



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS
DU CANADA

FORUM SUR INVITATION
MODÈLES DE PRESTATION DES SOINS
INFIRMIERS ET COMPOSITION DU
PERSONNEL :

Utilisation des données probantes dans la
prise de décision

OTTAWA, LES 13 ET 14 OCTOBRE 2010

L'AICC a produit ce rapport pour informer au sujet d'un sujet en particulier. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement celles du Conseil d'administration de l'AICC.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction de données ou transcrite, sous toute forme ou par tout moyen, électronique, mécanique ou par photocopie, enregistrement ou autre, ou affiché sur une page Web, un site ftp ou autre, sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

© Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa ON K2P 1E2

Télép. : 613 237-2133 ou 1 800 361-8404
Télec. : 613 237-3520
Site Web : www.cna-aicc.ca

février 2011

« Si nous continuons de travailler dans le contexte des politiques et des modes de prestation actuels, l'écart entre les besoins dans le domaine de la santé et notre capacité d'y répondre se creusera. »

– *La prochaine décennie*, AIIC (2009)

« Soins infirmiers : c'est le service que les infirmières fournissent à des personnes, des groupes et des pays dans le contexte de nombreux modèles différents de prestation des soins. Nous souhaitons fournir des soins infirmiers dans des contextes et des modèles de prestation des soins qui offrent le maximum d'avantages pour les aider à mener une vie en santé, productive et significative optimale. »

– Judith Shamian, présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Objectifs.....	3
Contextes.....	4
Participants	5
Résumés des exposés.....	6
Discours-programme.....	6
Panel 1 : Qu'est-ce qui se passe dans le domaine de la recherche?	6
Panel 2 : Qu'est-ce qui se passe dans la pratique et pourquoi?	8
Panel 3 : Les forces motrices du changement et la meilleure façon d'y répondre.....	9
Panel 4 : Point de vue de la pratique, des politiques et de la recherche sur les recommandations	10
Résumé des données découlant des exposés.....	11
Principaux points de discussion.....	12
Principes directeurs des modèles de prestation des soins infirmiers.....	13
Questions à étudier plus à fond.....	14
Principes directeurs	15
Recherche à faire.....	15
Adoption des résultats de recherche.....	16
Conclusion	16
Prochaines étapes.....	17
Annexe A : Questions posées et réponses données au cours des ateliers.....	18
Références.....	21

Introduction

Les 13 et 14 octobre 2010, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a réuni à Ottawa un forum sur invitation qui avait pour thème « Les modèles de prestation des soins infirmiers et la composition du personnel : Utilisation des données probantes dans la prise de décision ». Cet événement s'inscrivait dans le contexte d'un dialogue national mené en 2010 par le Groupe de travail de l'AIIC sur les modèles de prestation des soins infirmiers éclairés par les données probantes sur le continuum des soins.

Le forum visait globalement à formuler des recommandations à l'intention des décideurs, des administrateurs du secteur de la santé et des fournisseurs de soins sur le continuum des soins afin d'accélérer l'application pratique des connaissances portant sur :

- la sélection, l'adaptation et la conception de modèles de prestation des soins infirmiers; et¹
- la composition et le déploiement optimaux des infirmières autorisées (inf. aut.), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA)² et des infirmières psychiatriques autorisées (IPA)³.

Au cours de la réunion de deux jours, les participants ont entendu des exposés d'experts de la recherche, de la pratique, des politiques et de l'administration en soins infirmiers. La réunion a aussi permis de tenir des ateliers sur des questions précises et des séances de questions et réponses sur des sujets plus généraux, et d'établir des contacts en personne. Des points de vue divers et contradictoires ont été exposés à la fois sur la solidité des données probantes présentées et sur l'absence relative de certaines données portant sur des pratiques émergentes.

Ce rapport n'entend pas être un compte rendu textuel de ce qui s'est dit. Il résume plutôt les objectifs de l'événement, les contextes, les participants et les exposés structurés; il présente ensuite un aperçu des principaux sujets de discussion, y compris une série de principes directeurs sur les modèles de prestation des soins infirmiers créés par les participants, ainsi que des sujets à étudier plus à fond à la suite des délibérations entre les participants.

Objectifs

La conception de modèles de prestation des soins infirmiers et la prise de décision par un groupe mixte de personnel constitue une tâche complexe. Au moment où des organisations se lancent

¹ Un modèle de soins « décrit la prestation de soins de santé dans le contexte plus général du système de santé » (Davidson, Halcomb, Hickman, Phillips et Graham, 2006, p. 49). Les modèles de prestation des soins infirmiers constituent une façon structurée, éclairée par des valeurs et des croyances, d'organiser et de fournir des soins infirmiers aux clients (p. ex. soins infirmiers fonctionnels, soins infirmiers primaires) (adapté de Jost, Bonnell, Chacko et Parkinson, 2010 : 209).

