

INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS PRATICIENS EN SOINS DE LONGUE DURÉE

Les infirmières et infirmiers praticiens (IP) sont « des infirmières autorisées dont la formation et l'expérience sont plus approfondies, qui font preuve des compétences nécessaires pour poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests diagnostiques, émettre des ordonnances de produits pharmaceutiques et accomplir certains actes médicaux précis dans leur domaine de pratique tel que régi par la loi, le tout de façon autonome » (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2006, p. 19). Le rôle de l'IP est dérivé d'un mariage entre « le diagnostic clinique et les connaissances pratiques et théoriques de nature thérapeutique, rassemblés dans un cadre de soins infirmiers mettant l'accent sur le holisme, la promotion de la santé et la collaboration entre les individus et les familles, ainsi que les communautés » (Robinson Vollman et Martin-Misener, 2005, p. 2). « Grâce à leur formation et à leur expérience, les IP se retrouvent dans une position sans pareille qui leur permet de fonctionner de façon autonome et en collaboration dans divers milieux de tout le continuum des soins » (AIIC, 2009, p.1).

Les soins aux personnes âgées sont devenus un domaine d'intérêt principal des IP en raison de la population vieillissante et des enjeux liés à la gestion des maladies chroniques. Une partie importante du nombre de cas des IP se compose probablement de personnes âgées, compte tenu de l'augmentation prévue de la population âgée de plus de 65 ans (Auerhann, Mezey, Stanley et Wilson, 2012). Les premières données du Système d'information sur les soins de longue durée de l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) révèlent que sept sur dix bénéficiaires d'établissements de soins de longue durée (ESLD) sont atteints d'au moins une maladie chronique. L'hypertension, entre autres maladies cardiovasculaires, est l'état le plus courant qui touche 45 % de l'échantillon de données. L'arthrite (29 %) et le diabète (25 %) suivent de près (ICIS, 2008). Les provinces et territoires canadiens reconnaissent la nécessité d'aborder les besoins de santé complexes des bénéficiaires de soins de longue durée (SLD) et de se tourner vers les IP qui sont la solution. En 2000, le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée a financé 20 postes à temps plein d'IP en soins de santé primaires en SLD (Stolee et Hillier, 2002), et d'autres provinces suivent cette tendance. À ce jour, 6,1 % des IP au Canada œuvrent en établissements de SLD (AIIC, 2013).

Le rôle de l'IP en SLD, en tant que membres de l'équipe de soins de santé primaires, est décrit comme celui de clinicienne, collaboratrice, gestionnaire de cas, coordonnatrice, conseillère, communicatrice et formatrice. Dans son rôle de clinicienne, l'IP effectue des évaluations de patients, des examens physiques et des examens de dossiers médicaux tout en collaborant avec le personnel de l'établissement et les médecins. Dans son rôle de communicatrice, l'IP collabore et coordonne les soins avec d'autres fournisseurs, communique avec le personnel et les familles et documente au besoin (McAiney et coll., 2008). Le rôle de l'IP est axé sur la promotion de la santé ainsi que sur le traitement et la gestion des états de santé aigus et chroniques courants (Donald et coll., 2013).

AVANTAGES DU TRAVAIL DES IP EN SLD

- Les IP en soins de longue durée font la promotion des résultats sur la santé du patient, fournissent de la formation et du soutien au personnel et réduisent la pression sur les services de soins de courte durée (Willging, 2004). Willging explique que l'amélioration des résultats sur la santé est possible, car les IP donnent aux bénéficiaires un accès rapide aux soins primaires et aux traitements, effectuent des évaluations approfondies et gèrent les maladies chroniques.
- La présence des IP en SLD permet d'améliorer les habiletés du personnel grâce à la formation et à la collaboration interprofessionnelle (Stolee, Hillier, Esbaugh, Griffiths et Borrie, 2006; McAiney, 2008) et améliore la communication entre les bénéficiaires et les membres de leur famille (Stolee et coll., 2006). Les avantages que leur présence représente au sein du système comprennent l'utilisation réduite des services de soins de courte durée en raison de la diminution du nombre de transferts de bénéficiaires à l'urgence (Kane, Keckhafer, Flood, Bershadsky et Siadaty, 2003; Klassen, Lamont et Krishnan, 2009), la diminution des hospitalisations (McAiney et coll., 2008) et la réduction des coûts de traitement (Klassen, Lamont et Krishnan, 2009).

