de manière différenciée ».

Activité professionnelle genrée. Le premier stéréotype qui colle à la peau de la profession infirmière est qu'il s'agit d'une activité féminine, soit une activité qui correspond (i) aux tâches (ici les tâches de *care*) socialement assignées aux femmes du fait de leur genre, et (ii) aux qualités (ici l'empathie, la sensibilité, la compassion, la douceur, l'altruisme, la patience, etc...) considérées comme « naturellement » présentes chez les femmes et associées également à leur genre (17–19). Les auteurs consultés rappellent que les tâches de *care* (les tâches liées à la prise en charge et au bien-être des autres) ont été en effet historiquement perçues comme relevant du rôle des femmes dans la sphère privée. Et bien que ces tâches soient essentielles pour le fonctionnement de la société, elles n'ont pas été considérées à leur juste mesure puisque, par exemple, elles sont : invisibles, car réalisées dans la sphère privée ; peu prestigieuses, car souvent en lien avec des soins du corps considérés comme sales ou dégradants ; non directement reliées à la productivité économique ou aux succès professionnels, car réalisées hors du marché du travail rémunéré ; sans valeur marchande formelle, car offertes gratuitement de manière informelle (17). Cette invisibilité, ce manque de prestige, le fait d'être adressé à des personnes temporairement ou définitivement hors de la sphère productive et l'absence de valeur marchande du *care* ont été, et sont encore, des stéréotypes transposés aux activités infirmières, alors que ces dernières sont pourtant du registre de la sphère professionnelle.

De plus, les auteurs consultés rappellent également que, comme les activités assignées aux femmes dans la sphère privée, telles que le *care*, relèvent de leur « nature féminine », elles ne nécessitent pas, ou toujours pas pour certaines personnes ou groupes sociaux, d'être théorisées. Elles se transmettaient, et c'est encore parfois le cas, le plus souvent oralement ou par imitation. Aussi, révèlent-ils, puisque la profession infirmière a été vue comme une activité professionnelle de nature féminine, qu'il n'est pas étonnant qu'il y ait eu, et qu'il y ait encore, des résistances acharnées au

³ <https://www.cnrtl.fr/definition/st%C3%A9r%C3%A9otype>

développement d'une science des soins infirmiers ou science infirmière, enseignée dans les académies, encadrée par des normes d'exercice professionnel, etc. (14,17). De ce fait, certains auteurs constatent que lorsque les infirmières exigent d'accéder à l'université pour suivre des enseignements leur permettant d'améliorer par exemple les standards de soins (sécurité et qualité), elles ont été, et en sont encore, souvent empêchées de le faire, parce que régulièrement soupçonnées de n'être intéressées que par la seule promotion de leur statut et de leur pouvoir sur le système de santé, ou pour le dire autrement d'égoïsme ou de corporatisme (14).

Les recherches scientifiques montrent que les stéréotypes de genre ont le même effet de disqualification sur les qualités dites « féminines ». Dans les sociétés patriarcales, ces qualités sont perçues socio-historiquement comme étant moins importantes que les qualités dites « masculines » (force, courage, compétitivité, etc...), en particulier dans les domaines tels que la politique, l'économie, et tous les autres domaines clés reliés au pouvoir socio-politique (17). L'empathie, la compassion, la douceur, la patience n'étaient, et ne sont toujours pas, considérées comme des qualités qui doivent être acquises, puisqu'elles seraient « naturellement » présentes chez les femmes. Il n'était, et n'est donc souvent encore pas, considéré comme nécessaire de développer de manière formelle ces caractéristiques chez le futur personnel infirmier via des dispositifs pédagogiques spécifiques favorisant leur acquisition et leur évaluation. Il en va de même dans le monde professionnel pour la valorisation de l'utilisation de ces qualités pourtant acquises au fil de la formation (16,17).

Activité professionnelle exercée majoritairement par des femmes. Le terme activité professionnelle genrée recouvre aussi le fait que c'était, et c'est encore toujours, des femmes qui exercent très majoritairement cette profession. En effet, aujourd'hui en Suisse, plus de 80% du personnel infirmier sont des femmes (1). Leur socialisation primaire (au sein de leur famille ou à l'école par exemple) et secondaire (dans la sphère professionnelle par exemple) aux rôles sociaux de genre les amputent souvent encore de : (i) capital économique (ressources financières); (ii) de capital culturel (connaissances, compétences, valeurs et normes); (iii) de capital social (réseaux sociaux); (iv) de capital symbolique (prestige et reconnaissance sociale); (v) et de capital linguistique (maîtrise d'un langage et de codes de communication). Ces différentes formes de capitaux leur permettraient pourtant de participer pleinement aux débats, orientations et jeux de pouvoirs propres à la sphère socio-sanitaire (14,17,18).

Activité professionnelle médico-déléguée. Les historiens soulignent que l'essor énorme de la médecine au cours du 20^{ème} siècle n'aurait pu se faire sans que les médecins aient à leur disposition des collègues présents auprès des patients 7 jours sur 7 et 24h sur 24h qui s'assurent de la bonne administration des traitements, et observent finement leurs effets et l'évolution de la santé des patients traités (10,14,17,18). Au vu de cette situation, certains auteurs parlent d'« instrumentalisation » de la profession infirmière par la profession médicale au fil de l'histoire dans la réalisation des buts de cette dernière. Le terme instrumentalisation est utilisé parce que, jusqu'à ce jour, disent les auteurs, il n'y a pas eu de délégation de soins infirmiers (par exemple de soins de compensation ou de confort) par la profession infirmière aux membres de la profession médicale. L'emploi de ce terme atteste donc de l'existence d'une relation de pouvoir asymétrique (17).

Ce phénomène social, l'instrumentalisation du personnel infirmier pour rendre des services de plus en plus complexes à la bio-médecine et la soulager de certaines tâches, en sus de la complexité de l'activité infirmière propre, doit inviter, nous disent certains auteurs, à rester collectivement attentifs

au développement du profil d'infirmière praticienne spécialisée (IPS), une des formes de pratique infirmière avancée (PIA)(20). Ces auteurs indiquent que la fonction d'IPS ne devrait pas se résumer aux yeux des décideurs, des professionnels de santé et de la population à l'exercice de tâches relevant de la bio-médecine que cette dernière ne pourrait ou ne voudrait plus assumer. A leurs yeux, le risque serait double : (i) reproduire une fois encore les mécanismes allant dans le sens du stéréotype d'activité médico-déléguée assurée par un personnel moins onéreux ; (ii) invisibiliser, et donc ne pas financer, tous les autres services précieux que ces IPS rendent aux patients et à leur entourage, ainsi qu'au système de santé (20).

Invisibilité ou visibilité disqualifiante de la profession dans l'espace médiatique

Pour expliquer le manque de reconnaissance de la profession infirmière, certains chercheurs se sont intéressés à la place occupée par la profession infirmière dans l'espace médiatique. Ils ont remarqué ce qui suit.

« **Infirmière(s)** » un terme annihilant toute spécificité. Le terme « les infirmières », ou pire « l'infirmière », au singulier, est utilisé de manière indifférenciée par les journalistes quel que soit le domaine d'activité propre de ces professionnelles, leur spécialisation, leurs compétences. Ces termes génériques ont pour conséquence d'invisibiliser la spécificité de leurs contributions professionnelles respectives (18,21).

Utilisation de stéréotypes pour parler de la profession. Certains auteurs constatent que les journalistes paraissent encore généralement s'appuyer largement sur le « bon sens » et « ce que tout le monde sait » au sujet de la profession infirmière. Ils ne conduisent pas des investigations plus poussées qui donneraient à connaître les nombreux changements intervenus dans la pratique de cet exercice au cours des dernières années (13,18,22,23). Par exemple, en Grande Bretagne, encore très récemment, un journaliste écrit que « les infirmières ont bon cœur » (22). De plus, les auteurs constatent que les journalistes sont eux-mêmes aux prises avec les stéréotypes de genre et ils considèrent généralement que les experts de la santé sont les médecins (22). L'utilisation de stéréotypes dans les médias a notamment pour conséquence que les gens qui ne connaissent pas personnellement une infirmière, et donc cette profession, continuent à s'en faire une idée erronée. Cela contribue, constatent les chercheurs, au maintien de ces stéréotypes (23). Ainsi c'est la personnalité des infirmières qui est valorisée par les journalistes, plutôt que leurs compétences⁴ (18).

Traitement journalistique discriminatoire. Les revendications du personnel infirmier (p. ex. les revendications salariales) peuvent faire l'objet de traitements discriminatoires (24). Au Canada par exemple, une étude très fouillée a révélé que les revendications de la profession médicale sur la thématique de l'augmentation des salaires ont été légitimées par le discours journalistique, alors que celles de la profession infirmière ont été présentées de manière beaucoup plus critique par les médias (24). Autre exemple d'étude allant dans ce sens, les défaillances du National Health Service (NHS) en Angleterre semblent avoir été expliquées principalement par les changements apportés dans la formation infirmière. Ces changements étaient devenus le bouc émissaire des journalistes, des

⁴ C'est ce qui s'est souvent passé durant la pandémie COVID.19 : leurs qualités ont été mises en avant dans les médias plutôt que leurs compétences et leurs connaissances.

médecins, et de certains membres de la profession. Or, les explications aux problèmes rencontrés résidaient principalement dans les vagues d'économies et de restructurations dures réalisées par les gouvernements successifs au fil de ces dernières décennies dans le système de santé anglais (16).

Maintien de deux discours dominants dans l'espace médiatique. Ces dernières années, deux types de discours sur le personnel infirmier ont eu cours dans l'espace médiatique irlandais. La situation en Irlande est intéressante pour la Suisse, car ce pays a vécu un processus d'académisation des soins infirmiers assez similaire qu'en Suisse sur le plan de la temporalité. Premièrement, un discours médiatique stéréotypé classique perdure en dépit de tous les changements. Il présente « l'infirmière » comme une héroïne guérisseuse, une assistante loyale du médecin et une fille d'intelligence moyenne. Cependant, un nouveau type de discours a fait son apparition. L'« infirmière » (sic) y est présentée comme une universitaire sur-éduquée pour les soins aux malades. Ce discours construit une figure d'infirmière « trop intelligente pour offrir des soins infirmiers » et « trop chic pour faire des toilettes ». Dans ce second discours, le personnel infirmier aurait redéfini unilatéralement son mandat avec la société et se serait retiré du cœur des soins infirmiers. L'« infirmière » diplômée (sic) est représentée comme « se tenant là, les bras croisés, considérant que certains types de soins, à savoir l'alimentation, la toilette, l'aide pour des choses plus embarrassantes, ne sont pas de son ressort ». L'auteur conclut qu'en tant *qu'outsiders*, les infirmières irlandaises ont dû justifier leur entrée dans le système universitaire sur un fond discursif qui continuait d'opposer de manière binaire le travail intellectuel et le travail manuel (16).

