

Valoriser l'expertise et le leadership clinique des infirmières et infirmiers pour améliorer les soins de santé

Kelley Kilpatrick, inf., PhD

Professeure adjointe, FSI, Université de Montréal

Chercheuse, Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research

Congrès annuel de l'OIIQ: L'expertise infirmière : une richesse à partager

Québec, le 28 octobre 2013

Quel rôle jouez-vous dans le système de santé?

- Visible

ou

Invisible





Mon biais...

Le quotidien des intervenants

- Intervenants adaptent leur pratique à leur contexte spécifique
 - la situation clinique
 - le patient et ses préférences
 - l'équipe de soins
 - le leadership et la culture du milieu



Faut-il améliorer les soins de santé? (Butt, 2010;

MacDermaid, 2005; Strauss et al., n.d.)

- 185 000 (7.5%) patients au Canada vont être victimes d'un évènement défavorable évitable
 - 1,1 million de jours d'hospitalisation supplémentaires
 - Taux de mortalité: 20.8%
 - 3/4 des patients ne reçoivent pas tous les renseignements requis
 - 1/2 des médecins ne reçoivent pas les données les plus à jour pour prendre des décisions cliniques
-

Pratique clinique

- 55% des soins reconnus efficaces sont dispensés (Strauss, Tetroe, & Graham, 2010)
 - 1/3 des patients ne reçoivent pas des traitements dont l'efficacité est démontrée
 - 1/4 des patients reçoivent des soins dont ils n'ont pas besoin ou sont potentiellement dangereux
-

Qu'est ce que l'expertise?

- Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un domaine précis (Bobay et al., 2009; Garrett et al., 2009)
 - Expert est reconnu par les pairs
 - **Approche intuitive**
 - Expert s'engage dans la réflexion et s'implique dans la situation clinique (Benner, 1983, 1984)
 - **Approche déductive**
 - Expert utilise efficacement les connaissances et applique des règles pour prendre une décision (Banning, 2008; Day, 2009)
-

Caractéristiques individuelles de l'expert

(Bobay et al., 2009; Bonner, 2003; McHugh & Lake, 2010)

- Riche mélange de connaissances, expériences et habiletés
 - Compétences reconnues dans la spécialité
 - Capacité accrue à intervenir auprès des patients
 - Habiletés à transmettre les connaissances aux autres
 - Capacité à s'investir dans son développement, à se questionner
 - Habiletés à assumer plus de responsabilités
-

Infirmière experte ou de pratique avancée

- **Infirmière experte** (Benner, 1984; Roche et al., 2009)
 - Environ 5 ans d'expérience entre novice et experte
 - Connaissances approfondies dans un domaine précis
 - Reconnaissance de changements subtils chez les patients
 - **Infirmière de pratique avancée** (Hamric et al., 2014)
 - 3 à 5 ans d'expérience de plus que l'infirmière experte
 - Intégration de connaissances, habiletés, et jugements cliniques complexes
 - Pratique clinique progressive
-

Infirmières de pratique avancée (IPA)

(DiCenso et al., 2010)

- Infirmières formées au 2^{ième} cycle universitaire
 - **Infirmière clinicienne spécialisée**
 - Introduit dans les années 1960 en réponse à une augmentation de l'acuité et de la complexité des soins
 - **Infirmière praticienne**
 - Introduit dans les années 1960 pour améliorer l'accès aux soins de santé de première ligne
 - Introduit dans les années 1980 en soins aigus
-

L'étendue de la pratique infirmière

- Fonctions et responsabilités déployées par les infirmières en lien avec les compétences développées à travers la formation et l'expérience (D'Amour et al., 2012)
 - L'étendue de la pratique des infirmières se traduit par les activités de soins mises en œuvre au quotidien par les infirmières (Besner et al., 2005; Besner et al., 2011; Oelke et al., 2008)
-

L'étendue de la pratique infirmière

(D'Amour et al., 2012)

