

[Page de garde]

HEC MONTRÉAL

**Impacts de l'intelligence artificielle sur la profession infirmière :
une étude qualitative auprès d'infirmières québécoises**

par
Catherine Bédard

**Joé T. Martineau
HEC Montréal
Directrice de recherche**

**Sciences de la gestion
(Spécialisation Stratégie)**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences en gestion
(M. Sc.)*

Janvier 2026
© Catherine Bédard, 2026

Résumé

L'intelligence artificielle (IA) a le potentiel de transformer la profession infirmière en impactant les rôles, les relations et l'identité professionnelle. Son intégration dans un contexte de soins implique plusieurs enjeux éthiques et force les gestionnaires à en planifier l'exécution s'ils veulent obtenir l'adhésion des parties prenantes. À cet effet, notre recherche vise à explorer comment l'intégration de l'IA impactera la profession infirmière afin de comprendre la nature des changements humains que cela implique et d'outiller les gestionnaires et décideurs. Cette recherche qualitative a nécessité la participation de dix infirmières québécoises à des entretiens semi-dirigés d'environ 45 minutes chacun. Les entretiens ont eu lieu en mai et juin 2024 via vidéoconférence. En tentant de comprendre le phénomène de l'évolution de la profession infirmière suite à l'intégration de l'IA, notre équipe de recherche a validé certains constats clés de la littérature actuelle tout en bonifiant le savoir collectif via de nouvelles contributions à la recherche. Notamment, notre recherche suggère que l'IA puisse contribuer à approfondir l'expertise et la spécialisation, ouvrant la porte à une délocalisation de la pratique médicale en faveur des IPS. Par ailleurs, l'IA pourrait également contribuer à augmenter le sentiment de fierté des infirmières en recentrant leur rôle sur l'humain, les soins et les tâches à valeur ajoutée. En plus de l'apport à la recherche, notre étude fournit des pistes d'action concrètes pour les gestionnaires via l'identification d'implications managériales.

Mots clés : Intelligence artificielle (IA), santé, profession, infirmières, rôles, identité, relation patient-professionnel, dynamiques, acceptabilité

Méthodes de recherche : Entretiens semi-dirigés

Abstract

Artificial intelligence (AI) has the potential to transform the nursing profession by reshaping roles, relationships, and professional identity. Its integration into healthcare settings raises multiple ethical challenges and requires managers to carefully plan its implementation in order to secure stakeholder buy-in. Accordingly, this study aims to explore how the integration of AI may impact the nursing profession in order to better understand the nature of the human changes involved and to equip managers and decision-makers. This qualitative study involved ten nurses from Quebec who participated in semi-structured interviews lasting approximately 45 minutes each. The interviews were conducted via videoconference in May and June 2024. In seeking to understand the phenomenon of the nursing profession's evolution in the context of AI, the research team validated several key findings from the existing literature while also contributing new insights to the collective body of knowledge. In particular, our findings suggest that AI may contribute to deepening expertise and specialization, potentially enabling a decentralization of medical practice in favor of advanced practice nurses. Furthermore, AI may enhance nurses' sense of professional pride by refocusing their role on human-centered care, caregiving, and value-added tasks. Beyond its contribution to research, this study also offers concrete avenues for action for managers through the identification of managerial implications.

Keywords: Artificial intelligence (AI), healthcare, profession, nurses, roles, identity, nurse-patient relationship (NPR), dynamics, acceptability

Research methods: Semi-structured interviews

Table des matières

RÉSUMÉ.....	III
ABSTRACT	V
TABLE DES MATIÈRES	VII
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	XI
Liste des tableaux	xi
Liste des figures	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS	XIII
REMERCIEMENTS	XV
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	5
2.1 L'intelligence artificielle en santé	5
2.1.1 Définitions et historique de l'intelligence artificielle	6
2.1.2 Cas d'usage de l'IA en santé	8
2.1.3 Les avantages de l'IA en santé	13
2.1.4 L'IA et les enjeux éthiques divers	17
2.1.5 L'IA et les enjeux éthiques liés au travail	24
2.2 La profession infirmière	29
2.2.1 Le rôle de l'infirmière	29
2.2.2 L'identité professionnelle de l'infirmière	33
2.2.3 Les relations de l'infirmière	35
2.2.4 Portrait de la profession infirmière au Québec	41
2.2.5 La numérisation de la profession infirmière	43
2.3 Synthèse	45
2.3.1 Constats clés et écarts issus de la littérature actuelle	46
2.3.2 Question de recherche	46
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	49
3.1 L'objectif de la recherche	49
3.2 Le choix de la méthodologie de recherche	49
3.2.1 Nature de la recherche : exploratoire	49
3.2.2 Méthode de recherche : l'entretien semi-dirigé	50

3.3	Le contexte de l'étude	50
3.4	La collecte de données	52
3.5	La stratégie d'analyse de données	57
3.6	Enjeux et limites de la méthodologie	58
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS		61
4.1	Attitudes et perspectives générales	61
4.1.1	Avantages et bénéfices	62
4.1.2	Craintes et enjeux	67
4.1.3	Le rôle de l'IA	68
4.2	Les rôles	73
4.2.1	Évolution du champ de pratique de l'infirmière	73
4.2.2	Remplacement et création de rôles	78
4.3	Les dynamiques relationnelles	83
4.3.1	La relation patient-infirmière	83
4.3.2	L'équipe et la collaboration	86
4.3.3	Les dynamiques conflictuelles et de pouvoir	88
4.4	L'expertise et les compétences	92
4.4.1	L'impact de l'IA sur les compétences infirmières	92
4.4.2	Le développement des compétences numériques	96
CHAPITRE 5 : DISCUSSION DES RÉSULTATS		101
5.1	Le rôle de l'infirmière dans un futur avec IA	101
5.2	Les dynamiques relationnelles de l'infirmière dans un futur avec IA	104
5.3	L'identité professionnelle de l'infirmière dans un futur avec IA	108
5.4	Perspectives futures	109
5.5	Implications managériales	110
CONCLUSION		112
Sommaire		112
Limites de l'étude		113
BIBLIOGRAPHIE		I
ANNEXES		I
Annexe A – Certificat d'approbation éthique du CER		i

Annexe B – Renouvellement de l’approbation éthique	ii
Annexe C – Guide d’entretien	i

Liste des tableaux et des figures

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tendances et transformations de la pratique professionnelle selon Québec (2025)	43
Tableau 2 : Informations sur les participants (sexe, tranche d'âge, rôle et années d'expérience) et sur la durée de l'entretien, arrondi à la minute près et incluant seulement les échanges enregistrés	55
Tableau 3 : Répartition des participants selon leur sexe, tranche d'âge, rôle et années d'expérience.....	56
Tableau 4 : Prévalence des avantages et bénéfices attendus selon les cinq perspectives générales.....	65
Tableau 5 : Compétences numériques requises des infirmières dans le futur	98

Liste des figures

Figure 1 : L'intelligence artificielle et ses sous-disciplines.....	7
Figure 2 : Rôle de l'IA en fonction de la forme et du niveau d'autonomie donné	71

Liste des abréviations

<i>AI</i>	<i>Artificial intelligence</i>
AMAs	Agents moraux artificiels
CEPI	Candidat à l'exercice de la profession infirmière
DEC	Diplôme d'études collégial
<i>DL</i>	Apprentissage profond (<i>deep learning</i>)
DMÉ	Dossiers médicaux électroniques (de l'anglais <i>EHR</i>)
<i>EHR</i>	<i>Electronic health records</i> (en français : DMÉ)
<i>GenAI</i>	Intelligence artificielle générative (<i>generative AI</i>)
IA	Intelligence artificielle
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
ICS	Infirmière clinicienne spécialisée
<i>LLM</i>	Grands modèles de langage (<i>large language models</i>)
<i>ML</i>	Apprentissage automatique (<i>machine learning</i>)
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PAB	Préposé aux bénéficiaires
SIA	Système d'intelligence artificielle
TDAH	Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité
TIC	Technologies de l'information et de la communication

Remerciements

L'achèvement de ce mémoire n'aurait pas été possible sans la patience et le support de certaines personnes. En effet, concilier un emploi à temps plein dans le domaine de la consultation en gestion tout en balançant un travail de recherche d'une telle ampleur n'était pas une mince affaire. Pour réussir, je me devais d'être bien entourée.

Merci à ma directrice de recherche, Joé, qui a fait preuve de compréhension et patience au cours des deux dernières années et demie alors que mon échéancier cible s'est vu être repoussé à quelques reprises. Merci également pour l'opportunité de m'avoir laissé explorer un sujet 100% aligné à mes intérêts personnels et professionnels.

Merci à mes collègues et gestionnaires Accenture ainsi qu'à mes clients pour le support et l'intérêt porté envers ma recherche depuis les débuts. Jamais je n'aurais cru avoir autant de *cheerleaders* et votre curiosité fût une source de motivation. J'ai bien hâte de vous partager mon travail!

Merci également à mes amis et famille qui m'ont toujours supporté dans l'atteinte de mes objectifs, mémoire y compris, bien que l'envergure du projet dépassait les limites de leur compréhension. En rétrospective, leur stress était une marque d'affection et j'aurai maintenant un argument pour les taquiner quelques temps.

Merci à la communauté Thèsez-vous et à HEC Montréal pour les nombreuses ressources d'aide, les trucs et astuces incluant les pièges à éviter, la qualité du corps professoral et l'environnement d'études propice à la réussite. Je n'aurais pas pu choisir une meilleure université pour mes études de deuxième cycle.

Le dernier remerciement va à mon chien Kiki. Bien qu'elle ne soit pas humaine, son arrivée dans ma vie quelques mois avant que j'entame mon mémoire m'a forcé à revoir mes habitudes afin de prioriser son bien-être et (par conséquence) le mien. Fini les nuits blanches à travailler sous l'influence des friandises et du chocolat et vivement le réveil à 6h tous les jours avec des pauses santé pour se dégourdir les jambes et l'esprit!

Chapitre 1 : Introduction

L'intelligence artificielle chamboule nos vies depuis quelques années alors qu'elle est désormais vue comme la plus grande disruption technologique du 21^e siècle (Stanford University 2025). Son intégration dans le quotidien des individus ne cesse d'augmenter alors qu'en parallèle plusieurs organisations ont entrepris une course effrénée afin de déployer l'IA dans leurs modèles d'affaires. Dans un contexte de soins, la révolution est déjà bien entamée et les gestionnaires du réseau de la santé ont intérêt à joindre le mouvement s'ils veulent demeurer pertinents et créer de la valeur pour leurs employés, les patients et la société (Rosenberg 2012). À ce stade, il est évident que toute organisation de santé modèle devrait déjà avoir incorporé l'IA dans sa stratégie, qu'on peut d'ailleurs comprendre comme étant sa « direction organisationnelle à long-terme » (Johnson, Whittington et al. 2017). En effet, la stratégie corporative vise à orienter la portée de l'organisation et identifier comment celle-ci va créer de la valeur à travers chacune de ses différentes composantes et lignes de service (Johnson, Whittington et al. 2017). Par exemple, la stratégie corporative d'une organisation de santé pourrait être d'intégrer l'IA afin de moderniser la façon d'offrir les soins de santé, décentraliser l'offre d'une poignée d'établissements vers un réseau de points de service hybrides et ainsi accompagner la population dans la prise en charge de sa santé et de son bien-être (Alami, Gagnon et al. 2017). Ces éléments sont importants puisque l'exécution réussie de la stratégie dépend entre autres de l'alignement entre celle-ci et les capacités organisationnelles, de la priorisation de stratégies tactiques qui sont tant réalistes qu'acceptables ainsi que de la compétence de l'organisation à adresser et naviguer le changement (Johnson, Whittington et al. 2017). C'est sous cette prémisse à la jonction de la stratégie, du domaine de la santé et de l'intelligence artificielle que notre recherche s'inscrit.

Comme de fait, un positionnement stratégique en ce qui a trait à l'IA en santé implique d'avoir une direction. À cet effet, où est rendue l'IA et où va-t-on dans un contexte de soins ? À l'heure actuelle, il existe divers cas d'usage prometteurs et intéressants pour l'intégration de l'IA en santé, notamment en imagerie médicale, médecine génétique et gestion de la santé de la population (Topol 2019, Sogani, Allen et al. 2020, Chen, Kao et

al. 2021, Alowais, Alghamdi et al. 2023, Kather 2023, Solomon and Chung 2023). De plus, l'IA promet de générer plusieurs bénéfices, notamment en supportant la réponse à certains des enjeux les plus importants de nos systèmes de santé : augmenter l'accès aux soins, améliorer l'exactitude des diagnostics et la qualité de la prise en charge, puis réduire les coûts (Alami, Gagnon et al. 2017, Marko, Nilakash et al. 2019, Aquino, Rogers et al. 2023, Shaik, Tao et al. 2023). Toutefois, la plupart des cas d'usage documentés en date d'aujourd'hui ciblent des professionnels tels que les médecins et les généticiens, sans toutefois cibler les infirmières qui constituent le groupe le plus important d'un point de vue du nombre parmi les professionnels en soins. Pour cette raison, nous avons choisi d'ancrer notre recherche dans la lentille des infirmières. De plus, la plupart des bénéfices connus visent les patients ou l'organisation, mais nous en savons peu sur les avantages potentiels de l'IA pour les professionnels en soins. Ceci nous amène au deuxième ingrédient clé pour un positionnement stratégique réussi : l'adhésion des parties prenantes. En effet, l'adoption de l'IA par les infirmières implique un certain degré d'acceptabilité sociale afin que celles-ci participent aux efforts de déploiement et l'intègrent dans leur pratique. Pour les supporter dans cette transformation, il est donc important de comprendre comment la profession infirmière évoluera suite à l'intégration de l'IA. Pour ce faire, nous explorerons la littérature en lien avec les divers enjeux éthiques de cette technologie tel que le manque d'explicabilité, l'autonomie et la discrimination (Amann, Blasimme et al. 2020, Grote and Berens 2020, Gillies and Smith 2022, Martineau and Godin 2023, Colón Vargas 2024, Corformat, Martineau et al. 2025). Puis, nous tenterons de comprendre comment la profession infirmière est définie aujourd'hui afin de capturer les écarts entre cette réalité et celle qui nous attend dans un futur avec IA. À cet effet, nous nous pencherons sur les divers travaux en lien avec les rôles infirmiers, l'identité professionnelle et les relations de l'infirmière, notamment la relation patient-professionnel et les dynamiques de travail d'équipe.

Ultimement, notre recherche tentera de répondre à la question suivante : comment l'intelligence artificielle impactera-t-elle les rôles, identités professionnelles et dynamiques de travail des infirmières ? En effet, nous emploierons le féminin tout au long de ce mémoire puisque la profession infirmière, c'est « principalement des femmes quand même » (P3).

Afin de répondre à cette question de recherche, ce mémoire est divisé en cinq parties. Premièrement la revue de littérature servira à brosser un portrait des savoirs existants en lien avec l'IA en santé et la profession infirmière. Deuxièmement, le chapitre de méthodologie introduira notre objectif et design de recherche en plus d'expliquer nos tactiques de collecte et d'analyse des données. Troisièmement, nous présenterons les résultats clés recueillis pendant la dizaine d'entretiens conduits auprès d'infirmières québécoises. Quatrièmement, nous discuterons des résultats tout en partageant certaines perspectives futures et implications managériales. Cinquièmement et finalement, nous conclurons sur un bref sommaire.

Chapitre 2 : Revue de la littérature

L'objectif de ce chapitre est de présenter une recension des écrits et concepts d'intérêt pour la réalisation de notre recherche. Ainsi, nous souhaitons brosser un portrait des éléments susceptibles d'impacter les rôles, identités professionnelles et dynamiques de travail des infirmières dans un contexte d'intégration de l'IA en santé. Pour procéder à la revue de littérature, nous avons utilisé la méthode de recherche classique comme point de départ, puis l'avons bonifié grâce à la recherche en amont. D'une part, quelques requêtes basées sur un plan de concepts préétabli furent lancées dans la base de données Sofia, exemplifiant le recours à la méthode classique. D'autre part, il fut possible de remonter à d'autres textes et articles pertinents en suivant les bibliographies d'articles lus et pour lesquels nous avons un intérêt plus grand, démontrant ainsi l'usage du mode de recherche dit en amont.

Ce chapitre est divisé en deux grandes parties : l'intelligence artificielle en santé et la profession infirmière, puis se conclut avec l'introduction de notre question de recherche. Tout d'abord, nous explorerons le concept d'IA en santé, à commencer par un survol des définitions clés et de l'historique du phénomène, de certains des cas d'usage les plus prometteurs, ainsi que de quelques avantages. Puis, nous nous intéresserons aux divers enjeux éthiques liés à l'intégration de l'IA. Par après, nous traiterons de la profession infirmière en mettant l'emphasis sur les rôles infirmiers, le concept d'identité et certaines de ses facettes tel que l'expertise et les compétences; ainsi que les différentes relations de l'infirmière. Ensuite, nous brosserons un portrait de la profession au Québec en plus d'un aperçu de comment celle-ci s'est globalement adaptée à la technologie au fil du temps.

2.1 L'intelligence artificielle en santé

L'intégration de l'IA n'échappe pas au domaine de la santé bien qu'il s'agisse d'un secteur hautement complexe et son déploiement est déjà en cours. Toutefois, son utilisation demeure limitée et il est donc critique de se préparer à son intégration dans un contexte de soins. Les prochains paragraphes permettront de mieux comprendre le phénomène et saisir l'ampleur des enjeux éthiques à considérer.

2.1.1 Définitions et historique de l'intelligence artificielle

Malgré les grandes percées des cinq dernières années, la quête vers l'IA a débuté dès les années 50 avec le célèbre mathématicien Alan Turing et sa recherche sur la capacité de pensée des machines (Garcia, Simunic et al. 2021). Ces travaux ont permis de tracer la voie vers un développement de la discipline, allant des débuts – soit des modèles plutôt mathématiques et prédictifs – vers un rythme rapide et soutenu tel que nous l'ont démontré les dernières années (Grote and Berens 2020). De manière simpliste, l'intelligence artificielle constitue « l'imitation des fonctions cognitives de l'humain par les ordinateurs » (Jha and Topol 2016). Or, l'IA est une discipline complexe comprenant plusieurs couches, communément appelées des sous-disciplines de l'IA, que nous introduirons dans les prochains paragraphes (Manickam, Mariappan et al. 2022).

À la manière d'un oignon qui révèle plusieurs couches intérieures, la première couche de l'IA représente sa forme classique, soit une approche où des algorithmes et règles de décision permettent de générer des résultats (Grote and Berens 2020). Qu'il s'agisse d'une application, d'un outil robotisé ou même simplement d'un objet connecté; l'appellation système d'intelligence artificielle (SIA) est utilisée pour désigner tout système informatique basé sur des algorithmes d'IA (Déclaration de Montréal IA Responsable 2024).

La seconde couche représente celle de l'apprentissage automatique, plus populaire dans sa version anglophone : le *machine learning* (ML). Dans la même veine que les algorithmes et règles décisionnelles, cette sous-discipline obéit à une logique afin de générer des résultats. Or, la différence réside dans la nature des résultats puisque le ML vise plutôt à identifier des tendances parmi de grands ensembles de données structurées, menant par exemple à des classifications ou prévisions (IBM 2024a). De plus, les solutions basées sur l'apprentissage automatique tendent à améliorer leurs résultats au fil du temps puisqu'elles apprennent des données qu'elles traitent (Garcia, Simunic et al. 2021). Concrètement, on peut penser au système de recommandation Netflix pour mieux comprendre la forme dans laquelle l'apprentissage automatique existe (IBM 2024a).

La troisième couche de notre oignon qu'est l'IA est l'apprentissage profond, ou *deep learning* (DL). Bien qu'ayant des ressemblances avec la sous-discipline qui la précède, cette branche de l'IA se différencie dans sa capacité à traiter de grands volumes de données non structurées et brutes (IBM 2024a). Conséquemment, les possibilités avec une telle solution sont plus nombreuses puisqu'elles s'ouvrent à des scénarios où l'intervention humaine en amont est parfois limitée (IBM 2024a).

Finalement, d'autres sous-disciplines de l'IA telles que les grands modèles de langage (LLMs), le traitement du langage naturel (NLP) et l'intelligence artificielle générative (*GenAI*) existent, mais la rapidité à laquelle celles-ci évoluent rend leur positionnement plus ardu (voir Figure 1). À cet effet, une grande partie de la population est maintenant familière avec le nom ChatGPT et l'utilise de facto pour parler d'intelligence artificielle, ce qui fait maintenant du chatbot d'OpenAI un symbole de l'IA au sens large.

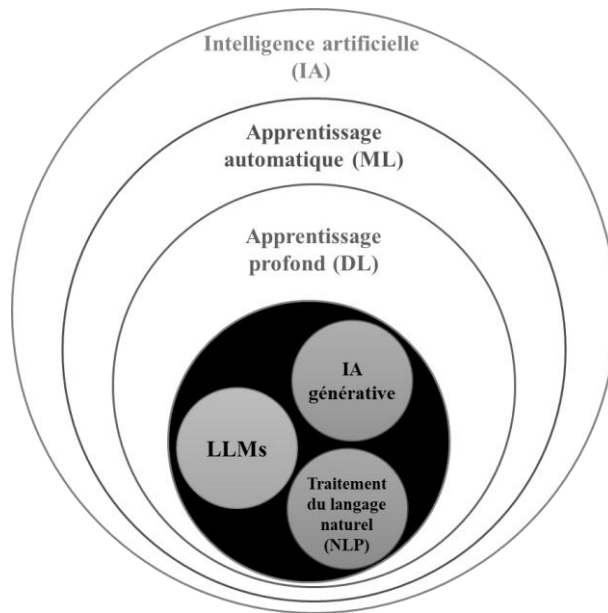


Figure 1 : L'intelligence artificielle et ses sous-disciplines

Récemment, nous avons également assisté à l'introduction d'agents moraux artificiels (AMAs), soit des SIA démontrant divers degrés de raisonnement moral et pouvant prendre des décisions éthiques et morales (Cervantes, López et al. 2019). Martinho, Poulsen et al. nous rappellent que ces agents sont controversés en raison de leurs grands niveaux d'autonomie et des risques éthiques qu'ils posent tels que les dérives en termes de responsabilité (Martinho, Poulsen et al. 2021b). Alors que la littérature tend à démontrer

que l'implantation d'AMAs se prête bien aux industries militaire, de la santé et du transport, un exemple concret d'application repose dans les véhicules autonomes (Martinho, Poulsen et al. 2021b, Martineau and Godin 2023).

2.1.2 Cas d'usage de l'IA en santé

La présence de la technologie dans les soins remonte à plusieurs décennies, alors que la recherche sur les diagnostics assistés par l'ordinateur a débuté au tournant des années 60 (Schwartz, Patil et al. 1987). Toutefois, plusieurs des techniques alors étudiées n'ont pas généré la valeur anticipée et c'est ainsi que l'attention s'est plutôt tournée vers l'imitation des comportements humains, marquant ainsi les débuts de l'IA en santé dans les années 70 (Schwartz, Patil et al. 1987). Conséquemment, c'est à ce moment qu'un premier *chatbot* est apparu dans le portrait, suivi du premier SIA développé pour l'industrie de la santé quelques années plus tard (Garcia, Simunic et al. 2021). À cette époque, deux tendances s'imposaient quant au développement de solutions d'IA. D'une part, Schwartz, Patil et al. (1987) soulignent que plusieurs systèmes étaient développés autour de règles de décision et bien que le focus initial était de résoudre des problèmes cliniques, plusieurs systèmes se sont avérés pertinents dans des industries autres que la médecine et peu pertinents en médecine vu la complexité du domaine et les conséquences d'un mauvais diagnostic (Schwartz, Patil et al. 1987). D'autre part, la deuxième tendance résidait dans le développement de systèmes alimentés sur des hypothèses et basés sur des stratégies de couplage, par exemple en croisant les symptômes d'un patient aux caractéristiques d'une pathologie (Schwartz, Patil et al. 1987). Certains de ces systèmes furent prometteurs, bien que de nombreuses limitations demeuraient. Ainsi, la grande complexité du domaine médical constituait une limite au déploiement de tels systèmes, d'autant plus que le manque d'explicabilité était déjà vu comme un obstacle à l'adoption (Schwartz, Patil et al. 1987). Ultimement, c'est au tournant de la décennie 2010-2020 que l'IA s'est réellement positionnée comme un outil important pour améliorer les soins de santé (Kather 2023). À cet effet, plusieurs voix du milieu n'hésitent pas à parler du potentiel transformateur de l'IA, allant jusqu'à affirmer que toutes les disciplines seront – dans une certaine mesure – influencées par cette technologie (Rosenberg 2012, James, Wachter et al. 2022). Aujourd'hui, il est tout de même possible d'explorer certains cas d'usage où

l'IA a commencé à transformer les soins de santé : spécialisations reposant sur l'image, médecine génétique, gestion de la santé de la population et assistants virtuels.

2.1.2.1 Spécialités de médecine basées sur l'image

Le recours à l'IA pour l'imagerie médicale est sans doute un des cas d'usage les plus matures puisque ces systèmes reposent sur le *deep learning* et sont donc utilisés et étudiés depuis quelques années déjà. En effet, Kather (2023) souligne que la plupart des SIA destinés à l'oncologie sont reliés au traitement d'images provenant de domaines tels que la dermatologie, l'endoscopie ou encore la radiologie (Kather 2023). De plus, Nsoesie (2018) indique que d'autres applications d'IA prometteuses en imagerie médicale visent à reconnaître le risque de maladies cardiovasculaires ou à diagnostiquer des conditions comme la rétinopathie diabétique (Nsoesie 2018). En pneumologie, Marko, Nilakash et al. (2019) avancent que l'IA serait meilleure que les pneumologues pour certaines activités précises liées à l'interprétation des tests de fonction pulmonaire, soit la reconnaissance de schémas et tendances ainsi que le diagnostic (Marko, Nilakash et al. 2019). Bien que ce constat semble positif, il valide l'argument de Rezazade Mehrizi, van Ooiken et al. (2021) comme quoi la plupart des applications d'IA sont très étroites dans leur application et ne ciblent, par exemple, qu'une seule pathologie ou une seule activité clinique. En effet, il semble que la plupart des SIA destinés à la radiologie ne ciblent qu'un organe, ne se concentrent que sur un format d'image et visent à supporter principalement les activités d'interprétation et de raisonnement; ce qui limite leur applicabilité dans un contexte clinique (Rezazade Mehrizi, van Ooijen et al. 2021). Malgré ces limites, la radiologie constitue un des champs médicaux où l'IA est la plus présente et cela est cohérent avec l'étendue de la littérature existante (Jha and Topol 2016, Topol 2019, Sogani, Allen et al. 2020, van Assen, Muscogiuri et al. 2020, Rezazade Mehrizi, van Ooijen et al. 2021). À cet effet, van Assen, Muscogiuri et al. (2020) indiquent que bien que l'IA soit largement utilisée en radiologie, la plupart des applications se limitent à un contexte de recherche et/ou un stade de pré-déploiement. Ce constat est similaire à celui de Topol (2019) qui avance qu'il y a un fossé entre les promesses et l'excitation envers l'IA versus son utilité clinique réelle, toujours dans un contexte de radiologie. Malgré une reconnaissance de ces limites, Sogani, Allen et al. (2020) plaident que l'IA a le potentiel

de transformer le travail des radiologistes pour le mieux, leur permettant d'accomplir certaines tâches sans valeur ajoutée de manière plus efficace afin de se concentrer sur la relation patient-professionnel et les problèmes complexes. De plus, ils avancent que les radiologistes et l'IA n'ont pas à être des éléments mutuellement exclusifs et – qu'au contraire – la combinaison des deux est souhaitable (Sogani, Allen et al. 2020). Ces arguments rappellent ceux de Jha et Topol (2016) comme quoi bien que le rôle du radiologiste risque d'être transformé suite à l'intégration de l'IA, sa vraie valeur réside en la capacité du médecin à extraire et communiquer de l'information médicale à partir d'images. Même si le champ de l'IA en santé s'est grandement développé dans les cinq dernières années, nous considérons les travaux introduits ci-haut comme toujours pertinents puisque les enjeux relevés dans ces recherches sont toujours d'actualité, par exemple avec le concept d'explicabilité et le phénomène de la boîte noire, et parce qu'ultimement l'IA n'a pas mené à la disparition du rôle de radiologiste.

2.1.2.2 Médecine génétique / génomique

Un second cas d'usage prometteur pour l'IA en médecine réside en son application pour les domaines génétique et génomique. En effet, la combinaison de l'IA et de l'analyse génétique peut permettre de surveiller l'éclosion de maladies, prédire les chances qu'un individu développe une condition X en fonction de ses marqueurs génétiques ou encore anticiper la réponse d'un individu à des traitements comme la chimiothérapie (Alowais, Alghamdi et al. 2023). De plus, la puissance des algorithmes d'IA permet de détecter des variations génétiques qu'il n'est parfois pas possible de capturer via les techniques d'analyse manuelles, contribuant ainsi à avoir une longueur d'avance sur la maladie (Alowais, Alghamdi et al. 2023). Comme de fait, le *machine learning* rend très efficaces les activités de séquençage de l'ADN puisqu'il s'agit de tâches utilisant de grands ensembles de données et suivant des règles logiques (Kearney, Wojcik et al. 2020). Dans leurs travaux sur les perspectives actuelles et futures de l'IA appliquées au domaine génétique, Kearney, Wojcik et al. (2020) soutiennent que l'IA a le potentiel d'impacter positivement toutes les activités du processus de conseil génétique, notamment celles d'évaluation du risque qui pourrait permettre d'intervenir rapidement auprès des patients. En plus de contribuer à une médecine de précision et de permettre des diagnostics

précoces tel que tout juste introduit, l'IA promet de réduire les coûts d'analyse génétique et de séquençage de l'ADN, permettant une meilleure efficacité pour les services et laboratoires de génétique (Solomon and Chung 2023). Aussi, il est attendu que l'intégration de l'IA dans le domaine génétique entraîne une démocratisation du champ et permette à d'autres spécialistes de prescrire des tests génétiques pour leurs patients dont ils soupçonnent le développement d'une condition héréditaire (Solomon and Chung 2023). Cette démocratisation aurait pour bénéfice de décroiser le domaine génétique en diminuant les barrières à l'entrée comme le faible ratio de généticiens par habitant ou encore la priorisation des tests génétiques à analyser en raison des capacités limitées d'analyse.

2.1.2.3 Gestion de la santé de la population

Le gouvernement du Canada définit la gestion de la santé de la population comme une approche visant à « améliorer l'état de santé d'une population entière et à réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes démographiques » (Gouvernement du Canada 2026). Une fois de plus, l'IA s'impose comme un allié pour notamment améliorer ce domaine de la santé en permettant de meilleures prédictions et en automatisant certaines activités. Par exemple, l'IA peut analyser diverses données médicales et démographiques pour déterminer quelles populations sont les plus à risque de développer certaines maladies chroniques ou encore identifier quels patients sont les plus susceptibles d'être réadmis à l'hôpital après un premier séjour (Alowais, Alghamdi et al. 2023). À cet effet, Topol (2019) suggère qu'il serait préférable d'annuler la décharge planifiée d'un patient afin de se concentrer sur l'identification et la résolution des causes sous-jacentes qui amèneraient un patient à être réadmis. En complément, l'automatisation de certaines tâches répétitives et de nature administrative – comme l'envoi de communications pour des campagnes de dépistage ciblé – peut garantir une prise en charge des bonnes populations au bon moment et ainsi améliorer la santé des individus tout en réduisant les coûts liés à des diagnostics tardifs (Alowais, Alghamdi et al. 2023). Dans une étude rétrospective ciblant les patients atteints de pneumonie et traités à l'urgence, des chercheurs ont conclu qu'un SIA pourrait s'avérer être la meilleure option pour prédire les issues défavorables telles qu'un choc septique ou la mort (Chen, Kao et

al. 2021). Comme de fait, des algorithmes et techniques d'analyse prédictive furent employés pour analyser les données médicales des patients et effectuer des prédictions, permettant de comparer celles-ci aux événements historiques (Chen, Kao et al. 2021). En supposant qu'un tel modèle d'IA venait à être disponible pour les professionnels en soins, Lora et Foran (2024) suggèrent qu'il pourrait permettre aux infirmières d'adapter leur plan d'intervention pour mieux accompagner le patient dans son épisode de soins. De plus, Topol (2019) avance que de savoir avec précision que les jours d'un patient très malade sont comptés permettrait d'avoir des conversations difficiles entre médecin, patient et famille quant aux efforts de réanimation, tel que désiré par le patient.

2.1.2.4 Assistants virtuels basés sur l'IA

Un dernier cas d'usage des plus prometteurs pour l'application de l'IA en santé consiste au recours à des assistants virtuels, tant par les professionnels en soins que par les patients. Ainsi, ces assistants numériques emploient diverses méthodes alimentées par l'IA pour simuler et recréer des interactions typiquement humaines (Alowais, Alghamdi et al. 2023). Conséquemment, ils sont en mesure de supporter des activités variées comme donner des conseils médicaux, céder des rendez-vous, surveiller les signes vitaux en temps réel, effectuer des rappels quant à la médication et au plan de traitement convenu, etc. (Alowais, Alghamdi et al. 2023). Pour les professionnels en soins, les assistants virtuels sont notamment en mesure d'aider lors de requêtes d'ordre pharmaceutique afin de fournir des réponses à des questions complexes, s'appuyant sur de nombreuses sources de données (Alowais, Alghamdi et al. 2023). Ils peuvent aussi pallier pour le support infirmier limité en répondant aux interrogations des patients dans un contexte préopératoire, ce qui a pour effet de protéger la capacité des infirmières et mitiger l'anxiété des patients (Lora and Foran 2024). En addition, les assistants virtuels alimentés par l'IA sont en mesure de partager et expliquer certains résultats de tests aux patients (Topol 2019). Bien qu'une telle utilisation pourrait soulever des enjeux éthiques, il existe des scénarios plus acceptables où un assistant virtuel pourrait par exemple bénéficier une personne en situation de handicap avec des questions et tâches d'ordre factuel et ne soulevant pas d'enjeux particuliers (Gillies and Smith 2022).

2.1.3 Les avantages de l'IA en santé

À ce jour, plusieurs avantages de l'intelligence artificielle demeurent à un stade d'anticipation puisque beaucoup est attendu face à cette technologie, mais peu a été réalisé (Petersson, Larsson et al. 2022). Ainsi, les avantages présentés dans les prochains paragraphes représentent autant des avantages confirmés que des avantages attendus. De plus, ces bénéfices s'articulent autour de quelques grands thèmes, bien qu'une attention plus particulière soit mise sur ceux touchant les professionnels en soins.