Les chercheurs notent aussi que les institutions de soins ont également leurs responsabilités dans cette relative invisibilité ou mauvaise visibilité de la profession infirmière dans l'espace médiatique :

Rôle des communicants des institutions de soins. Pour traiter de sujets d'actualité, les chercheurs constatent que les spécialistes de la communication des institutions de soins orientent le plus souvent les journalistes d'abord vers des médecins ou des administrateurs, plus rarement vers des cadres infirmiers et quasiment jamais vers des infirmières concernées spécifiquement par les problématiques de santé abordées (21,23).

Invisibilité des infirmières sur les sites internet des institutions de soins. Enfin, d'autres auteurs notent que, contrairement au personnel médical facilement repérable sur les sites internet des institutions de soins, le personnel infirmier en est souvent absent et est très difficilement repérable par une adresse courriel obtainable de l'extérieur (18,21).

Ignorance de la nature exacte de l'activité des infirmières

Une autre explication externe à la profession sur son manque de (re)connaissance est avancée dans les écrits consultés. Similairement aux journalistes, relèvent des chercheurs, les patients, les collègues d'autres professions, et les administrateurs continuent d'ignorer la nature exacte des différentes activités assurées par les infirmières dans les institutions de soins. En effet, ils constatent que le grand public et les autres professionnels n'ont pas une image globale de la complexité des différentes composantes de cette activité. Ils en perçoivent souvent seulement la composante qui les concerne personnellement dans le terrain. Il en résulte une multitude de visions partielles, et donc inévitablement réductrices, de l'exercice professionnel infirmier (25). Un phénomène vient encore péjorer ce constat : le nombre très important et très varié de personnels de santé qui interviennent

auprès d'une personne hospitalisée. Distinguer quelles sont les contributions spécifiques de chacun est alors très difficile pour les personnes soignées (25).

Absence de registre professionnel contraignant

Enfin, une dernière explication externe à la profession sur son manque de (re)connaissance est avancée par Bamford-Wade (26) : dans certains pays, la pratique des soins infirmiers n'est pas suffisamment régulée. Il peut ne pas y avoir de registre professionnel qui formalise et recense les détentrices de diplômes. Et même s'il y en a, la pratique n'est souvent pas subordonnée à la présentation d'attestations de formation continue régulière dans le domaine d'exercice. Dans ce cas, la profession est gouvernée par d'autres et ne peut garantir à la population de manière visible un niveau défini en termes de sécurité et de qualité des soins.

5.6.2 Raisons internes à la profession

Les sources d'explication quant au manque de reconnaissance des compétences et responsabilités du personnel infirmier ne sont pas la seule résultante de facteurs externes à la profession. Nous avons pu également identifier des raisons internes dans les sources consultées.

Raisons internes à la profession	
Thèmes	Catégories
Stéréotypes sur les soins infirmiers	Activité professionnelle genrée
	Activité pratique et pragmatique
	Activité théorique déconnectée de la clinique
Formation	Système de formation très complexe
	Manque de formation à expliciter clairement l'étendue de pratique et l'objet de la science infirmière
	Manque de formation à communiquer avec les médecins, les patients et les médias
	Manque de formation aux codes et à la culture du professionnalisme
	Pas de registre professionnel et d'obligation de formation continue

Tableau 5. Thèmes et catégories – Raisons internes à la profession.

Stéréotypes sur les soins infirmiers

Différents auteurs constatent que bon nombre d'infirmières endossent toujours ces stéréotypes de manière inconsciente et contribuent à leur reproduction. En effet, les stéréotypes ont ceci de particulier qu'ils imprègnent l'ensemble de la société, infirmières comprises. Elles doivent par conséquent dans un premier temps les conscientiser et dans un second les déconstruire (10,19,27).

Activité professionnelle genrée. Beaucoup d'infirmières, emboitant le pas des discours médicaux ou du grand public, ont utilisé, et continuent d'utiliser, un langage empreint de sentimentalisme pour caractériser les soins infirmiers. Selon les auteurs, l'utilisation de ce langage a pour conséquence que l'emphase est mise sur les qualités de dévouement et de loyauté des infirmières. Cela laisse croire que l'exercice des soins infirmiers exige des dispositions personnelles plutôt que des connaissances scientifiques (14,16). Par ailleurs, cela les pousse à considérer que la nécessité de développer leur leadership est accessoire (25).

Activité pratique et pragmatique. Cette vision d'une profession s'ancrant dans le faire, la pratique, plutôt que dans un corpus de connaissances disciplinaires, est présente depuis le 19^{ème} siècle au sein de la profession. Différentes études montrent qu'elle perdure encore aujourd'hui chez certaines professionnelles. Pour ces dernières, les savoirs pratiques doivent avoir la prééminence sur l'enseignement des autres formes de savoirs et ils s'enseignent exclusivement par imitation au lit des malades (10,16). Cette vision des choses, relèvent les auteurs, a paradoxalement été exacerbée chez certaines par l'académisation de la formation (16). Et malheureusement, ce discours, qui va dans le sens de celui porté par les administrateurs et les médecins, n'a fait que consolider le pouvoir de ces derniers dans des institutions qualifiées par les auteurs de « patriarcales ». De plus, nombre de cadres infirmiers dans les hôpitaux ont aussi décrédibilisé la formation académique parce qu'elle leur faisait perdre une main-d'œuvre peu chère constituée par des apprenties ou des stagiaires de longue durée. En conséquence le modèle de formation de type « formation plutôt d'essence pratique » reste encore très présent comme référence dans les institutions de soin. Selon les auteurs, cela entrave le développement de la formation académique qui est pourtant indispensable à l'évolution des problématiques de santé de la population (16).

Activité théorique déconnectée de la clinique. Corollaire de ce qui précède, pour contrecarrer cette vision trop pragmatique, et également légitimer la place des soins infirmiers dans les universités, Fealy et McNamara notent que les infirmières théoriciennes se sont appliquées à développer un corpus de savoirs théoriques, de normes éthiques, de profils professionnels. Ces activités, qui devaient répondre aux canons de l'académie pour être reconnues, ont contribué à accentuer une déconnexion entre la clinique et les milieux de la formation ou de la recherche. Elles ont malheureusement mis dos-à-dos durant de nombreuses années des leaders professionnels et académiques qui auraient, au contraire, dû s'entendre pour contribuer au développement de la profession et ainsi répondre aux besoins de santé de la population (16).

Formation

Nombre d'études recensées ont examiné en quoi les institutions de formation contribuent à ce manque de reconnaissance. Différents éléments sont avancés.

Système de formation très complexe. La multiplicité des portes d'entrée dans les formations, la diversité extrême de ces dernières – cumulant et croisant plusieurs degrés et plusieurs spécialités – rendent l'information concernant les fonctions que peuvent exercer les infirmières très complexes à communiquer au grand public. Godsey note que cette extrême diversité complique le management au quotidien (25).

Manque de formation à expliciter clairement l'étendue de pratique et l'objet des sciences infirmières. Une absence de maîtrise ou une maîtrise très partielle des connaissances en termes de substance (contenu) et de syntaxe (méthodes) de la discipline infirmière a pour conséquence qu'il est difficile pour les infirmières d'expliquer leur activité professionnelle (21,27). Les risques encourus sont divers, notamment : une certaine insécurité des infirmières quant à leur place et leurs responsabilités en clinique (21) ; l'utilisation quasi systématique de la composante médico-déléguée de l'activité infirmière pour conférer à cette dernière un prestige secondaire (28) ; le maintien de l'ignorance publique concernant la perspective distincte et la contribution spécifique des infirmières à la santé de

la population, et donc le maintien d'une certaine forme d'invisibilité (13,21,22) ; le manque de financement et de temps pour exercer pleinement leurs fonctions professionnelles, ce qui rend à son tour difficile la mise en évidence de la plus-value des soins infirmiers pour la société (9). La nature récente du développement de cette science et son statut encore peu reconnu pourraient expliquer ce manque.

Manque de formation à communiquer avec les médecins, les patients et les médias. Communiquer autour de leur profession obligerait les infirmières à développer un narratif pour la décrire précisément. Or, ce narratif professionnel et l'habileté à le communiquer sont peu enseignés et exercés durant la formation de base (21,27). En conséquence, les infirmières craignent de prendre la parole sur des sujets les concernant et laissent d'autres en parler à leur place (21). Ou alors elles considèrent que l'image de la profession aux yeux du grand public n'est pas une priorité (25).

Manque de formation aux codes et à la culture du professionnalisme. Les auteurs relèvent l'importance qu'il y a à maîtriser les codes du professionnalisme pour être reconnu par les autres professionnels de santé et par le grand public (13,25). Or, ils relèvent que les étudiantes sont peu formées à l'importance de leur allure, de leur habillement et de l'adéquation de leur comportement avec, en ligne de mire, un message de professionnalisme que devrait faire passer la profession. Le manque de maîtrise de ces codes favoriserait, selon les auteurs, la difficulté à être reconnues professionnellement (13).

Pas de registre professionnel et d'obligation de formation continue. L'absence ou le manque de possibilités faites aux infirmières pour qu'elles fassent état des connaissances et compétences développées tout au long de leur vie professionnelle ne favorise pas leur propre reconnaissance d'elles-mêmes (26). Cette absence d'obligation n'incite malheureusement pas les infirmières à se former pour se mettre en phase avec les énormes développements professionnels actuels. Elle n'encourage pas non plus les employeurs à soutenir l'actualisation de leurs connaissances via la formation continue ou à penser avec elles le développement de leur carrière (28).

5.7 Mesures pour améliorer la reconnaissance des compétences et des responsabilités infirmières

Sur les 32 articles sélectionnés pour extraction, nous en avons retenu 27 écrits qui proposaient spécifiquement des **mesures** pour améliorer la reconnaissance des compétences et des responsabilités infirmières.

Les écrits provenaient principalement de :

Pays	Nombre
Allemagne	1
Arménie	1
Grèce	1
Iran & OMS	1
Canada	2
Pays-Bas	2
Australie	3
Suisse	3
Royaume Uni	4
Etats-Unis	9

Tableau 6. Provenance géographique des écrits – Mesures

On le voit, pour ce thème encore, la plupart des écrits retenus provient des pays anglo-saxons (cf Tableau 2).

Par ailleurs, la majorité peuvent être classés dans la catégorie « recherche » puisqu'en additionnant les catégories recherche, études de cas et revue de littérature on obtient un total de 15 écrits sur 27 (cf Tableau 3).

Type	Nombre
Compte rendu de rapport	1
Analyse de concept	1
Analyse de discours médiatiques	1
Case study	4
Revue de littérature	5
Recherche	6
Opinion d'experts (édito, interview, papier de position)	9

Tableau 7. Types d'écrits – Mesures.