QUALITÉ DES SOINS

- De solides données probantes indiquent la norme et la qualité des soins élevées qu'offrent les IP. Dans une analyse documentaire systématique au sujet des IP en SLD, 11 études démontrent que les IP fournissent une gestion équivalente ou supérieure à celle des médecins en ce qui concerne les maladies chroniques, notamment l'hypertension, le diabète, la dépression et l'insuffisance cardiaque congestive (Bakerjian, 2008).
- La gestion de la douleur représente un défi constant des ESLD. Kaasalainen et coll. (2010) a étudié comment les rôles des IP permettent d'améliorer de manière directe et indirecte la gestion de la douleur. Puisque les IP possèdent la formation médicale nécessaire à l'évaluation et à la détection des premiers signes de douleur, elles peuvent améliorer et accélérer la gestion et le traitement de la douleur.
- Dans le cadre d'une étude de Jenson, Fraser, Shankardass, Epstein et Khera (2009), plus de 80 % d'un échantillon de bénéficiaires dirigés vers l'urgence nécessitaient un traitement qui n'était pas offert en ESLD. Les auteurs laissent entendre que la présence des IP constitue une stratégie afin d'éviter des visites inutiles à l'hôpital et est appuyée par un important volume d'études démontrant que l'utilisation des IP en SLD est associée à une réduction du nombre de transferts de bénéficiaires vers les services de soins actifs, comme l'urgence (Bakerjian, 2008; Kane et coll., 2003; Klassen, Lamont et Krishnan 2009; McAiney et coll., 2008).
- McAiney et coll. (2008) a mené une étude dans 22 ESLD de l'Ontario qui révèle qu'il a été possible d'éviter l'hospitalisation dans 39 à 43 % des cas grâce à la mise en œuvre du rôle de l'IP. Les résultats positifs sur la santé signalés dans cette étude s'expliquent par une évaluation astucieuse d'états aigus, la rapidité du traitement, la gestion des conditions médicales et l'amélioration des connaissances et des compétences liées à l'évaluation du personnel infirmier. Ces conclusions appuient l'étude de Willging (2004), qui indique que la qualité du résultat pour le patient s'améliore avec la présence de l'IP dans la gestion de cas approfondie, les activités de promotion de la santé et la meilleure disponibilité des soins.



- Des conclusions semblables en gestion de cas efficace apparaissent dans un projet mené au Royaume-Uni dans lequel la gestion de cas des bénéficiaires de SLD est dirigée par une IP (Elener, Hayes et Scott, 2008). L'orientation des IP aux activités de promotion de la santé, telles que l'exercice physique, l'abandon du tabagisme et le soutien psychosocial sont des avantages supplémentaires pour offrir des soins de qualité aux patients selon Elener et coll.
- Les soins de qualité se reflètent en outre dans les indicateurs de la satisfaction. Klassen, Lamont et Krishnan (2009) signale que la satisfaction de la famille à l'égard de la qualité des soins offerts aux bénéficiaires a augmenté de 24 % au cours de la mise en œuvre de l'IP.
- Un examen systématique de Donald et coll. (2013) signale l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes âgées en SLD et que leur famille est plus satisfaite des soins qu'ils reçoivent.