- **6 dimensions**
 - Évaluation et planification des soins
 - Enseignement à la clientèle et aux familles
 - Communication et coordination des soins
 - Intégration et encadrement du personnel
 - Qualité et sécurité des soins
 - Mise à jour et utilisation des connaissances
-

Quelle est l'étendue de pratique infirmière au Québec? (D'Amour et al., 2012)

- 11 hôpitaux, 22 unités de soins (n= 285 inf.)
 - Rôles infirmiers déployé à 53%
 - Certaines dimensions déployées à moins de 50%
 - Intégration/encadrement du personnel
 - Optimisation de la qualité des soins
 - Sécurité des soins et utilisation des connaissances
-

Étendue de pratique des IPA (Delamaire et Lafortune, 2010; DiCenso et al., 2010; OIIQ/CMQ, 2006, 2008)

- Clinique
 - Éducation
 - Recherche
 - Administration
-

Temps moyen par dimension (1-Duffield et al., 2003; 2-Williams et al., 2009; 3-Kilpatrick et al., 2013; 4-Kilpatrick et al., 2012)

Dimension	Inf.¹	Réadap.²	ICS^{3*}	IPS⁴
Clinique	30%	51%	22 %	66 %
Documentation	39%	26%	-	20% - 38%
Éducation + consultation	-	-	51 %	9 %
Recherche	-	-	7%	4 %
Administration	7%	10%	19 %	11 %
Temps hors de l'unité	20%	19%	-	10%

*** ≠ 100%: écarts dus aux arrondis**

Pourquoi se préoccuper de l'utilisation des rôles infirmiers?

(DiCenso et al., 2010; HQO, 2013; Schadewaldt & Schultz, 2010)

- Qualité de soins égale ou supérieure dans certains cas
 - Patients sont très satisfaits des soins prodigués
 - ↓ temps de séjour
 - ↓ nombre de transferts de résidents en soins longue durée vers l'urgence
 - ↑ suivis des patients atteints de maladies chroniques
-

Utilisation sous optimale des infirmières

- Utilisation sous optimale inclut:
 - Distribution et recueil des plateaux alimentaires, entretien ménager, transport de patients, coordination des services auxiliaires (Aiken, et al., 2001; Allard et al., 2010)
 - Utilisation sous optimale augmente:
 - Taux d'insatisfaction, risques d'épuisement professionnel, l'intention de quitter la profession, l'intention de quitter son emploi (Aiken, et al., 2001, Besner et al., 2010; D'Amour et al., 2012)
-

Coûts de l'utilisation sous optimale

- Infirmières en soins communautaires en Nouvelle Zélande (Hefford et al., 2010)
 - \$37 500 d'économies par 1000 patients sont générées si 50% des patients sont vus par l'infirmière au lieu du MD
 - Vaccination par le MD coûte \$11.60 de plus par patient que la vaccination faite par l'infirmière
-

Coûts de l'utilisation sous optimale

- Sous utilisation des IPA aux États-Unis
 - En 1992, la sous utilisation coûte 6.4 à 8.8 milliards \$ US/an (Nichols, 1992)
 - En 2009, la sous utilisation coûte 4.2 à 8.4 milliards \$ US/an dans un seul état américain (Eibner et al., 2009)
-

Utilisation sous optimale des infirmières

- Les acteurs-clés connaissent peu l'étendue de pratique des infirmières
 - Attentes de rôle ambiguës
 - Manque de clarté des rôles infirmiers
 - Chevauchement trop important avec les autres rôles de l'équipe interprofessionnelle
-

Exercer un leadership clinique (Morisson & Symes, 2011)

- Guider les activités de l'équipe interprofessionnelle
 - Initier des changements de pratique
 - Agir comme modèle de rôle
 - Développer des politiques locales, nationales ou internationales
 - Participer aux décisions cliniques peut assurer la qualité et la sécurité des soins (Adeniran et al., 2012)
-