2.1.3.1 Réduction des coûts et meilleure accessibilité / prise en charge

De manière générale, plusieurs études avancent que l'intégration de l'IA en santé mène à des économies de coûts et à une réduction des coûts en santé par habitant (Topol 2019, Petersson, Larsson et al. 2022, Alowais, Alghamdi et al. 2023). Bien que l'origine de ces économies de coûts demeure relativement floue, il est attendu – par exemple – que les diagnostics soient plus précis et rapides grâce à l'IA, ce qui entraînerait des réponses de traitement plus appropriées et rapides, réduisant donc la durée moyenne des séjours en milieux de soins (Alowais, Alghamdi et al. 2023). En plus de l'impact financier d'une réduction dans le séjour moyen, certaines activités – telles que le triage et le diagnostic aidés par l'IA – ont le pouvoir d'impacter positivement l'accessibilité aux soins en dirigeant efficacement les patients vers les bonnes ressources et le bon parcours de soins. En outre, il est attendu que l'IA et l'automatisation qui en découle ont le potentiel d'améliorer l'accès aux soins et ainsi répondre à une demande qui ne cesse de croître (Petersson, Larsson et al. 2022, Aquino, Rogers et al. 2023). En élargissant l'application des SIA à plusieurs activités liés aux soins et allant au-delà du triage et du diagnostic, l'IA a le potentiel de transformer les soins en les automatisant, les simplifiant et en éliminant les redondances, résultant donc en une hausse de l'offre – ce qui permettrait également à plus de patients d'être vus et traités (Petersson, Larsson et al. 2022). Aussi, l'IA peut permettre une détection hâtive lorsque les signes vitaux du patient se détériorent afin de permettre une prise en charge rapide et éviter une détérioration clinique, particulièrement pour les patients en soins aigus (Shaik, Tao et al. 2023). En radiologie, l'IA a le potentiel de générer des milliards de dollars en économies via le traitement de très grands volumes

d'images médicales, notamment en réduisant la main-d'œuvre requise pour les postes administratifs et de soutien (Topol 2019).

2.1.3.2 Exactitude des soins

Dans les dernières années, l'Académie Nationale des Sciences, une institution d'importance aux États-Unis, a estimé qu'environ 1 adulte américain sur 20 est sujet à une erreur de diagnostic lorsqu'il consulte pour un avis médical (Grote and Berens 2020). Appliqué sur une vie entière, cette même instance prévoit plutôt que c'est la majorité des Américains qui vivra une expérience d'erreur de diagnostic au cours de sa vie (Ball, Miller et al. 2015). Toutefois, l'IA peut solutionner cette problématique puisqu'un des plus importants avantages à l'intégration de l'intelligence artificielle en santé réside dans la réduction des erreurs médicales et de l'erreur humaine, résultant en des diagnostics plus exacts (Marko, Nilakash et al. 2019, Petersson, Larsson et al. 2022, Alowais, Alghamdi et al. 2023). À cet effet, l'approche de diagnostic actuelle repose en grande partie sur l'expertise et le jugement du clinicien ainsi que sur les données limitées qu'il possède, écartant de facto le risque zéro puisque la certitude absolue n'est pas une option dans ce modèle (Grote and Berens 2020). Or, l'intégration de l'IA et du *machine learning* permet de comparer les symptômes et les données du patient pas qu'aux savoirs du professionnel, mais également à de grands ensembles de données tierces dans le but d'améliorer le diagnostic. Par exemple, une équipe de professionnels hésitant entre deux plans de traitement pour un patient X pourrait décider d'y aller avec le premier plan si après l'analyse de grands ensembles de données affectant des individus présentant des caractéristiques similaires au patient X, l'IA recommande ce premier plan de traitement. Conséquemment, le diagnostic assisté par l'IA permet d'améliorer les résultats pour les cas médicaux complexes et/ou urgents, considérant qu'un tel système a le pouvoir de traiter beaucoup plus de données qu'un humain dans les mêmes délais, et donc, de prendre des décisions éclairées rapidement (Grote and Berens 2020). Cependant, le transfert de la responsabilité de diagnostic du clinicien vers l'IA ne semble pas imminent en raison des nombreux enjeux éthiques que cela entraînerait. À cet effet, le cyborg humain-IA s'impose plutôt comme le décideur parfait, combinant les forces respectives du professionnel de la santé et de l'intelligence artificielle (Aquino, Rogers et al. 2023).

2.1.3.3 Réponse aux besoins des patients

En plus d'améliorer l'accès et l'exactitude des soins, l'intégration de l'IA en santé peut permettre de mieux répondre aux besoins des patients et de la population en général. Par exemple, elle permet d'offrir une alternative aux patients qui préféreraient traiter de certaines activités avec la technologie plutôt qu'avec un humain, comme pour la prise de rendez-vous ou encore pour converser avec un *chatbot* (Zimmerman, Janhonen et al. 2023). De plus, l'IA a le potentiel de maximiser la personnalisation des soins et plans de traitement en mettant à profit sa force de calcul et sa capacité à analyser de nombreuses données (Petersson, Larsson et al. 2022, Alowais, Alghamdi et al. 2023).

Il y a déjà plus d'une décennie, Rosenberg (2012) affirmait que le domaine de la santé serait mené par une nouvelle génération de patients, soit des patients motivés, engagés et qui n'hésitent pas à prendre en charge leurs épisodes de soins. En effet, les patients sont de plus en plus nombreux à recourir à la technologie pour s'auto-diagnostiquer, s'auto-médicamenter et surveiller leur condition (Rosenberg 2012). Plus récemment, l'IA aide les patients atteints de diabète de type 2 à interpréter leur information médicale via un assistant virtuel et contribue ainsi à un vieillissement optimal et à une navigation simplifiée de leur condition (Gillies and Smith 2022). De plus en plus, la participation active du patient dans son épisode de soins est valorisée, avec une augmentation de l'autonomie patient due à la démocratisation de l'IA. Cette autonomie accrue peut permettre au patient d'accepter, refuser ou demander des soins de manière informée (Corfmat, Martineau et al. 2025).

Également, l'introduction de l'IA permet à des méthodes non conventionnelles de voir le jour. D'une part, les soins de santé sont en train de se transformer radicalement afin de répondre aux besoins des patients et suivre les tendances numériques. L'arrivée de nouveaux joueurs non-conventionnels multiplie les points d'entrée pour la population, celle-ci ayant le choix d'obtenir des services via les intermédiaires classiques du réseau ou encore via de nouveaux fournisseurs ancrés dans la technologie (Alami, Gagnon et al. 2017). De plus, les nombreux produits technologiques destinés à permettre aux individus de prendre en charge leur santé selon une approche de prévention et en fonction de leur

réalité, contraintes et préférences viennent chambouler la façon dont les soins s'articulent (Alami, Gagnon et al. 2017). D'autre part, la technologie peut même permettre de suivre et contrôler certaines maladies chroniques de manière bien moins invasive qu'auparavant. Par exemple, certains patients atteints de maladie chronique devaient auparavant se soumettre à des prises de sang pour mesurer leur niveau de potassium dans le sang alors qu'aujourd'hui la mesure du rythme cardiaque, via des capteurs connectés, permet de détecter si ce niveau est anormal (Topol 2019).

2.1.3.4 Nature du travail

Avant d'introduire les nombreux enjeux éthiques liés à l'intégration de l'IA, il est important de présenter deux grandes perspectives impliquant des impacts positifs pour les professionnels de la santé quant à la nature du travail. D'abord, il est fréquent d'entendre que l'IA permettra aux cliniciens de se concentrer sur l'humain et de ramener la notion de « prendre soin » dans les soins, ou encore de ramener le *care* dans *healthcare* (Aquino, Rogers et al. 2023). En effet, l'IA offre le potentiel d'humaniser les soins en libérant les professionnels de certaines tâches et ainsi leur permettre de passer plus de temps avec leurs patients (Kearney, Wojcik et al. 2020, Aquino, Rogers et al. 2023). Comme de fait, Gonzalez-Garcia, Pérez-González et al. (2024) avancent que l'automatisation des tâches administratives rend la gestion des soins infirmiers plus efficace, permettant aux infirmières de se concentrer sur les soins. En complément, Corformat, Martineau et al. (2025) suggèrent que l'IA offre le potentiel de déléguer certaines tâches à la technologie afin de « réhumaniser » les soins, par exemple en reléguant des activités physiques à un robot pour plutôt se concentrer sur la dimension humaine des soins.

Puis, la seconde perspective souvent partagée consiste à ce que l'IA permette de se concentrer sur les tâches à valeur ajoutée et sur la mise en valeur de l'expertise professionnelle. Dans une étude auprès de médecins européens et américains, Martinho, Kroesen et al. (2021a) indiquent que plusieurs participants sont enthousiastes de « retourner à la source », se concentrer sur des activités à valeur ajoutée et requérant des compétences propres aux médecins, ainsi que d'enfin pouvoir accomplir des activités en lien avec leur formation médicale. Conséquemment, l'IA est vu comme un catalyseur

permettant de mettre le *focus* sur l'expertise. En addition, l'IA est vue comme un facteur permettant la montée en compétences, soit directement via l'acquisition et le développement de nouvelles compétences ou soit indirectement via le perfectionnement de compétences déjà acquises grâce à la concentration du travail, permise par la délégation de tâches à la technologie (Aquino, Rogers et al. 2023). Ultimement, il est suggéré que l'IA entraîne aussi une spécialisation du travail, alors que les professionnels se concentreront sur des tâches complexes, stimulantes et/ou requérant une expertise niche (Aquino, Rogers et al. 2023).

2.1.4 L'IA et les enjeux éthiques divers

L'intégration de l'IA dans notre quotidien vient avec son lot d'enjeux éthiques pouvant ultimement impacter l'acceptabilité et l'adoption de cette technologie dans un contexte de soins. D'une part, nous recenserons les enjeux éthiques divers tel que l'explicabilité, les enjeux relatifs aux données, la discrimination et l'accroissements des inégalités ainsi que l'impact sur les relations. D'autre part, la prochaine section visera plutôt à brosser un portrait des enjeux éthiques liés au travail.

2.1.4.1 Explicabilité, opacité et confiance

À l'heure actuelle, l'opacité des SIA, ou encore le phénomène de la « boîte noire », est souvent pointée du doigt comme un enjeu éthique empêchant l'utilisateur de comprendre la logique derrière la recommandation système (London 2019, Amann, Blasimme et al. 2020, Grote and Berens 2020, Karimian, Petelos et al. 2022, Petersson, Larsson et al. 2022, Martineau and Godin 2023). En effet, la complexité algorithmique et l'architecture derrière les solutions basées sur le ML et le DL font de l'opacité un problème intrinsèque aux divers SIA (Grote and Berens 2020). Avec l'opacité du système vient un manque d'explicabilité, et bien que souvent confondue avec la transparence ou l'interprétabilité, l'explicabilité est une caractéristique d'un SIA permettant à l'utilisateur de comprendre pourquoi l'IA est arrivée à une conclusion donnée (Amann, Blasimme et al. 2020). Également, le manque d'explicabilité contribue par le fait même à un consentement non éclairé selon Grote et Berens (2020), alors que Corfmat, Martineau et al. (2025) rappellent que le consentement est un des piliers légaux permettant à un individu d'exercer son

autonomie. De plus, le manque d'explicabilité système a aussi le potentiel d'impacter négativement l'autonomie et la dignité du patient si – par exemple – un SIA favorise la durée de vie versus d'autres facteurs tel que la réduction de la souffrance, contrairement aux choix que le patient aurait faits et sans permettre au professionnel et au patient de comprendre les facteurs ayant mené à la recommandation du SIA (Grote and Berens 2020). Ces arguments mettent en lumière le risque que le recours à des SIA opaques et inintelligibles contribue à une perte d'autonomie pour les patients et ravive le paradigme du paternalisme dans un contexte de soins (Corfmat, Martineau et al. 2025).

D'un point de vue utilisateur, Martinho, Kroesen et al. (2021a) suggèrent que l'explicabilité est grandement valorisée par les médecins, alors que plusieurs participants de leur étude ont jugé nécessaire que les SIA ne soient pas des « boîtes noires » et que les médecins soient en mesure de comprendre le fonctionnement des outils d'IA. Dans une autre étude qualitative auprès de dirigeants et décideurs de l'industrie de la santé, Petersson, Larsson et al. (2022) indiquent que le manque d'explicabilité peut entraîner un manque de confiance des utilisateurs envers les solutions d'IA. À cet effet, Nickel (2022) avance que les cliniciens n'ont pas toujours confiance tant envers le système qu'envers les développeurs derrière ces systèmes. Or, si le manque d'explicabilité entraîne un manque de confiance, mais que la division du travail fait en sorte qu'il est acceptable de faire confiance à une tierce partie (Grote and Berens 2020), une question éthique s'impose : dans quelle mesure un professionnel doit-il faire confiance à l'IA ? Grote et Berens (2020) poussent le questionnement plus loin dans leur papier sur l'éthique de la prise de décisions algorithmique en proposant un scénario où le clinicien et l'IA arrivent à des recommandations distinctes, mais chacun avec un niveau de confiance similaire; comment l'impasse doit-elle être résolue ? Naviguer ce dilemme revient à naviguer une zone grise et peu importe l'issue retenue, le simple fait d'être face à une opinion contraire peut contribuer à diminuer le niveau de confiance qu'accorde le professionnel envers son propre jugement, ce qui est d'autant plus problématique dans un contexte où le clinicien est face à un système opaque (Grote and Berens 2020).

Inversement, il existe certaines positions contraires au besoin d'explicabilité, à débiter par London (2019) qui plaide que l'exactitude devrait primer sur l'explicabilité, sous

prétexte que la médecine est une science qui peine à comprendre l'étendue des liens de causalité et pour laquelle l'incertitude est une variable constante plutôt qu'une exception. À cet effet, il soutient que l'atteinte de résultats probants et positifs est supérieure à la capacité d'expliquer comment ces résultats furent atteints, ce qui est d'ailleurs cohérent avec plusieurs avancées en médecine où des résultats positifs découlent de la pratique plutôt que de la théorie (London 2019). Bien qu'en faveur de plus d'explicabilité, Amann, Blasimme et al. (2020) suggèrent que les avancées technologiques nous poussent à faire des compromis entre performance et explicabilité, alors que les nouveaux modèles surpassent souvent la performance des modèles traditionnels, ce qui valide l'argumentaire de London (2019). De plus, le manque d'explicabilité est loin d'être nouveau alors que Schwartz, Patil et al. (1987) indiquaient il y a près de 40 ans que ceci était un des enjeux des programmes et systèmes dits experts. Un autre exemple souvent cité pour contredire le besoin d'explicabilité est la technologie MRI, un outil complexe ayant fait ses preuves et pour lequel les médecins peineraient à en expliquer le fonctionnement (Martinho, Kroesen et al. 2021a). Toutefois, les algorithmes et le fonctionnement derrière la technologie MRI peuvent être compris et expliqués par les développeurs responsables, ce qui n'est pas toujours le cas pour les SIA.

2.1.4.2 Enjeux relatifs aux données

Maintenant plus que jamais auparavant, le développement et le déploiement de l'IA requièrent l'accès à de grands volumes de données afin d'entraîner les algorithmes, ce qui fait des données de santé des ressources critiques (Karimian, Petelos et al. 2022, Martineau and Godin 2023). À cet effet, les données de santé sont multiples et variées, allant des données typiques générées via le système de santé traditionnel, telles que les résultats d'analyse ou encore les signes vitaux, jusqu'aux données collectées par nos appareils tels que montre et téléphone intelligents, pouvant fournir des données sur nos habitudes de sommeil, d'exercice et d'alimentation entre autres (Corfmat, Martineau et al. 2025). Or, cette tendance amène une vague d'enjeux éthiques en lien avec les modalités de collecte, entreposage, utilisation et partage des données alors qu'il existe une tension entre la confidentialité et le respect de la vie privée versus l'exploitation du *big data* au profit de l'efficacité des SIA (Garcia, Simunic et al. 2021, Martineau and Godin 2023).

Comme de fait, les conséquences sont importantes et parmi celles-ci on compte les fuites de données, qui sont de plus en plus courantes, diminuent la confiance des individus envers les organisations et laissent des traces à long-terme (United Nations 2025). Conséquemment, les patients s’attendent à ce que leurs données soient préservées de manière confidentielle et sécuritaire à défaut de quoi ils pourraient être moins enclins à partager des informations privées avec les professionnels de la santé, impactant ultimement les soins reçus (Corfmat, Martineau et al. 2025). Un autre enjeu possible est le risque que les cliniciens aient accès à plus d’informations que ce dont ils ont réellement besoin, considérant que les SIA nécessitent l’accès à de larges volumes de données, et que des usages malveillants ou abusifs soient faits (Petersson, Larsson et al. 2022). De plus, la monétisation des données s’avère être une autre tendance observée en ce qui a trait à l’utilisation des données de santé, alors que les données sont vues comme un actif financier et peuvent être échangées à de tierces parties (Garcia, Simunic et al. 2021). Bien que les enjeux relatifs aux données soient nombreux dans un contexte de développement de l’IA et que les conséquences soient importantes, plusieurs cadres législatifs existent afin d’encadrer les façons de faire et limiter les préjudices (Garcia, Simunic et al. 2021). Dans leurs travaux visant à proposer un cadre pour des applications d’IA sécuritaires, efficaces et équitables, Papadopoulou, Exarchos et al. (2025) indiquent d’ailleurs que les développeurs ont intérêt à structurer leurs flux de données de sorte à bien naviguer le marché de la donnée pour le bien des patients. En d’autres mots, un meilleur encadrement du marché de la donnée ferait en sorte que les développeurs utilisent des données variées et représentatives afin de développer des modèles performants, justes et équitables et aussi qu’ils divulguent les cas où les données utilisées seraient trop homogènes. Concrètement, ceci pourrait impliquer que les développeurs de solutions d’IA mettent la main sur des données de populations peu accessibles dans le marché cible de déploiement, par exemple de communautés minoritaires et immigrantes, afin que les solutions balancent performance et valeur pour les patients (Papadopoulou, Exarchos et al. 2025).

2.1.4.3 Discrimination et accroissements des injustices

Tel qu’introduit précédemment, les algorithmes d’apprentissage automatique apprennent et se perfectionnent à partir des ensembles de données desquels ils sont entraînés et ceci

peut avoir comme effet de répéter et accentuer certains biais, menant ultimement à de la discrimination et à l'accroissement des injustices sociales (Grote and Berens 2020, Martineau and Godin 2023, Colón Vargas 2024, Corfmat, Martineau et al. 2025). D'abord, les biais individuels des développeurs sont une première source de biais puisque ces personnes sont en position d'autorité pour prendre diverses décisions impactant le design, le développement et l'utilisation des modèles d'IA, teintant ainsi le processus et le produit de leurs perspectives et croyances individuelles (Martineau and Godin 2023). En effet, un des cas de figures les plus connus est lorsque les données utilisées pour entraîner le modèle ne sont pas tout à fait représentatives de la population cible pour laquelle ledit modèle sera utilisé, ce qui fait en sorte que le modèle aura plus de difficultés à émettre des recommandations pertinentes et efficaces pour les populations dont les données furent omises (Grote and Berens 2020). Ces biais sont source de discrimination et ont des conséquences bien réelles pour les populations qu'elles impactent, bien souvent des minorités ethniques et des groupes sous-représentés dans la population générale, et c'est pourquoi l'expression « biais raciaux » est souvent employée pour décrire ce cas de figure (Grote and Berens 2020). Malgré tout, les biais ne sont pas uniquement basés sur l'ethnicité et peuvent toucher d'autres facteurs tel que le sexe et l'âge, bien que tous ces biais ont pour effet d'exacerber les inégalités (Colón Vargas 2024). De plus, Colón Vargas (2024) suggère que le fardeau de « corriger » les algorithmes biaisés retombent souvent sur les épaules des minorités et groupes marginalisés, et ce, de manière disproportionnée, rendant les conséquences de cet enjeu éthique encore plus grandes. Aussi, ces mêmes algorithmes ont le potentiel de causer un préjudice aux patients alors qu'ils agissent comme barrière empêchant l'accès à des ressources et opportunités comme les soins de santé et les services sociaux (Colón Vargas 2024). Outre l'impact des biais algorithmiques sur la qualité et l'accès aux soins, les technologies d'IA au sens large peuvent aussi contribuer à exclure les individus des soins de santé. À cet effet, Gillies et Smith (2022) rapportent le cas anglais de services conseils téléphoniques – une offre semblable à notre ligne téléphonique 811 – comme un exemple illustrant comment l'IA a le potentiel de limiter ou retarder l'accès aux soins. Comme de fait, les conseillers de ce service doivent agir selon les recommandations d'un outil clinique de support décisionnel et se retrouvent

ainsi à être les exécutants de l'IA, ce qui amène le risque qu'un patient devant consulter un professionnel en soins ne consulte pas ou consulte trop tard (Gillies and Smith 2022).

En addition, Park (2012) suggère que la non-utilisation des outils technologiques peut mener un individu à ne plus pouvoir participer aux « relations et activités normales qui sont offertes à la majorité », ce qui s'ajoute aux éléments discriminants. L'exclusion sociale, tel que tout juste introduit, est différente du *digital divide* qui se concentre plutôt sur l'accès à la technologie versus l'utilisation (Park 2012). Somme toute, les avancées technologiques nous permettent de penser que cette exclusion sociale pourrait toujours s'appliquer dans un futur où l'IA est déployée et utilisée à grande échelle.

2.1.4.4 L'impact sur les relations

À l'heure actuelle, il existe une littérature émergente en ce qui a trait aux relations entre humains et technologie, machines, *chatbots* ou IA; avec une attention particulière sur les enjeux éthiques de ces relations (Smids, Nyholm et al. 2020, Skjuve, Følstad et al. 2021, Zimmerman, Janhonen et al. 2023, Liang and Lu 2025). À des fins de simplification, nous engloberons toutes ces relations sous l'expression de « relations humain-IA » et référerons aux divers formats de la technologie comme « IA ». Ainsi, ces relations humain-IA peuvent prendre plusieurs formes alors que l'IA est appelée à jouer plusieurs rôles typiquement humains comme ceux de membre de la famille, ami, partenaire, collègue ou encore proche aidant (Skjuve, Følstad et al. 2021, Liang and Lu 2025). D'abord, Skjuve, Følstad et al. (2021) indiquent qu'il existe des similitudes dans le « comment » les relations humain-humain et les relations humain-IA se développent au fil du temps, bien que les relations humain-IA tendent à être superficielles au départ. Ensuite, Zimmerman, Janhonen et al. (2023) notent une tendance de plus en plus forte à personnifier la technologie, ce qui semble découler de notre réaction type à traiter les éléments inanimés comme des personnes et à leur attribuer des traits typiquement réservés aux humains. De plus, il semble que l'IA soit incapable de réciprocité, ne soit pas réellement authentique et ne puisse vivre des émotions, ce qui fait du concept de relations humain-IA un enjeu éthique, et ce, même si certains utilisateurs perçoivent leur relation avec l'IA comme étant vraie et profonde (Zimmerman, Janhonen et al. 2023). Comme de

fait, Skjuve, Følstad et al. (2021) indiquent qu'il y a raison d'être concernés d'un point de vue éthique puisque les relations humain-IA ne sont pas réellement ce dont les utilisateurs imaginent, c'est-à-dire que la vraie relation de l'utilisateur est avec le fournisseur plutôt qu'avec l'IA en soi.

Malgré les risques et enjeux éthiques que posent ces relations humain-IA, elles ont aussi un impact positif sur le bien-être des utilisateurs en les aidant notamment à combattre la solitude ou l'anxiété, gérer des situations difficiles, adopter de meilleures habitudes de vie, ou encore offrir un environnement sécuritaire et sans jugement (Skjuve, Følstad et al. 2021, Zimmerman, Janhonen et al. 2023). En complément, Smids, Nyholm et al. (2020) soutiennent même que l'IA peut contribuer à augmenter les sentiments d'attachement et d'appartenance au sein des membres de l'équipe lorsque celle-ci est développée et intégrée comme un membre d'équipe à part entière. Comme de fait, le cas du robot militaire Boomer fut utilisé pour leur argumentaire, rappelant que le bataillon de Boomer a voulu lui offrir des funérailles lorsqu'il fût détruit au combat (Smids, Nyholm et al. 2020). Or, cette perspective est contraire à celles de Skjuve, Følstad et al. (2021) et de Zimmerman, Janhonen et al. (2023) puisqu'elle personnifie le robot, faisant de celui-ci bien plus qu'un outil, et soulève de nombreux enjeux éthiques. Parmi ces enjeux éthiques, on retrouve une hausse de l'isolement et du stigma dûs à la dépendance à la technologie, une augmentation du sentiment de vide intérieur ainsi que des expériences profondément négatives comme le deuil ou une peine d'amour si la relation humain-IA venait à prendre fin (Skjuve, Følstad et al. 2021, Zimmerman, Janhonen et al. 2023, Liang and Lu 2025). Aussi, Smids, Nyholm et al. (2020) suggèrent que les relations humain-IA pourraient impacter la quantité et la qualité des interactions sociales en réduisant la fréquence des échanges d'humain à humain puis en diminuant la dépendance entre collègues et le sentiment d'agentivité. Dans le cas précis de l'IA affective et/ou émotionnelle, Liang et Lu (2025) suggèrent qu'une relation parent-enfant pourrait même être affaiblie si l'enfant se détache de son devoir moral et n'agit pas en proche aidant sous la présomption qu'un robot infirmier puisse compenser pour l'absence physique de l'enfant dans la vie du parent. Également, Zimmerman, Janhonen et al. (2023) indiquent qu'un des risques les plus extrêmes est sans doute celui que les relations humain-IA puissent altérer notre société, transformer le concept de communauté et entraîner un coût social et sociétal si

celles-ci continuent à gagner en importance. Parallèlement, Liang et Lu (2025) affirment qu'en donnant à l'IA un rôle supérieur à celui d'un simple outil, on ouvre la porte à une crise identitaire et à une disruption de l'ordre social au sens large, incluant la transformation des structures sociales tel que nous les connaissons aujourd'hui. Ultimement, il apparaît que les enjeux éthiques liés aux relations humain-IA soient importants et que certains risques aient le pouvoir de causer de graves préjudices, soutenant ainsi l'argument que les relations humain-IA ne devraient pas remplacer les relations d'humain à humain (Zimmerman, Janhonen et al. 2023, Liang and Lu 2025).

2.1.5 L'IA et les enjeux éthiques liés au travail

Pour ce qui est des enjeux éthiques liés au travail et découlant de l'intégration de l'IA dans les soins, il est évident que le travail sera appelé à évoluer, notamment via l'évolution des tâches, rôles et de la relation patient-professionnel. De plus, l'autonomie des cliniciens et le partage de la responsabilité sont d'autres enjeux de l'intégration de l'IA. Finalement, nous introduirons certains des arguments clés en lien avec les enjeux d'implantation, de littéracie numérique et de déqualification.

2.1.5.1 Futur du travail et évolution des rôles

Tout d'abord, l'intégration de l'IA en santé ouvre la porte à une nouvelle dynamique patient-professionnel à naviguer (James, Wachter et al. 2022, Alowais, Alghamdi et al. 2023, Lorenzini and Elger 2023). Comme de fait, Lorenzini et Elger (2023) plaident qu'il faudra redéfinir la relation patient-professionnel pour en faire une triade, soit une relation entre patient, professionnel et IA. De plus, James, Wachter et al. (2022) soutiennent qu'il faudra revoir le paradigme de la prise de décision partagée pour accueillir une troisième partie prenante et que les professionnels devront désormais être en mesure d'expliquer comment ils utilisent l'IA pour intervenir. À terme, nous pourrions même assister à des scénarios où les patients prennent des décisions basées uniquement sur les extrants de l'IA, contournant et/ou omettant le jugement clinique du professionnel (James, Wachter et al. 2022).

Puis, l'intégration de l'IA est susceptible de transformer le monde du travail, notamment en causant une évolution des emplois comme c'est déjà le cas pour les disciplines reposant sur la reconnaissance visuelle tel que la radiologie (Aquino, Rogers et al. 2023). À cet effet, Sogani, Allen et al. (2020) indiquent que « l'IA ne va pas remplacer les radiologistes, mais les radiologistes qui utilisent l'IA pourraient ultimement remplacer ceux qui refusent de l'utiliser ». D'ailleurs, Jha et Topol (2016) affirment que le rôle de radiologiste pourrait évoluer vers un rôle de spécialiste de l'information à mesure que l'IA prend en charge certaines tâches et laisse l'essence même de la radiologie au professionnel. L'exemple de la radiologie comme profession candidate à l'intégration de l'IA démontre bien un des impacts de l'IA sur la nature du travail, à commencer par la transformation des tâches. Comme de fait, Corformat, Martineau et al. (2025) indiquent que la transformation des tâches cause un réajustement des emplois en impactant – entre autres – la nature des rôles, les tâches accomplies et l'identité professionnelle. En plus des rôles évolués, l'intégration de l'IA permet de considérer la création de nouveaux rôles dans le domaine de la santé. Par exemple, les médecins pourraient accepter de porter un deuxième chapeau à titre de directeur médical, administrateur ou encore dirigeant exécutif pour une *start-up* ou compagnie technologique axée sur l'industrie de la santé (Borow, Levi et al. 2022). Dans une étude qualitative auprès de professionnels de la santé et/ou de l'IA en santé, certains participants ont même affirmé que l'IA pourrait devenir une nouvelle discipline ou spécialité médicale (Aquino, Rogers et al. 2023). Puis, dans une seconde étude auprès de dirigeants et décideurs de l'industrie de la santé, il fût question que de nouvelles professions pourraient voir le jour dans le système de santé et être occupées par des individus sans études médicales, ce qui représenterait un choc culturel (Petersson, Larsson et al. 2022). Finalement, l'introduction de nouveaux emplois plutôt techniques semble évident pour assurer l'implantation de l'IA dans le système de santé et cela inclut des professions tel qu'analyste de données, ingénieur en assurance qualité pour la télésanté, coordonnateur de soins virtuels, etc. (Corformat, Martineau et al. 2025).

2.1.5.2 Autonomie et responsabilité

En plus des enjeux éthiques liés à l'évolution du travail et des rôles, l'autonomie de l'IA et la notion de responsabilité sont deux autres facettes très importantes à considérer lors

de l'intégration de l'IA dans les soins. À cet effet, l'autonomie de l'IA peut aller aussi loin que la résolution de scénarios complexes par l'IA et de manière indépendante des humains, démontrant alors une autonomie dite entière (Hauptman, Schelble et al. 2025). De plus, les SIA peuvent ajuster leurs niveaux d'autonomie, en fonction du spectre allant de « pas d'autonomie » à « autonomie entière », afin de s'adapter aux contraintes de leur environnement lorsqu'ils sont en opération (Hauptman, Schelble et al. 2025). Toutefois, les solutions d'IA ne répondent toujours pas aux exigences des différents codes de conduite professionnelle applicables aux individus et ne sont pas en mesure de performer de manière sécuritaire lorsqu'ils agissent comme des décideurs totalement autonomes, ce qui pose problème et est suffisant pour vouloir limiter et encadrer leur pouvoir d'action (Gillies and Smith 2022). De plus, Hauptman, Schelble et al. (2025) suggèrent que les SIA dont l'autonomie s'adapte de manière dynamique devraient réduire leur niveau d'autonomie et solliciter une intervention humaine lorsqu'ils sont confrontés à des dilemmes moraux et des enjeux éthiques. L'autonomie de l'IA est aussi limitée par la friabilité des solutions développées jusqu'à présent, c'est-à-dire l'incapacité de l'IA à générer des résultats exacts lorsqu'elle opère hors de ses limites habituelles (Gillies and Smith 2022). Ceci rappelle plusieurs des constats clés découlant de l'intégration de l'IA en imagerie médicale, à savoir que les SIA ne sont efficaces que pour certaines pathologies, certains organes ou certains types d'images; soit à l'intérieur de leurs limitations système. Encadrer l'autonomie de l'IA est donc crucial pour respecter l'autonomie des professionnels en soins, mitiger les failles de l'IA et assurer des résultats éthiquement acceptables.

Également, encadrer l'autonomie de l'IA s'avère comme un prérequis pour baliser la responsabilité professionnelle et limiter les risques de dérives et litiges. Ainsi, le partage de la responsabilité entre les professionnels et l'IA s'avère être un impératif et il sera crucial de redéfinir les rôles et responsabilités de chaque partie (Grote and Berens 2020). À cet effet, Bitterman, Aerts et al. (2020) soutiennent que la responsabilité revient au professionnel en soins lorsque l'IA agit comme outil d'aide à la décision tandis qu'elle revient aux développeurs lorsque l'IA est hautement ou entièrement autonome. Pour les cas compris entre ces deux scénarios, la responsabilité est variable et dépend de certains facteurs comme la nature de l'implication du clinicien, les contrôles permettant à l'IA de

demander une assistance humaine, etc. (Bitterman, Aerts et al. 2020). De manière générale, il semble y avoir un consensus à ce que l'IA complémente l'humain plutôt que de le remplacer lorsqu'il est question du modèle de travail idéal entre humain et IA, par exemple via les applications d'aide à la décision clinique. Par ailleurs, l'IA est vue favorablement par diverses parties prenantes lorsqu'elle joue des rôles d'assistant administratif, de support à la décision ou encore de bras droit pour le professionnel, tandis qu'elle n'est pas acceptée lorsqu'elle occupe un rôle entièrement autonome (Amann, Vayena et al. 2023). Toutefois, même les SIA d'aide à la décision soulèvent des enjeux éthiques et risquent d'éroder la responsabilité lorsqu'ils sont utilisés comme une substitution à la décision par le professionnel en soins (Saadeh, Janhonen et al. 2025). À cet effet, Saadeh, Janhonen et al. (2025) avancent que les pressions liées à la productivité ainsi que les promesses des compagnies technologiques comme quoi leurs SIA ne sont que des outils d'aide à la décision sont deux facteurs contribuant à ce que les professionnels délèguent les décisions cliniques à ces SIA. Également, le nombre de parties prenantes impliquées de près ou de loin dans les solutions d'IA – du développement au déploiement – peut contribuer à diffuser la responsabilité professionnelle jusqu'à parfois créer un vide quant au partage de la responsabilité (Martineau and Godin 2023). Outre la dimension de la responsabilité, d'autres facteurs doivent aussi être considérés lorsque des applications d'aide à la décision sont déployés. Notamment, il est crucial de comprendre l'impact sur la relation patient-professionnel ainsi que l'impact sur l'autonomie du patient et sa capacité à influencer ses soins via le partage de ses préférences, valeurs et croyances (Saadeh, Janhonen et al. 2025).

2.1.5.3 Enjeux d'implantation, manque de littéracie et déqualification

Parmi les autres enjeux éthiques liés au travail, on note les enjeux d'implantation divers tel que le manque de modèles et d'approches pour implanter l'IA avec succès, le manque de leadership et engagement des dirigeants, ainsi que des messages clés destinées aux employés et qui n'arrivent pas à communiquer le « *what's in it for me* », soit les bénéfices individuels (Petersson, Larsson et al. 2022). De plus, le manque d'intégration des professionnels de la santé au sein des équipes projets étant responsables de développer et déployer l'IA est souvent pointé comme un obstacle à l'adoption. À cet effet, James,

Wachter et al. (2022) indiquent que de ne pas engager et former les cliniciens met en péril le succès des développements à venir. Aussi, la littérature existante suggère qu'il est crucial de créer et d'impliquer des équipes interdisciplinaires dès le début du processus de développement et tout au long des projets d'intégration d'IA (Aquino, Rogers et al. 2023, Gonzalez-Garcia, Pérez-González et al. 2024). Finalement, Martinho, Kroesen et al. (2021a) suggèrent que les professionnels de la santé sont les plus aptes à supporter le développement de SIA afin de pallier pour le manque de savoirs contextuels en raison de la grande complexité du domaine médical.