5.8 Analyse thématique des mesures

L'analyse thématique conduite au sujet des mesures fait ressortir différents thèmes que nous avons classés en fonction des propositions qui seraient d'un côté à mettre en place par diverses instances du domaine de la santé et de l'autre, celles qui seraient du ressort de la profession infirmière. A noter que cette classification est faite dans le but de clarifier cet exposé, mais que, concrètement, bon nombre de mesures devraient être déployées de manière coordonnée par la profession et ces diverses instances.

5.8.1 Mesures du ressort de diverses instances du domaine de la santé

Ces mesures « externes » sont à prendre par des instances dans lesquelles peuvent être présentes des représentantes de la profession, mais elles nécessitent des décisions de responsables dans la sphère politico administrative ou dans les institutions de soins qui n'appartiennent pas à la profession infirmière.

Mesures du ressort de diverses instances du domaine de la santé		
Instances	Thèmes	Catégories
Sphère politico-administrative	Veiller à la pleine existence politico-administrative de la profession	Affirmation de la nécessité politique des soins infirmiers.
		Actualisation des définitions des profils infirmiers
		Espace d'échange réservé.
		Ordre professionnel cantonal
Sphère politico-administrative	Adapter les conditions de travail et d'emploi	Monitoring précis et fiable
		Exploiter pleinement et rendre visible la complexité des activités infirmières
		S'appuyer sur des concepts existants
Organisations de soins	Soutenir le dévoilement de la contribution du personnel infirmier à la santé de la population.	Equilibrer les relations de pouvoir au sein du champ de la santé.
		Faire connaître et valoriser la profession infirmière dans sa complexité
	Soutenir le développement professionnel du personnel infirmier	Faire connaître et valoriser les réalisations du personnel infirmier
		Accompagner le développement de carrière.
		Soutenir fermement l'incarnation des codes du professionnalisme
	Développer résolument l'interprofessionnalité	

Tableau 8. Thèmes et Catégories - Mesures du ressort de diverses instances du domaine de la santé.

5.8.1.1 Mesures politico-administratives

Ces mesures sont du ressort de la sphère politico-administrative au sens large du terme.

Veiller à la pleine existence politico-administrative de la profession

Affirmation de la nécessité politique des soins infirmiers. Un premier axe de travail à l'échelon politico-administratif concerne le soutien à des mesures et des événements pour assurer la visibilité de l'activité des infirmières et mieux la faire connaître afin de permettre sa (re)connaissance à tous les niveaux, en particulier politique (7). La société est invitée en effet à assumer ouvertement et très clairement le message politique qu'elle a besoin de personnel qualifié pour soigner les faibles, les indigents, les malades, leur corps, et les accompagner qu'ils vivent ou qu'ils meurent. Sans cela, d'après l'auteure, le tissu social pourrait être sérieusement menacé. Pour elle, il s'agit d'une question sociétale éminemment politique qui se manifeste au travers de la reconnaissance ou non : des activités

accomplies par les infirmières ; des responsabilités que ces professionnelles sont en mesure d'assumer ; et des compétences nécessaires pour les exercer pleinement (7).

Actualisation des définitions des profils infirmiers. La sphère politico-administrative est par ailleurs invitée à se doter d'une ou plusieurs définitions actualisées des profils infirmiers en phase avec le développement professionnel et les besoins de santé de la population (7,29). Ceci fait, il serait alors déterminant d'utiliser de manière systématique les termes infirmière ou soins infirmiers pour gagner en visibilité et en précision dans les textes officiels au lieu d'utiliser des termes génériques tels que « soignant », « profession soignante », « soins ». En effet, ce type de termes très génériques représenteraient des obstacles à la mise en lumière des activités infirmières auprès de l'ensemble de la population (7,30).

Espace d'échange réservé. Dans un rapport destiné aux autorités vaudoises relayé par Wagner (30), Chaves (7) recommandait que les autorités politiques et administratives cantonales disposent d'un espace d'échange réservé et direct avec les représentants de la profession (managers, enseignants, chercheurs, formateurs, représentants de l'association professionnelle). Cet espace permettrait aux autorités d'avoir un accès direct aux obstacles rencontrés, aux demandes et aux suggestions du plus grand groupe professionnel du domaine de la santé.

Ordre professionnel cantonal. Chaves recommandait également la création d'un ordre professionnel⁵ cantonal propre à protéger le public des services rendus par le personnel infirmier (7). Wagner soulignait encore l'importance de développer du lobbying qui permette de faire entendre la voix des personnes exerçant cette profession dans l'arène politique (30).

Monitoring précis et fiable. Par ailleurs, Chavez souligne aussi qu'il serait important de développer des systèmes d'information précis et fiables sur les soins infirmiers – leurs coûts et leurs bénéfices – de manière à mieux objectiver cette activité et la valeur des services rendus à la population (7).

Adapter les conditions de travail et d'emploi

Exploiter pleinement et rendre visible la complexité des activités infirmières. Les autorités sont invitées à évaluer les composantes de l'activité réelle des infirmières dans différents cadres. Cela permettrait de veiller à la pertinence de chacune de ces composantes et d'examiner si ces dernières sont en phase avec la potentielle étendue de pratique infirmière. Par ailleurs, les autorités sont également conviées à rendre visible la complexité des services rendus par le personnel infirmier à la population et au système de santé. Puis, il s'agira de veiller à ce que leur salaire corresponde bien à la complexité des services rendus. Selon les auteurs, ce salaire devrait se situer à un niveau équivalent à des professions similaires en termes de responsabilités et de nuisances. Par ailleurs, il est aussi recommandé de s'assurer de la reconnaissance des infirmières et leur valorisation sociale (7).

⁵<https://www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels#:~:text=Mission,r%C3%B4le%20et%20de%20ses%20responsabilit%C3%A9s>

S'appuyer sur des concepts existants. Il est recommandé d'utiliser les outils développés depuis de nombreuses années par la recherche en management des soins infirmiers, tels ceux proposés par exemple dans le **concept d'hôpitaux aimants** (Magnet Hospitals) (7). Ces recommandations ont fait leurs preuves pour identifier les ingrédients nécessaires à l'exercice de la pleine étendue de pratique infirmière afin de contribuer au bon fonctionnement et à la sécurité du système de santé : niveau de formation tertiaire universitaire (Bachelor) et degré avancé d'autonomie dans leur champ de pratique autonome ; ratios infirmières-patients ; ressources (temps, outils, etc.) pour penser et assurer la gouvernance du processus de soins infirmiers, etc.

Equilibrer les relations de pouvoir au sein du champ de la santé. Enfin un dernier axe consisterait à s'interroger sur la manière d'équilibrer les relations de pouvoir, l'estime réciproque et la collaboration entre la profession médicale et la profession infirmière. Une piste serait d'avoir pour objet le fait de veiller ensemble, aux côtés d'autres professionnels, à la santé et aux soins à la population, plutôt que de se limiter aux questions de pouvoir dans le domaine de la santé (9,19).

5.8.1.2 Mesures du ressort des institutions de soins

Soutenir le dévoilement de la contribution du personnel infirmier à la santé de la population.

Faire connaître et valoriser la profession infirmière dans sa complexité. Une première série de mesures pourraient être prises par les institutions de soins vis-à-vis de l'extérieur, à savoir soutenir la diffusion des connaissances relatives à la profession infirmière. Les institutions de soins pourraient contribuer à la formation des journalistes sur la profession en leur proposant régulièrement des contenus, des éditos ou des articles d'opinion (31) par exemple, concernant les plus-values de l'académisation des soins infirmiers pour les patients ou les institutions de soins (9). Pour toucher le grand public, les infirmières scolaires pourraient être sollicitées pour expliquer régulièrement et très clairement aux élèves et à leur famille quelles sont les différentes fonctions des infirmières (7).

Faire connaître et valoriser les réalisations du personnel infirmier. Les services de communication des institutions pourraient prendre l'habitude de valoriser les réalisations ou les accomplissements de certaines infirmières sur leur site internet ou dans leur stratégie de communication au même titre que ce qui peut être fait pour la profession médicale (18,31,32). Ce serait l'occasion pour ces professionnelles de partager leur expertise et de développer un discours plus positif concernant les conditions de travail (33). D'autres corps professionnels pourraient être sollicités pour exprimer ce qu'ils estiment chez les infirmières, et ce que les soins infirmiers apportent à leur propre activité professionnelle (9).

Soutenir le développement professionnel du personnel infirmier

Accompagner le développement de carrière. Les institutions devraient aussi veiller à ce que les infirmières se forment tout au long de leur carrière. Par exemple, il serait important qu'elles apprennent à s'adresser aux médias pour parler de leur exercice professionnel (31) ou à construire une argumentation appuyée sur des évidences scientifiques lorsqu'elles revendiquent de meilleures conditions de travail (34). Les institutions devraient aussi les encourager à tenir un portefeuille qui atteste du développement de leurs compétences et de leur expertise au fil des formations continues

suivies ou des expériences vécues. Pour les institutions, l'avantage de ce suivi serait d'avoir à disposition un système de monitoring du développement des compétences individuelles et de surveillance de l'évolution des qualifications des équipes. Les infirmières auraient ainsi la possibilité de valoriser leur parcours et pourraient prendre l'habitude de se projeter dans une carrière professionnelle (26).

Soutenir fermement l'incarnation des codes du professionnalisme. Un champ de mesures devrait être plus particulièrement centré sur le soutien à l'incarnation des codes du professionnalisme par le personnel infirmier. Il s'agirait d'exiger qu'il se présente de manière systématique aux personnes à qui il offre des soins infirmiers en utilisant son nom et prénom, sa formation et qu'il décrive précisément à ce public ses fonctions spécifiques (7,18,30). Les institutions devraient aussi veiller à ce que le personnel infirmier puisse donner de lui une image professionnelle positive au travers de la qualité des tenues professionnelles et de la maîtrise de son langage (18).

Développer résolument l'interprofessionnalité. Un autre type de mesures vise le développement plus engagé de l'interprofessionnalité, que ce soit en organisant des formations continues conjointes pour les médecins et les infirmières (33,35,36) ou en s'appuyant sur des méthodologies reconnues pour développer de véritables pratiques collaboratives dans les services de soins (33,35). Médecins et infirmières devraient poser continuellement un regard réflexif sur leurs interactions pour comprendre et débattre de l'effet des routines relationnelles traditionnelles sur leurs interactions, sur la qualité des soins et la sécurité des patients, ainsi que sur la reconnaissance des compétences et responsabilités infirmières (17).

5.8.2 Mesures du ressort de la profession

Les écrits se subdivisent là encore en deux axes : les mesures qui portent sur des changements qui concernent directement la profession (mesures propres internes) et celles que la profession peut décider mais qui ciblent des instances externes à la profession (mesures propres externes).