Leader Clinique

- L'intervenant qui répond le mieux aux exigences de la situation
 - Connaissances approfondies, tacites et intuitives
 - Historiquement, la contribution des infirmières aux soins de santé est peu reconnue (Adeniran et al., 2012)
 - Travail d'équipe améliore la qualité des soins (Bosch et al., 2009)
-

Les infirmières et les équipes de soins

- Approche en collaboration inf.-MD améliore le suivi des patients ayant des conditions chroniques incluant la dépression (Elkers et al., 2013)
 - Optimisation des soins
 - Amélioration de l'autogestion du diabète Type 2 en 1^{ière} ligne représente des économies de \$72/patient/ année (Molsted et al., 2010)
 - \$216 millions pour le système de santé canadien
 - Gestion de cas par une IPS réduit de \$26.03 par mg/dL lipoprotéines de basse densité (LDL) et \$39.05 par % de réduction de LDL (Allen, 2002)
-

Leader clinique et les processus clés

- Les infirmières sont les mieux positionnées pour jouer le rôle de leader clinique dans les équipes de soins (Weaver, 2008)
 - Les façons de faire de l'équipe
 - « Comment on fait les choses »
 - Prise de décisions
 - Communication
 - Coordination des soins (Jesmin et al., 2012)
-

Soins de santé primaires

- Mouvement important de restructuration des soins de santé primaires et l'utilisation d'une approche d'équipe interprofessionnelle (Conseil Canadien de la santé, 2013)
 - Les modèles de prestations de soins en équipe semblent être la façon la plus efficace de prodiguer des soins de santé de première ligne (Health Care Innovation Working Group, 2012)
-

Que disent les intervenants?

- Confusion de rôles importante chez les infirmières (infirmières, infirmières psychiatriques autorisées et infirmières auxiliaires) (Besner et al., 2005, 2011; Oelke et al., 2012)
 - Difficulté à décrire l'étendue de pratique des infirmières (Besner et al., 2005, 2011; Oelke et al., 2012)
 - Manque de coordination/encadrement des activités entre les membres de l'équipe (Bodenheimer, 2008; Chassin & Loeb, 2013)
-

Santé publique et soins de santé primaires

- Manque de clarté de rôle et une étendue de pratique limitée (Besner et al., 2011; Oelke et al., 2012; Richard et al., 2010)
 - Interventions au niveau individuel
 - Peu d'interventions au niveau de la communauté, l'environnement et des déterminants de la santé
 - Peu de collaboration entre la santé publique et soins de santé primaires (Valaitis et al., 2012)
-

Quelques exemples d'efficacité

Auteur (année)	Devis de recherche	Participants/condition	Qualité de soins / Efficacité
Sargent (2012)	Revue systémat., 28 études	Traitement de l'obésité par des inf en SS primaires	Amélioration des indicateurs: Poids, TA, Chol. activité physique, satisfaction des patients, changements de comportement, qualité de vie
Elke (2012)	Évaluation Coûts-effic.	N= 294, diabète Type 1 et 2	= aux soins habituels Moins d'hospitalisations: groupe d'interv.
Ndosi (2011)	Revue systémat.	N= 431, arthrite rhumatoïde	= indicateurs physiologiques Manque de données: indicateurs soins inf.
Sutherland (2009)	Revue systém., 18 études	Inf.-gestionnaire de cas, 3 maladies chroniques	Amélioration des indicateurs physiologiques Manque de données sur la contribution des membres des équipes

Évaluation coûts-efficacité en milieux ambulatoires

- Équipes interprofessionnelles (HQO, 2013; Trivedi et al., 2012)
 - Rôles assumés par des intervenants non-infirmiers
 - Réduction du nombre d'absences en clinique externe subventionne le coût de rappels (Stubbs et al., 2012)
 - Navigateur en oncologie (Robinson-White et al., 2010)
 - Intervenants communautaires (Viswanathan et al., 2010)
 - Traitements antirétroviraux (Ndege et al., 2012)
-