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET COMMUNICATION

- Stollée et coll. (2006) laisse entendre que les IP peuvent avoir une influence positive sur la culture des soins infirmiers en SLD, améliorer les habiletés du personnel et renforcer la confiance du personnel (McAiney et coll., 2008, Kaasalainen et coll., 2010).
- Dans une étude qui évalue les milieux de travail en ESLD de l'Ontario, le personnel signale que la collaboration des IP améliore le niveau de compétences du personnel au moyen de la formation non officielle, y compris l'enseignement et la rétroaction au chevet (Stollée et coll., 2006). Stollée et coll. indique des améliorations particulières des compétences d'évaluation liées aux soins des plaies, à l'évaluation après une chute et à l'utilisation de médicaments parmi 65,5 % du personnel sondé. McAiney et coll. (2008) révèle d'ailleurs que les IP augmentent la capacité du personnel à cerner les problèmes éventuels et à gérer les conditions médicales et les troubles psychosociaux.
- La communication et la collaboration sont d'autres domaines qui semblent progresser grâce à la mise en place des IP dans les établissements de SLD. Une étude entre les secteurs évaluant l'étendue de la satisfaction et de la collaboration entre les IP et les médecins des ESLD en Ontario révèle un niveau de collaboration continue de 85 % et 86 %, selon les médecins et les IP respectivement. Dans cette même étude, 96 % des médecins et 79 % des IP s'estiment satisfaits de leur collaboration (Donald et coll., 2009).
- La communication améliorée au sein des ESLD ne se limite pas à l'aspect interprofessionnel, puisque l'on perçoit les IP comme ayant un effet positif sur la communication avec les bénéficiaires et leur famille (Stollée et coll., 2006).

EFFICACITÉ PAR RAPPORT AU COÛT

- Les soins au patient de qualité se traduisent en économies pour le système. Comme l'affirme Willging (2004), les ESLD peuvent améliorer le rendement financier en réduisant les admissions hospitalières. Dans un examen systématique, sept études qui évaluent les coûts des soins aux bénéficiaires ont démontré que les IP sont associées à une réduction des coûts (Bakerjian, 2008). Les IP en SLD sont plus précisément associées à une diminution du transfert des bénéficiaires à l'urgence (Kane et coll., 2003; Klassen, Lamont et Krishnan (2009), des cas d'hospitalisation (Bakerjian, 2008; Kane et coll., 2003) et de la durée du séjour à l'hôpital (Kane et coll., 2003), ce qui équivaut à une utilisation réduite des services de soins de courte durée.



- Dans l'étude de Klassen, Lamont et Krishnan (2009), les auteurs expliquent une réduction de 20 % des transferts à l'urgence par le fait que « les IP sont disponibles sur place pour évaluer rapidement les bénéficiaires atteints de maladies aiguës et adapter le régime de traitement en conséquence » (p. 30).
- D'autres avantages pour le système comportent la réduction du coût du traitement. Une étude récente entreprise par l'Office régional de la santé de Winnipeg révèle que la présence d'une IP entraîne une réduction de 17 % du coût global des médicaments et une diminution concurrente de la polypharmacie de 29 % à 13 % parmi les bénéficiaires en SLD étudiés (Klassen, Lamont et Krishnan, 2009). Rocchicchioli, Sanford et Caplinger (2007) cite aussi les erreurs dans l'administration de médicaments et la polypharmacie comme des causes motivant l'intégration des IP dans les soins aux personnes âgées.

FACILITER LA MISE EN ŒUVRE DES IP EN SLD

- Les priorités à la mise en œuvre du rôle de l'IP dans les SLD incluent l'obtention du soutien et de l'engagement des dirigeants envers (1) le leadership infirmier; (2) la connaissance du rôle de l'IP et de son champ d'exercice et la communication de cette information auprès du personnel de SLD (Clare, 2010); (3) la mise en place de moyens efficaces et efficaces de communication entre les IP et le personnel de l'établissement, y compris les médecins; et (4) la mise en place de nouveaux modèles liés aux interactions et aux rapports entre les membres du personnel interdisciplinaire de l'établissement (Stolee, et coll., 2006).

Ce document a été préparé par l'AIC pour fournir de l'information. Les idées et les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la position du conseil d'administration de l'AIC.

Publié en juillet 2013

Références :

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *Practice framework for nurse practitioners in Canada*. Ottawa : auteur. Tiré de : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/cnpi/tech-report/section3/04_Practice%20Framework.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *L'infirmière praticienne* [Énoncé de position]. Ottawa : auteur. Tiré de : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS_Nurse_Practitioner_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013). *Les infirmières et infirmiers praticiens en soins de longue durée*. Ottawa : auteur. Tiré de : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/cnpi/NP_longterm_care_2005_f.pdf
- Auerhahn, C., Mezey, M., Stanley, J. et Wilson, L. D. (2012). « Ensuring a nurse practitioner workforce prepared to care for older adults: Findings from a national survey of adult and geriatric nurse practitioner programs ». *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 24(4), 193-199. DOI : 10.1111/j.1745-7599.2011.00685.x
- Bakerjian, D. (2008). « Care of nursing home residents by advanced practice nurses: A review of the literature ». *Research in Gerontological Nursing*, (1)3:177-185. DOI : 10.3928/00220124-20091301-01
- Clare, D. (2010). « Integrating nurse practitioners into LTC: Creating a supportive environment for the NP ». *Canadian Nursing Home*, 21(1), 11-15.