Mesures du ressort de la profession		
Cible	Thèmes	Catégories
Interne	Formation	Connaître les composantes socio-historiques de la profession.
		Valoriser les forces et limiter les risques de l'académisation
		Former de manière interprofessionnelle
		Proposer des cours de media-training
	Exercice professionnel	Maîtriser les codes du professionnalisme
		Recruter sans accentuer les stéréotypes sur la profession
		Maîtriser et respecter les codes du professionnalisme
		Parler de la profession de manière différenciée
Externe	Communiquer sur la profession et ses évolutions	Réagir systématiquement aux erreurs sur la profession.
		S'entendre sur un discours commun porté par les leaders professionnels.
		Incarner l'éthique professionnelle infirmière et la qualité scientifique des soins infirmiers
		Dévoiler ou corriger
		Situer le savoir infirmier spécifique et ses potentiels
		Utiliser les réseaux sociaux.

Tableau 9. Thèmes et Catégories - Mesures du ressort de la profession.

5.8.2.1 Mesures propres internes

Le premier domaine ciblé par les mesures que la profession peut prendre pour elle-même est celui de la formation, puis celui de l'exercice professionnel dans quelque secteur que ce soit.

Formation.

Connaître les composantes socio-historiques de la profession. Dans un article datant de 2021, des auteurs néerlandais recommandent de lutter contre les stéréotypes dont il est fait mention dans la section 4.6, en débattant, en continu et de manière systématique durant la formation pré et post-graduée, des composantes socio-historiques de l'identité professionnelle individuelle et collective (10). Cette recommandation se retrouve chez Chavez (7).

Valoriser les forces et limiter les risques de l'académisation. Par ailleurs, cette auteure soutenait qu'il importe de former les futures diplômées à propos des forces et des limites (ou des risques) de l'académisation de la formation. A ses yeux, ce niveau de formation devrait être un projet de la profession pour favoriser la santé de la population, plutôt que pour faire avancer sa promotion sociale.

Proposer des cours de media-training. Les étudiantes en formation pré- ou post-graduée devraient avoir accès à des cours de media training. Il semble en effet urgent, aux yeux des auteurs, qu'elles apprennent à parler de leur profession aux médias et qu'elles sachent utiliser les réseaux sociaux pour communiquer sur leur exercice professionnel au grand public. Cela permettrait de lutter très directement contre les coupes budgétaires qui impactent l'intégrité de la pratique professionnelle infirmière en clinique, dans l'enseignement et la recherche (32,37).

Maîtriser les codes du professionnalisme. Un accent particulier est mis par d'autres auteurs sur l'apprentissage de la maîtrise des codes du professionnalisme durant la formation de base : tenue vestimentaire, langage professionnel dans les interactions avec les membres de l'équipe infirmière et de l'équipe interprofessionnelle, savoir se présenter (nom, prénom, ses qualifications). L'idée n'est pas de contrôler les professionnelles, mais qu'elles réalisent que ces codes contribuent à la reconnaissance sociale des autres professionnels de santé et du grand public (13,19).

Recruter sans accentuer les stéréotypes sur la profession. Enfin, les institutions de formation sont appelées à ne pas renforcer les stéréotypes associés à la profession dans leurs campagnes de communication pour le recrutement d'étudiantes et d'étudiants (7).

Exercice professionnel

Maîtriser et respecter les codes du professionnalisme. Les mesures concernant la maîtrise et le respect des codes du professionnalisme valent pour les diplômées également (13).

Parler de la profession de manière différenciée. Les infirmières sont invitées à veiller à parler de leur activité professionnelle de manière différenciée : ce sont les conditions d'exercice de la profession qui sont difficiles, pas la profession elle-même qui est indispensable, variée et offre des perspectives dynamiques de carrière. Elles pourraient prendre l'habitude de mettre en avant leur profession, les fonctions déterminantes qu'elles exercent dans le système de santé et le garde-fou qu'elles représentent pour la sécurité des personnes soignées chaque fois que l'occasion leur en est donnée (38).

Réagir systématiquement aux erreurs sur la profession. Il serait bon qu'à chaque fois que des messages insultants ou erronés passent dans les médias ou sont discutés en public, elles réagissent. Des messages préparés à l'avance pour être utilisés dans ces circonstances et mis à disposition sur le web sont très utiles et ont fait leurs preuves (32).

Incarner l'éthique professionnelle infirmière et la qualité scientifique des soins infirmiers. Il importe aussi de clarifier quelles sont les valeurs éthiques fondamentales sur lesquelles la profession ne veut pas transiger et également quelle est la vision de la qualité des soins infirmiers au sein des équipes et des institutions. Ces clarifications permettraient de développer un discours public porté par tous les membres de la profession (10). Par ailleurs, des infirmières qui incarneraient ces valeurs et ces visions devraient être présentes dans les équipes et pouvoir servir de modèle à suivre (10). La culture scientifique devrait aussi être mieux promulguée dans les équipes et il faudrait veiller à ce que l'exercice professionnel soit informé explicitement par des évidences de qualité. Enfin, chaque

professionnelle devrait être invitée à réfléchir de manière individuelle à ce qui précède en se demandant si elle est en accord avec ces prises de position et est en mesure de les assumer (10).

S'entendre sur un discours commun porté par les leaders professionnels. Selon les auteurs, il est nécessaire que les associations regroupant des managers, des formateurs, des chercheurs s'entendent et soient très prudentes lorsqu'il s'agit de discuter du développement de nouvelles fonctions professionnelles, en particulier des différents types de pratiques infirmières avancées. Un enjeu est par exemple de veiller à ce que la fonction d'infirmière praticienne spécialisée ne soit pas instrumentalisée par les décideurs à des fins d'économicité et qu'ils ne dénaturent pas la qualité des services que ces professionnelles pourraient rendre à la population. Ces derniers vont en effet bien au-delà de la prescription d'examen et de traitements. Une piste pour se prémunir de ce risque particulier pourrait être de se distancer des soins infirmiers fonctionnels (functional nursing) pour tendre vers les soins infirmiers de première ligne (primary nursing) (17). Les associations professionnelles sont invitées à mieux distinguer les actions syndicales des actions de politique professionnelle. Il s'agirait d'améliorer la lisibilité de leur discours et de viser la création d'un ordre professionnel (7). Il pourrait aussi être intéressant de créer des alliances avec d'autres professions féminines ou des organisations féministes pour partager les connaissances ou expériences, coopérer et travailler de manière collégiale à faire valoir aux yeux du grand public des valeurs professionnelles partagées entre leader professionnels (7,17).

5.8.2.2 Mesures propres externes

Pour rappel, ces mesures sont celles que la profession peut décider mais qui ciblent des instances externes à la profession, soit le grand public et les politiques. Par grand public, il faut entendre les élèves de l'école obligatoire ou post-obligatoire (13), les patients et leur entourage (39), les journalistes et l'entourage des infirmières (31).

Communiquer sur la profession et ses évolutions.

Dévoiler ou corriger. Il s'agit de faire découvrir la profession, les soins infirmiers, les valeurs professionnelles, la vision de la qualité des soins et le professionnalisme de manière proactive, également de corriger les messages médiatiques négatifs ou délétères (9,13,34,39). Les mesures à prendre pour aller dans ce sens sont multiples, citons par exemple : expliquer ce qui a conduit à choisir cette carrière en montrant la diversité de l'exercice professionnel et des profils de poste (34,39), le privilège que représente le fait de pouvoir suivre des gens dans des périodes charnières de leur vie (11) ; mettre en évidence la capacité de la profession à délivrer des soins sûrs et de qualité (39) ; inviter à découvrir les avancées permises par les recherches conduites par des chercheurs en sciences infirmières (31,32).

Situer le savoir infirmier spécifique et ses potentiels. Il s'agit, selon les auteurs, que le public et les politiques fassent évoluer leurs représentations de l'identité infirmière fondée sur le « discours de la vertu » pour une identité fondée sur le savoir infirmier (40). Les récits et les images véhiculés devraient présenter clairement ce que les infirmières peuvent et ne peuvent pas faire, et ce que les soins infirmiers offrent et n'offrent pas, ainsi que les perspectives d'avenir pour les soins infirmiers (18).

Utiliser les réseaux sociaux. Pour parvenir à faire passer ces messages, les auteurs proposent d'utiliser des vecteurs tels que les réseaux sociaux (34) ou différents événements publics médiatisés (32). Leur conseil est encore de travailler de concert entre leaders infirmiers tels que managers de soins, chercheurs, enseignants, infirmières de pratique avancée (18,29,36), infirmières actives en clinique (36) et de tenir un registre d'experts facilement accessible sur internet pour le grand public, politiques et journalistes compris (31,32).

5.8.3 Mesures à porter conjointement (instances et profession)

L'axe principal de ce train de mesures est d'aller conjointement au-delà de la lutte contre les stéréotypes associés à la profession infirmière en développant une image de marque actualisée (18).

Cible	Thèmes
Médecins	Former de manière interprofessionnelle
Grand public	Développer et porter haut une image de marque

Tableau 10. Thèmes - Mesures conjointes.

Former de manière interprofessionnelle. Sur le plan des curricula, il s'agirait de promouvoir de toute urgence des formations de base et continues conjointes avec les médecins (7,30,35). Par ailleurs, des formations complémentaires à disposition des personnes portant des titres préexistants au BSc HES devraient être proposées pour compléter leur formation de base. Dans ce cadre, il serait important de prendre des mesures pour favoriser la reconnaissance de leur expertise clinique (7).

Développer et porter haut une image de marque.

Les auteurs suggèrent de développer une « image de marque » (branding) de la profession qui soit comprise par les consommateurs, respectée par les pairs, valorisée sur le marché du travail et véhiculée de manière cohérente et homogène notamment par les infirmières sur leur lieu de travail. Cette image de marque devrait inclure les hommes pour se détacher des stéréotypes de genre (25). Elle pourrait être diffusée au travers d'un site web tel que www.truthaboutnursing.com qui comporte de nombreuses autres ressources pour lutter contre les stéréotypes associés à la profession.

6 Discussion et recommandations

6.1 Discussion

Une revue de portée a permis de répertorier des pistes d'explication concernant le manque de reconnaissance des responsabilités et compétences du personnel infirmier ainsi que des propositions de mesures pour améliorer cette situation.

Dans les sources interrogées pour expliquer le phénomène de manque de reconnaissance, les explications mettent principalement l'accent sur l'existence de stéréotypes très puissants et de représentations sociales sur le personnel infirmier et les soins infirmiers qui peinent à évoluer. Ces éléments sont peu questionnés par les médias ou la sphère politico-administrative. Ils imprègnent encore les organisations de soins, l'imaginaire des autres professions de santé et l'identité même de certains infirmiers et certaines infirmières. Le dévoilement de leurs mécanismes socio-historiques est peu ou pas présent dans les formations infirmières. Et ces dernières ne consacrent pas ou peu de temps à outiller les nouveaux et nouvelles diplômées pour aller au-delà.