Revue systématique d'efficacité des rôles d'IPA (Donald et al., 2013)

- Consolider les évidences des études randomisées qui évaluent l'impact des IPA sur les résultats de soins
 - 48 études depuis 1980
 - Les IPA prodiguent des soins sécuritaires et efficaces
 - Évaluation coûts-efficacité
 - 3/48 ont relié les coûts aux résultats
-

Résultats de soins sensibles aux soins infirmiers (Doran, 2011; Griffiths et al., 2012)

- Où identifier la contribution des infirmières
 - Auto-soins, gestion des symptômes, contrôle de la douleur
 - Capacité fonctionnelle
 - Satisfaction des patients
 - Résultats indésirables pour les patients, détresse psychologique, taux de mortalité, utilisation des ressources
-

Expertise infirmière dans l'équipe de soins

(Garrett et al., 2009)

- Équipe de travail et le contexte dans lequel vous travaillez comptent dans le développement de l'expertise
 - Expertise collective de l'équipe
 - Coordination des savoirs de différents membres de l'équipe de soins
 - Quelle est la contribution unique des infirmières aux soins des patients et au sein de l'équipe?
-

Sommes-nous prêtes à assumer le rôle de leader clinique? (Casey et al., 2011)

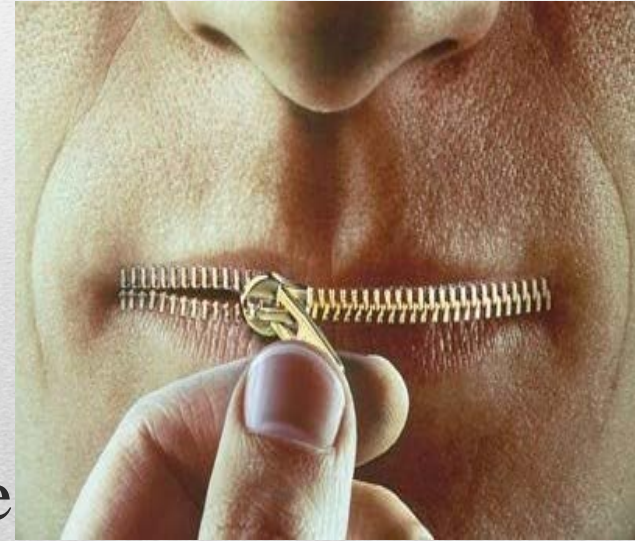
- ✓ L'environnement clinique
 - ✓ Les soins à la clientèle
 - Documentation occupe de 20% à 39% du temps de travail
 - Moyen de communication
 - Notes d'évolution, changement de quarts de travail, rencontres d'équipes interprofessionnelles
-

Dossier Santé Québec (DSQ)