Un autre enjeu bien documenté dans la littérature existante est la faible littéracie numérique des professionnels de la santé, soit leur manque de connaissances et compétences en lien avec les diverses technologies dont l'IA (Martinho, Kroesen et al. 2021a, Petersson, Larsson et al. 2022, Alowais, Alghamdi et al. 2023, Martineau and Godin 2023). Comme de fait, les cursus en soins ne permettent pas, à l'heure actuelle, l'acquisition ou le développement des compétences numériques qui seront requises des professionnels de demain afin que ceux-ci puissent accomplir les tâches liées à leurs professions respectives (Wynn, Garwood-Cross et al. 2023). De plus, le manque de connaissances des professionnels peut s'avérer être une cause de résistance au changement et mitiger la faible littéracie numérique devient donc une priorité organisationnelle (Alami, Lehoux et al. 2021).

Inversement, l'intégration de l'IA est aussi vue comme un élément susceptible de contribuer à une perte de compétences chez les professionnels en soins. En effet, Gonzalez-Garcia, Pérez-González et al. (2024) affirment que l'arrivée de l'IA pourrait mener à une perte de compétences critiques en communications chez les infirmières. Aussi, Aquino, Rogers et al. (2023) avancent que la déqualification pourrait s'exécuter via une détérioration des compétences cliniques et décisionnelles, pointant les biais d'automatisation et de confiance comme une cause potentielle. De plus, Martineau et Godin (2023) suggèrent que la dépendance à la technologie pourrait entraîner une perte au niveau du jugement clinique tandis que le réajustement des emplois pourrait entraîner une dévalorisation de l'expertise à mesure que les professionnels en soins ne sont plus appelés à exécuter certaines activités dont ils ont aujourd'hui la responsabilité. En

automatisant une partie du travail cognitif, il existe également un risque que les professionnels en soins perdent en compétences pour ce qui est du raisonnement clinique et voient une diminution dans le taux d'exactitude des diagnostics qu'ils posent (Corfmat, Martineau et al. 2025).

2.2 La profession infirmière

Les infirmières constituent une masse critique d'utilisateurs à considérer d'un point de vue technologique et de parties prenantes à satisfaire d'un point de vue organisationnel. Considérant l'état relativement embryonnaire de l'IA dans un contexte de soins, il s'avère donc critique de comprendre comment leurs rôles, identité et relations seront impactés et transformés dans un futur avec IA. Ainsi, les prochains paragraphes permettront de brosser un portrait de la profession à l'heure actuelle.

2.2.1 Le rôle de l'infirmière

Le rôle de l'infirmière peut être vu comme l'amalgame des tâches, responsabilités, titre, conditions et compétences propres à la profession. Dans le cadre de notre recherche, le titre infirmière sera utilisé pour désigner tant les infirmières que les infirmières auxiliaires, infirmières cliniciennes, infirmières praticiennes spécialisées et infirmière-chef, sauf lorsqu'indiqué autrement.

2.2.1.1 L'infirmière

L'infirmière est une professionnelle qui agit selon les limites de son champ d'exercice au bénéfice des patients afin d'adresser leurs enjeux de santé divers. En effet, la portée de ses fonctions et responsabilités est bien encadrée au sens de la loi via la circonscription d'activités critiques au rôle (Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). À cet effet, on compte dix-sept activités réservées à l'infirmière québécoise (OIIQ 2025). Dans leurs travaux, Boulet-Gendron, Brien et al. (2024) suggèrent qu'il faut voir le rôle de l'infirmière comme une professionnelle autonome, nécessaire et complémentaire plutôt que comme une ressource généraliste, remplaçable et qui répond à un problème médical ponctuel (Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). Cette perspective est alignée à celle de Benner (1984), partagée dans ses travaux sur l'expertise infirmière, qui avance que le rôle de l'infirmière

est si complexe qu'il n'est plus possible d'instrumentaliser ce qu'elle accomplit en une routine standard incluant des activités facilement déléguables (Benner 1984). Parmi les activités qu'effectue l'infirmière, certaines ont une valeur ajoutée dans la mesure où la création de valeur est maximale lorsque c'est l'infirmière qui les effectue plutôt qu'un autre intervenant. Gervais, Despins et al. (2023) soutiennent que « les activités d'évaluation, la surveillance clinique et le suivi infirmier » sont quelques-unes des activités dont les infirmières devraient se concentrer à exécuter (Gervais, Despins et al. 2023). En comparaison, des activités telles que la désinfection de surfaces, la culture de plaies et l'administration de médicaments par voie orale ne constituent pas des activités à valeur ajoutée puisqu'elles pourraient être prises en charge par d'autres collègues (Gervais, Despins et al. 2023). À cet effet, la recherche existante rappelle que le rôle de l'infirmière est souvent partagé entre des activités directement liées à la pratique puis des activités à valeur non ajoutée comme des tâches administratives (Gervais, Despins et al. 2023, Boulet-Gendron, Brien et al. 2024).

2.2.1.2 L'infirmière clinicienne et l'infirmière en pratique avancée

Lorsqu'il est question des niveaux de pratique en soins infirmiers, la littérature met en évidence la confusion en ce qui a trait aux rôles plus avancés, leurs titres et leur portée (Daly and Carnwell 2003, Bryant-Lukosius, DiCenso et al. 2004, Duffield, Gardner et al. 2009). Conséquemment, ce ne sont pas tous les pays qui ont adopté des législations claires ou disposent de mécanismes de régulation permettant de clairement encadrer les rôles en pratique avancée, comme c'est le cas pour les États-Unis (Bryant-Lukosius, DiCenso et al. 2004). À cet effet, le cadre de Daly et Carnwell (2003) est intéressant pour positionner la pratique infirmière en trois niveaux : l'infirmière, l'infirmière clinicienne et l'infirmière en pratique avancée, aussi connue sous l'appellation infirmière praticienne spécialisée au Québec (Daly and Carnwell 2003). Les deux derniers niveaux sont caractérisés par l'atteinte d'une nouvelle frontière en termes de soins infirmiers et vont au-delà des soins cliniques et des activités de la profession décrits précédemment. En effet, Bryant-Lukosius, DiCenso et al. (2004) synthétisent les rôles d'infirmière clinicienne et d'IPS comme visant à adresser les problèmes les plus complexes de notre système de santé, améliorer la prestations des soins et créer de nouveaux savoirs infirmiers tout en remettant

en question les paradigmes existants (Bryant-Lukosius, DiCenso et al. 2004). Daly et Carnwell (2003) indiquent quant à eux que l'infirmière clinicienne et l'IPS sont vues comme des expertes, bien qu'elles aient des interactions légèrement différentes alors que l'infirmière clinicienne travaille en étroite collaboration avec des spécialistes tandis que l'IPS jouit d'une plus grande autonomie et travaille de manière plus indépendante (Daly and Carnwell 2003). En complément, Gervais, Despins et al. (2023) nous rappelle que les infirmières cliniciennes sont formées pour répondre à des situations complexes où leur autonomie et capacité décisionnelle sont requises pour répondre aux besoins des patients, elles qui disposent d'études de premier cycle universitaire (Gervais, Despins et al. 2023). Disposant d'une autonomie encore plus grande, les infirmières en pratique avancée ont généralement un diplôme de deuxième cycle universitaire (Bryant-Lukosius, DiCenso et al. 2004, Duffield, Gardner et al. 2009).

Depuis l'introduction de ces rôles, plusieurs pays ont adopté la pratique avancée en soins infirmiers dans un contexte de soins aigus, ambulatoires et/ou communautaires. En effet, la littérature suggère que l'introduction d'IPS permet de contrôler les coûts entre autres en réduisant la durée d'hospitalisation et en remplaçant les médecins pour certaines activités, ce qui s'applique particulièrement bien aux soins aigus (Bryant-Lukosius, DiCenso et al. 2004, Duffield, Gardner et al. 2009). Dans leurs travaux sur le développement et l'implantation de rôles en pratique avancée, Bryant-Lukosius, DiCenso et al. (2004) indiquent que plusieurs rôles d'IPS furent introduits pour remplacer ou supporter le médecin, comme au Royaume-Uni où ceux-ci furent introduits comme mitigation à des politiques restrictives limitant le nombre d'heures de travail des médecins juniors (Bryant-Lukosius, DiCenso et al. 2004). Toutefois, les chercheurs ont suggéré que les IPS ne devraient pas venir solutionner un problème spécifique tel que pallier à un manque de médecins, mais devraient plutôt répondre à un portfolio de besoins de santé divers et prédéfinis (Bryant-Lukosius, DiCenso et al. 2004). Autrement, leur déploiement dans les équipes de soins entraîne des effets pervers dont la résistance des médecins et des conflits entre parties prenantes. Malgré cette résistance possible, la littérature pointe vers une satisfaction accrue du patient au niveau de l'expérience vécue pour ce qui a trait à l'éducation thérapeutique et à la communication patient-professionnel lorsque c'est l'infirmière qui effectue ces activités versus le médecin (Daly and Carnwell 2003, Bryant-

Lukosius, DiCenso et al. 2004). En somme, il apparaît que l’infirmière en pratique avancée représente une opportunité pour le réseau et les patients lorsqu’elle complémente plutôt que compétitionne. Ultimement, l’introduction des rôles en pratique avancée est disruptive puisqu’elle redéfinit l’autorité de diagnostic et prescription en élargissant le champ de pratique des IPS, chamboule l’allocation des ressources et impacte les privilèges médecin-établissement (Bryant-Lukosius, DiCenso et al. 2004).

2.2.1.3 L’infirmière-chef

En comparaison avec l’infirmière, il apparaît évident que l’infirmière-chef occupe un rôle différent avec plus de responsabilités (Parsons and Stonestreet 2003, Cziraki, McKey et al. 2014, Grubaugh, Warshawsky et al. 2023, Gonzalez-Garcia, Pérez-González et al. 2024). À cet effet, Gonzalez-Garcia, Pérez-González et al. (2024) retiennent les responsabilités suivantes pour définir le rôle de l’infirmière-chef dans leurs travaux : gérer le personnel, coordonner les soins, développer des pratiques novatrices, orchestrer la vision organisationnelle et évaluer les services rendus (Gonzalez-Garcia, Pérez-González et al. 2024). Grubaugh, Warshawsky et al. (2023) soulignent quant à eux qu’il s’agit d’un des rôles les plus difficiles dans les soins et que l’infirmière-chef est exposée à de nombreux facteurs de stress (Grubaugh, Warshawsky et al. 2023). La surcharge de travail de ces professionnelles est souvent pointée comme un des défis récurrents auxquels elles font face (Grubaugh, Warshawsky et al. 2023, Gonzalez-Garcia, Pérez-González et al. 2024). Cziraki, McKey et al. (2014) rapportent – via les participants à leur étude – que le rôle de l’infirmière-chef balance tant les soins que la gestion, et que les tâches administratives demeurent une source de frustration pour ces professionnelles (Cziraki, McKey et al. 2014). Outre les responsabilités qui diffèrent, la littérature existante suggère également des différences dans les relations et les compétences requises par l’infirmière-chef en comparaison de l’infirmière (Cziraki, McKey et al. 2014, Keller and Zavotsky 2023). Conséquemment, l’infirmière-chef est appelée à interagir avec une multitude de parties prenantes incluant son équipe d’infirmières, les médecins et professionnels ne venant pas des soins infirmiers, le personnel non clinique tel que les commis comptables et même les représentants syndicaux (Cziraki, McKey et al. 2014). Au niveau des compétences, elle se différencie de l’infirmière dans la mesure où elle doit aussi exceller

d'un point de vue communications, disposer d'un sens des affaires et prioriser le bien-être de son équipe (Keller and Zavotsky 2023).

2.2.2 L'identité professionnelle de l'infirmière

La littérature existante ne permet pas d'offrir de consensus sur la définition de l'identité professionnelle de l'infirmière, bien que certains travaux tentent de définir comment celle-ci se construit (Rasmussen, Henderson et al. 2018, Fitzgerald 2020, Boulet-Gendron, Brien et al. 2024, Knop, Mueller et al. 2024). Comme de fait, Rasmussen, Henderson et al. (2018) ont synthétisé les facteurs influençant les perceptions des infirmières quant à leur identité autour de trois piliers : le « moi », le « rôle » et le « contexte » (Rasmussen, Henderson et al. 2018). Le premier pilier se concentre sur « qui » est l'infirmière en tenant compte – entre autres – de certains traits de personnalité et des sentiments d'appartenance et d'accomplissement. Le deuxième pilier adresse plutôt ce que fait l'infirmière, son « quoi », et traite du rôle et des responsabilités, du champ de pratique ainsi que des compétences. Le troisième pilier s'articule autour du « où », soit les structures, ressources et processus organisationnels qui supportent le qui et le quoi. Boulet-Gendron, Brien et al. (2024) suggèrent un modèle similaire à quatre dimensions : le « je », le « nous », la « situation » et la « représentation » (Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). Deux de ces dimensions font écho aux premier et troisième pilier de Rasmussen, Henderson et al. (2018), alors que le « nous » et la « représentation » viennent bonifier le concept d'identité professionnelle. Conséquemment, ces dimensions font allusion à l'appropriation de caractéristiques particulières au groupe ainsi qu'à la perception de l'individu par le groupe et du groupe par l'individu (Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). Malgré cette proposition, Boulet-Gendron, Brien et al. (2024) rappellent que l'identité professionnelle demeure un concept complexe, mais qui englobe minimalement les expériences personnelles, valeurs, croyances, perceptions, aspirations, compétences et le sentiment d'appartenance (Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). Cette dernière perspective se rapproche grandement des travaux de Fitzgerald (2020) qui supportent l'absence de définition commune dans la littérature, tout en rappelant qu'il existe plusieurs thèmes communs utilisés pour définir le concept. En effet, les attributs souvent associés à l'identité professionnelle incluent : les actions et comportements; les savoirs et compétences; les valeurs, croyances et

l'éthique; la communauté et le contexte social; ainsi que la notion de groupe et d'identité de groupe versus personnelle (Fitzgerald 2020). C'est cette proposition que nous retiendrons pour comprendre le concept d'identité professionnelle de l'infirmière.

2.2.2.1 L'expérience versus l'expertise

La littérature existante démontre que l'expérience et l'expertise ne sont pas synonymes, c'est-à-dire qu'une infirmière pourrait avoir plusieurs années d'expérience et ne pas correspondre aux attentes d'une infirmière experte (Bryant-Lukosius, DiCenso et al. 2004, Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). En d'autres mots, l'expertise n'est pas propre au facteur temps ou à la durée d'occupation d'une pratique (Benner 1984). Toutefois, Benner (1984) avance que l'expérience contribue à l'acquisition d'expertise sans en être l'unique facteur, et définit plutôt l'expérience comme le perfectionnement d'idées préconçues et de théories en les bousculant à une multitude et diversité de situations pratiques, qui permettent de nuancer la théorie. Le manque d'expérience pousserait également les infirmières à se laisser guider par les règles, processus et directives reçues, ce qui rend l'établissement des priorités et la priorisation des activités plus difficiles dans un contexte où une infirmière peu expérimentée n'osera pas sortir des cadres qu'elle connaît (Benner 1984).

Bien que l'expertise infirmière ne soit pas communément définie dans la littérature, le concept est intimement lié aux compétences et Boulet-Gendron, Brien et al. avancent même que l'expertise est « un ensemble de compétences qui permet d'analyser une situation de soins » (Bathish, Wilson et al. 2018, Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). Or, les travaux de Benner (1984) ont largement contribué à définir l'infirmière experte et la différencier de l'infirmière dite compétente, bien que ces travaux ne visaient pas à directement définir le concept d'expertise infirmière (Benner 1984). Ainsi, l'infirmière experte peut être définie comme ayant une vision d'ensemble, étant capable de *challenger* et contredire les idéaux, puis capable de naviguer des expériences difficiles tel que la vie et la mort. Elle est aussi rapide et flexible, guide sa pratique d'abord par l'expérience ensuite par ses savoirs, puis dispose également des attributs de l'infirmière dite compétente (Benner 1984).

2.2.2.2 Les compétences

Toujours selon Benner (1984), l’infirmière compétente représente le *sweet spot* dans une échelle allant de novice à experte, il s’agit aussi du niveau souhaité par les organisations car il présente un équilibre avantageux entre expérience et expertise pour répondre efficacement aux besoins des patients (Benner 1984). Dans leurs travaux découlant de l’implantation d’un référentiel de compétences infirmières, Boyer, Pépin et al. rappellent que les compétences sont la mobilisation et la mise en pratique de la triade des savoirs, savoir-faire et savoir-être (Boyer, Pepin et al. 2023). Les sept compétences infirmières qu’ils ont retenu pour leur référentiel sont : le jugement clinique, l’humanisme, la continuité des soins, la rigueur scientifique, le leadership clinique, la collaboration et le développement professionnel (Boyer, Pepin et al. 2023). Considérant que le référentiel est un outil d’auto-évaluation, les résultats de Boyer, Pépin et al. (2023) indiquent que la majorité des infirmières sondées estiment avoir développé leurs compétences à un stade moyen de développement, n’étant ni novices ni expertes (Boyer, Pepin et al. 2023). Ces conclusions sont alignées à l’argument de Benner (1984) selon lequel la majorité des infirmières atteindront le stade d’infirmière compétente, avec seulement une minorité qui deviendront expertes.

Dans leurs travaux visant à comprendre les relations entre différents référents empiriques de l’expertise infirmière, Bathish, Wilson et al. (2018) ont fait quelques constats d’intérêts en lien avec les compétences infirmières (Bathish, Wilson et al. 2018). Comme de fait, il apparaît que l’éducation et l’expérience n’ont pas d’impact significatif sur les compétences, alors que la pratique délibérée impacte significativement la compétence infirmière (Bathish, Wilson et al. 2018). Ainsi, la pratique délibérée – soit la poursuite intentionnelle et ciblée d’activités visant à ultimement atteindre l’expertise – constitue l’avenue de prédilection pour développer ses compétences infirmières.

2.2.3 Les relations de l’infirmière

Pour mieux comprendre le contexte social dans lequel évolue l’infirmière ainsi que la dimension « groupe » de son identité professionnelle, il importe de broser un portrait des relations dans lesquelles elle est partie prenante. Par conséquent, cette section vise à

synthétiser la littérature d'intérêt en ce qui a trait aux relations intra- et interprofessionnelles de l'infirmière, sa relation patient-professionnel ainsi que la relation institutionnelle.

2.2.3.1 Les relations intra- et interprofessionnelles

Au sein même de la profession et indépendamment de leur spécialité ou lieu de travail, les infirmières font partie d'une seule équipe – le « nous » – avec laquelle elles partagent des caractéristiques et éprouvent un sentiment d'appartenance (Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). Cette affiliation est clé à leur identité, tout comme la collaboration qui constitue d'ailleurs une des valeurs de la profession (Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). Malgré cette façade commune, le groupe s'effrite à mesure qu'on le décortique en ses différents niveaux de pratique – infirmière auxiliaire, infirmière, infirmière clinicienne, etc. – et que des conflits surviennent. Comme de fait, la littérature existante suggère que la division du travail et le partage des activités liées aux soins sont sources de tensions et d'insatisfaction chez les infirmières (Lavander, Turkki et al. 2017, Gervais, Despins et al. 2023, Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). Dans leur recherche sur les défis et obstacles liés à la division du travail infirmier, Lavander, Turkki et al. (2017) rapportent que certaines infirmières n'arrivaient pas à accomplir ce pour quoi elles avaient été formées en raison de descriptions d'emplois inadaptées (Lavander, Turkki et al. 2017). Cet écart entre ambitions et réalisations causait une insatisfaction chez les infirmières qui voyaient leurs études comme inutiles et espéraient un ajustement des rôles dans le but d'accomplir du travail significatif (Lavander, Turkki et al. 2017). Ces résultats sont alignés aux travaux plus récents de Gervais, Despins et al. (2023) qui soulignent que les infirmières effectuent peu de tâches à valeur ajoutée puis que cela pourrait être solutionné via une meilleure division du travail (Gervais, Despins et al. 2023). Ultimement, une application défailante du champ d'exercice de l'infirmière, c'est-à-dire lorsque celle-ci n'accomplit pas des activités totalement pertinentes et/ou alignées à la pratique, peut inciter d'autres collègues à tirer avantage de son identité fragilisée pour lui déléguer plus de tâches à valeur non ajoutée (Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). Ceci aura pour effets potentiels de contribuer à une surcharge de travail, générer des conflits ou encore contribuer à une hiérarchisation des parties prenantes impliquées. Cette perspective rappelle les travaux de Jones (2006)

portant sur les équipes multidisciplinaires alors qu'un des résultats clés est la tendance qu'ont les professionnels à protéger leur autonomie et leurs professions respectives (Jones 2006). À cet effet, la collaboration interprofessionnelle est vue comme difficile et témoin de rivalité alors que certains professionnels – dans un contexte de travail d'équipe multidisciplinaire – s'efforceront de résister aux changements menaçant leur autonomie plutôt que de se concentrer à livrer des résultats (Jones 2006). De plus, le fait que la notion de travail d'équipe puisse différer d'un individu à l'autre impacte les dynamiques interprofessionnelles (Atwal and Caldwell 2006). Cela est aussi vrai lorsque les professionnels n'ont pas suffisamment développé leur posture de joueur d'équipe et disposent de niveaux de compétences plus faibles pour ce qui est de l'assertivité et la confiance en soi. Atwal et Caldwell (2006) associent ces deux éléments, soit la notion de travail d'équipe qui diffère et le manque de compétences en assertivité et confiance en soi, comme deux facteurs contribuant à des échanges de moins bonne qualité entre les différents intervenants (Atwal and Caldwell 2006). Conséquemment, ceci mène à des rencontres inefficaces qui n'atteignent pas les résultats ou objectifs escomptés et à des transferts d'information peu utiles, par exemple lors des changements de quarts.

En termes de relations de pouvoir, il semble que les médecins soient vus comme un groupe très influent et les infirmières ajustent leurs comportements et croyances en conséquence (Atwal and Caldwell 2006, Jones 2006). Jones (2006) indique que les intervenants de professions dites non médicales, comme les infirmières qui sont plutôt des professionnelles des soins, éprouvent souvent un sentiment d'infériorité envers les médecins (Jones 2006). Dans la même veine, Atwal et Caldwell (2006) rapportent que les infirmières voient les médecins comme ceux ayant le plus de pouvoir et qu'elles n'oseront parfois pas partager leur point de vue par peur d'être ciblées tel un bouc émissaire (Atwal and Caldwell 2006). À même le groupe des infirmières, celles ayant développé des compétences technologiques supérieures aux autres sont en mesure d'exercer un pouvoir et une influence sur leurs paires (Knop, Mueller et al. 2024).

2.2.3.2 La relation patient-professionnel

Bien qu'il existe une littérature importante portant sur la relation patient-professionnel ainsi qu'une littérature émergente sur l'impact de l'IA sur cette relation, il ne semble pas y avoir de consensus sur la nature de la relation (Hagerty and Patusky 2003, Molina-Mula and Gallo-Estrada 2020, Lorenzini and Elger 2023, Shinnars, Aggar et al. 2023, Knop, Mueller et al. 2024, Ramadan, Alruwaili et al. 2024). Conséquemment, Hagerty et Patusky (2003) contredisent l'argument selon lequel la relation est linéaire et suggèrent plutôt que celle-ci est dynamique et itérative en raison du contexte moderne des soins (Hagerty and Patusky 2003). De plus, ils avancent que la relation n'est pas basée sur la confiance, comme cela fut longtemps présumé, mais est plutôt basée sur la réalisation d'objectifs (Hagerty and Patusky 2003). Ceci se rapproche des résultats de Molina-Mula et Gallo-Estrada (2020) qui soutiennent que la relation se concentre entre autres autour de concepts tel que la conformité, la responsabilisation et le pouvoir (Molina-Mula and Gallo-Estrada 2020). Cette ambivalence entre la vertu et l'efficacité rappelle deux grands paradigmes de la relation patient-professionnel, d'une part la prise de décisions partagée et d'autre part le paternalisme (Hagerty and Patusky 2003, Molina-Mula and Gallo-Estrada 2020, Lorenzini and Elger 2023). En médecine, c'est le paradigme de la prise de décisions partagée qui dicte la relation médecin-patient puisque le patient a droit à son autonomie de choix et le médecin en a l'obligation professionnelle de le respecter (Lorenzini and Elger 2023). Comme de fait, Lorenzini et Elger (2023) rappellent qu'il s'agit du paradigme éthique puisqu'il respecte le consentement et l'autonomie du patient, lui permettant de décider en fonction de ses valeurs et croyances, tout en respectant l'expertise et l'autonomie du médecin, lui permettant de traiter « avec (le patient) » plutôt que traiter « pour » ou « au nom (du patient) » (Lorenzini and Elger 2023). À l'inverse, le paradigme du paternalisme implique que le professionnel ignore – volontairement ou non – l'autonomie du patient en décidant pour lui, ce qui mène à la soumission du patient envers le professionnel (Molina-Mula and Gallo-Estrada 2020, Lorenzini and Elger 2023). La littérature suggère que ce paradigme est bien présent dans les soins infirmiers puisque les infirmières préfèrent les « bons » patients, soit ces patients qui acceptent leur diagnostic, adhèrent à leur plan de traitement, coopèrent avec les intervenants et sont vus comme soumis (Hagerty and Patusky 2003, Molina-Mula and Gallo-Estrada 2020). Ce

débalancement du pouvoir est maximal dans un contexte d'hospitalisation, où le patient peut carrément être jugé impuissant face aux soins qui lui sont imposés pour son bien, qu'il le veuille ou non (Molina-Mula and Gallo-Estrada 2020). Dans le cas d'un « mauvais » patient, l'infirmière peut aller jusqu'à modifier son comportement de sorte à rejeter ou ignorer le patient, contribuant à des soins de mauvaise qualité et/ou à une négation du droit de choisir du patient (Hagerty and Patusky 2003). En somme, il apparaît que deux grands paradigmes dictent la relation patient-professionnel, mais que le paternalisme soit le paradigme plus fréquemment observé dans les soins infirmiers, et donc dans la relation patient-infirmière.

Dans certaines études, il fut rapporté que les professionnels en soins et les infirmières ont des craintes quant à l'impact de l'IA sur la relation patient-professionnel, particulièrement en ce qui a trait à leur autonomie professionnelle, la qualité des soins et la sécurité des patients (Shinners, Aggar et al. 2023, Ramadan, Alruwaili et al. 2024). Comme de fait, Lorenzini et Elger (2023) soutiennent que l'IA doit respecter l'autonomie du professionnel à prendre des décisions et celle du patient à choisir selon ses valeurs et préférences, puis que le professionnel doit agir comme intermédiaire pour communiquer les valeurs du patient à l'IA afin de générer des résultats personnalisés (Lorenzini and Elger 2023). Toutefois, leurs arguments sont valides dans la prémisse où la relation patient-professionnel est basée sur le paradigme de la prise de décisions partagée. Dans le cas contraire, où le pouvoir n'est pas équitable entre les parties impliquées, Knop, Mueller et al. (2024) avancent que la technologie constitue plutôt une barrière entre le patient et le professionnel puis contribue à créer une distance entre eux (Knop, Mueller et al. 2024). Également, ils affirment que la technologie permet aussi au professionnel de démontrer son pouvoir sur le patient en disposant de données objectives, telles que les signes vitaux mesurés, pouvant ainsi contredire les symptômes partagés par le patient, tels que la douleur perçue (Knop, Mueller et al. 2024). En se concentrant sur des objectifs alimentés par la technologie, comme la prise des signes vitaux, la technologie pose un risque de déshumanisation des soins alors que l'infirmière vient à négliger l'humain et son expérience. Cet enjeu rappelle l'argument d'Hagerty et Patasky (2003) comme quoi la relation patient-professionnel est de plus en plus basée sur l'atteinte d'objectifs plutôt que sur des facteurs humains tels que la confiance.

2.2.3.3 La relation institutionnelle

Nous n'avons pas recensé de travaux étudiant directement et explicitement la relation entre l'infirmière et l'institution dans la littérature existante, bien qu'il existe des travaux connexes au sujet tel que ceux portant sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières (Parsons and Stonestreet 2003, Cziraki, McKey et al. 2014, Grubaugh, Warshawsky et al. 2023). À cet effet, ces travaux soulignent l'importance du support organisationnel pour attirer et/ou retenir l'infirmière, alors nous les considérons d'intérêt dans une optique de relation entre l'infirmière et l'institution. Parsons et Stonestreet (2003) indiquent entre autres que le support des dirigeants et l'importance accordée par l'employeur aux programmes d'orientation et de développement professionnel sont des éléments clés contribuant à retenir l'infirmière (Parsons and Stonestreet 2003). D'autres travaux démontrent que le niveau de support reçu varie grandement d'une infirmière à l'autre, bien que plusieurs reçoivent un support financier de leur employeur pour participer à des programmes de développement adaptés à leur rôle (Cziraki, McKey et al. 2014). Également, nous avons déjà introduit que les organisations supportent l'atteinte d'un niveau de compétences moyen – soit l'infirmière dite « compétente », ni débutante ni experte – puisque ce niveau est considéré comme optimal par les gestionnaires (Benner 1984). Or, il apparaît aussi que les organisations renforcent le maintien d'un tel niveau en concentrant leur offre de formation pour cibler les infirmières compétentes et en limitant l'offre qui s'adresse plutôt aux infirmières dites expertes (Benner 1984). Ce constat laisse croire à un désir de contrôle potentiel de l'employeur envers son personnel pour ce qui a trait au développement des compétences.

Dans la littérature sur les rôles infirmiers en pratique avancée, Bryant-Lukosius, DiCenso et al. (2004) indiquent que nous observons une lenteur voir un échec législatif et institutionnel à encadrer le changement lorsque les paradigmes sont secoués (Bryant-Lukosius, DiCenso et al. 2004). Par exemple, l'élargissement du champ de pratique de l'infirmière via l'introduction du rôle d'IPS s'est fait suivre par une révision des politiques très lente, ce qui représente bien la difficulté des institutions à s'adapter à des changements de si grande envergure.

Dans une autre étude portant sur les dynamiques de communications entre les organisations en soins – comme les associations et ordres professionnels – et leurs parties prenantes, les chercheurs ont fait des constats intéressants quant à la responsabilité de ces organisations et comment leurs actions influencent l’image publique des infirmières (Álvarez-Muñoz, González Luis et al. 2025). Ainsi, ils avancent que les organisations en soins ont une responsabilité à communiquer efficacement pour générer une image positive des infirmières dans la société, bien qu’ils tendent plutôt à contribuer à des perceptions négatives en concentrant leurs communications sur des sujets politiques ou liés à l’emploi (Álvarez-Muñoz, González Luis et al. 2025). En communiquant peu sur des sujets médicaux ou liés à la santé, ils contribuent aussi à la non-reconnaissance des infirmières comme des expertes du monde de la santé (Álvarez-Muñoz, González Luis et al. 2025).

Globalement, la littérature existante tend à démontrer que les organisations et institutions ont de multiples responsabilités envers leurs membres et employés, incluant les infirmières. Ces responsabilités incluent entre autres le lien d’emploi, le développement des compétences, la révision des rôles et politiques ainsi que les communications dans un effort d’image publique. Considérant qu’elles contrôlent l’issue de ces activités dans une plus grande mesure que les infirmières, nous trouvons raisonnable de croire que la relation infirmière-institution en est une de pouvoir en faveur de l’institution. Bien que les infirmières aient un rôle à jouer dans cette relation, la littérature existante nous laisse croire à une dynamique de style David contre Goliath.

2.2.4 Portrait de la profession infirmière au Québec

Au 31 mars 2025, nous comptons un peu plus de 86 000 infirmières inscrites au tableau de l’OIIQ, en progression constante et annuelle depuis les 75 000 membres en règle de 2018-2019 (OIIQ 2025). Environ 75% de ces membres travaillent dans une des trois pratiques suivantes : soins généraux et spécialisés, de première ligne ou soins critiques (OIIQ 2025). De plus, la majorité suivront la même trajectoire afin de devenir membres, c’est-à-dire qu’elles occuperont un emploi de PAB pendant leurs études jusqu’à atteindre le statut de candidate à l’exercice de la profession infirmière (CEPI), après quoi elles passeront l’examen professionnel, deviendront membres de l’ordre et débiteront la

pratique d’infirmière (Service du développement professionnel 2025). Bien que le DEC technique et le baccalauréat mènent à la profession, de plus en plus d’infirmières québécoises choisissent de poursuivre leurs études jusqu’au niveau universitaire alors qu’elles étaient près de 50% à détenir un diplôme de premier cycle en 2024-2025, en hausse de près de 8 points sur sept ans (OIIQ 2025). De plus, la répartition des membres selon leur domaine d’affectation principal est stable depuis les sept dernières années (période permise par le tableau de bord sur l’effectif infirmier de l’OIIQ), alors que près de 88% des membres travaillent dans les soins cliniques divers, tandis que le 12% restant est réparti entre l’enseignement, la recherche et les rôles de gestion (OIIQ 2025). Malgré que l’effectif infirmier soit en hausse au Québec, nous entendons souvent parler de « pénurie ». Or, la littérature existante suggère qu’il n’existe pas de pénurie d’infirmières au Québec, mais que nous assistons plutôt à une pénurie de soins infirmiers (Voyer, Cyr et al. 2016, Gervais, Despins et al. 2023, Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). Ceci implique que les infirmières occupent partiellement leur poste et l’explication la plus simple tient du fait qu’une grande proportion des activités qu’elles accomplissent sont à valeur non ajoutée. Bien que nous ayons déjà couvert l’enjeu de la division du travail, nous ajouterons dans la présente section que la pénurie de soins infirmiers a des conséquences sur l’identité professionnelle des infirmières puisqu’elle précarise leurs conditions de travail et fragilise leurs perceptions d’elles-mêmes (Boulet-Gendron, Brien et al. 2024).

Dans son récent rapport d’analyse de la profession infirmière, le Ministère de l’Enseignement Supérieur indique que les « principales transformations qui influencent ou influenceront la pratique infirmière dans un avenir prévisible sont d’ordre législatif, organisationnel, social, technologique et environnemental » (QUÉBEC 2025). Conséquemment, le rapport fournit plus de détails sur quoi et comment seront impactées les infirmières, tout en analysant la profession sous toutes ses dimensions. Nous avons consolidé les tendances et transformations anticipées par le Ministère dans le tableau 1.