Concernant les mesures possibles pour améliorer la reconnaissance des compétences et des responsabilités, les sources consultées indiquent que l'effort pour que les choses changent doit être porté par l'ensemble des acteurs concernés. Les axes de travail doivent porter sur le développement d'une marque soins infirmiers, une image renouvelée, qui soit portée par l'ensemble des acteurs tant sur le fond que la forme. Par ailleurs, la profession elle-même doit faire son aggiornamento, se donner les moyens de comprendre les mécanismes socio-historiques à l'œuvre dans le maintien des stéréotypes et des représentations et mettre en place les mesures nécessaires pour permettre l'évolution de la situation.

6.1.1 Faire connaître et valoriser la profession infirmière dans sa complexité et ses évolutions

La littérature le souligne abondamment, les rôles et les responsabilités infirmières ont de multiples facettes bien souvent ignorées du grand public, des politiques et même des autres professionnels de santé. Le personnel infirmier lui-même manque souvent de mots pour décrire son activité professionnelle de manière synthétique tout en étant complète. En 1992, Clark et Lang relevaient : « Si nous ne pouvons pas nommer [ce qu'est l'activité des infirmières], nous ne pouvons pas la contrôler, la financer, faire de la recherche, l'enseigner, ou l'intégrer à des politiques publiques » (41). Divers modèles d'activité infirmière ont été décrits dans la littérature pour tenter de mettre en évidence les dimensions de cette fonction professionnelle. A titre d'exemple, nous avons choisi d'en détailler un, celui de Dallaire et Dallaire (42). Ces auteures utilisent cinq verbes pour décomposer l'activité professionnelle infirmière : soigner, éduquer, coordonner, collaborer et superviser.

Soigner est la fonction fondamentale du personnel infirmier. Une distinction est faite entre les soins généraux et les soins techniques. Les soins généraux recouvrent tous les soins de stimulation, de confort, d'entretien de la vie, du paraître, de compensation et d'apaisement. Ils consistent « à remplacer la personne, selon diverses modalités, à l'aider à trouver les meilleurs moyens d'utiliser ses ressources internes et externes et, éventuellement, à la rendre indépendante des soins infirmiers dans la poursuite de ses objectifs de santé » (42). Pour que chacun de ces soins soit à-propos, le personnel infirmier a besoin de connaître la personne, identifier les forces à mobiliser, soutenir le processus de restauration ou en noter l'absence, et déceler des signes de complication. Il s'agit donc de faire dialoguer connaissances théoriques et observations empiriques pour agir afin que les soins généraux proposés conviennent aux besoins et correspondent aux manques identifiés. Les soins techniques sont

un autre type de soins aussi fondamental que les premiers. Dallaire et Dallaire en distinguent deux. Les premiers, les soins techniques généraux (ou soins de réparation), consistent à : (i) observer très finement l'état clinique d'une personne pour en documenter l'évolution à l'usage des autres professionnels de la santé tels que les médecins, les physiothérapeutes, etc... ; (ii) à administrer de manière sécuritaire les traitements prescrits par ces autres professionnels et à en rapporter leurs effets. Le second type de soins techniques est dit « spécialisé ». Ces soins techniques spécialisés se distinguent des soins techniques généraux par le fait qu'ils sont accomplis dans des situations complexes. Ils supposent une formation supérieure post-graduée. Les auteures de ce modèle relèvent la forte valorisation sociale de ces soins dits techniques par les professionnelles et le grand public. Elles notent qu'ils imprègnent les représentations sociales sur la profession, alors qu'ils ne forment qu'une petite partie de l'activité infirmière. Trois conditions sont essentielles pour exercer la fonction « soigner » (soins généraux, soins techniques généraux et soins techniques spécialisés) : (i) avoir une vision globale et écologique de la santé des personnes ; (ii) disposer de suffisamment de temps pour élaborer et assurer la gouvernance du processus de soins infirmiers ; (iii) avoir la capacité de poser un jugement clinique.

Eduquer et renseigner sur la santé et la maladie vise non seulement à transmettre de l'information, mais aussi à ce que les personnes acquièrent suffisamment de connaissances pour (re)trouver de l'autonomie et se responsabiliser. Cette fonction est inhérente à la promotion de la santé et à la prévention. Elle nécessite d'avoir des connaissances avancées en pédagogie et une conscience vive de ce qui relève des individus, respectivement de leur environnement (déterminants sociaux, politiques, économiques de la santé).

Coordonner. Le personnel infirmier assure 24/7 deux types de coordination : (i) la coordination clinique où il s'agit de combiner harmonieusement l'action de plusieurs services auprès des patients (gestion des agendas) ; (ii) la coordination fonctionnelle/organisationnelle où le personnel infirmier assure le bon fonctionnement d'un système ou d'un établissement du fait de sa position structurelle dans les organisations de santé.

Collaborer consiste à agir avec les autres professionnels de la santé ou avec d'autres professionnels pour que l'ensemble des prestations offertes à une personne soient les plus efficaces et optimales possibles. Du temps est nécessaire afin de négocier la manière dont les divers professionnels vont travailler ensemble et de quelle manière.

Superviser consiste à distribuer et contrôler la qualité et la sécurité des soins, ou des tâches déléguées à d'autres professionnels (ASSC, personnel auxiliaire ou autres personnels). Là encore, du temps est nécessaire pour assurer cette dimension stratégique de l'activité infirmière. Déléguer une tâche ne suffit pas, encore faut-il s'assurer qu'elle ait été accomplie avec diligence et en toute sécurité.

La contribution des infirmières à la formation des étudiantes et des nouvelles diplômées est une activité qui se rajoute à chacune des cinq dimensions décrites ci-dessus, puisque les diplômées forment les étudiantes à l'exercice de chacune de ces fonctions.

Il existe d'autres modèles d'activité infirmière tels que celui de Nadot avec 14 groupes de pratiques : de gestion de l'information ; de récolte de l'information ; de gestion et coordination ; de régulation ; de déplacement ; hôtelière ; d'hygiène collective ; de réapprovisionnement et de rangement ; d'élimination ; d'assistance ; professionnelle de la relation ; technologique du soin ; de formation ; d'inactivité (SC 1) (43). Ou celui de Déry et autres avec six dimensions : 1. évaluation et planification des soins ; 2. enseignement à la clientèle et aux familles ; 3. communication et coordination des soins ;

4. intégration et encadrement du personnel ; 5. optimisation de la qualité et de la sécurité des soins ; 6. mise à jour et utilisation des connaissances (44).

Si des nuances sont apportées par chacun d'eux, ils partagent toutefois de nombreux points communs qui permettraient aux étudiantes, au personnel infirmier, aux managers de soins, aux enseignants, aux chercheurs et aux représentants politiques de la profession de communiquer très clairement sur les composantes de cette activité et sur les compétences techniques, relationnelles et émotionnelles complexes nécessaires à son accomplissement. Comme mentionné à plusieurs reprises dans la littérature consultée, il importe qu'un ou plusieurs de ces modèles soient enseignés et utilisés en commun par la communauté infirmière dans son ensemble pour communiquer clairement et de manière unifiée à propos de la complexité de son activité afin qu'elle soit comprise dans toute son étendue et reconnue.

Ces modèles présentent un intérêt indiscutable. Toutefois, ils doivent évoluer avec le temps, par exemple, du fait de l'intégration croissante des technologies de santé, de changements dans les modèles de prestations de soins, de l'arrivée de nouvelles professions (assistantes en soins et santé communautaire, infirmières cliniciennes spécialisées, infirmières praticiennes spécialisées, etc.). Une actualisation continue et structurée des composantes de l'activité infirmière est donc nécessaire. Cette activité dépend intimement du mandat social confié à la profession infirmière par les politiques, les décideurs et le système de santé. La définition et les redéfinitions régulières de ce mandat devraient faire l'objet de négociations entre les diverses composantes du système de santé : représentants des patients, des autres professions de santé, de la sphère politico-administrative, des institutions de santé ET de la profession infirmière elle-même (sous réserve que ses leaders s'entendent sur un discours commun à propos de la profession). Seules ces redéfinitions régulières, objet de consensus entre les différents partenaires, et leur communication à large échelle, permettront à la profession de s'adapter et d'assurer le maintien de la qualité des soins infirmiers tout en se faisant (re)connaître par les autres professions et le grand public pour les services rendus à la santé de la population.

Nous l'avons vu, du travail est encore nécessaire pour favoriser la reconnaissance sociale de la profession infirmière. La définition des compétences infirmières Bachelor dans la LPSan – en particulier son ordonnance d'application – et l'acceptation de l'initiative pour des soins infirmiers forts sont des signaux clairs pour les autres acteurs de la santé, les politiques et le grand public. Toutefois, la littérature le montre, des préjugés tenaces persistent encore sur la nature des activités infirmières et leur corollaire, les compétences nécessaires pour les accomplir. Les effets de ces préjugés sur le recrutement, la rétention et la satisfaction au travail des infirmières sont importants. Prendre la peine d'élaborer une stratégie globale pour lutter contre ces préjugés à l'interne et à l'externe de la profession, pourrait débiter par s'entendre sur la nature de cette activité avec en perspective les changements prévisibles dans le système de santé et les fonctions des autres professionnels de santé. Elle se poursuivrait par la formation conjointe des futurs professionnels de santé (étudiantes en soins infirmiers comprises), et des professionnels en place (infirmières comprises). Une attention particulière devrait être évidemment portée à la mise en place de conditions habilitantes permettant un plein exercice de la profession infirmière telle que définie durant ce processus collectif et régulièrement renouvelé.

La revue de littérature l'a aussi montré, les services de communications des écoles, ou des institutions de soins, et les journalistes sont imprégnés des nombreux préjugés sur la profession. Aussi pour assurer une communication qui ne contribue pas à les faire perdurer, il importe de s'entendre sur une image

de marque (*branding*) de la profession, puis de mettre en place des stratégies de sensibilisation efficaces auprès de ces professionnels. Cela leur permettrait de rédiger leurs articles ou messages en s'appuyant sur des faits et non des stéréotypes, et ainsi de contribuer à la transformation de l'image que le grand public se fait du personnel infirmier. Dans les composantes de l'image de marque l'on pourrait retrouver : ce qui conduit à choisir cette carrière (diversité de l'exercice professionnel et des profils de poste) (34,39); l'aspect positif de suivre des gens dans des périodes charnières de leur vie (11) ; la capacité de la profession à délivrer des soins sûrs et de qualité (39) ; les avancées permises par les recherches conduites par des chercheurs en sciences infirmières (31,32). D'autres mesures peuvent être prises telles que la mise à disposition sur le web d'une liste d'experts dans le domaine des soins infirmiers ou de messages préparés à l'avance pour être utilisés par la profession lors de messages insultants ou erronés passant dans les médias ou discutés en public.