- Donald F., Martin-Misener R., Carter N., Donald E. E., Kaasalainen S., Wickson-Griffiths A., Lloyd M., Akhtar-Danesh N. et Dicenso A. (2013). « A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care ». *Journal of Advanced Nursing*, 25(3): 1-14. DOI : 10.1111/jan.12140
- Donald, F., Mohide, E., DiCenso, A., Brazil, K., Stephenson, M. et Akhtar-Danesh, N. (2009). « Nurse Practitioner and Physician Collaboration in Long-Term Care Homes: Survey Results ». *La Revue canadienne du vieillissement*, 28(1):77-87
- Elener, C., Hayes, S. et Scott, L. (2008). « The Carlton care homes project: improving care quality for older people ». *Primary Health Care*, 18(8):18-22.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2008). « Le fardeau de la maladie chronique ». *ICIS Directions CIHI*. Ottawa : auteur. Tiré de http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NLETTER_01NOV08_PDF_FR
- Institut canadien d'information sur la santé, Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *La réglementation et le nombre d'infirmières et d'infirmiers praticiens au Canada : mise à jour de 2006*. Ottawa : auteurs. Tiré de : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Nurse_Practitioner_Workforce_Update_2006_f.pdf
- Jenson, P. M., Fraser, F., Shankardass, K., Epstein, R. et Khera, J. (2009). « Are long-term care residents referred appropriately to hospital emergency departments? » *Médecin de famille canadien*, 55(5), 500-505.
- Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Carter, N., DiCenso, A., Donald, F. et Baxter, P. (2010). « The nurse practitioner role in pain management in long-term care ». *Journal of Advanced Nursing*, 66(3) 542-551. DOI : 10.1111/j.1365-2648.2009.05206.x
- Kane, R. L., Keckhager, G., Flood, S., Bershadsky, B. et Siadaty M. S. (2003). « The effect of Evercare on hospital use ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10):1427-1434.
- Klaasen, K., Lamont, L. et Krishnan, P. (2009). « Une nouvelle norme de diligence dans les maisons de soins infirmiers ». *Infirmière canadienne*, 105(9), 24-30. Novembre 2009.
- McAiney, C., Haughton, D., Jennings, J., Farr, D., Hillier, L. et Morden, P. (2008). « A unique practice model for Nurse Practitioners in long-term care homes ». *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 562-571. DOI : 10.1111/j.1365-2648.2008.04628.x.
- Robinson Vollman, A., et Martin-Misener, R. (2005). *A conceptual model for nurse practitioner practice*. Calgary: Robison Vollman Inc. Tiré de : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/cnpi/tech-report/section3/05_PracticeFW_AppendixA.pdf
- Rocchicchioli, J. T., Sanford, J. et Caplinger, B. (2007). « Polymedicine and aging: Enhancing older adult care through advanced practitioners. GPs and elder care pharmacists can help provide optimal pharmaceutical care ». *Journal of Gerontological Nursing*, 33(7), 19-24.
- Stolee, P. et Hillier, L. M. (2002). The Ontario nurse practitioner in long-term care facilities pilot project. Interim evaluation final report. Tiré de : <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/11000/256301.pdf>
- Stolee, P., Hillier, L. M., Esbaugh, J., Griffiths, N. et Borrie, M. J. (2006). « Examining the nurse practitioner role in long-term care ». *Journal of Gerontological Nursing*, 32(10): 28-36.
- Willing, P. (2004). « Better geriatric care isn't an 'impossible dream' ». *Nursing Homes: Long Term Care Management*, 53(10), 16-20.