Tableau 1 : Tendances et transformations de la pratique professionnelle selon Québec (2025)

Nature	Facteurs contribuant à la transformation de la pratique
Législatif	• Réformes du domaine de la santé (ex : Santé Québec) • Modernisation du système professionnel et des services de première ligne • Absence de balises pour des ratios sécuritaires • Modifications concernant la légalisation du cannabis, de la grossesse pour autrui et de l'aide médicale à mourir • Possibilité pour les infirmières de constater les décès • Fin de la pratique du signalement des naissances
Organisationnel	• Augmentation de l'accessibilité aux soins • Efficacité accrue de la première ligne • Augmentation de l'offre de soins à la maison • Coordination clinique et logistique dûe aux soins à domicile • Pallier les défis tels que mesures de contingence, TSO et roulement
Social	• Vieillissement de la population • Hausse des taux de cancer • Progrès en matière de droits des personnes 2ELGBTQI+ • Diversité culturelle • Relations avec les personnes issues des Premières Nations / nation inuit • Impacts de la pandémie de COVID-19 • Nouvelles tendances touchant la clientèle pédiatrique
Technologique	• Intégration des technologies de l'information et de la communication • Intégration de la santé numérique • Intégration de l'intelligence artificielle • Suivi et accompagnement des personnes soignées • Défis éthiques et de confidentialité
Environnemental	• Effets du réchauffement de la planète, de l'effondrement de la biodiversité et de la pollution de l'environnement sur la santé physique et mentale des populations

2.2.5 La numérisation de la profession infirmière

La numérisation, ou encore la digitalisation de la profession infirmière, peut être vue comme l'évolution des soins infirmiers dans un contexte où des technologies y sont intégrées. Ainsi, l'intégration des TIC, DMÉ, robots infirmiers, de l'informatisation clinique, santé numérique, des tablettes et plus récemment de l'intelligence artificielle est à considérer comme des résultats de la numérisation. Bien entendu, l'intégration de ces outils et technologies est dépendante de l'adoption par les professionnels et il existe à cet effet un éventail intéressant quant aux divers facteurs d'adoption dans la littérature existante (Ergin, Karaarslan et al. 2022, Korte and Bohnet-Joschko 2022, Wynn, Garwood-Cross et al. 2023, Yilmaztürk, Kose et al. 2023). Comme de fait, Wynn,

Garwood-Cross et al. (2023) suggèrent, dans leur étude visant à comprendre l'adoption des technologies numériques par les infirmières, que les facteurs démographiques tel que le sexe et l'âge influencent les perceptions des infirmières quant à la technologie ainsi que leur motivation à les adopter (Wynn, Garwood-Cross et al. 2023). Ils proposent diverses pistes d'action, reconnaissant que la profession infirmière est témoin de beaucoup de résistance et retards dans l'adoption du numérique. La littérature existante indique aussi que l'infirmière-chef joue un rôle important dans l'adoption des technologies via l'influence qu'elle exerce sur ses équipes (Ergin, Karaarslan et al. 2022, Korte and Bohnet-Joschko 2022). À cet effet, Ergin, Karaarslan et al. (2022) affirment que l'infirmière-chef joue un rôle clé dans la défense objective et efficace de l'intégration de l'IA et des robots dans un contexte de soins puisqu'elle a un rôle de champion auprès de ses équipes; ajoutant qu'il est donc critique d'adresser ses craintes et de s'assurer qu'elle a des attitudes positives envers l'IA. Un autre facteur d'influence qui réussit à motiver les infirmières dans l'adoption des technologies est le focus sur l'efficacité, alors que plusieurs des tâches qu'elles accomplissent pourraient être optimisées (Korte and Bohnet-Joschko 2022). Par exemple, le remplissage des formulaires patients est une activité qui pourrait être grandement optimisée, en passant du papier à l'informatisation clinique, tel qu'indiqué par Yilmaztürk, Kose et al. (2023) qui ont mesuré les économies en temps et en coûts d'impression (papier et cartouches) de ce virage au sein des unités de soins intensifs turques. Conséquemment, une infirmière des soins intensifs passe plus de 2h par jour à remplir des formulaires papier alors qu'elle diminuerait ce temps presque de moitié si les formulaires étaient informatisés (Yilmaztürk, Kose et al. 2023). Ces économies en main-d'œuvre et fournitures sont substantielles alors qu'elles sont évaluées à plus de 10 millions de dollars américains à l'échelle nationale de la Turquie uniquement pour les unités de soins intensifs (Yilmaztürk, Kose et al. 2023).

En complément, Korte et Bohnet-Joschko (2022) suggèrent que les infirmières sont plus enclines à adopter une technologie vue comme novatrice sans être radicale d'un point de vue innovation. Dans leur étude allemande par vignettes, l'adoption de tablettes est donc considérée comme susceptible de générer une motivation plus grande que dans le cas de l'adoption de lunettes intelligentes (Korte and Bohnet-Joschko 2022). Ainsi, il serait raisonnable de penser que l'adoption de l'IA risque d'être moins intéressante que

l'informatisation clinique pour les infirmières québécoises, dans un contexte où elles ont encore recours au papier et au fax. Sur le sujet de l'informatisation clinique, Upadhyay et Hu (2022) suggèrent que les infirmières ont une perception somme toute positive quant à l'utilisation de DMÉ alors que les arguments en faveur incluent, entre autres, la facilité d'organisation qu'ils offrent aux professionnels, l'amélioration des transferts d'information entre intervenants et la capacité accrue à prendre des décisions basées sur la donnée. À l'inverse, les éléments suivants sont vus comme des inconvénients et/ou obstacles à l'adoption : formation insuffisante quant à l'utilisation d'un DMÉ, focus accru sur la technologie au détriment du patient, dépendance des organisations sur les fournisseurs de DMÉ et manque d'intégration entre les différents systèmes, ce qui nuit à l'atteinte d'une vue centrale des données patients (Upadhyay and Hu 2022).

La numérisation de la profession infirmière est une tendance large qui a des impacts au-delà de la simple modification des processus et flux cliniques, puisque l'intégration de la technologie dans les soins infirmiers contribue aussi à transformer la nature des rôles et à modeler l'identité professionnelle des infirmières (Knop, Mueller et al. 2024). En effet, la digitalisation transforme les processus permettant l'accomplissement des activités liées à la profession, ce qui impacte aussi les comportements, habitudes et schémas de pensée des infirmières (Knop, Mueller et al. 2024). Conséquemment, la numérisation des soins force les infirmières à adopter des processus activés par la technologie, ce qui amène donc Knop, Mueller et al. (2024) à affirmer qu'il est possible de considérer la technologie comme un facteur permettant d'influencer les rôles infirmiers.

2.3 Synthèse

L'objectif de cette section est de présenter un rappel ciblé des éléments clés de la littérature actuelle tout en soulignant les écarts, ce qui permettra de positionner notre question de recherche. Puis, nous bonifierons cette question de recherche primaire par l'introduction de quelques questions secondaires, dans le but de baliser notre exploration.

2.3.1 Constats clés et écarts issus de la littérature actuelle

À la lumière des savoirs existants, il est évident que peu de cas d'usage de l'IA soient actuellement déployés tout en ciblant les infirmières, limitant ainsi notre compréhension de comment l'IA va transformer la profession. Concrètement, l'IA a le potentiel de réduire le fardeau administratif de l'infirmière afin de lui permettre de se concentrer sur ses patients et sur les soins, deux piliers de son rôle et de son identité. Par ailleurs, il existe de nombreux enjeux éthiques entourant le design, développement et déploiement de l'IA, et ce, particulièrement dans un contexte de soins où les conséquences peuvent être très graves. Cependant, il ne semble pas exister de cadre ou méthodologie structurante afin de guider les gestionnaires et décideurs dans le développement et le déploiement éthique de l'IA en santé (Karimian, Petelos et al. 2022). Comme de fait, plusieurs des travaux actuels permettent d'avoir une vue d'ensemble des enjeux éthiques ou encore de guider l'intégration de l'IA sur la base d'un seul enjeu, mais pas de guider l'intégration en fonction de multiples enjeux.

De plus, l'intégration de la technologie a le potentiel de transformer les rôles infirmiers et certains facteurs sont d'ailleurs connus pour favoriser l'adoption du numérique par les infirmières. D'ailleurs, il existe une littérature d'importance quant à l'impact de l'automatisation pour plusieurs industries, mais très peu de constats applicables au domaine de la santé nous permettent de réellement anticiper comment la profession infirmière sera appelée à évoluer (Aquino, Rogers et al. 2023). Ultimement, nous avons une bonne compréhension du rôle de l'infirmière, de son identité professionnelle ainsi que de ses relations à l'heure actuelle; sans toutefois savoir comment l'IA impactera ces dimensions de la profession.

2.3.2 Question de recherche

L'intégration de l'IA et la gestion des défis éthiques sont deux éléments identifiés par le gouvernement du Québec comme prioritaires pour transformer la profession infirmière dans un futur proche. Considérant cette tendance à intégrer l'IA et le manque de connaissances quant à son impact sur la profession infirmière, une question s'impose :

comment l'intelligence artificielle impactera-t-elle les rôles, identités professionnelles et dynamiques de travail des infirmières ?

Cette question de recherche est pertinente puisqu'elle permettra de supporter l'adoption du changement par les infirmières tout en épaulant les gestionnaires et décideurs. Comme de fait, explorer l'évolution de la profession infirmière sous l'angle de l'intégration de l'IA permettra de mieux comprendre la nature des changements humains à venir. En décortiquant notre question de recherche, il est possible d'arriver aux sous-questions suivantes :

- Comment l'IA va-t-elle transformer les rôles infirmiers ?
- Quel est l'impact de l'IA sur la division du travail (le partage des tâches et responsabilités) et sur le champ de pratique (les activités autorisées) ?
- Quel est l'impact de l'IA sur les sentiments de fierté et d'appartenance des infirmières ?
- Comment l'IA va-t-elle transformer la relation patient-infirmière ?
- Quel est l'impact de l'IA sur le travail d'équipe et les relations intra- et interprofessionnelles ?

Chapitre 3 : Méthodologie

L'objectif de ce chapitre est d'exposer l'approche préconisée pour répondre à notre question de recherche. À cet effet, nous présenterons l'objectif de la recherche, puis introduirons nos choix méthodologiques. Par la suite, nous couvrirons le contexte de l'étude, adresserons la collecte de données et expliquerons comment l'analyse de données s'est déroulée. Finalement, nous concluons avec les enjeux et limites de notre méthodologie de recherche.

3.1 L'objectif de la recherche

L'objectif de la recherche est d'explorer comment l'intégration de l'IA impactera la profession infirmière via la transformation des rôles, identités professionnelles et dynamiques de travail. Conséquemment, cet objectif permettra d'explorer la nature des changements humains qui impacteront les infirmières et d'outiller les gestionnaires et décideurs à mitiger la résistance au changement en aillant une meilleure compréhension des impacts attendus.

3.2 Le choix de la méthodologie de recherche

Compte tenu des objectifs de la recherche, une recherche exploratoire de type qualitative s'avérait comme l'approche à privilégier. En effet, nos variables à l'étude sont difficilement mesurables de manière objective puisqu'elles consistent en l'évaluation de phénomènes et de sujets dans leur environnement, puis contribuent à la création d'hypothèses plutôt que la validation d'hypothèses (Aubin-Auger, Mercier et al. 2008).

3.2.1 Nature de la recherche : exploratoire

De par notre question de recherche, nous souhaitons explorer un phénomène et tenter de comprendre comment celui-ci évoluera selon la perspective de sujets familiers au phénomène, ou du moins familiers au contexte et à l'environnement dans lequel ledit phénomène évoluera. À cet effet, notre recherche s'aligne à la vision qu'ont Marshall et Rossman de la recherche qualitative, soit une recherche : « pragmatique, interprétative et

ancrée dans les expériences vécues des individus » (Marshall and Rossman 2016). De plus, l'aspect qualitatif de notre recherche s'observe via les questions auxquelles elle répond : quels impacts doit-on anticiper en lien avec l'intégration de l'IA en santé, comment ces impacts transformeront le quotidien des infirmières, etc. (Pope and Mays 2006). À l'inverse, si notre recherche avait été de nature quantitative, nos questions auraient plutôt ressembler à : combien d'impacts doit-on anticiper, dans quelle mesure ces impacts transformeront les soins infirmiers, etc.

3.2.2 Méthode de recherche : l'entretien semi-dirigé

Afin d'être en alignement avec l'objectif et la nature de notre recherche, l'entretien semi-dirigé fût choisi comme méthode puisqu'il permet d'explorer un phénomène sous les perspectives individuelles et uniques de nos participants (Adeoye-Olatunde and Olenik 2021). En effet, l'entretien semi-dirigé nous permet de discuter avec le participant grâce à certaines questions ouvertes définies au préalable tout en permettant une flexibilité propice au dialogue et à l'émergence de nouveaux sujets ou thèmes (DiCicco-Bloom and Crabtree 2006).

3.3 Le contexte de l'étude

Dans le but de nous familiariser avec notre contexte de recherche, nous avons effectué une première recension des écrits axée sur l'intelligence artificielle en santé et l'impact sur les professionnels de la santé, avant de la bonifier à mesure que nous progressions dans notre travail de recherche. Cet effort de familiarisation nous a permis d'être pertinents et adaptés lorsque fut le temps d'interagir avec notre population cible, soit les infirmières québécoises. De plus, il importe de souligner que le cadre spatio-temporel de notre recherche se situait au croisement entre province de Québec et printemps-été 2024. Ainsi, nous avons interrogé une dizaine d'infirmières québécoises entre mai et juin 2024 dans le but d'entendre leurs vécus et perspectives en lien avec l'intégration de l'IA dans leur profession.

La population d'intérêt. Considérant que l'équipe de soins est pluridisciplinaire et comprend des individus de diverses spécialités et catégories d'emploi, il est possible de

rassembler ces individus sous le parapluie commun de « population d'intérêt » puisqu'ils partagent le même secteur d'activités, travaillent dans les mêmes organisations et traitent les mêmes patients. En effet, nous anticipons que plusieurs des conclusions de notre étude pourraient s'appliquer non seulement aux infirmières, mais également à d'autres professionnels de la santé. Ce regroupement nous permettrait donc de généraliser et/ou transférer certains résultats entre les individus et groupes de notre population d'intérêt (Agogué, Chénard-Poirier et al. 2023). Conséquemment, les infirmières partagent plusieurs éléments en commun avec d'autres professionnels de l'équipe de soins tels que médecins et préposés aux bénéficiaires – pour n'en nommer que quelques-uns – et certaines conclusions pourraient être pertinentes pour ces individus et leurs gestionnaires.

La population cible. Toutefois, il importait de circonscrire notre population d'intérêt en une base plus spécifique à laquelle nous pouvions recruter des participants afin de réaliser notre étude. Cette « population cible » nous a permis de concentrer nos efforts dans une direction claire nous permettant de mieux comparer les données entre elles (Agogué, Chénard-Poirier et al. 2023). À cet effet, la population cible de notre recherche se résumait aux infirmières et infirmiers en exercice au Québec, en incluant les infirmières auxiliaires, ICS et IPS. Cela couvre donc la majorité des membres de l'OIIQ et l'OIIAQ, qui comptaient respectivement 83 418 et 30 112 membres actifs au 31 mars 2023, pour un bassin total approximatif de 114 000 personnes (OIIAQ 2025, OIIQ 2025). Or, nous avons choisi d'exclure les infirmières en arrêt de travail, retraitées, en exercice hors Québec ou non-membre de l'ordre pertinent puisque celles-ci étaient moins ou pas susceptibles de contribuer à notre étude du phénomène d'intérêt.

Le terrain de recherche. Reconnaissant les difficultés associées à un terrain de recherche rigide et/ou lié à une organisation spécifique, nous avons opté pour une flexibilité dans le choix de notre terrain. Ainsi, notre terrain de recherche se résumait à une collection d'individus œuvrant dans plusieurs organisations mais appartenant à une profession spécifique – c'est-à-dire la profession infirmière – et ayant certaines caractéristiques en commun – soit l'exercice de leur pratique dans la province de Québec. Comme de fait, Agogué, Chénard-Poirier et al. (2023) nous rappellent que le terrain n'a pas à être un lieu physique ou virtuel, mais peut être une collection d'individus appartenant à la même

population cible. De manière pratique, nos participants pouvaient donc travailler autant en milieu hospitalier que dans une clinique spécialisée ou un GMF.

3.4 La collecte de données

Afin de générer des échanges susceptibles de répondre à notre question de recherche, nous avons élaboré un guide d'entretien permettant d'orienter les discussions avec nos participants. Puis, nous avons recruté une dizaine de participants en misant sur une approche d'échantillonnage non probabiliste à participation volontaire. Concrètement, nous avons lancé un « appel à participants » dans un groupe public de la plateforme Facebook et regroupant plusieurs infirmières. Au total, nous avons interrogé dix participants par vidéoconférence à l'aide de la plateforme Teams.

Le guide d'entretien. Le guide d'entretien fût élaboré autour de nos trois sujets clés, soit : les rôles, l'identité professionnelle et les dynamiques relationnelles. Pour chacun de ces sujets, nous avons procédé à une segmentation additionnelle avec des sous-thèmes. Par exemple, le sujet de l'identité professionnelle était couvert via diverses questions portant entre autres sur le sentiment de fierté, le sentiment d'appartenance, le jugement clinique et la réputation des infirmières dans l'œil public. Globalement, nous avons rédigé une vingtaine de questions pour discuter des trois sujets clés de notre étude.

Alors que cette vingtaine de questions représentait l'essence de notre guide d'entretien, il était nécessaire d'ajouter quelques questions contextuelles afin de doucement débiter l'entretien et permettre aux participants de se mettre à l'aise avec le chercheur *interviewer* et avec le sujet. Ainsi, notre guide d'entretien – qui se trouve à l'annexe C – incluait aussi des questions d'introduction tel que :

- Pouvez-vous me parler brièvement de votre emploi, c'est-à-dire le type d'unité et le genre d'organisation pour laquelle vous travaillez?
- Pouvez-vous me parler de votre connaissance et/ou usage actuel de l'intelligence artificielle?
- Quels sont les cas d'usage qui vous rendent enthousiastes face à l'intégration de l'IA dans votre travail?

Le recrutement du corpus. Dans le but de recruter des participants pour notre recherche, nous avons identifié une série d'actions à mettre en pratique, réparties en trois phases : appel à tous via nos réseaux personnels, appel à tous sur des groupes de réseaux sociaux et ciblage via plateformes et courriel professionnels. Toutefois, nous n'avons pas eu besoin d'activer les initiatives de la troisième phase puisque notre appel à participants sur des groupes Facebook a permis de finaliser notre corpus.

Comme de fait, notre première phase s'est échelonné durant tout le mois de mai 2024 avec une publication sur nos réseaux sociaux personnels et quelques discussions individuelles via messagerie, téléphone ou en personne avec amis et famille. Bien que notre publication ait généré trois réactions et cinq partages, cette phase n'a permis de recruter qu'un(e) participant(e). Pour cette raison, nous n'incluons pas la source de recrutement des participants dans les caractéristiques associées aux répondants afin de préserver l'anonymat de ceux-ci. Par le fait même, nous ne partagerons que les facteurs sociodémographiques ne permettant pas d'identifier nos participants, tel que la tranche d'âge et le sexe, par exemple.

Puis, notre deuxième phase de recrutement a eu lieu au début juin 2024 avec une publication sur le groupe Facebook « Infirmières en Mouvement », dont la description est la suivante :

Infirmières en Mouvement a pour objectif de favoriser un mouvement collectif cohérent des travailleurs de la santé à l'échelle du Québec. Cela inclut tous les acteurs qui collaborent avec les infirmières pour offrir des soins de qualité à la hauteur de nos compétences collectives.

Ainsi, pour toutes questions cliniques ou recommandations quant aux milieux de travail, veuillez vous (sic) référer aux autres groupes de soins infirmiers existants.

Il s'agit d'un groupe public et visible par tous, mais nécessitant une demande d'adhésion afin de pouvoir publier dans le groupe. En effet, les individus intéressés à joindre devaient répondre à la question : « Êtes-vous un professionnel en santé ? Si oui, spécifiez. Pourquoi voulez-vous rejoindre notre groupe ? », puis un modérateur ou administrateur devait ensuite approuver ou non la demande d'adhésion.

Au moment de la publication, le groupe comptait un peu plus de 35 000 membres. Bien qu'il s'agisse d'un groupe public et qu'il ne soit pas possible de valider que tous les membres sont des infirmières québécoises, les discussions récentes du groupe laissaient croire que les infirmières québécoises représentaient la grande partie du *membership* du groupe. Sachant cela, nous avons publié un appel à participants en format texte accompagné d'une image pour attirer l'attention et susciter l'engagement. Les personnes intéressées étaient invitées à communiquer avec l'équipe de recherche en nous contactant via courriel afin de discuter des prochaines étapes, soit le consentement et les modalités de l'entretien tel que date, heure, format et durée.

Globalement, l'appel à participants fût efficace puisque la publication a généré huit réactions et dix-huit commentaires, tout en incitant quatorze personnes à manifester de l'intérêt. Or, une personne ne s'est pas présentée à l'entretien tel que convenu et quatre personnes ont abandonné les démarches en cours de discussions. En conséquence, notre appel à tous sur Facebook a permis de s'entretenir avec neuf participants, portant notre échantillon à un total de dix individus. À cet effet, nous avions une cible arbitraire de dix participants, cible que nous jugions intéressante pour débiter la transcription et l'analyse des entretiens, après quoi nous aurions pu recruter des participants additionnels. En rétrospective, nous considérons que la saturation des données fût atteinte puisqu'il est peu probable que l'interrogation de participants additionnels auraient permis d'obtenir de nouvelles informations ou de générer de nouveaux codes lors de l'analyse thématique (Patricia and Lawrence 2015).

Les caractéristiques du corpus. Tel qu'indiqué précédemment, nous avons choisi d'exclure de notre étude certaines caractéristiques du corpus afin de préserver l'anonymat de nos participants. Ainsi, la région d'emploi et le domaine d'expertise sont les deux principaux attributs que nous ne retrouverons pas dans le tableau consolidé. Autrement, les données quant au sexe, tranche d'âge, rôle précis et années d'expérience de nos dix participants se trouvent ci-bas (tableau 2). En complément, la durée de l'entretien fût ajoutée pour chacun des participants.

Tableau 2 : Informations sur les participants (sexe, tranche d'âge, rôle et années d'expérience) et sur la durée de l'entretien, arrondi à la minute près et incluant seulement les échanges enregistrés

ID	Sexe	Tranche d'âge	Rôle précis	Années d'expérience dans rôle actuel	Années d'expérience en santé	Durée de l'entretien (minutes)
P1	Femme	25-34 ans	Infirmière en pratique avancée	4-10 ans	>10 ans	39
P2	Homme	25-34 ans	Infirmière en pratique avancée	>10 ans	>10 ans	39
P3	Femme	35-49 ans	Infirmière clinicienne	1-3 ans	>10 ans	41
P4	Homme	35-49 ans	Infirmière clinicienne	4-10 ans	>10 ans	47
P5	Femme	25-34 ans	Infirmière clinicienne	<1 an	4-10 ans	36
P6	Femme	35-49 ans	Infirmière	>10 ans	>10 ans	58
P7	Femme	35-49 ans	Infirmière auxiliaire	<1 an	>10 ans	54
P8	Femme	35-49 ans	Infirmière en pratique avancée	4-10 ans	>10 ans	46
P9	Femme	35-49 ans	Infirmière clinicienne	1-3 ans	>10 ans	42
P10	Femme	50-64 ans	Infirmière clinicienne	>10 ans	>10 ans	47

Également, l'analyse de notre corpus permet de conclure qu'il est relativement représentatif du bassin total de notre population cible selon les variables du sexe et de l'âge. Comme de fait, notre répartition par sexe était de 80% femmes et 20% hommes alors que la répartition des membres de l'OIIAQ est d'environ 89% femmes et 11% hommes (OIIAQ 2025). De son côté, l'OIIQ ne tient pas de statistiques sur le sexe de ses membres. Au niveau de l'âge, nos participants tombaient dans trois tranches précises (25-34 ans, 35-49 ans et 50-64 ans) à des proportions de 30%, 60% et 10% respectivement. Sur le terrain, ces mêmes tranches d'âge représentent 26%, 42% et 24% de l'effectif infirmier, respectivement (OIIQ 2025). C'est donc dire que la tranche d'âge la plus représentée dans notre corpus est aussi la tranche d'âge pour laquelle on retrouve la plus grande proportion de membres infirmiers.

Toutefois, notre corpus présentait une concentration plus forte d'infirmières cliniciennes et d'IPS que la réalité du terrain. Comme de fait, les infirmières et infirmières auxiliaires représentent environ 30% chacune de l'effectif combiné de l'OIIQ et de l'OIIAQ (OIIAQ 2025, OIIQ 2025). Bien que l'OIIQ ne tiennent pas de statistiques sur les rôles occupés, le dernier niveau d'études de ses membres permet d'assumer que les infirmières cliniciennes et les IPS représentent le 40% restant. Ainsi, notre corpus était composé à 80% d'infirmières cliniciennes et d'IPS alors qu'elles ne représentent que 40% de

l'effectif infirmier sur le terrain. Le sommaire de la répartition de nos participants est présenté dans le tableau 3.

Tableau 3 : Répartition des participants selon leur sexe, tranche d'âge, rôle et années d'expérience

<u>Sexe</u>	
Femme	80%
Homme	20%
<u>Tranche d'âge</u>	
25-34 ans	30%
35-49 ans	60%
50-64 ans	10%
<u>Rôle précis</u>	
Infirmière auxiliaire	10%
Infirmière	10%
Infirmière clinicienne	50%
Infirmière en pratique avancée	30%
<u>Années d'expérience dans rôle actuel</u>	
<1 an	20%
1-3 ans	20%
4-10 ans	30%
>10 ans	30%
<u>Années d'expérience en santé</u>	
4-10 ans	10%
>10 ans	90%

Le déroulement des entretiens semi-dirigés. Pour chacun des entretiens, nous avons débuté la rencontre par des remerciements et une brève présentation de l'équipe de recherche. Par la suite, nous avons sommairement expliqué le déroulement de l'entretien, révisé le formulaire de consentement pour toutes questions de dernière minute, confirmé les modalités d'enregistrement autorisées, puis débuté l'enregistrement le cas échéant. Parmi les modalités proposées, les participants pouvaient accepter l'enregistrement vidéo, audio seulement ou refuser tout enregistrement. Ensuite, nous avons débuté l'entretien avec des questions simples visant à mettre en confiance et permettre aux répondants de fournir un peu de contexte sur leur rôle et leur connaissance de l'IA. Puis, nous avons basculé vers les questions pertinentes à notre question de recherche, aidés par notre guide d'entretien. Lorsque nous jugions avoir couvert la majorité, voir tous les sujets de notre guide d'entretien, nous clôturons en demandant aux participants s'ils avaient quelque

chose à ajouter avant de passer aux questions d'ordre démographique. Finalement, nous mettons fin à l'enregistrement et terminions avec un mot d'au revoir. La durée moyenne des entretiens fût de 45 minutes et il est possible de voir la durée de chacun des entretiens au tableau 2.

3.5 La stratégie d'analyse de données

Une fois les entretiens complétés, nous avons révisé et ajusté les transcriptions initialement générées grâce à la fonction intégrée de l'application Teams afin de procéder à une analyse thématique. Puisque nous avons utilisé un guide d'entretien touchant différents sujets en lien avec notre question de recherche, plusieurs de nos résultats ont pu être organisés autour de thèmes de manière déductive, c'est-à-dire que l'identification de tendances au travers notre corpus s'est fait naturellement en suivant une logique *top down* (Braun and Clarke 2006). Toutefois, la recherche qualitative en général et l'analyse thématique sont appréciées pour la dimension d'émergence qu'elles permettent et notre recherche n'y a pas échappé. Ainsi, certains résultats se sont révélés être hors du cadre d'analyse initial ou du moins ne semblaient pas répondre à notre question de recherche, ce qui nous a permis d'identifier des thèmes de manière inductive et de mettre en lumière des résultats intéressants (Braun and Clarke 2006).

Conséquemment, notre équipe de recherche a procédé au codage de tous les verbatim à l'aide du logiciel d'analyse qualitative MAXQDA. Le codage des entretiens a mené à l'identification de 5 thèmes et 22 sous-thèmes. Suite à cela, nous avons répété l'exercice afin de valider la pertinence de notre codage initial et cela a mené à une réduction d'environ 15% de l'ensemble total des codes. Puis, nous avons procédé à une analyse manuelle dans Excel pour chacun des sous-thèmes afin d'identifier les tendances clés parmi les données. Par exemple, nous avons un sous-thème en lien avec le champ de pratique et les tâches de l'infirmière et celui-ci s'exprimait via 67 segments codés. Nous avons donc approfondi l'analyse d'un niveau afin de déterminer les croyances de nos participants par rapport à des questionnements tel que « est-ce susceptible que le champ de pratique de l'infirmière soit élargi suite à l'intégration de l'IA » ou encore « quelles tâches sont les plus propices à être réallouées » et ainsi faire émerger des tendances, voir

même des résultats auxquels nous ne nous attendions pas. À cet effet, les résultats de notre étude sont présentés dans le prochain chapitre.

3.6 Enjeux et limites de la méthodologie

Globalement, nous avons fait des choix méthodologiques cohérents et alignés avec notre question et nos objectifs de recherche. Cependant, notre méthodologie de recherche pouvait présenter certains enjeux et limites comme des risques éthiques, des biais de subjectivité et d'interprétation, ou encore des limitations en temps et variabilité des données. Ces enjeux et limites sont expliqués dans les paragraphes suivants.

Risques éthiques. Puisque notre recherche incluait la participation de sujets humains, une approbation du Comité d'Éthique de la Recherche était nécessaire. À cet effet, nous avons dû expliquer les objectifs, la nature et la méthodologie de notre recherche, tout en précisant les risques pour les participants. Puis, nous avons obtenu l'approbation du CER afin de débiter notre collecte de données (voir annexes A et B). Bien que notre recherche fût à risque minimal pour les participants, celle-ci pouvait potentiellement générer quelques émotions telles que déception, sentiment de perte de temps, anxiété ou stress.

D'un point de vue du respect des participants et de la confidentialité des données, nous encourageons un consentement libre et éclairé en réitérant les objectifs, risques et modalités de la recherche avant de débiter l'entretien. Puis, nous débitions l'entretien et l'enregistrement seulement une fois le consentement obtenu. Les fichiers d'enregistrement, de transcription et celles contenant les informations de contact du participant étaient enregistrées uniquement sur le serveur HEC (pas de version physique), puis furent anonymisées pour la rédaction de ce mémoire. Les données seront conservées en accord avec l'approbation et les délais prescrits par le CER, puis seront supprimées.

Biais de subjectivité et d'interprétation. En tant qu'équipe de recherche, il est possible que notre analyse de données ait été influencée par nos propres biais de subjectivité et d'interprétation. En effet, les biais de recherche peuvent survenir à toutes les étapes de notre processus de recherche et sont à considérer et mitiger puisqu'ils demeurent difficiles à complètement éliminer (Smith and Noble 2025). Ainsi, nous estimons avoir fait preuve

de rigueur dans nos techniques d'analyse et considérons donc que notre recherche a le potentiel de contribuer au savoir collectif en raison de son exécution méthodologique (St-Cyr Tribble and Saintonge 1999).

Limites méthodologiques. Également, la nature intense des entretiens d'un point de vue temps et ressources, autant pour les participants que l'équipe de recherche, aurait pu impacter la taille de notre corpus et nous limiter dans l'atteinte d'une saturation des données. À titre de rappel, un total de 15 individus a manifesté l'intérêt de participer à notre étude alors que seulement 10 d'entre eux ont réellement passé à l'action. Finalement, nous avons opté pour les entretiens semi-dirigés en raison de la flexibilité de la méthode et du potentiel de générer des résultats surprenants, mais ce choix entraîne évidemment une variabilité des données au niveau de la profondeur et l'emphase mis sur les sujets discutés. En d'autres mots, nos discussions variaient en profondeur d'un participant à l'autre, et ce, pour chacun des sujets abordés.

Chapitre 4 : Présentation des résultats

L'objectif de ce chapitre est de présenter les tendances observées dans le cadre de nos dix entretiens avec des infirmières québécoises, tout en les appuyant par certains de leurs propos. Premièrement, nous introduirons certaines perspectives en lien avec les avantages espérés et les craintes exprimées par nos participants, en plus de présenter comment ils voient le rôle de l'IA. Deuxièmement, nous exposerons leurs perceptions quant à l'impact de l'IA sur leur rôle et sur les rôles en santé. Troisièmement, nous présenterons les résultats les plus pertinents par rapport à l'influence de l'IA sur les dynamiques, dont la relation patient-infirmière. Finalement, nous conclurons avec les perspectives relatives à l'expertise et les compétences ainsi que comment celles-ci seront appelées à évoluer suite à l'intégration de l'IA. La discussion des résultats sera l'objet du prochain chapitre.

4.1 Attitudes et perspectives générales

Globalement, la majorité des participants ont exprimé de l'enthousiasme face à l'intégration de l'intelligence artificielle dans les soins de santé (entretiens P1, P2, P4, P5, P7, P8, P9, P10). Les raisons évoquées étaient diverses et seront introduites plus loin.

Optimiste, sincèrement. Donc optimiste face à ça. [...] Je suis optimiste face à comment est-ce que ça pourrait nous aider en santé. En tant que professionnelle et aussi pour les patients. (P1)

[...] je me dis un outil de plus, ça peut juste être positif, ça ne peut pas être négatif, on ajoute un arc... non, moi je vois ça vraiment positif. Je pense que de justement avoir plus de temps, moins être dans l'administratif [...], puis d'être vraiment plus aux soins des patients, de pouvoir aider le plus grand nombre de gens possible – on va se le dire, des orphelins il y en a énormément - donc moi je vois ça positivement. (P8)

[...] dans notre réseau de santé il y a beaucoup de problèmes d'organisation hein, c'est vraiment là majeur, de gestion puis d'organisation... fait que j'ose espérer qu'avec l'intelligence artificielle on va être capable de voir nos lacunes, être capable de s'ajuster, être capable de faire les choses mieux [...] en tous cas, mais moi... j-j-j'ai hâte! (P9)

Bien que ces trois extraits démontrent l'optimisme des infirmières sondées sur l'intégration de l'IA, certains participants ont tenu à cadrer leur position dans une logique de prudence et limites, nous dirons ainsi qu'ils sont « prudemment enthousiastes » (entretiens P2, P4, P7). Ainsi, leurs propos exprimaient diverses considérations relatives à l'encadrement de l'IA et à son acceptabilité par les parties prenantes clés.

Je dirais que je suis enthousiaste, mais je suis prudent aussi, c'est parce que je pense que c'est important, puis ça va se faire de toute façon que je le veuille ou pas, ça va se faire. Mais il faut être prudent, ça c'est certain. C'est, il faut que ça soit bien fait, puis il faut que ça soit balisé. Mais moi je très enthousiaste par rapport à ça. (P4)

Si on est approché, aussi, à dire [...] notre point de vue, je vais être positive à l'idée. Mais si on nous bouscule puis on nous amène ça sans avoir consulté, sans avoir eu la formation comme que j'espère avoir, ben là c'est sûr que ça ne marchera pas [...] ce n'est pas anodin là, ce n'est pas un changement de couleur là, ce n'est pas petit là cette avancée-là, c'est grand là. (P7)

Finalement, deux participantes ont démontré peu d'optimisme ou d'enthousiasme face à l'intégration de l'IA dans les soins de santé, qualifiant respectivement leurs positions de méfiante et mitigée (entretiens P3, P6). Une d'elle compare d'ailleurs l'intégration de l'IA à de la science-fiction considérant les changements que cela implique, affirmant « qu'il y a des préalables qui doivent être remplis avant de rentrer dans Star Wars » (P6).

4.1.1 Avantages et bénéfices

Nos données ont permis d'identifier cinq tendances pour lesquelles nos participants voient des avantages à l'intégration de l'IA. De manière générale, ceux-ci considèrent que l'IA a le potentiel d'améliorer la productivité, optimiser l'organisation du travail, améliorer l'accessibilité, réduire les coûts et contribuer à une médecine de précision. Ces cinq perspectives seront introduites dans les paragraphes suivants et synthétisées dans le tableau 4, qui indique aussi la prévalence du sujet. Dans le cadre de notre étude, nous considérerons la prévalence comme la répétition à laquelle ces sujets ont été entendus dans l'ensemble des entretiens et au niveau du participant, plutôt que la fréquence à laquelle ces sujets ont été entendus indépendamment du participant (Braun and Clarke

2006). En d'autres mots, nous préférons savoir combien de participants ont parlé du sujet et sous quel langage plutôt que combien de fois le sujet fut abordé.