La pénurie de personnel infirmier est en partie due à une mauvaise reconnaissance des services rendus à la population et au système de santé par cette profession. Paradoxalement, cette dernière souffre d'un déficit d'image dans le grand public, alors que les personnes qui l'exercent sont plutôt très bien considérées par la population générale. Des mesures sont possibles pour corriger cela. Elles devraient cependant être portées par un effort conjoint de l'ensemble des domaines d'exercice de la profession (clinique, enseignement, management, recherche et politique) et soutenues par des efforts de formation pré et post-graduée. Également, elles nécessitent un effort collectif des institutions de soins, des autres professionnels de la santé, des décideurs politiques et des médias pour que les images ou messages concernant le personnel infirmier et la profession s'appuient sur des faits, des réflexions et non des stéréotypes.

6.1.2 Former les professionnelles aux codes du professionnalisme et à prendre position

La reconnaissance professionnelle passe par l'image donnée par les infirmières au grand public et aux collègues des autres professions de santé. Dans les articles et site web consultés, une certaine emphase est mise sur l'importance de la maîtrise et l'utilisation de certains codes du professionnalisme pour être mieux considérées et respectées. Un code vestimentaire clair, comprenant des tenues professionnelles spécifiques et appropriées, renforcerait l'image de sérieux et de respectabilité associée à la profession. En adoptant une tenue soignée et professionnelle, les infirmières enverraient un message explicite quant à leur engagement et leur sérieux dans l'exercice de leur profession. Un langage courtois et empathique contribue à établir une relation de confiance avec les personnes soignées et leur entourage, favorisant ainsi un environnement propice aux soins. Un point d'attention est mis sur la manière dont les infirmières se présentent aux personnes soignées et à leur entourage : donner son prénom et son nom, ainsi que sa fonction et expliquer simplement sa mission du jour à cette personne contribuerait à une meilleure reconnaissance du personnel infirmier tout en rassurant la personne concernée et son entourage. Par ailleurs, la maîtrise et l'utilisation appropriée de termes techniques, théoriques ou scientifiques attesteraient du professionnalisme et de l'expertise infirmière auprès des membres de l'équipe interprofessionnelle. Développer son assertivité et en faire la preuve en communiquant clairement et en explicitant son jugement clinique ou son positionnement face à une situation favoriseraient le respect des collègues d'autres professions au sein de l'équipe interprofessionnelle. Effectuer ses activités cliniques avec compétence, diligence et précision, ou veiller à ce qu'elles soient accomplies de cette manière par d'autres professionnelles, démontrerait un haut niveau de professionnalisme et inspirerait confiance aux personnes soignées, à leur entourage et aux collègues. Connaître et faire respecter les normes éthiques et déontologiques de la profession

infirmière, telles que la confidentialité des informations et le respect de l'autonomie des personnes soignées, renforceraient la réputation de professionnalisme des infirmières. Enfin, savoir gérer les situations de conflit, en privilégiant le dialogue et la résolution constructive des problèmes, démontrerait un haut niveau de compétence et de maturité professionnelle de ce personnel.

L'ensemble de ces éléments peuvent être appris et exercés durant la formation prégraduée. Leur importance et les enjeux qui y sont liés peuvent être rappelés lors de formations post graduées ou continues, ainsi qu'à l'arrivée dans un nouveau poste de travail. Toutefois, il est souligné que l'environnement de travail est imputable de permettre, et favoriser, l'adhésion à ces codes du professionnalisme et leur déploiement. En effet, ces derniers servent la qualité et de la sécurité des soins donnés, et non d'autres professionnels de santé ou des entités spécifiques dans les institutions. Ils devraient résulter d'un consensus entre les leaders des différents domaines d'exercice professionnel (clinique, enseignement, management, recherche et politique). Leur application, ou le respect de cette dernière, est de la responsabilité de chaque infirmière.

6.1.3 Equilibrer les relations de pouvoir entre professions médicale et infirmière

Les écrits consultés relèvent qu'en dépit de l'académisation des soins infirmiers, des avancées scientifiques offertes par des chercheuses en soins infirmiers aux autres professionnels du domaine de la santé depuis longtemps (45), l'asymétrie des rapports de pouvoir entre médecins et infirmières perdure, parfois même à l'insu des personnes exerçant la médecine ou les soins infirmiers (7,17).

L'historienne Denise Francillon note que le développement de la profession infirmière en Suisse romande se caractérise par deux grandes phases : celle de la *construction professionnelle* par la biomédecine – les programmes de formation sont définis de manière à servir le développement de cette dernière discipline – et la phase qu'elle nomme de *professionnalisation* – à partir du moment où la profession exerce la haute main sur la définition du programme de formation à la lumière de son mandat social et de sa discipline, soit dès 1992 (46). Le poids de la biomédecine sur la formation et la définition de l'exercice des soins infirmiers a donc duré plus d'un siècle et a marqué durablement les rapports de pouvoir entre les deux professions dans notre pays.

La durée de ce pouvoir d'une profession sur l'autre s'explique par différents facteurs, par exemple :

- A la fin du 19^{ème} siècle, les militaires et médecins ont besoin de trouver une mission civile à la Croix-Rouge suisse (association de droit privé) pour qu'elle continue d'exister en temps de paix : dès 1903, la CRS est chargée de tenir à la disposition de l'armée du personnel infirmier formé. Palliant l'inaction des cantons à qui devrait incomber la tâche de reconnaître des écoles de soins infirmiers, la CRS, ses médecins et militaires, prend la liberté d'édicter des normes de formation garantissant une bonne préparation à cette fonction. Dans un premier temps informel, ce rôle lui sera formellement reconnu en 1951 : une de ses tâches devient officiellement le développement professionnel des infirmières et infirmiers. La CRS a assuré cette fonction jusqu'en 2000, moment où les cantons se sont décidés à prendre la main sur la formation infirmière comme c'est le cas depuis longtemps pour une très grande majorité de professions. Toutefois, la CRS a encore à ce jour le mandat de reconnaître et enregistrer les diplômes de formation dans le domaine de la santé. Présents dans les instances dirigeantes de la CRS depuis le 19^{ème} siècle, des représentants de la profession médicale et des militaires ont donc influencé très directement la formation, et de là, l'exercice de la profession infirmière⁶.

⁶ <https://histoire.redcross.ch/evenements/evenement/penurie-de-personnel-soignant.html>

- Au début du 20^{ème} siècle jusqu'à nos jours, les médecins ont besoin de disposer de plus en plus de personnels formés chargés d'observer 24/7 les malades, de rapporter ces observations et d'alerter en cas de problème. Ce personnel doit aussi être apte à administrer les traitements prescrits avec diligence (43). L'explosion du développement des établissements de soins, les développements de la médecine, le vieillissement démographique, le développement des maladies chroniques sont quelques facteurs qui ont régulièrement accentué les besoins des médecins envers ce personnel. Ces éléments expliquent aussi la délégation définitive de certaines tâches dite « médicales » aux infirmières de manière régulière au fil du temps. La profession infirmière s'est donc développée en très grande partie en fonction des besoins des médecins (acculturation à l'exercice de la médecine et « héritage » de prestige social), et non en fonction des services infirmiers spécifiques qu'elle rend à la population (ce qui fait sa spécificité propre dans le système de santé).
- Un autre facteur explicatif réside dans les stéréotypes de genre associés à ces deux professions qui sont presque des idéaux types des rôles sociaux assignés aux hommes pour les médecins et aux femmes pour le personnel infirmier. De plus, jusque récemment, la profession médicale était majoritairement exercée par des hommes, et aujourd'hui, la profession infirmière est encore exercée très majoritairement par des femmes. Enfin, les hommes sont surreprésentés dans les cadres de ces deux professions. Le poids des stéréotypes de genre sur les relations de pouvoir entre ces deux professions perdure encore aujourd'hui dans notre pays pour différentes raisons socio-historiques. Ces stéréotypes exercent par exemple une influence sur la reconnaissance sociale des tâches exercées, et donc le prestige et la reconnaissance qui leur sont associés. Ils ont longtemps pesé sur l'absence de la discipline infirmière dans les universités, lieux de production de savoirs favorisant par exemple la reconnaissance sociale et la visibilité de l'effet des interventions infirmières sur la santé de la population.
- Une autre piste d'explication réside dans la proportion très élevée, dans les institutions de soins ou de formation vaudoises, de professionnels infirmiers soit formés à une époque où l'accès à une formation disciplinaire de niveau universitaire n'était pas possible, ou originaires de pays n'ayant pas encore eu la possibilité de développer ce type d'enseignement. Ces professionnels sont souvent privés de moyens leur permettant (i) d'explicitier quels sont leurs savoirs disciplinaires propres et ainsi (ii) d'être plus à l'aise dans les rapports de pouvoir dans le champ socio-sanitaire en se positionnant de manière sereine et argumentée face aux autres professionnels de santé, en particulier face aux médecins.

Equilibrer les relations de pouvoir entre ces deux professions revient à agir à de nombreux niveaux tels que par exemple : assurer des places à des représentantes de la profession dans des lieux de pouvoir et de décision ; favoriser le développement d'une culture disciplinaire chez les infirmières en clinique, chez les enseignantes, les chercheuses, les gestionnaires et les représentantes politiques, et faire connaître cette discipline aux autres professions de santé, en particulier aux médecins ; lutter contre les stéréotypes de genre afin, par exemple, de favoriser la reconnaissance sociale des fondamentaux des soins comme des contributions essentielles aux résultats de santé de la population (47) ; développer de la co-éducation centrée sur le développement socio-historique de ces deux professions en Suisse et sur ses conséquences passées et présentes sur leur exercice professionnel ainsi que sur la

<https://histoire.redcross.ch/evenements/evenement/les-soins-infirmiers.html>

santé de la population ; instaurer un ordre professionnel vaudois à même d'assurer la responsabilité disciplinaire de l'exercice infirmier et en mesure d'explicitier les compétences infirmières à la profession médicale et plus largement à la population.

De nombreuses autres pistes pourraient bien sûr encore être évoquées pour équilibrer ces relations. L'idée n'est pas d'en dresser un inventaire exhaustif.