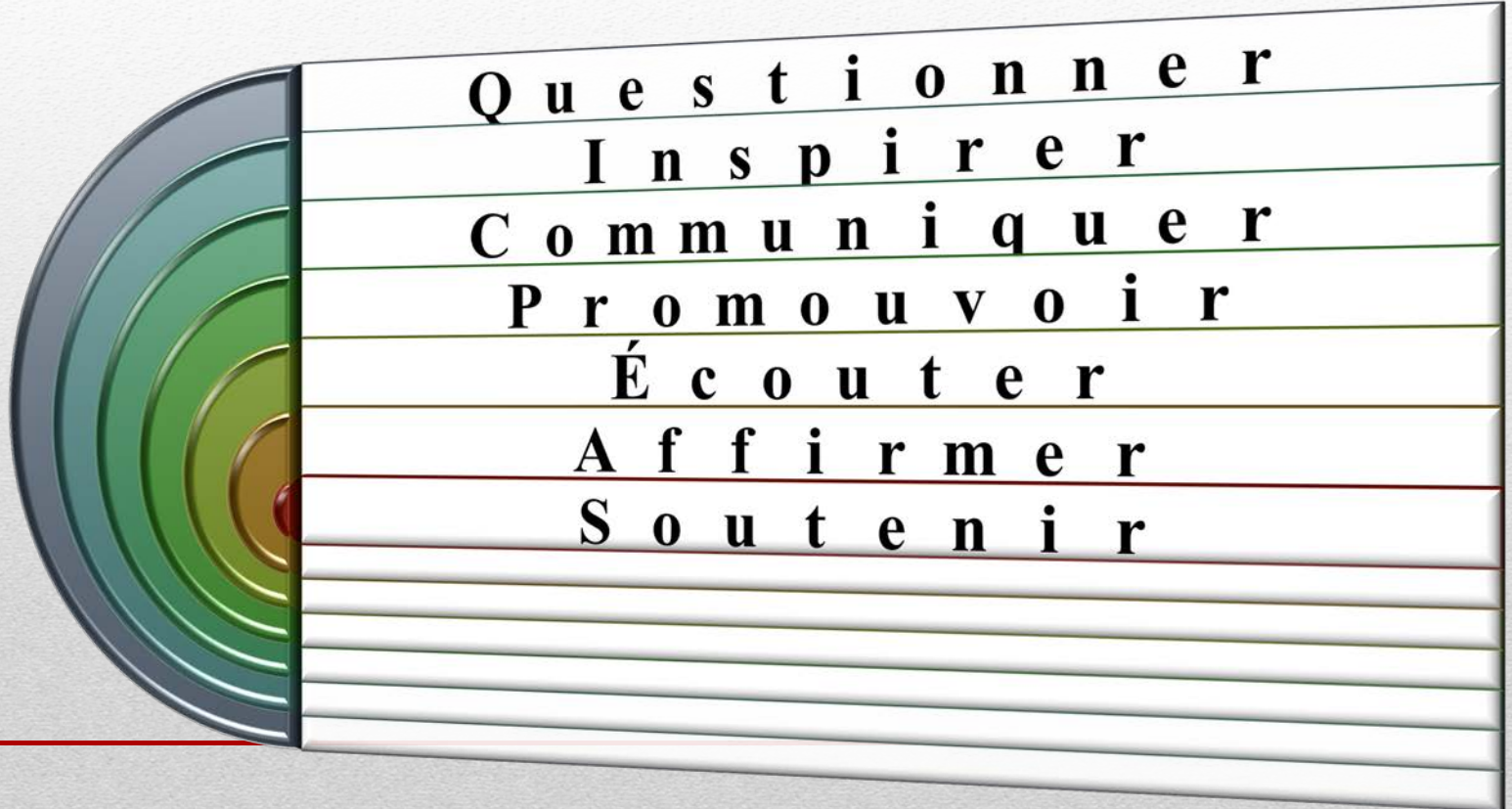
- Dossier médical électronique (DMÉ) en première ligne pour être relié au DSQ
 - **Données recueillies de manière routinière**
 - Prescriptions de médicaments, examens de laboratoires, examen d'imagerie médicale, vaccins
 - **Données non recueillies**
 - Histoire personnelle et familiale, traitements, électrocardiogrammes, notes d'évolution MD et infirmières, comptes rendus chirurgicaux, traitements en externe
-

Valoriser l'expertise infirmière

- Membre à part entière de l'équipe de soins
 - Rendre visible la contribution des infirmières à la qualité des soins
 - Participer aux décisions
 - Ajouter son « grain de sel »
 - Documenter la perspective infirmière
-



Exercer votre leadership clinique



Quel rôle voulez-vous jouer dans le système de santé?

- Visible ou Invisible



Merci!

- Vous pouvez me rejoindre à:
 - kelley.kilpatrick@umontreal.ca
-