Améliorer la productivité. Sans forcément faire de liens cause-à-effet entre la pénurie de personnel en santé et la productivité, plusieurs participants ont souligné la pénurie de main-d'œuvre, la surcharge de travail et les ratios patients-infirmière comme des facteurs contribuant négativement à l'expérience de soins au Québec (entretiens P2, P4, P6, P7, P8, P9, P10). Parmi les nombreux échos en lien avec la pénurie et les diverses coupures, certaines citations se sont démarquées par les conséquences sous-entendues et impactant les patients et/ou le personnel :

[...] en santé en ce moment, il y a – on le sait là – ce n'est pas un domaine où il y a beaucoup de sous. On est beaucoup dans l'économie, on est en déficit tout le temps, on est en pénurie. (P8)

[...] je sens un peu le personnel en mode survie, fait qu'on dirait que le moindre petit changement, le moindre petit ajout... ils n'en peuvent plus là. Ils sont comme un peu en mode survie fait que tout est difficile. (P9)

Aussi, plusieurs participants ont noté la présence importante du papier, des notes manuscrites et du fax dans le portrait actuel (entretiens P1, P3, P4, P5, P6, P10), avec deux d'entre elles utilisant les mots « archaïque » et « arriéré » pour qualifier l'état du réseau (entretiens P6, P1). Néanmoins, certains participants ont évoqué l'intelligence artificielle comme potentielle solution pour renverser la tendance. Concrètement, les participants ont relevé plusieurs activités pour lesquelles l'IA permettrait d'aider à améliorer la productivité, notamment la rédaction de verbatim et notes au dossier, l'automatisation des tâches administratives, une meilleure intégration avec les autres systèmes et l'analyse de données (entretiens P1, P2, P4, P5, P6, P8, P9, P10). Aussi, plusieurs participants ont mentionné le poids que représente la charge administrative sur leur quotidien et l'attrait de l'IA pour réduire ce fardeau (entretiens P1, P5, P8, P9, P10).

Optimiser l'organisation du travail. Certains participants ont mentionné les possibilités que l'IA entraîne une réorganisation du travail et permette d'optimiser, voir automatiser, certains processus tels que l'organisation de services, la création de plans de soins ou

encore l'identification de routes optimales dans un contexte de soins à domicile (entretiens P2, P8, P9). Sans nommer l'IA agentique et les agents moraux, un participant a également émis l'hypothèse que l'IA pourrait s'intégrer à des systèmes existants et distribuer certaines tâches aux bons intervenants, agissant alors comme agent orchestrateur (P2).

[...] dans l'organisation d'un plan de soins : si j'ai rentré mon plan de soins dans, nous on utilise Cristal-Net, et le Cristal-Net de manière automatique distribue les soins en fonction du champ d'exercice de chacun qui a été préétabli, ben regarde ça me... qu'il donne un plan de soins à chacun, ben déjà là ça serait encore, incroyable, parce qu'on a des fois des petits champs qu'on ne sait pas trop à qui ça appartient, ben il pourrait m'aider à mettre la tâche au bon intervenant peu importe leur titre d'emploi. (P2)

Augmenter l'accessibilité. D'un point de vue de l'amélioration de l'accès aux soins, plusieurs participants ont mentionné s'attendre à ce que l'intégration de l'IA en santé permette de gagner du temps, tant pour eux que pour les patients (entretiens P4, P6, P7, P8, P9). À cet effet, la réduction de temps était à tous les égards : délais avant d'obtenir une consultation, délais d'attente pendant la consultation, délais de traitement et d'analyse des résultats, ainsi que délais de suivis pour informer le patient (entretiens P4, P8). De plus, deux participants ont souligné l'incapacité à orienter les patients vers les bonnes ressources dans des délais acceptables et évoqué que l'IA pourrait aider à résoudre cet enjeu en supportant les professionnels, contribuant ainsi à une meilleure prise en charge pour le patient et à une réduction des délais (entretiens P4, P7). Une participante a même souligné que chaque gain de temps comptait, affirmant que si « ça me donne au moins un petit deux minutes de plus par personne, ben c'est deux minutes de plus que je n'avais pas puis ça, ça pourrait être bénéfique » (P7).

Puis actuellement, on a une problématique de volumes de demandes qui sont beaucoup trop élevés et que c'est impossible d'arriver à des délais qui sont respectables dans certaines demandes et l'implantation de l'intelligence artificielle dans cette optique-là même pourrait faciliter l'accès à des services. (P4)

Si l'IA va nous sauver des problèmes au niveau santé, dans le sens que la personne elle attend, elle attend depuis des années pour faire des affaires puis finalement c'est juste qu'on ne cherchait pas à la bonne place... D'accompagner le médecin, d'accompagner

l'infirmière, de sauver des hospitalisations, de sauver des diagnostics, de sauver du temps, [...] oui, ça serait positif d'avoir l'IA. (P7)

Tableau 4 : Prévalence des avantages et bénéfices attendus selon les cinq perspectives générales

Perspectives	Prévalence	Propos supportant
Améliorer la productivité (via rédaction de verbatim et notes au dossier)	P1, P2, P4, P8, P9, P10	Je suis en train de regarder en fait un projet là de retranscription de notes ou de discussion avec le patient qui générerait une note médicale dans le fond là, suite à la rencontre. Puis ça c'est fait à partir d'un enregistrement vocal de la rencontre, donc tout le verbatim du patient , le verbatim de ma part [...]. (P8) [...] il y a un bénéfice direct tant pour le professionnel que pour le patient par rapport à ça. Puis ça laisse la pratique, au lieu de passer 1h30 à faire une dictée, d'attendre pour signer la note, ça se fait dans l'immédiat donc ils peuvent vraiment se consacrer sur d'autres tâches qui sont vraiment plus ancrées sur le patient [...]. (P4)
Améliorer la productivité (via analyse de données)	P4, P6	Tu sais c'est là moi je pense que c'est le gain de temps, puis aussi l'IA est capable de faire des liens qu'on n'a plus le temps de faire , comme par exemple de dire ben « combien de fois il a rencontré tel professionnel », « c'est quand la dernière fois qu'il y a eu un changement dans son dossier au niveau de la médication », « c'est quand... », tu sais il vient chercher la documentation au lieu que toi tu fouilles [...] . (P6)
Améliorer la productivité (via réduction de la charge administrative)	P1, P5, P8, P9, P10	[...] je pense que ça pourrait être super intéressant parce que tu sais, on va se le dire, dans les dernières années les gens, puis autant les médecins, les infirmières, peu importe, tout le monde croule sous la paperasse . On a tellement, on passe tellement de temps cléréal à faire des notes, puis à faire de la paperasse, puis à ne pas être disponible , répondre au téléphone, fait qu'on en perd tellement de temps là... (P9)
Optimiser l'organisation du travail	P2, P8, P9	[...] moi la partie IA que j'ai vu en fait elle était plus dans l'organisation de services, dans faire des plans de soins, organiser des routes, des choses comme ça [...] . (P9)
Augmenter l'accessibilité	P4, P6, P7, P8, P9	[...] c'est un outil pour nous aider à gagner du temps, pour pouvoir passer plus de temps avec le patient, pour pouvoir voir plus de patients, réduire les délais d'attente [...] . (P8) Quand on parle d'analyse brute de données là, puis des fois des transferts de certains types de demandes là, il y aurait probablement facilement un potentiel de sauver beaucoup de temps pour tant l'organisation puis tant pour les personnes d'être orientées à la bonne place selon vraiment les données précises, certains symptômes précis, certaines demandes précises... (P4)
Réduire les coûts	P6, P7	<i>Les propos clés seront présentés lors de l'introduction de la perspective</i>
Contribuer à une médecine de précision	P1, P2, P4, P6, P7, P8, P9, P10	<i>Les propos clés seront présentés lors de l'introduction de la perspective</i>

Réduire les coûts. Alors qu'il est possible de faire des liens entre économies de temps et d'argent grâce à l'expression populaire « le temps, c'est de l'argent », notre équipe de recherche fut surprise par l'honnêteté des propos tenus par deux participantes concernant l'importance de faire des économies en diminuant les coûts (entretiens P6, P7).

Ben je pense qu'il faut montrer des économies. Tu sais comme de dire qu'un ophtalmologue maintenant peut faire un patient aux dix minutes de cataracte, mais qu'il est payé la même chose que quand ça y prenait 1h30, ben ce n'est pas correct tu sais parce que l'effort qu'il met ce n'est pas le même. Un radiologiste qui peut gérer 1000

résultats d'examen par jour parce que l'IA fait les trois quarts de sa job mais qui demande toujours d'avoir 150\$ par papier géré, ben ce n'est pas correct. Tu sais faut qu'il y ait un gain aussi monétaire pour la population qui compense ce gain d'efficacité-là. (P6)

[...] effectivement si c'est si intelligent que ça, il y a des choses que le médecin ne peut pas voir, mais que cette machine-là pourrait peut-être voir puis dire « au lieu d'aller faire une radiographie, je suggérerais un scan » ben là tu sauves des étapes puis tu sauves de l'argent, tu sais on va y aller de même là, c'est ça la vie en santé : moins de tests, moins de coûts là. (P7)

Contribuer à une médecine de précision. Plusieurs participants ont reconnu l'apport de l'IA pour des cas d'usage où une grande précision était requise, plusieurs données et facteurs devaient être considérés et/ou une grande complexité était présente (entretiens P1, P2, P4, P6, P7, P8, P9, P10). Au niveau de la précision, certains participants furent plus génériques en affirmant simplement que l'IA puisse potentiellement permettre « plus de précision diagnostique » (P1) tandis que d'autres y sont allés avec des cas d'usage prouvés tel que l'impact de l'IA sur les spécialités basées sur l'image comme la radiologie (entretiens P2, P5, P6).

[...] l'utilisation de l'IA pour le diagnostic en imagerie médicale. Et que c'est super intéressant de, parce qu'il y a beaucoup de processus humains derrière la lecture de ces imageries-là qui rallongent le résultat mais aussi le séjour du patient dû à ces délais humains là d'analyse [...]. (P2)

De plus, un participant a affirmé que « normalement l'intelligence artificielle va se baser sur des données probantes puis sur des données *day-to-day* à la seconde près avec la vitesse qu'on lui connaît », rappelant par la suite l'importance qu'on « aille les données les plus précises avec l'IA » puisque la technologie agit basé sur ce qu'on lui fournit comme intrants (P4). Cette compréhension entre les données ingérées par l'intelligence artificielle et la qualité de ses extrants fut bien comprise par quelques participants qui ont noté l'apport que l'IA pourrait avoir en guidant les professionnels, particulièrement lors des situations de diagnostic différentiel (entretiens P1, P2, P4, P10).

Des prises en charge infirmières, donc qui peuvent parfois susciter des questionnements et donc là je crois que l'IA en tant que, on pourrait la prendre presque comme [...] une source de données probantes... j'ose espérer plus aider. (P10)

Pour moi c'est des pistes de solutions pour des diagnostics différentiels, avec la collecte de données qui a été effectuée par l'infirmière tenant en considération les risques psychosociaux, l'IA pourrait aider à poser plus de questions, de raffiner nos questionnements [...]. (P2)

Les résultats présentés aux paragraphes précédents permettent d'illustrer les avantages et bénéfices qu'attendent nos participants de l'intégration de l'IA. Comme de fait, ils furent nombreux à reconnaître la valeur ajoutée de l'IA pour accomplir diverses activités et améliorer la productivité, l'accessibilité et les coûts, notamment.

4.1.2 Craintes et enjeux

Au niveau des craintes et enjeux liés à l'intégration de l'IA en santé, les participants ont nommé plusieurs éléments tournant principalement autour de la responsabilité, des risques d'usage malveillant, de la perte en compétences, protection des données et discrimination.

Conséquemment, la moitié des participants ont évoqué des craintes par rapport au partage de la responsabilité entre IA et professionnels, avec la peur de la poursuite comme une peur très forte (entretiens P2, P4, P7, P8, P9). Une participante a même évoqué la radiation de l'ordre professionnel comme la conséquence ultime, se questionnant d'ailleurs à savoir si « ça va être un outil de plus ou on va se sentir toujours comme sur le qui-vive ? » (P8). En effet, ces participants n'étaient pas rassurés à l'idée que l'IA puisse influencer certaines décisions médicales ou accomplir certaines tâches, mais que la responsabilité incombe aux professionnels en soins dans le cas d'erreurs médicales ou de poursuites.

De plus, deux participantes ont partagé des craintes quant à des développements non-éthiques ou des utilisations malveillantes de l'IA afin d'en tirer des avantages tels que des gains financiers ou de l'influence sur autrui (entretiens P3, P8).

Fait que moi je pense que ça peut être utile hein, j'ai juste très peur qu'on ne s'en serve pas comme il faut. [...] Donc encore une fois ce qui me ferait peur, [...] c'est que si l'IA c'est super démocratisé : on vit dans une société capitaliste, il va y avoir des gens qui vont vouloir en profiter puis faire des fausses IA qui vont être plus accessibles puis il va, tu sais... De toute façon, ça va mal aller à un moment donné ou à un autre, fait que c'est plus ça. (P3)

Au niveau de la perte en compétences, quelques participants ont explicitement mentionné qu'ils craignent que l'IA entraîne une déqualification chez les professionnels (entretiens P3, P4, P5). À cet effet, l'un d'eux s'est inquiété des conséquences potentielles que l'IA pourrait avoir sur le jugement clinique, ajoutant que « ça peut être fatal dans certains contextes » (P4). Par ailleurs, la majorité des participants ont abordé le sujet de la perte en compétences de manière plus fluide et implicite pendant les entretiens, mais nous traiterons de ces résultats dans la section portant sur l'expertise et les compétences.

Par rapport à la protection et confidentialité des données, quelques participants ont émis des réserves à ce que les données des patients soient réellement en sécurité si l'IA venait à être de plus en plus intégrée. Notamment, ils ont évoqué les fuites de données récentes et l'habitude qu'ont certaines infirmières à échanger entre elles quant à certains dossiers comme raisons pour ces craintes (entretiens P2, P8, P9).

En ce qui a trait aux enjeux liés à la discrimination, certains participants ont évoqué des craintes que les patients vulnérables et/ou issus d'un groupe minoritaire subissent plus de difficultés pour accéder aux soins dont ils auraient besoin (entretiens P2, P3). Comme de fait, l'une d'elle a partagé de nombreux cas où l'accès aux soins serait plus ardu si l'IA a l'autonomie nécessaire pour prendre des décisions pouvant influencer le parcours de soins d'un individu (P2). À cet effet, le scénario de pré-triage et triage fût partagé pour démontrer que la décision d'un SIA combinée à un manque d'intervention humaine pourrait faire en sorte qu'un individu n'obtienne pas les soins appropriés (P2).

4.1.3 Le rôle de l'IA

En bout de ligne, tous les participants se sont exprimés sur le rôle qu'ils croient que l'IA devrait jouer dans l'avenir des soins de santé, soit lorsque questionnés directement ou

sporadiquement au cours de l'entretien. En analysant les résultats, il apparaît que la majorité de leurs perspectives appartiennent à deux dimensions. D'une part, quelle forme devrait prendre la technologie, s'agit-il d'un simple outil ou plutôt d'une entité à part entière comme un humain ? D'autre part, quelle autonomie souhaite-on donner à l'IA, si autonomie on lui donne ? Ainsi, nous avons croisé ces deux dimensions – soit la forme et l'autonomie – et avons positionné les résultats de sorte à mettre en lumière trois tendances clés au sein de notre corpus : l'IA comme un outil, un partenaire ou encore quelque chose/quelqu'un d'autonome (voir figure 2). L'axe de l'autonomie est relativement simple alors qu'il représente un spectre allant de peu ou pas d'autonomie, par exemple via un SIA d'interprétation des données, à un grand niveau d'autonomie, par exemple via un SIA hautement ou entièrement autonome. L'entre-deux représente une autonomie limitée comme ce serait le cas pour un SIA d'aide à la décision. Quant à l'axe de la forme, les extrémités sont claires avec les concepts de simple outil et d'entité à part entière, mais l'entre-deux est un peu plus flou puisque certains participants voyaient l'IA comme plus que le premier mais moins que le second. Les propos de nos participants furent ajoutés à cette matrice sous la forme de boîtes légèrement colorées, une teinte verte démontrant une perspective positive tandis qu'une teinte rougeâtre démontre une perspective négative. En d'autres mots, nos participants sont en faveur des usages de l'IA classifiés en vert et s'opposent aux expressions de l'IA classifiées en rouge.

L'IA comme outil. Lorsqu'ils parlaient de l'IA comme d'un outil, les participants ont tantôt été larges dans leurs propos et tantôt été spécifiques. De manière élargie, plusieurs ont vu l'IA comme un outil clinique, « un autre appui finalement aux professionnels » (P5). De manière spécifique, plusieurs l'ont aussi vu comme un outil d'analyse, de rédaction de notes ou d'aide au diagnostic (entretiens P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P10). En effet, certains ont exprimé de l'ouverture à tirer avantage de l'IA pour l'aide au diagnostic, principalement de sorte que la technologie les guide vers les bons tests à faire, les meilleures prochaines étapes ou les pistes de réflexion les plus prometteuses (entretiens P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P10). D'ailleurs, deux de ces participantes ont souligné l'attrait de l'IA pour pallier aux limites cognitives auxquelles l'humain peut faire face, affirmant que l'IA pourrait aider à ne « justement pas avoir le cerveau en compote » puisqu'il « y a un bout où le cerveau n'est plus capable de retenir l'information » (entretiens P5, P8).

Ben si l'intelligence artificielle nous avance sur le fait des diagnostics, tu sais tout à l'heure je ne voulais pas qu'elle en pose, mais ce n'est pas d'en poser, c'est de nous aider à faire les bons tests, ne pas faire trop de tests. (P7)

D'autres ont aussi vu l'IA comme un outil d'apprentissage potentiel et ont collectivement soulevé trois raisons intéressantes : développer des compétences et spécialement le raisonnement clinique, ouvrir des portes (ex : sur de nouveaux rôles) et pallier pour des situations où le niveau d'expertise présent est moindre (ex : quarts de nuit) (entretiens P2, P7, P8, P10).

Je pense que l'IA pourrait avoir un rôle à jouer parce que si on dit qu'on veut développer des compétences, puis on veut favoriser le raisonnement clinique, ben moi je pense que l'IA pourrait apporter dans le fond une portion pour stimuler davantage le raisonnement clinique, justement dans l'approche de cas, dans générer des hypothèses dans... (P8)

Pour justement, par exemple la nuit où l'expertise est moindre, donc pouvoir... [...] Tu pourrais imaginer tous les cas de figure puis avoir une réponse plus rapide, comme une bible finalement. (P10)

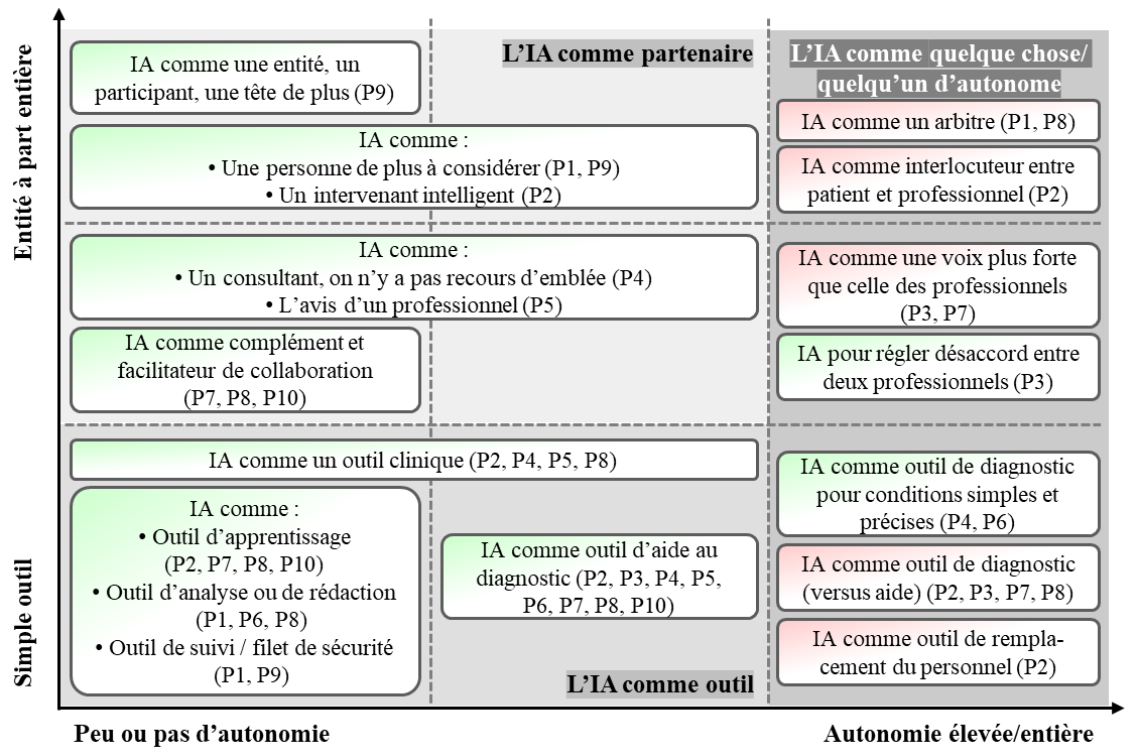
Lorsque l'intelligence artificielle fut vue comme un outil de suivi et de sécurité, les participantes ont mentionné sa pertinence dans le suivi des maladies chroniques et globalement dans un contexte où la sécurité des usagers se voit compromise par les nombreux enjeux affligeant le réseau (entretiens P1, P9).

[...] en ce moment, je trouve ça difficile parce qu'on a des listes d'attentes à ne plus finir, on a des gens qui se ramassent dans des situations catastrophiques, on vit beaucoup avec de l'injustice, un peu de... c'est insécurisant aussi tout ça. Il arrive plein de choses fait que je trouve que, j'ai l'impression qu'on n'a pas de filet de sécurité là. On est comme un peu dans le vide, fait que moi l'intelligence artificielle je le vois un peu comme ça, je le vois comme un filet de sécurité qui viendrait nous englober puis nous aider justement à gérer toute cette population-là qui a des besoins. (P9)

En combinant tous ces propos, il est évident que les participants voient de nombreux usages à l'intelligence artificielle, tant que la technologie ne dépasse pas le niveau d'autonomie qu'un SIA d'aide au diagnostic pourrait avoir. Aussi, les participants furent

répétitifs dans leur vocabulaire en utilisant régulièrement les termes outil, aide, appui et support; confirmant leur position quant à la forme de l'IA comme d'un « outil ».

Figure 2 : Rôle de l'IA en fonction de la forme et du niveau d'autonomie donné



L'IA comme partenaire. C'est souvent lorsque questionnés sur le rôle de l'IA en cas de litiges et différends que les participants ont eu recours à un vocabulaire sur la forme dépassant la notion d'« outil ». Certains ont affirmé qu'ils considéreraient l'IA carrément comme une « personne » (entretiens P1, P9), un « intervenant intelligent » (P2), ou même une « entité, comme participant » (P9). D'autres l'ont qualifié de « complément », un atout pour mieux collaborer, pousser leurs réflexions et *brainstormer* sur les meilleures solutions (entretiens P7, P8, P10). Finalement, un participant voit le rôle potentiel de l'IA comme un consultant, c'est-à-dire qu'on le consulterait après avoir fait un premier questionnement et non de manière automatique (P4). Toutes ces visions sur le rôle de l'IA ont en commun qu'elles se limitent une fois de plus à l'aide au diagnostic mais dépassent la forme d'outil.

L'IA comme quelque chose ou quelqu'un d'autonome. Globalement, les participants ont eu beaucoup de misère à voir l'IA comme quelque chose de hautement ou entièrement autonome pour diverses raisons. D'abord, deux participantes ont affirmé que l'IA ne devrait pas être un « arbitre » (P1) ni un « tributaire des décisions » (P8) lorsque des désaccords surviennent entre les professionnels d'une équipe. Également, un participant a mentionné que l'IA ne devrait « pas (être) un interlocuteur entre le patient puis le professionnel » (P2) afin de préserver la relation entre ces deux parties. De plus, quelques participants ont évoqué des réticences à transférer une partie des efforts de diagnostic à l'intelligence artificielle (entretiens P2, P3, P7, P8), avec une d'elles affirmant : « Mais de transférer le fait de générer des hypothèses diagnostiques? Je ne sais pas, j'ai un petit bémol... » (P8). Ultimement, certains participants ont manifesté un manque de confiance envers les capacités de l'IA à diagnostiquer et un risque de mauvaise perception par la population (P5, P7, P8).

Je pense que si on attribue à l'intelligence artificielle la notion de diagnostic, ça va être vu défavorablement. Dans la population. [...] ils vont peut-être soulever le fait qu'on a un manque de connaissance, peut-être qu'on n'est pas assez humain, peut-être qu'on... Je le vois comme ça. (P8)

Bien qu'une participante ait d'abord affirmé que l'IA ne devrait pas être une voix plus forte que celle des professionnels dans la cadre des décisions relatives aux soins, celle-ci a ensuite affirmé que l'IA pourrait potentiellement trancher dans le cas d'un désaccord entre deux professionnels afin de régler l'enjeu en s'appuyant sur la science (P3). Cependant, un tel cas d'usage ne risque pas d'être possible à court-terme considérant le manque d'explicabilité fréquent des SIA. Finalement, les participants ayant démontré le plus d'ouverture à ce que l'IA pose potentiellement des diagnostics ont évoqué que les diagnostics simples et précis – par exemple la dépression, le *burn-out* et le TDAH – ainsi que des conditions que les spécialistes ne prennent même pas la peine de diagnostiquer aujourd'hui – par exemple les allergies – soient des diagnostics pour lesquels l'IA pourrait agir (entretiens P4, P6). Cela permettrait de libérer de la capacité pour les professionnels et/ou leur permettre de se concentrer sur des cas plus complexes.

Donc c'est sûr que si l'intelligence artificielle vient à amener à faire des diagnostics... euh ça vient de sauter une étape en partie, ça vient de... Puis je pense que ça peut aider dans certains cas, quand que si c'est précis. Le problème c'est que le différentiel au niveau des diagnostics et la fiabilité du diagnostic psychiatrique peut être très large dépendamment de certains diagnostics. On a du 30-40% là de taux d'erreur dans certains diagnostics, donc c'est sûr qu'il faut être prudent là parce que oui je pense que pour certains diagnostics précis comme la dépression, le trouble de l'adaptation, le fameux *burn-out*, c'est des choses qui se diagnostiquent facilement [...]. (P4)

Conclusion de la section sur les attitudes et perspectives générales.

Globalement, la majorité des participants a exprimé de l'enthousiasme face à l'intégration de l'IA en santé. Les arguments en faveur concernaient principalement la hausse de productivité et d'accessibilité. Inversement, les craintes des participants étaient surtout en lien avec la responsabilité, déqualification et discrimination. Ultimement, plusieurs voient l'IA jouer un rôle d'outil ou de partenaire, mais très peu sont en faveur du déploiement d'IA hautement ou entièrement autonome.

4.2 Les rôles

La présente section vise à introduire les perspectives de nos participants quant à l'impact de l'IA sur la transformation des rôles, d'abord via le champ de pratique de l'infirmière et ensuite via le remplacement et/ou la création de rôles.

4.2.1 Évolution du champ de pratique de l'infirmière

Les participants ont chacun parlé de leur rôle spécifique, œuvrant dans des domaines variés tel que la psychiatrie, santé sexuelle, télésanté, première ligne, le suivi des maladies chroniques, les prélèvements et les greffes/transplantation. À travers les différents entretiens, deux constats émergent quant à la transformation du rôle de l'infirmière. D'une part, nos participants anticipent que l'IA pourrait recentrer le rôle sur l'humain, les soins et les tâches à valeur ajoutée. D'autre part, ils jugent aussi que l'IA puisse contribuer à approfondir l'expertise et la spécialisation des professionnels.

L'IA pour recentrer le rôle de l'infirmière sur l'humain, les soins et les tâches à valeur ajoutée. Aujourd'hui, plusieurs participants ont affirmé que le rôle de l'infirmière implique l'exécution d'un mélange de tâches administratives, tâches liées au domaine d'expertise ainsi que de tâches génériques comme le triage, l'examen physique et l'exécution de soins et traitements (entretiens P1, P2, P4, P5, P6, P10). À l'avenir, certains anticipent que les infirmières fassent moins de tâches administratives, de triage ou mécaniques tel que la prise de signes vitaux puisque de telles tâches pourraient être transférées à l'IA ou à d'autres collègues (entretiens P2, P3, P6, P7). Conséquemment, cette libération de temps pourrait permettre aux infirmières de se concentrer sur des tâches à plus grande valeur comme l'évaluation physique et mentale ou encore des activités dont le focus est l'humain (entretiens P1, P5, P6, P7).

Mais oui, je suis très enthousiaste parce que c'est ça qui me manque le plus dans mon métier d'avoir du temps avec le patient, [...] puis si on peut avoir vraiment ce pourquoi moi j'ai voulu m'en aller infirmière – pas sauver le monde, mais d'avoir du temps avec les gens – ben oui. (P7)

En effet, quelques participantes ont aussi soulevé que les médecins ont souvent moins de compétences relationnelles que les infirmières et que cela se voit particulièrement dans leurs lacunes au niveau de l'enseignement et dans l'annonce de nouvelles difficiles aux patients et à leurs familles (entretiens P3, P6, P8). Comme de fait, l'une d'elles a affirmé que la démocratisation de l'IA pourrait amener le patient à *challenge* le médecin, qui éprouverait ainsi de la difficulté à bien répondre à de telles situations (P6), alors qu'une seconde participante a affirmé que l'IA pourrait permettre au patient de s'auto-éduquer et ainsi palier aux lacunes pédagogiques du médecin (P3). Au niveau des communications, une autre participante a affirmé que l'introduction de l'IA pourrait être une opportunité de réviser les rôles et permettre que l'annonce des diagnostics soit principalement une tâche de l'infirmière considérant qu'elles sont plus habilitées que les médecins en communications interpersonnelles requérant tact, écoute et empathie (P8). Concrètement, de telles activités étaient vues comme « à valeur ajoutée » et alignées au rôle et à l'expertise de l'infirmière par plusieurs participants. En cumulant ces différentes perspectives, nous arrivons à une tendance où l'IA entraînerait une diminution des tâches

sans valeur ajoutée et une augmentation des tâches à valeur ajoutée, celles-ci étant axées principalement sur le patient et la réponse à ses besoins de santé.

De plus, certains participants ont exprimé beaucoup d'enthousiasme en affirmant que ce réalignement du rôle sur des tâches à valeur ajoutée leur permettrait d'augmenter et/ou d'impacter positivement leur sentiment de fierté (entretiens P2, P4, P5, P8). L'un d'eux a affirmé que l'impact serait « exponentiel » (P2) alors qu'une autre a mentionné : « Ça l'augmenterait probablement de niveau, puisque justement on saurait qu'on peut donner notre cent pour cent. Donc ouais, ça rendrait plus fière encore » (P5). Cette dernière participante avait préalablement discuté de ce qui la rend fière dans son travail actuel, se concentrant d'ailleurs sur la dimension humaine et les soins au patient.

Ben ce qui me rend fière, c'est quand qu'on voit que les patients [...] sont juste simplement contents du dénouement, de la prise en charge finalement qu'on est capable de leur donner, ça... Moi en tant que professionnelle, [...] ça me rend fière de savoir que les patients se sentent en sécurité puis qu'il y a une certaine prise en charge. (P5)

Néanmoins, quelques participantes n'ont pas anticipé d'impact sur leur sentiment de fierté suite à un tel réalignement puisqu'elles peinaient à voir comment l'IA s'intégrerait dans la relation patient-infirmière au point de générer plus de satisfaction pour le patient que ce qu'elles arrivent à générer aujourd'hui en étant humaine (entretiens P1, P3, P10).

[...] mes patients ils ont le droit de choisir, ils pourraient dire qu'ils ne veulent plus être avec moi par exemple, mais la plupart en fait ils demandent spécifiquement de retourner avec-. Tu sais on ne leur pose pas la question fait qu'ils peuvent soit ne rien dire et là ils vont être avec quelqu'un au hasard, soit ils peuvent dire « *je ne veux plus être avec cette personne* » ou « *je veux être avec cette personne* », puis moi ils disent quasiment tous qu'ils veulent être avec moi, fait que ça c'est quand même cool. Je ne pense pas qu'il y aurait ça avec une IA. (P3)

L'IA pour contribuer à approfondir l'expertise et la spécialisation. Globalement, nos participants considèrent que l'IA permettra une « surspécialisation » des professionnels en permettant d'agir lors de cas complexes, d'occuper plus pleinement le champ de l'IPS et de se concentrer sur son domaine d'expertise plutôt que de viser à être généraliste.

Au niveau des cas complexes, une participante a discuté comment l'IA permettrait d'agir dans des cas scénarios comme ceux où la pharmacovigilance est de mise via une maîtrise des savoirs accrue, affirmant qu'on en demande parfois trop aux infirmières et que même des professionnels ayant développé une expertise éprouveraient des difficultés à répondre à de telles situations (P6).

Tu sais avec l'IA, ils vont être en plus... tu leur demandes c'est quoi les risques et facteurs pour faire de la pharmacovigilance ben quand tu as un patient qui a quatre-vingts ans et trente pilules par jour, être capable d'identifier toutes ces pilules-là, puis de dire c'est quoi les facteurs de risques secondaires pour ce patient-là, faut que tu sois calée en tabarouette, même le pharmacien il va y réfléchir fait qu' imagine la pauvre infirmière auxiliaire avec son DEP. (P6)

Également, certaines participantes ont parlé du rôle actuel de l'IPS en notant qu'elle peut poser des diagnostics, renouveler des prescriptions et réviser les dossiers patients (entretiens P1, P8). À cet effet, l'une d'elles a affirmé que l'IA l'aiderait potentiellement à prendre en charge des patients pour une plus grande portion de leur épisode de soins dans le cadre de sa pratique d'IPSPL puisqu'elle aurait moins la nécessité de les envoyer vers un spécialiste.

Je pense que ça pourrait me permettre de prendre des cas un peu plus comment dire...spécialisés? Ou avec un peu plus de... Puis parfois juste avant de référer à un spécialiste, donc peut-être que ça ferait en sorte que je réfèrerais moins à un spécialiste... (P1)

En complément, quelques participantes ont discuté du fait que les infirmières pourraient vraisemblablement exécuter de nouvelles tâches à valeur ajoutée grâce à l'impact que pourrait avoir l'IA sur l'organisation de la pratique médicale (entretiens P1, P6, P8). À cet effet, une participante a rappelé la mainmise des médecins sur les activités diagnostiques et médicales, malgré une tendance vers la délocalisation comme nous suggèrent les quelques victoires récentes pour certains tel que les IPS et les pharmaciens (P6), tandis qu'une autre participante a ouvert la porte à un décloisonnement accru de la

pratique médicale, ce qui aurait le potentiel d'élargir le champ de pratique de l'infirmière, ou du moins de le centrer sur les tâches multi-professionnelles à valeur ajoutée (P8).