Cependant, un obstacle important à la transformation des rapports professionnels entre médecins et infirmières persiste, à savoir la perception du pouvoir juridique et économique des médecins par la profession infirmière, les médecins eux-mêmes et la population en général. Actuellement, le cadre légal en matière de responsabilités tend à éliminer les différences entre personnel médical et infirmier. La profession infirmière gagnerait donc à améliorer ses connaissances en la matière afin d'avoir pleinement conscience de ses droits et devoirs, et le cas échéant d'influer conjointement les transformations en cours avec les collègues médecins. Il en va de même pour la profession médicale. On pourrait d'ailleurs se demander si des cours interprofessionnels pré- et post-gradués en la matière ne seraient pas une piste intéressante pour permettre à ces deux professions⁷ de mieux appréhender leurs responsabilités respectives et la manière dont elles s'articulent ? Sur le plan économique, le système de remboursement actuel fait encore perdurer une asymétrie de pouvoir importante entre les deux professions. En effet, il donne un poids économique, et donc décisionnel, très conséquent à la profession médicale. Une des conséquences en est que de nombreux postes, ou places, stratégiques du système de santé au niveau fédéral ou cantonal sont occupés par des représentants de cette profession, rendant ainsi difficile la mise à l'agenda politique de certaines problématiques économiques vécues par la profession infirmière.

Ces deux types d'asymétrie sont un obstacle à l'équilibre dans les relations entre médecins et infirmières, et plus largement les autres professions réglées par la LPSan. On pourrait se demander s'il est bon que ces asymétries impliquent presque *de facto* une certaine forme de monopole de l'exercice du pouvoir sur le système de santé suisse par les médecins, ou si ce dernier ne gagnerait pas à ce que ce pouvoir soit un peu mieux partagé ? Ou encore si, certaines croyances en matière de responsabilités ou de pouvoir dans le champ de la santé ne sont pas une source de confort pour certaines infirmières plutôt que d'inconfort ?

6.1.4 Forces et limites

Ce rapport n'a pas pour ambition d'être exhaustif, mais bien plus de proposer un tour d'horizon des principales connaissances à disposition qui expliquent le manque de reconnaissance de la profession infirmière, et celles qui proposent des mesures ou des pistes de mesures qui pourraient influencer positivement cette reconnaissance. Il existe peu de travaux conduits dans le contexte local, aussi les propositions de mesures nécessiteraient d'être ajustées aux caractéristiques du système de santé et aux normes sociales actuelles. Cependant, le phénomène du manque de reconnaissance de la profession est quasiment un universel tant il est lié à son statut doublement genré : l'écrasante majorité des personnes qui l'exercent sont des femmes ; la nature des activités accomplies par le personnel infirmier relève de celles qui sont généralement socialement attribuées aux femmes. Cet universel peut aussi être observé en Suisse romande. Aussi, il est raisonnable de penser que les mesures proposées dans les écrits internationaux peuvent être facilement ajustés au contexte local

⁷ Et plus largement à l'ensemble des professions réglées par la LPSan.

moyennant parfois quelques projets pilotes. Par ailleurs, une force de cette recension est à notre avis qu'elle fait reposer une partie des mesures qui seraient souhaitables sur la profession elle-même, et ce, quel que soit le domaine d'exercice. Ce faisant, le personnel infirmier prendrait une part active à sa reconnaissance. Bien évidemment, comme relevé dans les travaux recensés, cet effort seul de la profession ne suffirait pas.

6.2 Recommandations en lien avec les groupes de travail d'InvestPro

Cette recension souligne le fait que la reconnaissance des compétences et des responsabilités infirmières repose sur la mobilisation de différents acteurs à différents moments de l'exercice professionnel. Le tableau ci-dessous vise à relier les recommandations RECORE aux missions des différents groupes de travail d'InvestPro.

Groupe de travail	Mission	Recommandation RECORE
Promotion		
Sensibiliser les jeunes scolarisé-e-s au domaine des soins - 1M-Pr-1	Sensibiliser tous les jeunes à l'école obligatoire (construire un classeur avec du contenu relatif aux domaines santé-social pour la plateforme des métiers à disposition de tous les élèves dès leur 9e année)	S'appuyer sur des concepts existants Connaître les composantes socio-historiques de la profession Faire connaître et valoriser la profession infirmière dans sa complexité Faire connaître et valoriser les réalisations du personnel infirmier.
Stimuler les écoles pour promouvoir le domaine des soins - 1M-Pr-2	Stimuler et soutenir financièrement les écoles dans des projets tels que portes ouvertes, escape room, etc.	
Faciliter l'offre de stages - 1M-Pr-3	Favoriser les possibilités de stage dans les institutions pour les élèves de 12 à 15 ans. Plateforme de mise en relation stagiaires / institutions	
Réaliser une campagne de communication - 1M-Pr-4	Informers les jeunes sur les domaines de la santé et du social et les inciter à s'y engager	S'appuyer sur des concepts existants Connaître les composantes socio-historiques de la profession Faire connaître et valoriser la profession infirmière dans sa complexité Faire connaître et valoriser les réalisations du personnel infirmier.
Construire un narratif pour promouvoir les métiers - 1P-Pr-1	Construction de narratifs métiers santé-social basée sur une déconstruction des aspects genrés des métiers de la santé et du social	S'appuyer sur des concepts existants Connaître les composantes socio-historiques de la profession Faire connaître et valoriser la profession infirmière dans sa complexité Faire connaître et valoriser les réalisations du personnel infirmier.

Groupe de travail	Mission	Recommandation RECORE
Sensibiliser les écolières et les écoliers au domaine professionnel santé - 1P-Pr-2	Visites guidées	S'appuyer sur des concepts existants Connaître les composantes socio-historiques de la profession Faire connaître et valoriser la profession infirmière dans sa complexité Faire connaître et valoriser les réalisations du personnel infirmier.
Créer des stages dans les écoles de soins pour les écoliers et écolières - 1P-Pr-3	Stages en simulation dans les écoles de santé (3-5 jours)	Faire connaître et valoriser la profession infirmière dans sa complexité
Réaliser une étude sur les attentes des jeunes - 1E-Pr-1	Attentes des jeunes face au monde du travail (vie professionnelle, vie privée, motivations, investissements dans leur avenir)	

Groupe de travail	Mission	Recommandation RECORE
Formation		
Créer le cadre pour les aides financières pour les soins infirmiers - 1M-Fo-2		Affirmation de la nécessité politique des soins infirmiers Monitoring précis et fiable
Assurer les pré-requis pour la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers - 1M-Fo-4		Monitoring précis et fiable
Augmenter la capacité de formation d'étudiant-e-s en soins infirmiers - 1P-Fo-1		Affirmation de la nécessité politique des soins infirmiers Monitoring précis et fiable
Augmenter le nombre de diplômé-e-s sage-femmes	Augmenter le nombre de diplômé-e-s sage-femmes (répondre aux besoins de l'OBSAN)	
Augmenter le nombre de places ASSC, ASA, ASE, assistant-e médical-e	Augmenter le nombre de places ASSC, ASA, ASE, assistant-e médical-e (répondre aux besoins de l'OBSAN)	
Soutenir les employeurs pour remplacer les PF en formation (motion Gross) + traiter les thématiques en lien avec les PF (augmenter le nombre de PF, améliorer la qualité de la formation) 1M-Fo-5	Soutenir les employeurs pour remplacer les PF en formation (motion Gross) et traiter les thématiques en lien avec les PF (augmenter le nombre de PF, améliorer la qualité de la formation)	

Groupe de travail	Mission	Recommandation RECORE
Fidélisation		
Valoriser les horaires de nuit – 1M-Fi-1	Valoriser de 10% supplémentaire le temps de travail pour chaque heure entre 20h00 et 6h00 pour l'ensemble des professionnel-le-s des soins et de la santé	
Valoriser les horaires de contrainte autres (GT dédié) - 1M-Fi-2	Augmenter de 30% la rétribution des heures de nuits des samedis-dimanches et jours fériés	
Accélérer les processus d'engagement des jeunes diplômé-e-s - 1M-Fi-5	Reconnaître la qualité des jeunes diplômé-e-s sans devoir attendre la délivrance officielle de leur diplôme. Les institutions de formation fournissent des attestations de fin d'études qui sont reconnues comme pouvant directement donner accès à la profession infirmière dans les institutions	
Soigner l'entrée dans l'activité professionnelle - Ecoles - 1P-Fi-1	Construire un itinéraire d'entrée dans la profession qui réduise le sentiment de fracture entre une vie professionnelle imaginée par les jeunes professionnel-le-s et la réalité du terrain. Nantir les personnes en formation pendant leur cursus de la connaissance des contraintes telles que la prise en considération de l'étendue des pratiques, l'acquisition des notions de pénibilité, d'endurance et de résilience	<p>S'appuyer sur des concepts existants</p> <p>Connaître les composantes socio-historiques de la profession</p> <p>Valoriser les forces et limiter les risques de l'académisation</p> <p>Proposer des cours de media-training</p> <p>Soutenir fermement l'incarnation des codes du professionnalisme</p> <p>Accompagner le développement de carrière</p>
Soigner l'entrée dans l'activité professionnelle - Employeurs - 1P-Fi-1	Construire un itinéraire d'entrée dans la profession qui réduise le sentiment de fracture entre une vie professionnelle imaginée par les jeunes professionnel-le-s et la réalité du terrain. Nantir les personnes en formation pendant leur cursus de la connaissance des contraintes telles que la prise en considération de l'étendue des pratiques, l'acquisition des notions de pénibilité, d'endurance et de résilience	<p>S'appuyer sur des concepts existants</p> <p>Valoriser les forces et limiter les risques de l'académisation</p> <p>Equilibrer les relations de pouvoir au sein du champ de la santé</p> <p>Développer résolument l'interprofessionnalité</p>

Groupe de travail	Mission	Recommandation RECORE
		Accompagner le développement de carrière Soutenir fermement l'incarnation des codes du professionnalisme
Clarifier les composantes de l'activité infirmière (hospitalier et SAD) - 1P-FiO-1	Distinguer les activités qui font le cœur de l'activité infirmière, de celles qui sont déléguables sous supervision ou celles qui pourraient être confiées à d'autres corps professionnels, par exemple les tâches administratives.	Actualisation des définitions des profils infirmiers Exploiter pleinement et rendre visible la complexité des activités infirmières S'appuyer sur des concepts existants Espace d'échange réservé
Mettre en place des ratios sécuritaires soignant-e-s/patient-e-s - 1P-FiO-1bis	Mettre en place des ratios soignant-e-s/patient-e-s sécuritaires dans tous les secteurs hospitaliers des institutions. Mettre en œuvre une loi, un décret ou une directive obligeant les institutions à suivre ces ratios sécuritaires.	Affirmation de la nécessité politique des soins infirmiers S'appuyer sur des concepts existants
Optimiser la composition des équipes de demain EMS/EPSM - 1P-FiO-2	« Adapter la dotation de personnel qualifié en adéquation avec la réalité des soins requis ». <ol style="list-style-type: none"> Promouvoir une pratique infirmière efficiente, en stricte adéquation avec les soins requis de chaque établissement EMS/EPSM (a & b) Dans un contexte de rareté des ressources de personnel qualifié, optimiser nos ressources professionnelles (skill mix et interdisciplinarité) de manière à renforcer leurs compétences, leur autonomie et l'attractivité de leurs rôles Promouvoir un cadre formatif susceptible de répondre à ces besoins 	S'appuyer sur des concepts existants Accompagner le développement de carrière Développer résolument l'interprofessionnalité
Mettre en place une gestion proactive des absences et plans de service - 1P-FiO-3	<ol style="list-style-type: none"> Mise en œuvre d'un dispositif en vue de soutenir et de renforcer la gestion et le management des collaborateurs au sein d'institutions ciblées afin de promouvoir un management habilitant. Allonger le délai d'annonce des plans de service. Chaque institution donne ses plannings un mois et demi à l'avance selon les recommandations du CF. 	

7 Conclusion

Pour dresser un état des connaissances permettant d'identifier les raisons expliquant le manque de reconnaissance des compétences et responsabilités du personnel infirmier par les autres acteurs du système de santé et la population générale ainsi qu'identifier et caractériser des moyens de mieux faire reconnaître les compétences et responsabilités infirmières par les autres acteurs du système de santé et la population générale, nous avons conduit une *scoping review* en nous appuyant sur les recommandations en la matière.

Nous avons pu identifier différentes causes qui s'inscrivent dans des phénomènes socio-historiques complexes à faire évoluer surtout si on ne les connaît pas, et donc qu'on ne les adresse pas de manière systématique et coordonnée à l'interne comme à l'externe de la profession.

Par ailleurs, nous avons répertorié un certain nombre de mesures pour travailler à améliorer la reconnaissance des responsabilités et compétences infirmières. Certaines ont déjà été mises en place et gagneraient à être renforcées, par exemple la nomination d'une infirmière cantonale, ou la célébration publique de réalisations infirmières déterminantes dans le canton. D'autres sont à développer conjointement avec des composantes du système de santé ou ses acteurs. Toutefois, il convient de souligner que les écrits consultés recommandent que la profession elle-même effectue son travail pour changer des mécanismes qui contribuent à la reproduction des facteurs qui expliquent ce manque de reconnaissance des compétences et responsabilités infirmières.

Nous préconisons donc de prendre en compte certaines recommandations dans le cadre des différents groupes de travail d'InvestPro. Il serait aussi important de mettre en place des états généraux de la profession infirmière dans le canton de Vaud pour développer des visions communes de la formation, de l'exercice professionnel quel que soit le domaine (clinique, enseignement, recherche, management des soins ou politique). Il s'agirait aussi de s'entendre sur un discours commun en matière de qualité et de sécurité des soins à la population. Enfin, des études d'intervention pourraient être identifiées pour attester ou non des effets de mesures prises.

8 Références

1. Merçay C, Grünig A, Dolder P. Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021 - Développement supplémentaire pour le canton de Vaud [Internet]. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (OBSAN); 2021 sept [cité 19 sept 2021] p. 118. Report No.: 03/21. Disponible sur:
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2021/obsan_03_2021_rapport_0.pdf
2. Le Boterf G. Développer et mettre en oeuvre la compétence. Paris: Groupe Eyrolles; 2018.
3. World Health Organisation. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Internet]. Geneva: World Health Organisation; 2020 [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240003279>
4. Gunn V, Muntaner C, Villeneuve M, Chung H, Gea-Sanchez M. Nursing professionalization and welfare state policies: A critical review of structural factors influencing the development of nursing and the nursing workforce. *Nurs Inq.* 2019;26(1):e12263.
5. Conseil international des infirmières. La profession infirmière, une voix faite pour diriger. Investir dans les soins infirmiers et respecter les droits pour garantir la santé mondiale. [Internet]. Genève: Conseil international des infirmières; 2022 [cité 18 juill 2022] p. 60. Disponible sur: https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-05/ICN_IND_Toolkit_2022_French_final_low%20res.pdf
6. SBK-ASI. Rapport annuel 2021. Berne: SBK-ASI; 2022 p. 20.
7. Chavez G. Etude sur l'image que la profession «Infirmière" a d'elle-même [Internet]. Lausanne: Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud; 2005 [cité 18 juill 2022] p. 41. Disponible sur: <https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dso/documents/dso-etude-service-sante-publique-image-profession-infirmiere-2005.pdf>
8. Arksey H, O'Malley I. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19-32.
9. Isfort M. The public reputation of nursing professions. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 2013;56(8):1081-7.
10. van der Cingel M, Brouwer J. What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nurs Philos.* avr 2021;22(2).
11. Morris-Thompson T, Shepherd J, Plata R, Marks-Maran D. Diversity, fulfilment and privilege: the image of nursing. *J Nurs Manag.* juill 2011;19(5):683-92.
12. Marks A, Wilkes L, Blythe S, Griffiths R. A novice researcher's reflection on recruiting participants for qualitative research. *Nurse Res.* sept 2017;25(2):34-8.

13. Rezaei-Adaryani M, Salsali M, Mohammadi E. Nursing image: An evolutionary concept analysis. *Contemp Nurse J Aust Nurs Prof.* déc 2012;43(1):81-9.
14. Fealy G. « The good nurse »: visions and values in images of the nurse. *J Adv Nurs.* juin 2004;46(6):649-56.
15. Muehlbauer PM. How Can We Improve the Way the Media Portrays the Nursing Profession? *Connect.* déc 2012;27(12):21-21.
16. Fealy GM, McNamara MS. A discourse analysis of debates surrounding the entry of nursing into higher education in Ireland. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(7):1187-95.
17. Carter H. Confronting Patriarchal Attitudes in the Fight for Professional Recognition. *J Adv Nurs.* févr 1994;19(2):367-72.
18. Girvin J, Jackson D, Hutchinson M. Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research evidence. *J Nurs Manag John Wiley Sons Inc.* nov 2016;24(8):994-1006.
19. Fletcher K. Image: Changing how women nurses think about themselves. Literature review. *J Adv Nurs.* 2007;58(3):207-15.
20. Craswell A, Dwyer T. Reasons for choosing or refusing care from a nurse practitioner: Results from a national population-based survey. *J Adv Nurs John Wiley Sons Inc.* déc 2019;75(12):3668-76.
21. Anderson A. Connecting Nurses' Voices at the Bedside and in the Public Media: The Need for Communication Training and Recognition. *J Hosp Ethics.* août 2015;4(1):12-6.
22. Gillett K. A critical discourse analysis of British national newspaper representations of the academic level of nurse education: too clever for our own good? *Nurs Inq.* déc 2012;19(4):297-307.
23. GELLER L, Summers S. Changing how the world thinks about nursing. *Can Nurse.* janv 2014;110(1):26-30.
24. Dufour M, Laurin-Lamothe A. La construction discursive des rapports de force dans les éditoriaux de La Presse : le cas des médecins et des infirmières. *Relat Ind Qué Qué.* 2019;74(3):423-44.
25. Godsey JA, Houghton DM, Hayes T. Registered nurse perceptions of factors contributing to the inconsistent brand image of the nursing profession. *Nurs Outlook.* 1 nov 2020;68(6):808-21.
26. Bamford-Wade A, Lavender S, Massey D, Anderson V, Clayton S, Johnston A. A case study - Implementing a registered nurse professional recognition program across a Queensland hospital and health service. *NURSE Educ Pract.* janv 2020;42.
27. ten Hoeve Y, Kunnen S, Brouwer J, Roodbol PF. The voice of nurses: Novice nurses' first experiences in a clinical setting. A longitudinal diary study. *J Clin Nurs John Wiley Sons Inc.* avr 2018;27(7-8):e1612-26.

28. Webster B. A nurse will perform your operation today: how nursing roles are changing. *Br J Nurs*. 12 nov 2020;29(20):1212-3.
29. Sahakyan S, Akopyan K, Petrosyan V. Nurses role, importance and status in Armenia: A mixed method study. *J Nurs Manag* John Wiley Sons Inc. oct 2020;28(7):1561-9.
30. Wagner PA. L'image que la profession infirmière a d'elle-même : étude menée pour le service de la santé publique vaudoise. *Soins Infirm*. 2007;
31. Nickitas DM. When Nurses Speak, Will the Nation Listen? *Nurs Econ*. 11 déc 2014;32(6):281-2.
32. Summers SJ, Broome ME. Improving representation of nurses in the media. *Nurs Outlook*. janv 2019;67(1):1-2.
33. Monfre J, Knudsen ÉA, Sasse L, Williams MJ. Nurses' perceptions of nurse-physician collaboration. *Nurs Manag (Harrow)*. janv 2022;53(1):34-42.
34. Hoeve Y ten, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs*. 2014;70(2):295-309.
35. House S, Havens D. Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review. *J Nurs Adm*. mars 2017;47(3):165-71.
36. Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care*. nov 2014;28(6):526-33.
37. Kazis C, Schwendimann R. Bringing nursing to the public. *J Nurs Educ*. 2009;48(11):642-7.
38. Pattillo R. Nursing profession still in need of advocates. *Nurse Educ*. 2009;34(6):248.
39. Cleary M, Horsfall J, Muthulakshmi P, Happell B, Hunt GE. Career development: Graduate nurse views. *J Clin Nurs*. 2013;22(17-18):2605-13.
40. Gordon S, Nelson S. An End to Angels. *AJN Am J Nurs*. mai 2005;105(5):62-9.
41. Clark J, Lang N. Nursing's Next Advance: An Internal Classification for Nursing Practice. *Int Nurs Rev*. 7 août 1992;39(4):109-12.
42. Dallaire C, Dallaire M. Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. In: *Le savoir infirmier: au cœur de la discipline et de la profession*. Dallaire, Clémence. Montréal: G. Morin; 2008. p. 265-312.
43. Nadot M. L'interMEDiaire culturel. In: *L'activité infirmière, le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable*. Paris: De Boek-Estem; 2013. p. 61-79.
44. Déry J, D'Amour D, Blais R, Clarke SP. Influences on and outcomes of enacted scope of nursing practice: a new model. *ANS Adv Nurs Sci*. juin 2015;38(2):136-43.
45. Donaldson SK. Breakthroughs in scientific research: the discipline of nursing, 1960-1999. *Annu Rev Nurs Res*. 2000;18:247-311.

46. Francillon D. Du métier de garde-malade à la profession d'infirmière : de la dépendance à la professionnalisation. 1ère partie. Soins Infirm. 1995;(12):11-5.
47. Rey S, Savoie C, Voyer P, Ahossi EC, Bouchard S, Dallaire C, et al. Fondamentaux des soins : un cadre et un processus pratique pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels des personnes soignées. Rech Soins Infirm. 1 déc 2020;(142):7-30.