Ben en fait, faudrait se questionner, est-ce que les médecins vont donner plus de pouvoir à d'autres professionnels sachant qu'il y a une intelligence artificielle pour les guider? Par exemple, je sais pas moi, plus de gestion aux pharmaciens, plus de gestion aux psychologues, aux infirmières ou...? (P8)

Cette tangente vers la surspécialisation aidée par l'IA est alignée au sentiment global et unanime de nos participants qui croient que la prise en charge d'un plus grand volume est plus susceptible de se concrétiser qu'un élargissement du champ de pratique (entretiens P1, P2, P4, P5, P6, P8, P9). En d'autres mots, nos participants ont affirmé que le recours à l'IA risque de supporter le renforcement de la spécialisation dans une optique de prise en charge accrue versus supporter un développement des savoirs plus large, ce qui serait alignée à une pratique plutôt généraliste.

On a plus une vision de « *la même personne prend la même discipline puis on augmente le volume* » que la vision de « *une discipline augmente son champ d'expertise* ». On est beaucoup plus dans la trajectoire d'un patient par direction clinique, fait que je pense c'est l'accessibilité qui va advenir que d'augmenter l'éventail de possibilités ou de diversité. (P2)

Je pense que ça serait plus de patients dans le même contexte. Pour justement qu'on aille, par exemple les professionnels, une expertise et non s'éparpiller un peu dans divers sujets. Donc on est vraiment maîtres euh un petit peu de la pathologie finalement dans laquelle on suit les patients. Mais qu'on en verrait de plus, de plus en plus. (P5)

Cette direction fait écho à l'expérience passée de deux participantes, qui ont témoigné des divers enjeux qu'elles ont vécu en tant que membre d'une équipe volante où la maîtrise de savoirs variés et un profil généraliste sont requis pour réussir (entretiens P6, P9). À cet effet, elles ont mentionné que la mobilité ne devrait pas être un objectif du réseau et que le respect des spécialisations en parallèle du développement de l'expertise sont les éléments que nous devrions plutôt privilégier lors de l'intégration de l'IA.

Ils veulent qu'on devienne des généralistes, moi j'y crois très moyen. [...] quand t'es toujours dans le même domaine, ton expertise est décuplée. Fait que t'es très au courant de tout, t'es efficient, tout ça... Si t'es généraliste puis tu fais de tout, ben tu ne connais rien profondément, tu connais tout en superficie, en tous cas moi je trouve ça un peu dangereux là, j'ai une grosse crainte par rapport à ça là... Ayant été déjà équipe volante aussi, [...] je ne vois aucun avantage à être éparpillés partout. (P9)

Moi j'ai été équipe volante quand j'étais jeune là, j'ai été une journée en neurochirurgie, l'autre journée aux greffes, puis l'autre-, je pleurais le soir là. Puis j'avais l'impression d'avoir fait un travail de merde, puis je ne me souvenais même pas de la couleur des cheveux de mes dix-huit patients, mais ma journée passait tellement vite, j'étais tellement comme en mode panique que tu sais, c'est... tu ne veux pas faire vivre ça au monde tout le temps là, ça n'a comme aucun sens. (P6)

Les résultats introduits dans les paragraphes précédents permettent de supporter les deux tendances clés qu'anticipent nos participants quant à l'évolution du champ de pratique à la suite de l'intégration de l'IA. À cet effet, l'IA risque d'entraîner une évolution et un réalignement du rôle de l'infirmière, en plus d'accentuer la valeur qu'on accorde à l'expertise infirmière et à la spécialisation des professionnels en soins.

4.2.2 Remplacement et création de rôles

Remplacement de rôles par l'IA. De manière générale, plusieurs participants ont affirmé qu'ils ne voyaient pas l'arrivée de l'IA comme une menace capable de remplacer leurs emplois. Conséquemment, les raisons principales évoquées par les participants pour justifier que l'IA ne soit pas une menace étaient en lien avec : leur vision du rôle que l'IA devrait jouer, les compétences relationnelles – soit des compétences qu'ils jugeaient toujours uniques à l'humain – et la pénurie de personnel qui sévit. De plus, plusieurs participants ont affirmé que les infirmières continueront vraisemblablement à faire des soins car cela demeure de leur ressort et/ou car ils ne voyaient pas l'IA prodiguer des soins dans un futur proche (entretiens P1, P4, P6, P7). Tel que nous l'avons introduit précédemment, la grande majorité des participants étaient d'avis que l'IA pourrait jouer des rôles d'outil et de partenaire à l'avenir. Sachant cela, c'est sans surprise que plusieurs

participants ont affirmé qu'ils voyaient l'IA comme une source d'aide, d'appui et de complément plutôt que comme un suppléant ou remplaçant (entretiens P2, P4, P5, P10).

[...] j'ose espérer que ce sera plus complémentaire plutôt que de suppléer, parce qu'il reste – moi je suis convaincue – tout l'apport humain [...]. (P10)

[...] je ne pense pas que l'intelligence artificielle va pouvoir remplacer un professionnel X, je pense simplement que ça va servir d'appui. (P5)

Je ne pense pas là qu'on va détruire des postes et diminuer le rôle, mais on peut les adapter en utilisant l'IA davantage là. Je ne crains pas pour une diminution de l'utilisation de la main-d'œuvre à cause de l'IA. Je crois que c'est une fausse croyance assez, une fausse croyance importante à venir démystifier dû à justement l'intégration hâtive de l'IA dans les services de santé. (P2)

Au niveau des compétences relationnelles, certains participants ont nommé la communication non verbale et le sens politique comme des compétences essentielles pour occuper leur rôle, rejetant alors l'idée que l'IA pourrait les remplacer (entretiens P2, P3). Puis, un autre participant a affirmé que bien que l'intégration de l'IA puisse remplacer des individus, la pénurie qui sévit dans le réseau est si importante qu'il y aurait tout de même « en masse de job pour tout le monde » (P4).

Remplacer certaines personnes? Peut-être, oui. Mais il manque, il y a un manque au niveau personnel actuellement, donc c'est, même s'ils vont pouvoir remplacer quelques personnes il en manque tellement puis il va en manquer d'autres là que bon, je ne vois pas vraiment d'effets néfastes à très court et moyen terme dans cette optique-là. (P4)

Toutefois, pour ceux qui ont vu un potentiel de remplacement, ils ont principalement nommé les postes de nature administrative ou encore les postes de coordination et gestion comme étant les postes les plus à risque de désuétude en raison de l'intégration de l'IA. À cet effet, une participante a affirmé que « tout ce qui est secrétariat et tout, j'ai l'impression que (l'IA) pourrait remplacer beaucoup » (P3). Parallèlement, deux participantes ont partagé que les postes de gestion et coordination seraient de bons

candidats au remplacement par l'IA en raison de l'aspect superflu de ces rôles, notamment dans un contexte où l'IA pourrait exécuter de nombreuses tâches (entretiens P6, P9).

Tout ce qui est emploi administratif, même au niveau de la gestion, moi j'ai l'impression que ça pourrait être coupé de moitié là. Les gestionnaires on en a beaucoup hein! On était censés en avoir de moins en moins, puis on a de plus en plus puis on n'est pas plus efficaces, fait qu'il y a quelque chose là-dedans qui ne fonctionne pas tant qu'à moi. (P9)

Puis on dirait que leur champ de pratique, ils vont le faire mais si tu regardes le travail qu'une assistante infirmière chef fait, qui est un rôle très valorisé, quatre-vingts pourcents c'est des affaires que l'IA pourrait faire, ou que les infirmières si elles étaient plus autonomes avec des outils performants pourraient faire, puis les professionnels puis les médecins. La communication puis la colle interdisciplinaire, c'est comme si c'est l'infirmière qui est devenue le pivot administratif [...]. (P6)

Dans ce dernier extrait, les termes « pivot administratif » et « colle interdisciplinaire » sont employés par la participante pour démontrer le rôle de liaison que joue l'infirmière entre les différents intervenants et toute la dimension administrative, celle-ci ayant complété ses propos par « l'infirmière elle se valorise beaucoup par son rôle administratif de colle dans les équipes » (P6).

Création de nouveaux rôles. En termes de nouveaux rôles, plusieurs participants ont affirmé que l'intégration de l'IA en santé entraînera forcément la création de nouveaux rôles d'un point de vue T.I. (entretiens P3, P4, P6, P9). En effet, ceux-ci ont mentionné que ces nouveaux postes viendraient couvrir divers besoins principalement en termes de tests, balisage, précision des données, révision des extraits et audit qualité. L'une des participantes a même affirmé « au niveau de la création d'emplois *at large* comme plus large, oui [...] ça ouvre des opportunités d'emplois là de travailler sur l'IA, les entraîner et puis tout ça » en référence à l'entraînement des LLMs et systèmes d'IA (P3). Une autre participante a également mis en lumière les risques d'avoir plusieurs intervenants effectuant de nombreuses interventions dans de multiples systèmes car cela brouille les *trails* de données; ouvrant ainsi la porte à un rôle de « gendarme » des systèmes d'IA (P6).

Puis tu sais c'est ça l'informatique le problème, c'est qui va faire le gendarme dans tout ça? Parce que ça devient tellement, c'est tellement beaucoup de données, c'est complexe là. Fait que ça prend aussi un processus d'audit, moi j'ai l'impression un peu intégré là, où est-ce qu'on est capable de voir facilement qu'est-ce qui a été changé, par qui, quand, comment, comme des espèces de rapport d'étapes là, sinon ça va être un bordel. (P6)

De plus, certains participants ont évoqué des possibilités de rôles hybrides à la croisée des soins et des T.I. (entretiens P4, P6, P9), avec une participante confirmant que son employeur venait de créer une nouvelle direction en lien avec l'intelligence artificielle (P9). Un autre a affirmé qu'il risque d'y avoir « tant au niveau des professionnels, peut-être des nouveaux métiers émergents qui sont en lien avec l'intelligence artificielle » (P4).

[...] ça va être encore plus important justement de former des personnes qui représentent la profession, qui ont une spécialité clinique [...]. Va falloir qu'il y aille quelqu'un qui aille autant de spécialité au niveau clinique, mais aussi une connaissance au niveau de l'intelligence artificielle pour aller comprendre la différence, le « *pourquoi de* », « *est-ce que c'est une question informatique* », « *est-ce que c'est une question clinique* » ... (P4)

Parmi les quelques participants qui ont vu la possibilité de nouveaux rôles, une d'elles a aussi affirmé qu'il fallait considérer des rôles tels que « des champions, des super-utilisateurs, des partenaires terrains, t'as pas le choix, y'a pas de magie là » si on voulait voir du changement (P6). Cette affirmation est intimement corrélée au sujet de l'implication des professionnels dans les projets numériques, eux qui sont souvent trop peu impliqués. Lorsque questionnés quant à l'importance qu'ils accordaient à ce que les cliniciens soient impliqués en amont de projets d'implantation, les dix participants furent unanimes en affirmant qu'il était nécessaire que les professionnels soient impliqués. Le cas échéant, ils ont évoqué que cela entraînerait des enjeux de résistance bien sûr, mais également un design de produits qui ne répond pas aux besoins, un manque d'adhésion de la part des utilisateurs finaux et une perte de l'expertise si on implante des solutions sans garder les experts dans l'organisation (entretiens P2, P4, P5, P6, P8, P9).

Fait que tu sais on ne veut pas ce type d'informatisation-là avec l'IA, fait qu'il faut qu'on soit impliqués pour pas avoir cette dérive-là parce que si tu laisses des ingénieurs ou des

gens des T.I. gérer toute la patente, ben ça va avoir l'air de ça là parce que pour eux c'était un « *nice feature* », « *plus il y en a, plus c'est* » ... Mais à un moment donné, faut aussi que tu laisses une latitude clinique aux gens, puis que tu t'assures qu'il n'y a pas plus de boutons que nécessaire, puis que le flux de travail que le système propose fasse du sens. (P6)

Ce n'est pas parce que t'es plus haut que moi puis tu ne travailles pas sur le plancher que tu sais comment que mon travail se fait là... fait que c'est la même chose pour l'IA, si tu l'intègres, pose-toi la question puis oui amène un comité de professionnels, demande, pige des gens d'un peu partout dans l'hôpital : brancardiers, administration, infirmières auxiliaires, médecins, infirmières bachelières, peu importe. Mais oui prenez les points, prenez leur vision, puis pas du même département là, d'un peu partout [...]. (P7)

Conclusion de la section sur les rôles

De manière générale, les participants ont fourni plusieurs opinions quant à comment le rôle de l'infirmière sera appelé à changer suite à l'intégration de l'IA et ces opinions étaient toutes complémentaires dans la mesure où aucune perspective ne s'opposait à la perspective d'un autre participant. Ainsi, le cumulatif de leurs pensées nous permet de croire que l'infirmière du futur transférera certaines tâches vers l'IA ou d'autres collègues afin de se concentrer sur des tâches à valeur ajoutée. Aussi, nos participants étaient alignés quant à la valeur de la spécialisation et étaient d'avis que l'IA leur permettra de se spécialiser plus étroitement, ou au minimum de continuer à développer leur expertise, afin de prendre en charge plus de patients de leur discipline actuelle. Là où nos participants furent mitigés, il s'agissait de leur vision quant à l'impact de l'IA sur leur sentiment de fierté, certains voyant l'IA comme un catalyseur pour augmenter leur fierté alors que d'autres n'anticipent pas d'impact. Considérant que nos participants ne voient pas l'IA comme quelque chose de hautement ou entièrement autonome, c'est sans surprise que plusieurs ne voient pas de menace de remplacement d'emplois ou de rôles. Toutefois, certains considèrent les rôles de nature administrative ainsi que les rôles de gestion et de coordination comme des candidats au remplacement puisque l'IA rendra plusieurs de leurs responsabilités désuètes. Aussi, certains participants ont partagé le besoin de créer de nouveaux rôles en T.I. ou encore des rôles émergents à la croisée des soins et de l'IA.

Finalement, nos dix participants ont été unanimes sur un point : les professionnels de la santé doivent être impliqués en amont des projets d'implantation d'IA afin d'obtenir une solution qui répond réellement aux besoins et de maximiser l'adhésion du personnel.

4.3 Les dynamiques relationnelles

Tout au long des entretiens, les participants ont référé les patients à maintes reprises, réitérant l'importance de ceux-ci dans l'organisation et la prestation des soins de santé. Combinés aux professionnels, ces deux groupes constituent des pierres angulaires du système de santé. Ainsi, les prochaines sous-sections introduirons les perspectives de nos participants sur la relation patient-infirmière, le travail d'équipe et les dynamiques conflictuelles et/ou de pouvoir.

4.3.1 La relation patient-infirmière

Suite à l'analyse de notre corpus, trois perspectives émergent quant à l'impact de l'IA sur la relation patient-infirmière et celles-ci seront introduites dans les prochains paragraphes.

Évolution de la relation patient-infirmière. Certains participants ont décrit la relation patient-infirmière d'aujourd'hui comme un partenariat axé sur la confiance et la connexion humaine. Comme de fait, certains patients démontrent beaucoup d'ouverture, de confiance et même d'appréciation envers les infirmières avec qui ils interagissent (P3, P7, P8). Par exemple, deux participantes qui ont l'occasion de revoir des mêmes patients dans le cadre de leur pratique ont mentionné que certains patients redemandaient à les voir spécifiquement et/ou ont déjà fait part de leur appréciation pour l'approche qu'elles préconisaient (entretiens P3, P8). Au niveau du concept de partenariat, certains participants ont rappelé la responsabilité du patient à fournir les bonnes informations relatives à son état et à sa condition (entretiens P4, P8), tandis que d'autres ont rappelé que l'infirmière doit impliquer le patient dans tout le processus puisque c'est lui qui est le décideur ultime et à qui les décisions reviennent (P1, P8, P10).

Il reste que je pense que le rôle de-, pour ma part là, l'infirmière praticienne elle a un rôle d'*advocacy* du patient, le patient est vraiment au cœur de sa prise de décisions, fait que je pense que d'impliquer même le patient dans le processus de décision tu sais...

parce qu'on peut lui proposer des choses, mais si lui dit « *non, moi je ne veux pas* » ça reste que le maître de sa santé, c'est le patient lui-même. Fait que je pense que notre rôle d'infirmière est vraiment important, puis le rôle du patient aussi [...]. (P8)

Ces propos sont alignés avec le paradigme de la prise de décision partagée, alors que les propos d'autres participants pointaient plutôt vers le paradigme du paternalisme lorsqu'il était question du futur des soins, un participant affirmant d'ailleurs : « ça peut être un outil oui, mais je pense que c'est, il faudrait surtout que ce soit un outil utilisé par les professionnels là actuellement » (P4). Comme de fait, deux participants ont exprimé un bémol à ce qu'on mette des solutions d'IA entre les mains des patients à l'heure actuelle et que ceux-ci devraient plutôt être des utilisateurs de deuxième ordre, après les professionnels (entretiens P4, P7). Également, plusieurs participants ont mentionné que de nombreux patients ont déjà recours à internet et particulièrement « Docteur Google » pour s'informer de leurs symptômes, voire se soigner (entretiens P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10). À cet effet, certaines participantes y ont vu du positif puisque la démocratisation de l'information permet aux patients de s'engager activement dans leurs épisodes de soins s'ils le souhaitent et d'ouvrir la porte à des échanges entre le patient et les professionnels (entretiens P3, P9, P9). Néanmoins, d'autres y ont vu un risque à ce que la démocratisation de l'IA accentue le phénomène et impacte négativement la relation patient-professionnel soit en déplaçant la confiance du patient vers l'IA plutôt que vers le professionnel, ou encore en activant des patients-rois qui n'hésiteront pas à imposer les soins qu'ils désirent recevoir de la part professionnels (entretiens P4, P8).

L'autre chose, c'est quand ça vient le temps de la relation de confiance avec le personnel tu sais, des fois on le voit juste avec Docteur Google : le patient a googlé, il est sûr qu'il a un cancer, nous on essaie de le rassurer [...] fait que je me demande si (l'IA) pourrait peut-être nuire un peu à la relation du professionnel dépendant avec le patient? Peut-être. (P8)

De plus, certains ont affirmé que l'IA doit demeurer un « outil » et ne pas s'immiscer dans la relation tel qu'un intermédiaire le ferait puisqu'il ne s'agit pas d'un « interlocuteur entre le patient puis le professionnel » (P2) et « que c'est la relation patient puis soignant qui doit demeurer » (P8). Ces propos font écho à certaines craintes documentées quant à

l'impact négatif que des relations humain-IA pourrait avoir sur des relations bidirectionnelles entre humains, tel que la relation patient-professionnel.

Optimisation de l'éducation aux patients. Certaines participantes ont aussi mis l'emphasis sur l'importance de l'éducation dans la relation patient-infirmière d'aujourd'hui, indiquant que la transmission, vulgarisation et explications d'informations étaient des activités d'enseignement pour lesquelles l'infirmière joue un rôle clé (entretiens P3, P6, P8, P9). Parmi ces participantes, la majorité voit l'IA comme un atout pour entretenir et solidifier la relation patient-infirmière en permettant que l'éducation soit facilitée, mieux exécutée, mais surtout mieux absorbée par le patient (entretiens P3, P6, P8).

Toute la notion aussi de vigilance, d'alerte clinique, donc quand on dit aux patients tu sais « *oublie pas exemple, si ta pression est plus grande que 180 sur 100, tu dois aller à l'urgence* », [...] puis des fois j'ai l'impression que quand on rencontre le patient, on lui dit son diagnostic, on lui presque vomit notre matière là, lui il a le cerveau méga rempli puis finalement, il ne retient complètement rien. Mais si on utilisait l'intelligence artificielle [...] je me demande si l'adhésion au plan de traitement – qui est soit pharmacologique ou non pharmacologique – est-ce que le patient adhérerait plus en fait à son plan de traitement? Moi je pense que oui, mais là... je ne peux pas le dire hors de tout doute. (P8)

Parmi elles, deux participantes ont même mentionné qu'il serait intéressant d'avoir des solutions officielles et crédibles auprès desquelles les patients pourraient s'informer lorsqu'ils en ressentent le besoin afin d'éviter la désinformation qu'un outil destiné au grand public pourrait entraîner et éviter d'attendre trop longtemps avant de consulter pour une condition critique (entretiens P3, P6).

[...] il se dit tellement n'importe quoi en ligne, tu sais si au moins ils peuvent avoir une application tu sais genre « Docteur Google », qui fait un peu plus de sens puis qui ne dit pas trop de conneries là, tu sais à la *up-to-date* euh version pour Monsieur-Madame-tout-le-monde, j'aimerais déjà mieux ça tu sais. Parce qu'ils pourraient gérer leurs ongles incarnés eux-mêmes, leurs oignons... ça leur donnerait déjà des petites pistes de solution là, ouais. (P6)

Accentuation des discriminations. Pour plusieurs participants, l'état du système et la grande vulnérabilité de la population prise en charge rendent la relation patient-infirmière d'aujourd'hui plus difficile (entretiens P4, P7, P8, P9, P10). En effet, une participante a affirmé que les patients se sentent parfois comme des numéros alors qu'une autre a évoqué que certains patients ont l'impression d'être abandonnés par les professionnels une fois que leur traitement est reçu et complété (entretiens P7, P8). À l'avenir, deux participants craignent que l'IA exacerbe les vulnérabilités de certains patients, rendant leur expérience dans le système de soins encore plus difficile et parsemée d'embûches, notamment en raison de la stigmatisation subie de la part de certains professionnels (entretiens P2, P3).

Déjà que c'est super difficile pour des gens qui sortent des normes euh de consulter, puis d'être acceptés tels qu'ils sont par les professionnels de la santé, et cetera, et de parler de leurs enjeux sans subir de discrimination... J'ai l'impression qu'avec une IA, ça va être encore pire. (P3)

[...] encore une fois je pense que dans le cas des personnes qui ont du mal à aller chercher des soins parce qu'ils vivent de la discrimination dans leur vie et dans les structures médicalisées, bin ils vont encore moins le faire, parce qu'ils ne vont pas se sentir du tout écoutés. (P3)

De manière générale, nos participants anticipent une évolution de la relation patient-infirmière à mesure que l'IA s'intègre dans les soins. Également, ils voient un impact positif quant aux activités d'éducation aux patients, mais un impact négatif alors que l'IA risque d'exacerber les vulnérabilités et augmenter la discrimination.

4.3.2 L'équipe et la collaboration

À l'avenir, certains participants voient l'IA s'ajouter au portrait d'équipe, ce qui est aligné à la vision d'IA comme partenaire tel qu'introduite précédemment (entretiens P2, P5, P7). Comme de fait, un participant soulève l'aspect transformationnel d'un tel changement dans les façons de faire et collaborer : « c'est un gros changement de paradigme là, ajouter un intervenant intelligent si on veut là, dans nos manières de fonctionner » (P2). De plus, une participante croit que l'IA pourrait venir palier dans des situations où les échanges intra-professionnels sont déjà en diminution, voire inexistants (P8). Plus particulièrement,

elle voit une valeur ajoutée à intégrer l'IA dans un contexte d'apprentissages et de développement des compétences lorsqu'il est connu que la nouvelle infirmière n'est pas soutenue ou encadrée par des mentors formels (P8).

Cependant, certains participants ont affirmé qu'ils croient que l'intégration de l'IA impactera négativement leurs interactions entre pairs et collègues (entretiens P2, P3, P7). À cet effet, un participant a affirmé que cela « pourrait avoir un impact de diminuer notre capacité de faire du *small talk* ou de connaître les gens (de manière) plus approfondie » en référence à ses collègues (P2). Dans le même ordre d'idées, une autre participante a discuté comment l'intégration de l'IA pourrait mener à une incapacité de se vider le cœur ou se changer les idées puisque les infirmières risquent d'interagir de moins en moins entre elles et de plus en plus avec des SIA (P7).

[...] sans qu'au travail ce soit tous tes amis, des fois t'as besoin d'évacuer, t'as besoin de parler d'autre chose, t'as besoin de te changer les idées, ben dans un monde idéal, c'est d'avoir quand même beaucoup d'humains pour qu'on reste quand même humain, puis que qu'on ne soit pas seul. Parce que si j'ai un problème, si je ne me sens pas bien, si je *feel* pas ou si j'ai besoin d'aide, je ne sais pas à quel point je vais être à l'aise [...] d'aller voir l'IA puis dire « *ah aujourd'hui, tu sais, ça feel pas* » [...]. (P7)

Également, une participante a affirmé qu'elle anticipe que l'intégration de l'IA impacte les rôles de liaison, soit des rôles pour lesquelles l'infirmière agit comme une courroie de transmission entre différents intervenants et/ou différentes étapes du parcours de soins (P3). À cet effet, elle croit que si l'IA prend en charge une partie des efforts de coordination, en décidant si oui ou non certaines étapes ont lieu d'être, cela diminuerait les interactions et suivis entre collègues de l'équipe de soins (P3). Ultimement, cette perspective est similaire à celle d'une autre participante, mais vue d'un angle différent. Comme de fait, la perspective tout juste introduite voit plutôt l'IA comme la cause d'une diminution des activités de coordination de l'infirmière, et donc une diminution des interactions. Or, nous avons introduit à la sous-section sur les remplacements de rôles par l'IA qu'une autre participante voyait plutôt les activités de coordination comme des activités à faible valeur ajoutée puisque celles-ci pourraient être effectuées par des outils numériques à mesure que l'informatisation clinique du réseau se poursuit (P6). Il sera

donc intéressant de mieux comprendre quels facteurs explique qu'un même changement soit vu différemment par certains professionnels.

En résumé, certains participants voient du positif sur les dynamiques d'équipe avec l'ajout de l'IA dans l'organigramme et son apport pour palier dans les situations où les interactions humain-humain sont actuellement limitées. Inversement, certains anticipent des impacts plutôt négatifs tel qu'une diminution du *small talk*, une difficulté à connecter de manière plus approfondie et personnelle avec les collègues et une diminution des interactions, particulièrement pour les rôles de coordination.

4.3.3 Les dynamiques conflictuelles et de pouvoir

En analysant notre corpus, quatre perspectives émergent en ce qui a trait à l'impact de l'IA sur les dynamiques conflictuelles et de pouvoir. Ainsi, nos participants croient que l'IA entraîne une augmentation de la résistance au changement, la création de conflits et tensions liés à la responsabilité, l'expression de la supériorité de certains individus ainsi que l'amplification du pouvoir d'expertise.

Augmentation de la résistance au changement. À l'heure actuelle, plusieurs participants ont noté la grande présence de la résistance au changement parmi les équipes et de son importance dans l'origination de conflits (P4, P5, P6, P9, P10). À l'avenir, plusieurs de nos participants ont affirmé qu'ils anticipent une accentuation de la résistance au changement si l'IA s'intègre à leur quotidien, voire même de nouveaux conflits. En effet, certains ont noté l'âge comme facteur aggravant potentiellement la résistance envers l'IA en notant qu'il y avait plus de réfractaires dans les tranches de collègues plus âgés (entretiens P3, P5). D'autres ont mentionné qu'ils voient bien des conflits et tensions survenir si leurs collègues refusent d'utiliser l'IA alors que celle-ci est déployée dans leur équipes (entretiens P1, P4, P5).

Donc c'est euh... si demain matin ça survenait, je pense qu'il pourrait y avoir beaucoup de conflits là en lien avec ça. Moi ça ne changera pas ma perception d'emblée, mais sur la réaction de la personne, si on voit que la personne est complètement réfractaire, refuse de l'utiliser, puis ça, ça nuit à l'implantation et au reste, bin là moi je vais peut-être avoir une opinion plus négative de cette personne-là. (P4)

Le participant aux propos ci-haut a poussé son argumentaire plus loin, allant jusqu'à affirmer que la non-utilisation de l'IA par un individu pourrait engendrer son isolement au sein de la société et donc des contextes sociaux auquel cet individu participe :

Il y a des enjeux sociaux qui sont très importants par rapport à ça là parce que bon il y a des gens qui vont refuser de l'utiliser, tout comme il y a des gens qui refusent d'utiliser les cartes de crédit ou les cartes de débit, qui sont encore avec des sous... Il va y avoir vraiment une distinction là, une nouvelle strate de société, une nouvelle hiérarchie sociale, ça c'est certain. [...] les gens n'auront pas le choix ou ils vont s'isoler comme on le voit dans d'autres choses. Ça va arriver, c'est malheureux, mais je pense que ça va arriver. (P4)

Dans le cas spécifique des médecins, deux participants ont noté qu'ils étaient plus réfractaires aux changements technologiques que les autres professionnels en soins, ajoutant qu'il sera important que ceux-ci s'intègrent et participant aux efforts de déploiement de l'IA puisqu'autrement cela mettrait en péril lesdits efforts (entretiens P4, P6). D'ailleurs, l'une de ces participants a ajouté que leur statut particulier de travailleur autonome ne pourra plus être une échappatoire pour se déresponsabiliser et crier à l'ignorance (P6). L'autre participant a mentionné que malgré la résistance connue des médecins face aux changements technologiques, on continue tout de même à leur offrir des outils technologiques leur permettant de gagner en efficacité et/ou d'améliorer leur prise en charge (P4). Par rapport aux autres intervenants, les médecins sont donc privilégiés étant donné les solutions technologiques qui leur sont offertes en primeur, ce qui pose un dilemme considérant qu'ils gagnent en efficacité mais continuent d'être payés à l'acte. Comme de fait, une participante a souligné qu'il serait difficile de justifier que les médecins voient leur rémunération augmenter à mesure que les soins deviennent plus efficaces, tandis que cela n'est pas possible pour les autres intervenants qui sont payés à l'heure plutôt qu'à l'acte (P6).

Création de conflits et tensions liés à la responsabilité. Aussi, quelques participants ont affirmé qu'ils anticipent plusieurs conflits et enjeux entourant la responsabilité médicale si les limites ne sont pas bien définies quant à l'imputabilité et le rôle de l'IA (entretiens P4, P7, P8, P9). En effet, ils ont indiqué qu'il faudra évaluer et clarifier les limites de

chaque intervenant – incluant l’IA – pour éviter les dérives, s’assurer d’un consentement éclairé des professionnels, c’est-à-dire qu’ils comprennent ce que les extrants générés par l’IA impliquent en termes de conséquences, et encadrer l’utilisation afin de rassurer les professionnels (entretiens P7, P8, P9).

Ben là c’est sûr que la chicane va pogner [...]. C’est un peu comme quand tu es en dyade, puis que là il y a une mauvaise communication, puis qu’il y a une erreur qui se crée, c’est sûr que ça va créer un conflit. Mais là si en plus c’est une intelligence artificielle qui ne peut pas se défendre, c’est sur toi que ça retombe la responsabilité. (P7)

Expression de la supériorité. Aujourd’hui, certaines participantes ont mentionné qu’il était possible d’observer des dynamiques de pouvoir hiérarchique, c’est-à-dire que certains individus en position d’autorité disposent d’un certain statut de supériorité (entretiens P3, P6). Par exemple, les médecins ont plus de pouvoir que les infirmières, l’infirmière chef a plus de pouvoir que les autres infirmières et les gestionnaires ont plus de pouvoir que les professionnels en ce qui a trait aux diverses décisions (entretiens P3, P6). Particulièrement en ce qui a trait aux médecins, certaines participantes nous ont parlé de la supériorité apparente de ces derniers, affirmant que ceux-ci ont d’ailleurs moins confiance en la capacité des infirmières et que leurs décisions et opinions valent plus que celles des infirmières (entretiens P3, P8, P10). En complément, une participante a affirmé avoir « l’impression que les médecins ont été un peu en hégémonie pendant des années » (P6), ce que le Larousse décrirait comme une « domination d’un groupe social sur les autres » (Larousse 2025). Si l’intelligence artificielle venait à s’intégrer aux soins, une participante a affirmé craindre que les médecins utilisent le recours à l’IA par les infirmières comme argument pour discréditer leur expertise et compétences (P8). En parallèle, une autre participante a affirmé que l’intégration de l’IA n’entraînera pas de changement quant à l’expression de cette supériorité par les médecins, eux qui continueront à avoir une influence plus grande que les autres intervenants :

[...] de toute façon il va se passer ce qui s’est toujours passé, c’est-à-dire les, ça va commencer par les infirmières : les infirmières vont chialer, après ça ça va aller aux médecins, les médecins vont chialer, ça va reculer parce que les médecins, eux, ça a de l’importance ce qu’ils disent. (P3)

Amplification du pouvoir d'expertise. Aujourd'hui, le pouvoir d'expertise, soit le fait d'avoir plus de pouvoir en fonction des compétences acquises et maîtrisées, permet à certains individus de se démarquer du lot et de s'imposer comme précurseurs (entretiens P2, P4, P6). Sans reconnaître formellement que cela était leurs cas, trois participants ont discuté de leurs compétences supérieures en IA et technologies diverses en se positionnant à l'avant de leurs collègues – sur un spectre des compétences fictif – et en positionnant leurs collègues à l'arrière d'eux.

J'ai un intérêt, j'ai un intérêt personnel par rapport aux nouvelles technologies [...]. V'là six mois, je parlais d'automatisation, donc en termes de demande, donc ça va rechercher un petit peu ça, donc je suis, je mijote déjà là-dedans, dans l'aide, dans l'application de la technologie dans les services actuels [...]. Donc puis encore là je suis un peu une bibitte auprès de mes collègues là, donc je suis probablement une exception là, mais moi personnellement c'est sûr que je ne pense pas qu'il y ait d'impact par rapport à ça là (la déqualification), vu que je suis aux devants. (P4)

[...] honnêtement là, je parle rarement d'IA avec mes collègues là. Je parle surtout d'automatisation, mais souvent quand je vois je débute dans mes affaires de *flow* ou *PowerAutomate* applications je vois qu'il y a une, la majorité perde le fil là. Fait qu'on en parle rarement mettons là, rarement quasi jamais là. (P2)

À l'avenir, certains participants ont abordé le pouvoir d'expertise en reconnaissant que les individus qui refusent d'utiliser l'IA et de se mettre à jour vont se faire dépasser, voire remplacer, par ceux qui se forment et développent leurs compétences (entretiens P1, P2, P4, P9). Ces perspectives sont similaires et alignées à celles d'aujourd'hui, avec la différence que plus de participants ont reconnu l'impact des compétences sur le pouvoir individuel lorsqu'ils étaient questionnés sur l'impact futur de l'IA.

Moi j'ai l'impression que ça va être un plus, versus la personne qui ne l'utilise pas. Parce que tu sais je veux dire, la personne qui ne l'utilise pas si elle ne trouve pas de solution elle tourne en rond [...]. Fait que moi je pense que les gens qui vont embarquer là-dedans, ils vont être plus efficaces, je suis convaincu de ça. On n'en sait jamais assez. (P9)

Conclusion de la section sur les dynamiques relationnelles

De manière générale, nos participants sont sujets à plusieurs dynamiques relationnelles dans le cadre de leur emploi, qu'elles soient en lien avec le patient, des collègues ou même d'autres professionnels tel que le médecin. À mesure que l'IA s'intègre aux soins, nos participants anticipent une évolution de la relation patient-infirmière, bien que l'IA soit appelée à demeurer un « outil » dans le cadre de cette relation et non une troisième partie prenante. Inversement, certains participants voient l'IA s'ajouter à l'organigramme d'un point de vue « équipe », ce qui est aligné à la vision d'IA comme partenaire introduite précédemment. Néanmoins, certains voient aussi le risque que l'IA entraîne une diminution de la quantité et qualité des interactions humain-humain entre pairs et collègues. Au niveau des dynamiques conflictuelles et de pouvoir, les quatre tendances tout juste introduites s'imposent pour transformer les relations de l'infirmière.

4.4 L'expertise et les compétences

En général, nos participants ont reconnu l'importance de l'expertise dans l'autonomisation et l'exercice de la profession. Ils ont aussi distingué les compétences en deux groupes très évidents, soit les compétences infirmières et les compétences numériques, tout en abordant l'enjeu de la perte en compétences. Ce sont les sujets que nous introduirons dans les prochains paragraphes.

4.4.1 L'impact de l'IA sur les compétences infirmières

À travers nos entretiens, plusieurs participants ont reconnu l'importance de l'expertise pour être une infirmière compétente (entretiens P1, P5, P6, P9, P10). De plus, la majorité a affirmé que l'intégration de l'IA risque de favoriser le développement et le maintien de l'expertise alors qu'ils étaient unanimes sur la croyance que l'IA supportera le renforcement de la spécialisation. Cette perspective est sans rappeler l'impact négatif de la mobilité sur l'expertise, tel qu'introduit précédemment, et donc le risque que l'IA diminue l'attrait pour les équipes volantes (entretiens P6, P9). À l'avenir, certains participants ont affirmé qu'il sera essentiel d'avoir de l'expertise clinique et de maîtriser les compétences infirmières clés pour développer des produits d'IA pertinents ou encore

pour occuper un rôle émergent à la croisée des soins et de l'IA (entretiens P4, P6). De plus, certaines participantes ont affirmé que l'IA sera une solution pour se développer professionnellement, mieux prendre en charge plus de patients ou encore palier pour un manque d'expertise lors de certaines situations spécifiques tel que les quarts de nuit (entretiens P1, P5, P7, P8, P10). Pour ce qui est du développement des compétences, une participante fût très vocale sur l'énorme potentiel que l'IA pourrait avoir d'un point de vue « formateur » et « pédagogique », rappelant la perspective quant au rôle de l'IA comme un « outil d'apprentissages » tel qu'introduite précédemment (P8).

Ben moi je pense que l'IA pourrait avoir un rôle à jouer parce que si on dit qu'on veut développer des compétences, puis on veut favoriser le raisonnement clinique, ben moi je pense que l'IA pourrait apporter dans le fond une portion pour stimuler davantage le raisonnement clinique, justement dans l'approche de cas, dans générer des hypothèses dans... Par exemple une étudiante chez qui on se dit « *bon, elle a un problème de raisonnement, elle ne génère pas beaucoup d'hypothèses, son questionnaire n'est pas assez étoffé* », est-ce que l'intelligence artificielle pourrait venir développer ces failles-là? Moi je pense que oui, en créant je ne sais pas moi des activités cliniques ou des activités de raisonnement, des arbres, des séances d'arcs de raisonnement... Je pense que ça pourrait se faire. Sans l'enseignant, puis uniquement avec l'intelligence artificielle. (P8)

Également, les différents propos de nos participants laissent croire que les compétences s'inscrivent dans un continuum en trois phases, soit l'acquisition ou « j'apprends », le développement ou « je perfectionne » et le maintien ou « je pratique » (entretiens P4, P7, P8, P9). Parmi les compétences infirmières dont ont discuté nos participants, il était possible de les catégoriser en trois types, soit les compétences relationnelles, techniques ou critiques au rôle tel que le jugement clinique. Outre l'avantage de l'IA pour approfondir son expertise et développer ses compétences de manière générale, nos participants anticipent trois scénarios quant à l'impact de l'IA sur les compétences infirmières. En effet, ceux-ci anticipent que l'intégration de l'IA n'aura pas d'impact sur les compétences relationnelles, mais qu'elle contribuera à une perte en compétences pour celles de nature technique ou encore transversale et critique au rôle. Pour ces deux derniers types de compétences, l'enjeu de la déqualification est vu différemment par nos participants.

Pour les compétences relationnelles, tel que la communication non verbale et le sens politique, nous avons déjà relaté que certains participants les considéraient essentielles tout en notant qu'il s'agit de compétences difficilement remplaçables par l'IA (entretiens P2, P3). Ainsi, il semble que ces compétences ne risquent pas d'être impactées par l'IA et seront maintenues à l'avenir.

Au niveau des compétences techniques, tel que l'habileté à effectuer un pansement, ces compétences étaient vues comme plus faciles à apprendre et maîtriser par les infirmières et moins critiques puisqu'elles permettent d'accomplir des tâches sans valeur ajoutée et/ou qui pourraient être effectuées par la technologie ou par d'autres intervenants moins qualifiés (entretiens P6, P7, P10).

Ben nous on est une unité où il y a relativement peu de technologie, c'est assez... Je vois bien avec les étudiants justement, où ils viennent pour faire un maximum de pansements et d'actes techniques, c'est assez rapidement intégré je veux dire. (P10)

Pour ces raisons, certaines participantes ont montré de l'ouverture à ce que l'IA contribue à certains actes techniques, ce qui impliquerait des infirmières qu'elles pratiquent ces actes moins fréquemment et ainsi perdent potentiellement en compétences (entretiens P1, P7, P10).

En ce qui concerne les compétences clés et critiques au rôle, quelques participants ont affirmé qu'il s'agissait des compétences les plus complexes, les plus difficiles à développer et les plus fatales si elles n'étaient pas maîtrisées ou venaient à être perdues (entretiens P3, P4, P6, P8, P10). Parmi ces compétences, on note l'analyse, le jugement clinique, le raisonnement critique, l'adaptabilité et la prise de décisions, entre autres.

Au niveau de l'analyse puis du jugement clinique, il faut être prudent parce que [...] si les gens se fient uniquement à l'intelligence artificielle puis qu'ils ne développent pas leur propre jugement, ça peut avoir un impact au niveau des soins, au niveau de la rapidité d'exécution [...]. (P4)

Comme introduit précédemment, certains de nos participants craignent que l'IA contribue à une perte en compétences chez les professionnels de la santé, avec plusieurs d'entre eux

affirmant que l'IA serait une menace pour les compétences d'autrui, en particulier pour le jugement clinique (entretiens P1, P2, P4, P5, P6, P8). En effet, certaines ont soulevé que si l'IA aidait à la pose de diagnostics, il y aurait des risques de perdre son jugement clinique puisque les infirmières cesseraient d'éliminer elles-mêmes leurs hypothèses, de résoudre leurs problèmes et d'analyser toutes les avenues possibles (entretiens P1, P8). Un autre argument similaire qui fut soulevé est la facilité et rapidité avec laquelle l'IA générerait des extrants tel que la solution à un problème ou encore la prochaine étape à privilégier (entretiens P2, P5, P8). À cet effet, certains participants ont affirmé que cette facilité risquerait d'inciter les infirmières à cesser leurs recherches plus rapidement avec l'une d'elles affirmant même qu'il y aurait un risque que les étudiantes en soins infirmiers « s'asseoi(ent) sur leur laurier » (P8). Certaines ont également fait le lien entre l'IA et les biais d'automatisation possibles, soulignant le risque de perdre son jugement clinique si on se fie aveuglement à la technologie (entretiens P5, P6).

[...] tout ce qui est exercice ou comme utilisation du champ d'expertise de l'infirmière, c'est une analyse en soi et l'utilisation de l'IA pourrait faire en sorte qu'il (le professionnel) se fit davantage sur ce que l'IA propose que de la quête de l'information totale et le l'approche holistique des patients. Euh parce que c'est bien beau de dire qu'est-ce que signifie une douleur abdominale au cadran inférieur droit, mais si je ne prends pas en considération le volet psychosocial des usagers ben c'est là que je vois une perte, un risque et une perte d'information importante au niveau infirmier là. (P2)

Alors que plusieurs participants ont reconnu le risque de perte de jugement clinique chez autrui suite à l'intégration de l'IA, seulement deux participantes ont affirmé que le risque pourrait les concerner personnellement (entretiens P5, P8). En contrepartie, cinq participants ont affirmé qu'ils ne voyaient aucune menace pour leur propre expertise et sentiment de compétences (entretiens P1, P3, P4, P9, P10). Les raisons évoquées étaient une grande confiance en ses propres compétences, une méfiance envers la fiabilité des solutions d'IA combinée à une croyance que le jugement clinique est une compétence éternelle, ainsi qu'une reconnaissance des risques et une vigilance constante (entretiens P3, P4, P9).

Pour mon sentiment de compétence? Aucunement. Moi je suis très, très confiante en mes compétences, sans aucune modestie. (P3)

Moi personnellement je ne vois pas ça comme une menace étant donné que je me mets à jour justement puis j'ai ça en tête, donc c'est sûr que si d'un côté ça remplace une partie du jugement, personnellement je vais rester à l'affût, puis c'est sûr que je vais développer des compétences parallèles de toute façon. (P4)

[...] mettons par exemple, je lis de l'information que l'intelligence artificielle me donne ou peu importe là, je vais toujours avoir mon esprit critique. Je veux dire, il ne pourra jamais m'enlever ça parce qu'à quelque part, est-ce qu'ils ont la science infuse? Est-ce qu'il n'y a pas d'erreurs? Je ne pense pas. [...] Des fois il y a des erreurs et tout ça, fait que je pense qu'un jugement clinique professionnel va toujours rester là, l'autocritique aussi là, fait que ça, ça ne disparaîtra pas. (P9)

D'ailleurs, cette dernière citation démontre une méfiance à l'endroit des solutions d'IA, mettant en doute la fiabilité et véracité de l'information donnée. D'une part, cela appuie les discours des participants en faveur de plus d'encadrement ainsi que le discours général quant aux besoins de former les professionnels sur les technologies d'IA. D'autre part, cela soulève l'enjeu qu'une fois la méfiance disparue, il existe le risque de baisser la garde et être victime de ses propres biais d'automatisation. Comme de fait, deux participantes ont noté les dangers que l'infirmière opère en mode « pilote automatique » (P6), ce qui l'amènerait à agir en fonction de biais d'automatisation et avec un jugement clinique et une autonomie moindres (entretiens P6, P7). Ainsi, il sera important d'éduquer les professionnels afin qu'ils demeurent à l'affût des risques de biais divers.

4.4.2 Le développement des compétences numériques

Pour ce qui est des compétences numériques, certains participants ont reconnu que le niveau actuel de littéracie numérique chez les professionnels en soins est faible (entretiens P1, P4, P6, P9). Certains de ces participants ont aussi mis l'accent sur les conséquences primaires d'une faible maîtrise du numérique : temps perdu à rédiger des notes qui pourraient être dictées ou à accomplir des tâches simples, difficultés à naviguer dans

certains logiciels ou interfaces incluant un dossier centralisé, puis mauvaise saisie de données (entretiens P4, P6).

[...] en ce moment j'ai des gens qui rentrent le poids dans le dossier santé, tu sais dans Oasis où est-ce que t'as dans l'en-tête du patient « *poids / taille* », ils vont mettre le poids avec la chaise roulante. Ça peut pas exister des affaires de même là, ça n'a aucun sens. (P6)

À l'avenir, certains ont reconnu qu'il sera important d'avoir un bon niveau de littéracie numérique pour réussir en tant que professionnel en soins (entretiens P4, P6, P9). Outre la raison simple d'être à l'aise avec la technologie pour être en mesure d'accomplir ses tâches, les participants ont soulevé deux autres raisons pour justifier le développement de compétences numériques. D'une part, les professionnels avec un bon niveau de littéracie et la maîtrise de compétences numériques clés pourront agir comme vecteurs de changement dans le cadre de projets ciblés ou encore pour supporter la transformation du système (entretiens P6, P9). D'autre part, la combinaison d'une bonne littéracie numérique et d'une expertise clinique sera requise pour occuper un rôle émergent à la croisée des soins et de l'IA, tel qu'introduit précédemment (P4).

Va falloir qu'il y aille quelqu'un qui aille autant de spécialité au niveau clinique, mais aussi une connaissance au niveau de l'intelligence artificielle pour aller comprendre la différence, le « *pourquoi de* » là, « *est-ce que c'est une question informatique* », « *est-ce que c'est une question clinique* » ... (P4)

Également, une participante a affirmé que la maîtrise de l'IA procurera un avantage au professionnel compétent par rapport au professionnel disposant d'une faible littéracie et faible maîtrise des compétences numériques, affirmant : « ça va être un plus, versus la personne qui ne l'utilise pas » (P9). Cette croyance est complémentaire à l'argument du pouvoir d'expertise introduit dans la sous-section des dynamiques conflictuelles et de pouvoir (entretiens P2, P4, P6). En ce qui a trait aux compétences numériques en soi, notre équipe de recherche a synthétisé celles identifiées par nos participants, soit directement ou indirectement lorsque ceux-ci rapportaient des exemples de situations vécues, dans le

tableau 5. Ainsi, nos participants ont évoqué une dizaine de compétences comme requises des infirmières pour réussir dans le futur (entretiens P2, P5, P6, P7, P8, P9).

Tableau 5 : Compétences numériques requises des infirmières dans le futur

Famille de compétences	Prévalence	Compétences numériques identifiées par nos participants
Données	P2, P6	• Stratégie de données • Gouvernance des données • Gestion des données • Analyse de données
Informatisation clinique	P6, P8	• Fondements de l'informatisation clinique • Dossier médical électronique • Normes informatiques - ex : SNOMED, CIM-10 • Navigation de menus et logiciels
Intelligence artificielle	P2, P5, P6, P9	• Fondements et limites de l'IA • Automatisation • Reconnaître les biais
Autres	P7	• Cybersécurité

Finalement, plusieurs participants ont reconnu l'importance et la nécessité que leur employeur mette à disposition de la formation en IA et pour développer les compétences numériques (entretiens P1, P2, P4, P5, P7, P9, P10). Certaines participantes ont toutefois rappelé que les formations seules ne seront pas suffisantes et qu'il faut s'investir pour développer, perfectionner et maintenir ses acquis (entretiens P6, P8). Cette perspective rappelle notre continuum en trois phases introduit plus tôt dans cette section, soit « j'apprends, je perfectionne, je pratique ».

Mais ça prend cette capacité-là de dire « Ok, je dois m'autonomiser sur l'utilisation » tu sais, parce que la formation il y a une limite à ce qu'elle va faire, elle va pas le faire pour toi. Tu sais à un moment donné faut que tu mettes la patte dedans, puis que tu t'impliques, puis à un moment donné ça va devenir comme une seconde nature. (P6)

Ben c'est sûr qu'au début il va y avoir une portion où le professionnel n'aura pas le choix, c'est un nouvel outil, il faut l'approprier, il faut lui mettre notre couleur, fait que forcément il va falloir y mettre du temps. [...] C'est le même principe qu'un dossier médical électronique [...]. (P8)

En plus de la formation offerte par l'employeur aux employés, certains participants ont évoqué le besoin d'intégrer l'IA au cursus académique des futures infirmières (entretiens P2, P6, P7, P10).

Conclusion de la section sur l'expertise et les compétences

De manière générale, nos participants ont reconnu l'expertise comme un critère pour être une infirmière dite compétente. Ils voient deux grands types de compétences, soit les compétences infirmières et les compétences numériques. Pour les compétences infirmières : nos participants n'anticipent pas d'impact de l'IA sur les compétences relationnelles puisqu'elles sont propres à l'humain, anticipent une déqualification potentielle pour les compétences techniques puisque les activités qu'elles permettent d'accomplir pourraient être déléguées à la technologie ou à d'autres collègues, puis craignent des conséquences négatives sur les compétences critiques et transversales car l'IA représente une menace pour celles-ci. Pour les compétences numériques, certains reconnaissent que le niveau actuel de littéracie numérique est faible et cela a des impacts négatifs sur les soins et le travail. À l'avenir, ils jugent que tant l'employeur que les établissements d'enseignement doivent offrir de la formation sur l'IA aux infirmières actuelles et futures, respectivement.

Chapitre 5 : Discussion des résultats

Le but de ce chapitre est de rappeler les résultats de notre étude et discuter de comment ceux-ci viennent répondre à notre question de recherche. De plus, nous comparerons ces résultats aux travaux recensés dans la littérature et identifierons les implications managériales afin de guider gestionnaires et décideurs. Ainsi, l'objectif est de comprendre et interpréter nos résultats, puis les comparer à la littérature afin de contribuer aux savoirs existants s'il y a lieu.

5.1 Le rôle de l'infirmière dans un futur avec IA

À titre de rappel, les perspectives fournies par nos participants quant à l'impact de l'IA sur le rôle de l'infirmière étaient toutes complémentaires, c'est-à-dire qu'aucun de leurs propos ne s'opposaient aux propos d'un autre participant. Tout d'abord, nous avons conclu que l'infirmière du futur verra ses activités et responsabilités être réorganisées afin de s'adapter à l'intégration de l'IA, bien qu'elle continuera à donner des soins et prioriser la connexion humaine. À cet effet, l'IPS pourrait même prendre en charge certaines tâches du médecin en lien avec la communication et l'éducation patient puisqu'elle est vue comme plus habilitée que le médecin dans la sphère relationnelle et que l'IA pourrait faciliter ce transfert. Ceci est aligné aux travaux sur les rôles infirmiers en pratique avancée de Daly et Carnwell (2003) ainsi que de Bryant-Lukosius, DiCenso et al. (2004) qui mettent en lumière une satisfaction accrue des patients en soins primaires pour ce qui est de la communication et l'éducation lorsque c'est l'infirmière qui en est responsable plutôt que le médecin. Toujours en ce qui a trait à l'IPS, nos résultats indiquent que la praticienne de demain pourra prendre en charge les patients pour une plus grande portion de leur épisode de soins dû à une nécessité moindre de les envoyer vers un spécialiste grâce au support que l'IA lui procurera. Nous n'avons pas répertorié rien de tel dans la littérature existante, bien qu'il soit documenté que le rôle en pratique avancée permette de réduire la durée des séjours hospitaliers dans un contexte de soins aigus, contribuant à la continuité des soins entre le centre hospitalier et le domicile (Bryant-Lukosius, DiCenso

et al. 2004). Il est alors raisonnable de faire un parallèle entre ces deux constats, bien que des recherches futures seraient appréciables pour mieux comprendre l'impact de l'expertise bonifiée par l'IA sur la pratique infirmière et comment celle-ci s'inscrit dans l'entièreté d'un épisode de soins.

Toujours au niveau de la réorganisation des tâches, mais dans le contexte plus large du rôle de l'infirmière, la professionnelle de demain risque de transférer certaines tâches administratives à la technologie, ce qui est cohérent avec les nombreuses attentes documentées sur la productivité et le travail administratif des professionnels en soins (Martinho, Kroesen et al. 2021a, Gonzalez-Garcia, Pérez-González et al. 2024). De plus, elle pourra mieux intervenir dans des situations complexes où plusieurs données sont à considérer comme dans un contexte de pharmacovigilance, ce qui est aussi aligné avec le virage observé de déployer l'IA dans des situations reposant sur de larges ensembles de données – comme la pharmacie – tel que nous le rappellent Martinho, Kroesen et al. (2021a). Également, nos résultats indiquent que l'infirmière du futur risque de cesser d'accomplir certaines tâches plus techniques ou mécaniques puisque celles-ci pourraient être automatisées ou déléguées à d'autres collègues, entraînant une déqualification pour les compétences autrement requises pour accomplir ces activités. Ce constat trouve écho dans les travaux d'Aquino, Rogers et al. (2023) quant à l'intérêt d'automatiser les tâches pour lesquelles des compétences uniques ne sont pas requises et où la technologie mènerait à des résultats semblables ou meilleurs.

Un autre constat clé de notre étude réside en l'alignement de nos participants sur la valeur de l'expertise et leur croyance que l'IA leur permettra de se spécialiser plus étroitement et/ou gagner en compétences, un constat déjà documenté dans la littérature existante (Aquino, Rogers et al. 2023). Ces résultats ont aussi pointé vers une dichotomie future, alors que l'IA encouragera les profils spécialistes tandis que les équipes volantes requièrent des profils généralistes pour assurer une certaine mobilité dans le réseau. À cet effet, nous ne recensons aucuns travaux dans la littérature existante sur l'impact de la spécialisation et l'expertise sur le concept d'équipe volante. Bien qu'il existe un éventail de savoirs sur l'expertise et la compétence infirmière (Benner 1984, Daly and Carnwell 2003, Bryant-Lukosius, DiCenso et al. 2004, Bathish, Wilson et al. 2018), celui-ci

n'adresse pourtant pas l'impact de l'expertise sur la pertinence et l'application de la mobilité dans un contexte de soins. Ainsi, notre étude vient bonifier la littérature actuelle en soulignant l'incompatibilité entre la poursuite de l'expertise infirmière et le recours aux profils généralistes dans un contexte d'équipes volantes.

Au niveau du risque que l'IA mène à des pertes d'emplois pour les professionnels en soins, notre étude démontre que nos participants y croient peu et ne se sentent pas menacés, et ce, pour diverses raisons. Entre autres, ils voient le rôle de l'IA comme celui d'un outil ou d'un partenaire, mais pas comme quelque chose capable d'une autonomie entière. Ce constat est aligné aux travaux d'Aquino, Rogers et al. (2023) qui mette de l'avant le cyborg humain-IA pour prendre des décisions plutôt que l'IA comme seul décideur ainsi que ceux d'Amann, Vayena et al. (2023) qui reconnaissent les rôles d'IA comme outil, partenaire et consultant, mais pas comme entité autonome capable de décisions. Sur le sujet du rôle de l'IA, il semble que notre étude contribue au savoir collectif en adressant le sujet via plus d'une dimension – soit la forme et l'autonomie de l'IA – ce que nous n'avons répertorié dans aucuns travaux. En effet, des études couvrent les nombreux enjeux éthiques de l'IA tel que l'autonomie, sans toutefois proposer de modèle (Karimian, Petelos et al. 2022, Corformat, Martineau et al. 2025). Dans la même logique, d'autres travaux proposent certains modèles ou recommandations, mais ne se concentrent que sur un enjeu éthique à la fois (Bitterman, Aerts et al. 2020, Hauptman, Schelble et al. 2025). Concrètement, notre analyse multidimensionnelle pourrait permettre de prioriser les cas d'usage où l'IA est vue comme un outil ou un partenaire et limiter ceux où elle agit plutôt comme quelque chose ou quelqu'un d'autonome, de sorte à obtenir l'adhésion des infirmières.

En revenant sur les rôles, nos participants ont aussi reconnu le besoin de créer de nouveaux rôles axés sur le numérique ou encore des rôles émergents à la croisée des soins et de l'IA, ce qui cadre avec l'attente déjà documentée que l'IA bouleversera les rôles existants et en introduira de nouveaux (Nickel 2022, Petersson, Larsson et al. 2022). Quant aux rôles susceptibles d'être grandement impactés par l'IA, seul le rôle de l'infirmière-chef fut identifié parmi les rôles en soins comme étant un candidat potentiel à subir une transformation. Les arguments soulevés étaient qu'il s'agit d'un rôle de

« colle » dans les équipes et que la majorité du rôle tourne autour de tâches de communication et coordination, ce qui l'IA pourrait très bien accomplir. Ces arguments rappellent les travaux de Parsons et Stonestreet (2003) qui qualifient justement l'infirmière-chef de « colle » tenant les hôpitaux ensemble et ceux de Gonzalez-Garcia et Pérez-González (2024) qui indiquent que l'intégration de l'IA pourrait mener à une perte de compétences en communications chez l'infirmière-chef. Toutefois, il existe une littérature importante quant au besoin que les professionnels développent leurs compétences en communications pour réussir à l'avenir, ce qui contredit les propos de notre participante et ceux de Gonzalez-Garcia et Pérez-González (2024) (Keller and Zavotsky 2023, Lorenzini and Elger 2023, Álvarez-Muñoz, González Luis et al. 2025). Malgré tout, il est fort probable que notre participante ait nommé les activités de coordination et communications en référence à des activités à valeur non ajoutée. À cet effet, de nombreux travaux soutiennent que l'infirmière n'occupe pas pleinement son rôle en raison d'une division du travail sous-optimale et/ou des dynamiques interprofessionnelles favorisant la rivalité entre intervenants de professions différentes (Jones 2006, Lavander, Turkki et al. 2017, Gervais, Despins et al. 2023, Boulet-Gendron, Brien et al. 2024). Dans cette logique, il apparaît évident que le rôle de l'infirmière-chef sera appelé à évoluer grandement et rapidement à mesure que l'IA est intégrée au quotidien des professionnels en soins.

Finalement, notre recherche rappelle l'importance d'impliquer les professionnels de la santé en amont des projets d'implantation d'IA pour obtenir des solutions qui répondent réellement aux besoins, une perspective partagée par tous nos participants et déjà recensée dans la littérature actuelle (Martinho, Kroesen et al. 2021a, Aquino, Rogers et al. 2023).

5.2 Les dynamiques relationnelles de l'infirmière dans un futur avec IA

La relation patient-professionnel. En analysant les perspectives de nos participants quant à la démocratisation de l'IA, il semble que certains de nos participants adoptent le paradigme de la prise de décision partagée alors que d'autres penchent plutôt pour le paradigme du paternalisme pour naviguer la relation patient-professionnel. À cet effet, nos résultats démontrent que certains participants sont en faveur du fait que les patients

prennent en charge leur santé à l'aide de l'IA et n'hésitent pas à *challenge* les professionnels en leur posant des questions. Ce constat fait écho au paradigme de la prise de décision partagée qui dicte la relation patient-professionnel en respectant l'autonomie de chacune des parties (Lorenzini and Elger 2023). À l'inverse, d'autres participants ont plutôt exprimé de la résistance à mettre des outils d'IA dans les mains des patients par peur que ceux-ci deviennent de plus en plus exigeants et voient ces outils d'IA comme la source de vérité et d'expertise, impactant ainsi la perception qu'ils ont du professionnel. Ce constat est aligné au paradigme du paternalisme en ce qui a trait à la relation patient-professionnel puisque ces professionnels souhaitent être en position d'autorité sur le patient (Molina-Mula and Gallo-Estrada 2020, Lorenzini and Elger 2023). Une autre conséquence à ce que les patients considèrent l'IA comme source de vérité est la détérioration de l'identité de rôle et de la perception de soi de l'infirmière, tel que l'indiquent Petersson, Larsson et al. (2022). De plus, notre étude démontre que les infirmières s'attendent à une responsabilisation et collaboration de la part du patient, rappelant les concepts de « bon » et « mauvais » patient avancés par Hagerty et Patusky (2003) et Molina-Mula and Gallo-Estrada (2020). Également, les résultats de notre étude pointent vers une relation demeurant à deux parties – le patient et le professionnel – et au fait que l'IA n'est qu'un outil dans cette relation plutôt qu'une troisième partie prenante. Les craintes de nos participants, combinées à la littérature existante, laissent croire que ceux-ci reconnaissent que les patients puissent développer une relation et une affectivité avec et envers une solution d'IA, menaçant ainsi leur position si le patient venait à préférer l'IA (Skjuve, Følstad et al. 2021, Alowais, Alghamdi et al. 2023). Cette prise de position en faveur d'une relation à deux contredit l'argument de Lorenzini (2023) appelant pour une redéfinition de la relation patient-professionnel afin d'en faire une triade qui inclurait l'IA. Nos participants ont aussi affirmé que le professionnel ne doit pas être un intermédiaire entre l'IA et le patient, ce qui contredit un second argument de Lorenzini (2023) comme quoi le médecin doit agir comme intermédiaire pour transmettre les valeurs et préférences du patient à l'IA afin que l'IA génère des extraits adaptés au patient, ce qui respecterait son autonomie de choix. Néanmoins, une participante a émis l'hypothèse qu'un patient québécois pourrait possiblement choisir de partager ses données avec l'IA mais pas avec le professionnel, dans un contexte où la Loi 5 sur la gestion des

renseignements de santé donne plus d'autonomie au patient. Toutefois, une telle possibilité amène plusieurs enjeux éthiques puisque d'une part elle reconnaît l'autonomie de l'IA, ce à quoi nos participants s'opposent dans un contexte de relation patient-professionnel. D'autre part, elle contribue au phénomène de la boîte noire en limitant l'explicabilité de l'IA et en empêchant la supervision humaine (London 2019). Finalement, nous considérons – grâce à nos résultats sur les craintes que l'IA exacerbe les vulnérabilités – que nos patients reconnaissent tacitement le pouvoir qu'a la technologie sur les patients en objectifiant, déshumanisant et quantifiant leurs symptômes en des données concrètes et factuelles (Knop, Mueller et al. 2024). Cette barrière technologique entre le patient et le professionnel a le potentiel d'influencer l'issue des soins et de changer les résultats pour le patient, les empêchant parfois d'accéder dans des délais raisonnables aux soins dont ils auraient besoin.

Les relations intra- et interprofessionnelles. Pour ce qui est de nos résultats sur les relations entre pairs et collègues, plusieurs sont en adéquation avec la littérature existante. En effet, les propos de nos participants quant à la dominance des médecins sur les autres groupes rappellent les propos d'Atwal et Caldwell (2006) et de Jones (2006) sur la supériorité médicale et le sentiment d'infériorité qu'éprouvent les infirmières envers les médecins. La peur que le recours à l'IA par les infirmières incite les médecins à douter de leurs compétences et à les discréditer semble raisonnable puisqu'il s'agit déjà d'une de leurs craintes, et ce, même dans un monde sans IA (Atwal and Caldwell 2006). La reconnaissance du pouvoir d'expertise fait aussi écho à l'argumentaire de Knop, Mueller et al. (2024) comme quoi les individus plus compétents et qualifiés dans le numérique peuvent exercer un pouvoir sur leurs collègues disposant de compétences moins développées. De plus, nos résultats sur le refus d'utiliser l'IA et d'ainsi contribuer à son propre isolement de la société rappellent les travaux de Park (2012) portant sur l'exclusion sociale, à savoir que la non-utilisation des outils technologiques peut mener un individu à ne plus pouvoir participer aux « relations et activités normales qui sont offertes à la majorité » (Park 2012). En complément, nos résultats indiquent que l'IA pourrait mener à une diminution du *small talk* et à une qualité moindre en ce qui a trait aux interactions entre collègues, ce qui est vu comme négatif par nos participants. À cet effet, nous notons une similitude entre cette perspective et l'argument de Smids, Nyholm et al. (2020)

comme quoi les relations humain-IA pourraient contribuer à réduire la fréquence des échanges d'humain à humain et diminuer la dépendance entre collègues. Ainsi, il serait intéressant de poursuivre la recherche sur le sujet et de potentiellement étudier comment ceci impacte aussi la satisfaction au travail.

Malgré que le thème de la rémunération ne fût pas central à notre étude, nous jugeons pertinent de rappeler un de nos résultats clés considérant que le modèle de rémunération des médecins québécois retient actuellement l'attention au sein de la société québécoise. À cet effet, nos résultats indiquent qu'il serait judicieux de revoir le mode de compensation des médecins québécois à mesure que l'IA s'intègre puisque la formule de rémunération à l'acte ne tiendra plus la route si l'IA permet de gagner en productivité tel que c'est le cas en radiologie, par exemple. Dans la littérature d'intérêt pour notre question de recherche, nous avons recensé certains arguments en lien avec la rémunération qui nous permettent d'émettre des hypothèses. Ainsi, il est bien documenté dans les travaux portant sur la rétention de l'infirmière-chef qu'il est important d'ajuster les systèmes de compensation et récompenses en fonction des responsabilités de l'employé afin d'être juste et représentatif du rôle (Parsons and Stonestreet 2003, Cziraki, McKey et al. 2014). Il apparaît donc logique de revoir le mode de rémunération des médecins afin que celui-ci soit juste et représentatif par rapport à leur nouvelle réalité dans un monde avec IA. Dans la littérature sur les rôles infirmiers en pratique avancée, Bryant-Lukosius, DiCenso et al. (2004) rappellent que l'élargissement du champ de pratique de l'infirmière a des impacts sur les privilèges médecin-établissement puisqu'une partie de la portée du médecin est alors transférée à l'IPS. Considérant que l'IA a le potentiel de faire évoluer les rôles en soins, il semble raisonnable de penser que certains rôles pourront évoluer de sorte à prendre en charge des activités multiprofessionnelles – c'est-à-dire des activités pouvant être accomplies par plus d'un professionnel selon leurs champs de pratique respectifs – et que cela puisse mener à une diminution des privilèges de pratique pour les médecins. En d'autres mots, l'intégration de l'IA pourrait mener les infirmières, particulièrement les IPS, à occuper pleinement leur pratique et ainsi contribuer à une diminution du droit d'exercer des médecins, ce qui impacterait alors leur rémunération. Évidemment, de plus amples réflexions sont requises afin de mieux comprendre l'impact

de l'IA sur les professionnels en soins, particulièrement les médecins, et étudier les options possibles si le modèle de rémunération venait à devoir évoluer.

5.3 L'identité professionnelle de l'infirmière dans un futur avec IA

À la lumière de nos résultats, il apparaît évident que le niveau de littéracie numérique est faible au sein des infirmières québécoises et que tant l'employeur que les établissements d'enseignement doivent offrir de la formation en IA pour répondre aux défis à venir et ainsi préparer la main-d'œuvre. Ce constat quant au besoin d'outiller et de former les infirmières et/ou professionnels en soins pour l'arrivée de l'IA est largement adressé dans la littérature existante (Jain, Goel et al. 2021, Ergin, Karaarslan et al. 2022, Petersson, Larsson et al. 2022, Kather 2023, Shinnars, Aggar et al. 2023, Stewart, Lu et al. 2023, Alruwaili, Abuadas et al. 2024, Ramadan, Alruwaili et al. 2024).

En complément, nos résultats indiquent que l'IA représente une médaille à deux côtés pour le jugement clinique – qui est un des fondements de l'identité professionnelle des infirmières – en représentant une menace via la déqualification et une aide potentielle via le développement des compétences. Ce contraste est similaire aux résultats d'Aquino, Rogers et al. (2023) qui qualifient « d'utopie versus dystopie » la dichotomie des perspectives quant à l'impact de l'IA sur les compétences, et ce, après avoir interrogé des dizaines de professionnels en soins impliqués et/ou compétents en IA. Comme de fait, nos résultats supportent les propos de Martineau et Godin (2023) comme quoi la dépendance à la technologie peut impacter négativement l'habileté à exercer son jugement clinique et ceux d'Aquino, Rogers et al. (2023) comme quoi la perte de contrôle – via le phénomène de la boîte noire – et les biais d'automatisation et de confirmation sont des raisons possibles à la déqualification. Dans leurs travaux sur les leviers et obstacles à l'adoption de l'IA dans la pratique infirmière, Ramadan, Alruwaili et al. (2024) suggèrent que l'IA pourrait accentuer la perte en compétences particulièrement pour les nouvelles infirmières qui ont moins d'expérience, ce qui est toutefois contraire à nos résultats alors que l'IA est vu comme un outil pour pallier le manque d'expertise des nouvelles infirmières. À cet effet, nos résultats suggèrent que le jugement clinique est une compétence difficile à développer et que toute compétence se développe via une logique « j'apprends, je

perfectionne, je pratique » donc il est ainsi peu probable qu'une nouvelle infirmière soit vue comme très compétente pour ce qui est de l'exercice de son jugement clinique. De plus, ces résultats pointent vers l'envers de la médaille, c'est-à-dire que nos participants voient le potentiel de l'IA à agir comme outil d'apprentissage pour développer son jugement clinique et approfondir son expertise, mais aussi comme « filet de sécurité » pour supporter le manque d'expertise dans des contextes spécifiques tel que les quarts de nuit. Cette vision est alignée à la vue utopique des travaux d'Aquino, Rogers et al. (2023) à l'effet que l'IA peut justement être un outil d'apprentissage, peut agir comme renforcement aux compétences humaines en augmentant la précision via les systèmes d'aide à la décision ou encore comme *upskilling* indirect en permettant de réaligner ses tâches ou son rôle sur des activités significatives et à valeur ajoutée. Nos résultats sont aussi alignés à la littérature émergente portant sur l'*upskilling* alimenté par l'IA dans le domaine de la santé, bien que cette littérature souligne l'absence de cadre de référence ou d'indicateurs de mesure (Natali, Marconi et al. 2025, Nilsson 2025). Il serait donc intéressant de poursuivre la recherche quant à l'impact de l'IA sur les compétences, particulièrement pour les compétences transversales et critiques au rôle. Pour conclure quant à l'impact de l'IA sur l'identité professionnelle, nos résultats suggèrent que l'IA augmentera le sentiment de fierté des infirmières en leur permettant de se concentrer sur l'humain et les soins, puis d'occuper pleinement leur rôle. Bien que cette perspective ne fût partagée que par les participants généralement enthousiastes face à l'intégration de l'IA, il est raisonnable de penser que ceci pourrait être généralisé une fois que les employés moins enthousiastes deviennent optimistes et en faveur de l'IA dans un contexte de soins. Ce constat mériterait d'être exploré et approfondi, d'autant plus que nous ne recensons aucune mention dans la littérature existante d'un lien direct entre l'intégration de nouvelles technologies et l'augmentation du sentiment de fierté.

5.4 Perspectives futures

À titre de rappel, l'objectif de notre recherche était d'explorer comment l'intégration de l'IA impactera la profession infirmière via l'évolution des rôles, identités professionnelles et dynamiques de travail. Sachant cela, celle-ci a permis de répondre à notre question de

recherche et d'explorer le phénomène de la transformation de la profession infirmière tout en mettant en lumière certains flous.

Comme de fait, il serait intéressant d'évaluer et comprendre jusqu'où l'autonomie des IPS pourra aller à l'avenir en ce qui a trait à la prise en charge des patients. Dans un contexte où l'IA leur permettra vraisemblablement d'approfondir leur expertise et d'accompagner les patients pour une plus grande portion de leur épisode de soins avant de devoir référer à un spécialiste, il s'avère pertinent de comprendre comment leur pratique évoluera.

De plus, nous suggérons de poursuivre l'exploration de l'impact de l'IA sur la relation patient-professionnel. En effet, notre étude a mis en lumière plusieurs perspectives conflictuelles en ce qui a trait à l'évolution de cette relation, tant parmi nos participants que parmi les savoirs existants.

5.5 Implications managériales

Un objectif secondaire de notre recherche était d'outiller les gestionnaires et décideurs à mitiger la résistance au changement en aillant une meilleure compréhension des impacts attendus. À cet effet, nous proposons quatre pistes d'action concrètes.

Premièrement, nous suggérons de prioriser le déploiement de l'IA pour des cas d'usage où l'acceptabilité sociale risque d'être plus facile à atteindre. Par exemple, prioriser des cas où l'autonomie de l'IA est limitée, soit les scénarios où l'IA peut jouer un rôle d'outil et/ou de partenaire, s'avère comme une évidence pour générer de la valeur tout en maximisant l'adoption des parties prenantes (voir figure 2). Également, il serait judicieux de commencer par revoir les flux de travail n'impliquant que l'infirmière dans un premier temps pour ensuite étendre l'exercice aux flux de travail touchant une multitude de professionnels. Comme de fait, la tendance qu'ont les professionnels à protéger leur autonomie rendra l'intégration de l'IA plus complexe dans un contexte d'équipes multidisciplinaires que lorsqu'elle n'est déployée qu'au sein d'un corps d'emploi.

Deuxièmement, il est critique que les employeurs commencent à offrir de la formation de qualité en lien avec l'IA afin que les ressources développent leur littéracie numérique. À cet effet, l'emphasis doit aussi être mise sur les nombreux enjeux éthiques afin que les

professionnels développent une conscience pour repérer et mitiger des enjeux tels que les biais divers.

Troisièmement, les gestionnaires et décideurs doivent redéfinir les concepts de mobilité et d'équipes volantes afin de revoir comment on peut répondre aux besoins d'affaires sans sacrifier l'expertise et tout en optimisant l'allocation de ressources spécialistes versus généralistes.

Quatrièmement, il semble pertinent de revoir le mode de rémunération des médecins afin d'assurer une équité dans un contexte où l'IA entraînera une efficacité accrue malgré un modèle de compensation actuellement basé sur l'acte. Conséquemment, ne pas réviser le modèle de rémunération des médecins pourrait entraîner plus de frustrations chez les autres professionnels qui verront une injustice entre l'efficacité individuelle et organisationnelle versus la compensation individuelle.

Conclusion

Le présent chapitre vise à fournir un résumé de notre étude et un aperçu de ses limites.

Sommaire

Avec la vitesse fulgurante à laquelle l'IA se développe et s'intègre à nos vies, de plus en plus d'organisations de santé doivent naviguer l'introduction de l'IA dans un contexte de soins afin de balancer les besoins des patients, la capacité des parties prenantes à adopter le changement et les nombreux enjeux éthiques à l'horizon. Pour réussir dans leur repositionnement stratégique, ces mêmes organisations doivent comprendre de quoi demain aura l'air et mettre en place diverses tactiques pour obtenir l'adhésion des parties prenantes, à commencer par les infirmières qui constituent une masse critique d'utilisateurs (Johnson, Whittington et al. 2017). Sachant cela, ce mémoire visait à explorer les impacts de l'IA sur la profession infirmière, notamment sur les rôles, la relation patient-infirmière, le travail d'équipe et l'identité professionnelle. Pour ce faire, nous avons mené des entretiens semi-dirigés auprès de dix infirmières québécoises et procédé à une analyse thématique du corpus.

Nos résultats suggèrent que le rôle de l'infirmière sera appelé à évoluer et se centrer sur l'humain, les soins et les tâches à valeur ajoutée suite à l'intégration de l'IA. En effet, certaines tâches actuellement accomplies par l'infirmière pourraient être transférées à la technologie ou à d'autres intervenants, menant à une libération de temps. Une telle issue entraînerait aussi une déqualification au niveau des compétences techniques, ce à quoi nos participants étaient ouverts. Par ailleurs, nos résultats suggèrent que ce réalignement du rôle pourrait augmenter le sentiment de fierté, un constat qui mériterait d'être exploré plus en profondeur. Également, notre étude suggère que l'IA pourrait contribuer à une surspécialisation des professionnels et à l'approfondissement de leur expertise, permettant d'ailleurs à l'IPS de consolider son rôle encore plus. De plus, nos résultats valident l'enthousiasme des professionnels pour des SIA dont l'autonomie est limitée, alors qu'ils mettent aussi en lumière le spectre des possibles quant à la forme que ces SIA pourraient prendre. En effet, nos résultats démontrent que les infirmières sont ouvertes à personnifier

l'IA en le considérant comme une entité à part entière équivalente à l'humain du point de vue de la forme. Notre contribution sur le rôle de l'IA permet d'ailleurs d'améliorer la pratique en gestion en permettant aux gestionnaires de prioriser les cas d'usage pour lesquels l'acceptabilité serait plus élevée. En complément, nos résultats suggèrent que l'IA pourrait se tailler une place dans les organigrammes puisque certains participants la considèrent comme un membre d'équipe potentiel, un partenaire, voire un intervenant intelligent. Cependant, l'IA pourrait aussi impacter les relations sociales négativement alors que notre étude pointe vers une diminution de la quantité et qualité des interactions d'humain à humain. Pour la relation patient-infirmière, nos résultats démontrent des perspectives partagées, tant parmi nos participants que parmi les travaux de la littérature existante. Conséquemment, il s'agit d'une opportunité future pour le domaine de la recherche. Toujours au niveau des dynamiques relationnelles, notre recherche suggère que l'IA pourrait accroître et augmenter les conflits et jeux de pouvoir, notamment en amplifiant le pouvoir d'expertise pour les infirmières avec un bon niveau de littéracie numérique. Sur ce sujet, d'autres constats de notre étude supportent la littérature existante à l'effet qu'il faut développer les compétences numériques des infirmières et mitiger la perte en compétences transversales comme le jugement clinique.

Globalement, notre équipe de recherche considère avoir atteint son objectif d'explorer les impacts de l'IA sur la profession infirmière en plus d'avoir contribué à la construction du savoir collectif. De nombreux enjeux éthiques sont toujours à adresser afin d'assurer un déploiement juste, équitable et acceptable de l'IA dans un contexte de soins.

Limites de l'étude

Bien que notre étude fût réalisée avec le plus de rigueur possible, celle-ci comporte quelques limites. D'abord, l'applicabilité des résultats constitue une limite puisque notre échantillon était plutôt homogène au niveau de la profession des participants, que le contexte de l'étude était spécifique au système de santé québécois et que les perspectives collectées sont dépendantes de la subjectivité d'individus uniques. À cet effet, il est possible que nos résultats ne puissent pas être transposés à d'autres contextes ou populations. De plus, plusieurs de nos participants démontraient un faible niveau de

littéracie numérique, influençant ainsi la nature des données recueillies. Néanmoins, ceci ne constituait pas un frein pour notre étude en raison du caractère exploratoire, mais cette limite ancre davantage nos résultats dans des anticipations et projections plutôt que dans des usages réels et situations vécues. Finalement, le délai entre la collecte de données et la complétion de cette recherche fait en sorte que de nouveaux constats pourraient émerger si l'exercice devait être répété dans des délais plus courts et considérant le rythme rapide de développement et déploiement de l'IA.

Bibliographie

Adeoye-Olatunde, O. A. and N. L. Olenik (2021). "Research and scholarly methods: Semi-structured interviews." Journal of the American College of Clinical Pharmacy **4**(10): 1358-1367.

Agogué, M., et al. (2023). Survivre à son projet de recherche : introduction à la méthodologie en gestion. Montréal (Québec), JFD  ditions.

Alami, H., et al. (2017). "Digital health and the challenge of health systems transformation." Mhealth **3**: 31.

Alami, H., et al. (2021). "Organizational readiness for artificial intelligence in health care: insights for decision-making and practice." Journal of Health Organization and Management **35**(1): 106-114.

Alowais, S. A., et al. (2023). "Revolutionizing healthcare: the role of artificial intelligence in clinical practice." BMC medical education **23**(1): 689.

Alruwaili, M. M., et al. (2024). "Exploring nurses' awareness and attitudes toward artificial intelligence: Implications for nursing practice." Digital Health **10**.

Álvarez-Muñoz, E., et al. (2025). "Communication Dynamics Between Professional Nursing Organisations and Their Stakeholders: A Scoping Review." Journal of Advanced Nursing **n/a**(n/a).

Amann, J., et al. (2020) Explainability for artificial intelligence in healthcare: a multidisciplinary perspective. BMC Medical Informatics and Decision Making **20**, DOI: 10.1186/s12911-020-01332-6

Amann, J., et al. (2023). "Expectations and attitudes towards medical artificial intelligence: A qualitative study in the field of stroke." PLOS ONE **18**(1).

Aquino, Y. S. J., et al. (2023). "Utopia versus dystopia: Professional perspectives on the impact of healthcare artificial intelligence on clinical roles and skills." International Journal of Medical Informatics **169**.

Atwal, A. and K. Caldwell (2006). "Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care." International Journal of Nursing Practice **12**(6): 359-365.

Aubin-Auger, I., et al. (2008). "Introduction à la recherche qualitative." Exercer **19**(84): 142-145.

Ball, J. R., et al. (2015). Summary. Improving diagnosis in health care, National Academies Press.

Bathish, M., et al. (2018). "Deliberate practice and nurse competence." Applied nursing research : ANR **40**: 106-109.

Benner, P. (1984). "FROM NOVICE TO EXPERT EXCELLENCE AND POWER IN CLINICAL NURSING PRACTICE." AJN, American Journal of Nursing **84**(12): 1479.

Bitterman, D. S., et al. (2020). "Approaching autonomy in medical artificial intelligence." The Lancet. Digital health **2**(9): e447-e449.

Borow, M., et al. (2022). "The Physician on a Board of Directors: Bane or Benefit?" Journal of healthcare leadership **14**: 17-23.

Boulet-Gendron, C., et al. (2024). "Consolider l'identité professionnelle des infirmières." Perspective Infirmière **21**: 40-46.

Boyer, L., et al. (2023). "Portrait des compétences infirmières au Québec." Perspective Infirmière **20**: 24-30.

Braun, V. and V. Clarke (2006). "Using thematic analysis in psychology." Qualitative Research in Psychology **3**(2): 77-101.

Bryant-Lukosius, D., et al. (2004). "Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation." Journal of Advanced Nursing **48**(5): 519-529.

Cervantes, J.-A., et al. (2019). "Artificial Moral Agents: A Survey of the Current Status." Science and Engineering Ethics **26**(2): 501-532.

Chen, Y.-M., et al. (2021). "Real-time interactive artificial intelligence of things-based prediction for adverse outcomes in adult patients with pneumonia in the emergency department." Academic Emergency Medicine **28**(11): 1277-1285.

Colón Vargas, N. (2024). "Exploiting the margin: How capitalism fuels AI at the expense of minoritized groups." AI and Ethics **5**(2): 1871-1876.

Corfmat, M., et al. (2025). "High-reward, high-risk technologies? An ethical and legal account of AI development in healthcare." BMC Medical Ethics **26**(1): 4.

Cziraki, K., et al. (2014). "Factors that facilitate Registered Nurses in their first-line nurse manager role." Journal of Nursing Management **22**(8): 1005-1014.

Daly, W. M. and R. Carnwell (2003). "Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice." Journal of Clinical Nursing **12**(2): 158-167.

Déclaration de Montréal IA Responsable (2024). "Glossaire." Retrieved 30 mars, 2024, from <https://declarationmontreal-iaresponsable.com/glossaire/>.

DiCicco-Bloom, B. and B. F. Crabtree (2006). "The qualitative research interview." Medical Education **40**(4): 314-321.

Duffield, C., et al. (2009). "Advanced nursing practice: A global perspective." Collegian **16**(2): 55-62.

Ergin, E., et al. (2022). "Artificial intelligence and robot nurses: From nurse managers' perspective: A descriptive cross-sectional study." Journal of Nursing Management **30**(8): 3853-3862.

Fitzgerald, A. (2020). "Professional identity: A concept analysis." Nursing Forum **55**(3): 447-472.

Garcia, P. H., et al. (2021). Regulatory Framework of Artificial Intelligence in Healthcare. 2021 44th International Convention on Information, Communication and Electronic Technology (MIPRO), Croatian Society MIPRO: 1052-1057.

Gervais, C., et al. (2023). "Optimisation de la composition des équipes en soins infirmiers et d'assistance." Perspective Infirmière **20**: 26-31.

Gillies, A. and P. Smith (2022). "Can AI systems meet the ethical requirements of professional decision-making in health care?" AI and Ethics **2**(1): 41-47.

Gonzalez-Garcia, A., et al. (2024). "Impact of Artificial Intelligence-Based Technology on Nurse Management: A Systematic Review." Journal of Nursing Management **2024**.

Gouvernement du Canada (2026). "Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?". Retrieved 1er janvier, 2026, from <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/approche-axee-sur-la-sante-de-population.html>.

Grote, T. and P. Berens (2020). "On the ethics of algorithmic decision-making in healthcare." Journal of Medical Ethics **46**(3): 205.

Grubaugh, M. L., et al. (2023). "Reframing the Nurse Manager Role to Improve Retention." Nurse Leader **21**(2): 195-201.

Hagerty, B. M. and K. L. Patusky (2003). "Reconceptualizing the Nurse-Patient Relationship." Journal of Nursing Scholarship **35**(2): 145-150.

Hauptman, A., et al. (2025). "Ethical adaptation: exploring the use of adaptive autonomy in the design of ethical AI teammates in healthcare." AI and Ethics **5**(5): 5397-5414.

IBM (2024a). "Qu'est-ce que l'apprentissage automatique?" <https://www.ibm.com/fr-fr/topics/machine-learning> 2024.

Jain, M., et al. (2021). "Employability implications of artificial intelligence in healthcare ecosystem: responding with readiness." foresight **23**(1): 73-94.

James, C. A., et al. (2022). "Preparing Clinicians for a Clinical World Influenced by Artificial Intelligence." JAMA **327**(14): 1333.

Jha, S. and E. J. Topol (2016). "Adapting to Artificial Intelligence: Radiologists and Pathologists as Information Specialists." JAMA **316**(22): 2353.

Johnson, G., et al. (2017). Introducing strategy. Exploring strategy. P. E. Limited. United Kingdom, Pearson: 2-27.

Jones, A. (2006). "Multidisciplinary team working: Collaboration and conflict." International Journal of Mental Health Nursing **15**(1): 19-28.

Karimian, G., et al. (2022). "The ethical issues of the application of artificial intelligence in healthcare: a systematic scoping review." AI and Ethics **2**(4): 539-551.

Kather, J. N. (2023). "Artificial intelligence in oncology: chances and pitfalls." Journal of Cancer Research & Clinical Oncology **149**(10): 7995-7996.

Kearney, E., et al. (2020). "Artificial intelligence in genetic services delivery: Utopia or apocalypse?" Journal of Genetic Counseling **29**(1): 8-17.

Keller, R. and K. E. Zavotsky (2023). "The Nurse Manager Role of Yesterday, Today, and Tomorrow: A Qualitative Study in an Academic Health System." Nurse Leader **21**(3): e28-e34.

Knop, M., et al. (2024). "The impact of digital technology use on nurses' professional identity and relations of power: a literature review." Journal of Advanced Nursing **80**(11): 4346-4360.

Korte, L. and S. Bohnet-Joschko (2022). "Digitization in Everyday Nursing Care: A Vignette Study in German Hospitals." International Journal of Environmental Research and Public Health **19**(17).

Larousse (2025). "Dictionnaire." Retrieved 24 août, 2025, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/h%C3%A9g%C3%A9monie/39326>.

Lavander, P., et al. (2017). "Challenges and Barriers in Developing the Division of Labour between Nurses in a Finnish Acute Hospital." International Journal of Caring Sciences **10**(2): 726-735.

Liang, L. and X. Lu (2025). "Returning from virtual to reality: the motivation, challenges, and governance of building human-machine emotional relationships." AI and Ethics **5**(5): 5439-5452.

London, A. J. (2019). "Artificial Intelligence and Black-Box Medical Decisions: Accuracy versus Explainability." The Hastings Center Report **49**(1): 15-21.

Lora, L. and P. Foran (2024). "Nurses' perceptions of artificial intelligence (AI) integration into practice: An integrative review." Journal of Perioperative Nursing **37**(3): e-28.

Lorenzini, G. and B. S. Elger (2023). "Artificial intelligence and the doctor-patient relationship expanding the paradigm of shared decision making." Bioethics **37**(5): 424-429.

Manickam, P., et al. (2022). "Artificial Intelligence (AI) and Internet of Medical Things (IoMT) Assisted Biomedical Systems for Intelligent Healthcare." Biosensors **12**(8): 562.

Marko, T., et al. (2019). "Artificial intelligence outperforms pulmonologists in the interpretation of pulmonary function tests." European Respiratory Journal **53**(4): 1801660.

Marshall, C. and G. B. Rossman (2016). Designing Qualitative Research, SAGE Publications, Inc.

Martineau, J. T. and F. R. Godin (2023) Tour d'horizon des enjeux éthiques liés à l'IA en santé. Éthique publique DOI: 10.4000/ethiquepublique.7978

Martinho, A., et al. (2021a). "A healthy debate: Exploring the views of medical doctors on the ethics of artificial intelligence." Artificial Intelligence In Medicine **121**.

Martinho, A., et al. (2021b). "Perspectives about artificial moral agents." AI and Ethics **1**(4): 477-490.

Molina-Mula, J. and J. Gallo-Estrada (2020). "Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making." International Journal of Environmental Research and Public Health **17**(3): 835.

Natali, C., et al. (2025). "AI-induced Deskillling in Medicine: A Mixed-Method Review and Research Agenda for Healthcare and Beyond." Artificial Intelligence Review **58**(11): 356.

Nickel, P. J. (2022). "Trust in medical artificial intelligence: a discretionary account." Ethics and Information Technology **24**(1).

Nilsson, C. (2025). "The artificial intelligence (AI) competence paradox: how AI reshapes clinical expertise." Transforming Government: People, Process and Policy.

Nsoesie, E. O. (2018). "Evaluating Artificial Intelligence Applications in Clinical Settings." JAMA Network Open **1**(5): e182658-e182658.

OIIAQ (2025). "MEMBRES INSCRITS AU TABLEAU DE L'ORDRE AU 31 MARS 2025." Retrieved 2 janvier, 2026, from <https://www.oiiq.org/ordre/statistiques>.

OIIQ (2025). "Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière." Retrieved 1er Juillet, 2025, from <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>.

OIIQ (2025). Tableau de bord sur l'effectif infirmier et la relève infirmière au Québec: Tableau de bord.

Papadopoulou, E., et al. (2025). "Artificial intelligence (AI) in health systems: introducing a 'Do Good' approach." AI and Ethics **5**(6): 6339-6357.

Park, S. (2012). "Dimensions of digital media literacy and the relationship with social exclusion." Media International Australia, Incorporating Culture & Policy(142): 87-100.

Parsons, M. L. and J. Stonestreet (2003). "Factors that contribute to nurse manager retention." Nursing Economics **21**(3): 120-126, 119.

Patricia, I. F. and R. N. Lawrence (2015) Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research. The Qualitative Report **20**,

Petersson, L., et al. (2022) Challenges to implementing artificial intelligence in healthcare: a qualitative interview study with healthcare leaders in Sweden. **22**, 1-16
DOI: 10.1186/s12913-022-08215-8

Pope, C. and N. Mays (2006). Qualitative research in health care, Blackwell Publishing Ltd.

QUÉBEC (2025). Rapport d'analyse de la profession : infirmière et infirmier, MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR: 257.

Ramadan, O. M. E., et al. (2024). "Facilitators and barriers to AI adoption in nursing practice: a qualitative study of registered nurses' perspectives." BMC Nursing **23**: 1-16.

Rasmussen, P., et al. (2018). "Factors Influencing Registered Nurses' Perceptions of Their Professional Identity: An Integrative Literature Review." The Journal of Continuing Education in Nursing **49**(5): 225-232.

Rezazade Mehrizi, M. H., et al. (2021). "Applications of artificial intelligence (AI) in diagnostic radiology: a technography study." European Radiology **31**(4): 1805-1811.

Rosenberg, L. (2012). "Are Healthcare Leaders Ready for the Real Revolution?" The Journal of Behavioral Health Services & Research **39**(3): 215-219.

Saadeh, M. I., et al. (2025). "Automation complacency: risks of abdicating medical decision making." AI and Ethics **5**(6): 5783-5793.

Schwartz, W. B. M. D., et al. (1987). "Artificial Intelligence in Medicine." The New England Journal of Medicine **316**(11): 685-688.

Service du développement professionnel (2025). "Portrait du marché en sciences infirmières." Retrieved 30 novembre, 2025, from <https://www.sdp.ulaval.ca/emplois-stages/portraits-marche/fsi/sciences-infirmieres>.

Shaik, T., et al. (2023). "Remote patient monitoring using artificial intelligence: Current state, applications, and challenges." Wiley Interdisciplinary Reviews **13**(2): e1485.

Shinners, L., et al. (2023). "Healthcare professionals' experiences and perceptions of artificial intelligence in regional and rural health districts in Australia." Australian Journal of Rural Health **31**(6): 1203-1213.

Skjuve, M., et al. (2021). "My Chatbot Companion - a Study of Human-Chatbot Relationships." International Journal of Human-Computer Studies **149**: 102601.

Smids, J., et al. (2020). "Robots in the Workplace: a Threat to—or Opportunity for—Meaningful Work?" Philosophy & Technology **33**(3): 503-522.

Smith, J. and H. Noble (2025). "Understanding sources of bias in research." Evidence Based Nursing **28**(3): 137.

Sogani, J., et al. (2020). "Artificial intelligence in radiology: the ecosystem essential to improving patient care." Clinical Imaging **59**(1): A3-A6.

Solomon, B. D. and W. K. Chung (2023). "Artificial intelligence and the impact on medical genetics." American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics **193**(3).

St-Cyr Tribble, D. and L. Saintonge (1999). "Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements." Recherches qualitatives **20**: 113-125.

Stanford University (2025). "The 2025 AI Index Report." Retrieved 5 janvier, 2026, from <https://hai.stanford.edu/ai-index/2025-ai-index-report>.

Stewart, J., et al. (2023). "Western Australian medical students' attitudes towards artificial intelligence in healthcare." PLOS ONE **18**(8): e0290642.

Topol, E. J. (2019). "High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence." Nature Medicine **25**(1): 44-56.

United Nations (2025). "Data Economy: path to prosperity or a dystopian future?". Retrieved 23 décembre, 2025, from <https://www.un.org/en/desa/data-economy-path-prosperity-or-dystopian-future>.

Upadhyay, S. and H.-f. Hu (2022). "A Qualitative Analysis of the Impact of Electronic Health Records(EHR) on Healthcare Quality and Safety: Clinicians' LivedExperiences." Health Services Insights **15**.

van Assen, M., et al. (2020). "Artificial intelligence in cardiac radiology." La radiologia medica : Official Journal of the Italian Society of Medical Radiology **125**(11): 1186-1199.

Voyer, P., et al. (2016). "Les ratios infirmière/résidents en CHSLD - Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières?" Perspective Infirmière **13**: 45-50.

Wynn, M., et al. (2023). "Digitizing nursing: A theoretical and holistic exploration to understand the adoption and use of digital technologies by nurses." Journal of Advanced Nursing **79**(10): 3737-3747.

Yilmaztürk, N., et al. (2023). "The effect of digitalization of nursing forms in ICUs on time and cost." BMC Nursing **22**: 1-7.

Zimmerman, A., et al. (2023). "Human/AI relationships: challenges, downsides, and impacts on human/human relationships." AI and Ethics **4**(4): 1555-1567.

Annexes

Annexe A – Certificat d’approbation éthique du CER

HEC MONTRÉAL

Comité d’éthique de la recherche

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2024-5830

Titre du projet de recherche : Comment l'intégration de l'intelligence artificielle vient-elle transformer les rôles, identités professionnelles et dynamiques de travail chez les travailleurs de la santé?

Chercheur principal : Catherine Bédard

Directeur/codirecteurs : Joé T. Martineau, Professeur - HEC Montréal

Date d'approbation du projet : 18 avril 2024

Date d'entrée en vigueur du certificat : 18 avril 2024

Date d'échéance du certificat : 01 avril 2025



Maurice Lemelin
Président
CER de HEC Montréal

Signé le 2024-04-23 à 09:21

Annexe B – Renouvellement de l’approbation éthique



Comité d'éthique de la recherche

RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2024-5830

Titre du projet de recherche : Comment l'intégration de l'intelligence artificielle vient-elle transformer les rôles, identités professionnelles et dynamiques de travail chez les travailleurs de la santé?

Chercheur principal : Catherine Bédard

Directeur/codirecteurs : Joé T. Martineau Professeur - HEC Montréal

Date d'approbation du projet : 18 avril 2024

Date d'entrée en vigueur du certificat : 01 avril 2025

Date d'échéance du certificat : 01 avril 2026

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Lemelin".

Maurice Lemelin
Président
CER de HEC Montréal

Signé le 2025-03-31 à 11:04

Annexe C – Guide d’entretien

Sous-thèmes	Variantes	Questions
Contexte	Introduction	• Pour débiter, pourriez-vous me parler brièvement de votre emploi, type d’unité et genre d’organisation dans laquelle vous travaillez? • Pourriez-vous me parler un peu de votre connaissance et/ou usage actuel de l’intelligence artificielle? • Dans quelle mesure votre organisation s’affaire-t-elle à intégrer l’intelligence artificielle? • Quels sont les cas d’usage qui vous rendent enthousiastes face à l’intégration de l’intelligence artificielle dans votre travail?
	Vers un rôle conseil	• Bien que les cas d’usages pour l’IA en santé demeurent plutôt théoriques à l’heure actuelle, une des attentes est que l’IA permette d’alléger le fardeau administratif, de tirer profit des avancées technologiques et de transférer une partie des efforts de diagnostics à l’IA, permettant ainsi aux professionnels des soins de se concentrer à l’accompagnement des patients et aux soins en tant que tel. ○ A la lumière de ces attentes et du virage anticipé vers un rôle de conseil et d’accompagnement, comment pensez-vous que cela impactera votre rôle? Le rôle d’autres collègues professionnels des soins?
Identité professionnelle	Sentiment de fierté	• Aujourd’hui, quelles sont les 2-3 tâches de votre travail qui vous rendent le plus fier(ère)? Pourquoi? ○ Si demain l’IA s’intégrait à l’exécution de ces tâches en les accomplissant partiellement ou entièrement, dans quelle mesure croyez-vous que cela impacterait votre sentiment de fierté?
	Sentiment d’appartenance	• Aujourd’hui, comment définiriez-vous votre sentiment d’appartenance envers votre profession? ○ Si demain l’IA venait à transformer votre profession en impactant 20 à 30% du rôle pour lequel vous avez étudié, dans quelle mesure croyez-vous que cela impacterait votre sentiment d’appartenance? • Et si l’IA transformait votre profession en impactant plus de 50% du rôle pour lequel vous avez étudié, dans quelle mesure croyez-vous que cela impacterait votre sentiment d’appartenance?
	Déqualification	• À la lumière de vos connaissances sur les impacts de l’IA en santé, pour quelle tâche ou activité entrevoyez-vous un risque que l’IA gagne en importance et mène à une perte de compétences chez les professionnels en soins? • Globalement, dans quelle mesure voyez-vous l’intégration de l’IA comme une menace pour votre propre sentiment de compétence? Pour le sentiment de compétence qu’éprouvent les patients face à vous? • Si l’IA venait à exécuter certaines tâches sans grande valeur ajoutée par rapport à vos compétences et votre expertise, qu’en penseriez-vous? Dans quelle mesure croyez-vous que cela vous ferait perdre en compétences pour ces tâches précises?
	Jugement clinique	• Aujourd’hui, s’il arrive un désaccord entre certains professionnels quant au diagnostic d’un patient (ex : cas complexe, manque d’informations pour une plus grande certitude, etc.), comment le désaccord est-il adressé? ○ Supposons qu’à l’avenir les soins s’articulent autour d’une relation entre équipe de soins et IA, puis que l’IA pose un diagnostic pour lequel vous êtes en désaccord, comment entrevoyez-vous une résolution du litige? • Supposons maintenant que les soins du futur s’articulent sur une relation entre équipe de soins, IA et patients, et où les patients auront automatiquement accès au diagnostic de l’IA, que le diagnostic de l’équipe de soins soit le même ou qu’il soit différent. Comment entrevoyez-vous une telle dynamique d’un point de vue du diagnostic et de la gestion des désaccords cliniques?
	Formation et compétences	• À l’heure actuelle, dans quelle mesure êtes-vous confiant par rapport à vos connaissances et votre maîtrise quant à l’IA en santé? • Dans quelle mesure trouveriez-vous pertinent que votre organisation rende accessible de la formation pour développer vos compétences et connaissances en lien avec l’IA? Est-ce que cela devrait-il être obligatoire ou optionnel, et pourquoi? • Dans quelle mesure croyez-vous que la formation des futures infirmières devrait s’adapter à l’intégration de l’IA en santé?

Identité professionnelle (suite)	Réputation	• S'il était médiatisé, dans la population en général, que les professionnels en soins étaient grandement aidés par l'IA pour la pose de diagnostics, dans quelle mesure croyez-vous que la réputation des professionnels en soins serait impactée? • Si le rôle d'un collègue venait à changer à hauteur de 20-30% de son rôle actuel suite à l'intégration de l'IA dans l'accomplissement des tâches, que penseriez-vous de ce collègue? De ses compétences cliniques ou de sa profession? ○ Si ce même rôle changeait plutôt à hauteur de 50% ou plus, que penseriez-vous de ce collègue? De ses compétences cliniques? De sa profession?
Rôles	Abolition tâches / rôles	• Dans quelle mesure croyez-vous que l'IA pourrait mener à des abolitions de tâches en santé? ○ À des abolitions de rôles?
	Nouveaux rôles / tâches	• Dans quelle mesure croyez-vous que l'intégration de l'intelligence artificielle en santé pourrait mener à de nouveaux postes et de nouvelles tâches pour les professionnels en soins? • Dans quelle mesure croyez-vous que les professionnels en soins doivent être impliqués dans les projets d'intégration d'IA en santé?
	Vers un rôle centré sur l'humain	La littérature actuelle propose différentes vues quant à l'impact de l'IA sur les rôles en santé, dont une vue où l'intelligence artificielle est considérée comme une opportunité de centrer le rôle des professionnels des soins sur l'humain. En d'autres mots, vos interactions avec les patients gagneraient en importance, au détriment de celles avec la technologie. • Dans quelle mesure êtes-vous en accord / enthousiaste avec une telle croyance, soit que l'intelligence artificielle amènera votre rôle à se centrer sur l'humain?
	Vers un rôle centré sur la technologie	La littérature actuelle propose différentes vues quant à l'impact de l'IA sur les rôles en santé, dont une vue où l'intelligence artificielle est considérée comme une opportunité de centrer le rôle des professionnels des soins sur la technologie. En d'autres mots, vos interactions avec la technologie gagneraient en importance, au détriment de celles avec les patients. • Dans quelle mesure êtes-vous en accord / enthousiaste avec une telle croyance, soit que l'intelligence artificielle amènera votre rôle à se centrer sur les outils et systèmes technologiques?
Dynamiques de travail	Relations au travail	• À la lumière de vos connaissances sur l'IA, dans quelle mesure croyez-vous que l'intégration de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé va impacter vos relations individuelles avec d'autres collègues? ○ ...va impacter les relations à même votre équipe de travail ou avec d'autres équipes? • Aujourd'hui, de nombreuses voix affirment que « L'IA ne va pas remplacer l'humain, mais l'humain qui utilise l'IA remplacera l'humain qui ne l'utilise pas » ; dans quelle mesure êtes-vous en accord avec cette affirmation? • Quels usages ou utilisations de l'intelligence artificielle ferait en sorte que votre relation avec un collègue X serait impactée négativement?
	Culture et croyances	• Dans quelle mesure croyez-vous que la culture organisationnelle de votre employeur et/ou de votre établissement est-elle favorable à l'intégration de l'intelligence artificielle? • Quels enjeux ou raisons pourraient expliquer une résistance à l'intégration de l'IA?
	Utopisme vs cynisme	• À l'heure actuelle, comment définiriez-vous votre attitude face à l'intégration future de l'IA en santé? ○ Quels sont les éléments qui vous rendent enthousiaste ou fébrile? • Quels sont les éléments qui vous inquiètent?