² En Ontario, les IAA sont appelées « registered practical nurses ». Au Québec, se sont des « infirmières et infirmiers auxiliaires » en français et des « nursing assistants (NA) » en anglais. Dans le reste du Canada (et dans le présent rapport), on utilise l'expression « infirmière auxiliaire autorisée ».

³ Les infirmières psychiatriques autorisées sont réglementées en Alberta, en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Saskatchewan et au Yukon. Dans le présent rapport, nous utilisons le sigle IPA pour indiquer cette catégorie d'infirmières.

dans cette tâche importante, les infirmières chefs de file⁴, les administrateurs et les responsables des politiques du secteur de la santé ont besoin et demandent de données probantes fiables en ce qui concerne l'effet que la conception des modèles de prestation des soins infirmiers et la composition des équipes de soins ont sur les résultats cliniques pour les clients, le personnel et le système ou l'organisation.

Pour répondre à ces préoccupations, le groupe de travail de l'AIIC a fixé quatre objectifs au forum :

1. mettre en commun les recherches et les données probantes actuelles au sujet de la conception des modèles de prestation des soins et la prise de décision sur la composition des équipes de soins;
2. mettre en commun des données probantes pertinentes visant à éclairer la conception des modèles de prestation des soins infirmiers;
3. discuter des tendances, des défis et des solutions qui ont une incidence sur la mise en pratique de différents modèles de prestation des soins infirmiers et de différentes compositions des équipes de soins;
4. revoir et examiner le plus récent projet de cadre canadien en développement pour appuyer l'évaluation des décisions sur la composition du personnel pour les infirmières qui travaillent ensemble ou avec des fournisseurs de soins non réglementés (FSNR).

Contextes

Les modèles de prestation des soins infirmiers à tous les niveaux visent à :

- fournir des soins sécuritaires, compétents et de qualité qui répondent aux besoins des clients et maximisent les résultats cliniques pour eux sur tout le continuum des soins;
- utiliser efficacement les fournisseurs de soins de santé;
- garantir un travail significatif pour les fournisseurs de soins de santé et leur faire ainsi comprendre l'importance de leur contribution.

La conception des modèles de prestation des soins infirmiers et la prise de décision d'un groupe mixte de personnel est maintenant à l'avant-plan des délibérations sur l'avenir des soins infirmiers et des soins de santé au Canada. La liste qui suit résume les principales questions et préoccupations qui ont éclairé les délibérations des participants :

- Des pressions financières soutenues ont poussé de nombreux systèmes de soins de santé régionaux, provinciaux et territoriaux à revoir les modèles de soins, y compris les modèles de prestation des soins infirmiers qui, souvent, ne sont pas guidés par des décisions fondées sur des données probantes. Pour établir des modèles de prestation efficaces, il faut comprendre

⁴ Dans le présent rapport, le terme « infirmière » s'entend des infirmières autorisées (inf. aut.), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et des infirmières psychiatriques autorisées (IPA).

les nombreux éléments qui ont une incidence sur le soin des clients, y compris la composition du personnel, le consumérisme, le stade du développement de la personne et les populations diverses, l'économie, la politique, la technologie et la gravité de l'état des clients.

- Les modèles de prestation des soins infirmiers pourraient maximiser la contribution des infirmières aux modèles de soins qu'on est en train d'établir et de mettre en œuvre au Canada.
- Le Canada a besoin d'évaluations à facettes multiples des modèles de prestation des soins infirmiers et [autres?] modèles de soins afin de déterminer leurs effets sur la qualité des soins fournis au client, la sécurité des clients, le bien-être des infirmières et les efficacies organisationnelles.
- La recherche et les données cliniques sur l'efficacité des modèles de prestation des soins infirmiers sur le continuum des soins sont limitées. Il faut un financement national bien ciblé en recherche afin de faire la collecte des données qui tiennent compte des infirmières et qui peuvent appuyer la surveillance et l'amélioration des mécanismes de prestation des soins et la mesure des résultats du rendement.
- Il faut mieux comprendre le manque d'efficacité du système. C'est pourquoi des recherches plus poussées qui convergent sur l'analyse des besoins axés sur les clients sur le continuum des soins s'imposent.
- Les responsables des politiques en soins de santé, les médias et le public doivent savoir que la refonte des modèles de prestation des soins sur le continuum de la prestation des soins de santé ne doit pas se limiter aux coûts.
- Les infirmières doivent occuper des postes de chefs de file à toutes les tables décisionnelles afin d'assurer que les décisions portant sur les modèles de prestation des soins infirmiers et la composition du personnel tiennent compte des données probantes de façon uniforme.
- La collaboration intraprofessionnelle respectueuse entre les infirmières autorisées, les IAA ou les IPA doit constituer une caractéristique importante de la formation et de la pratique en soins infirmiers.
- De nombreuses recherches portant sur les résultats pour les services cliniques et le personnel ont trait au déploiement des infirmières, particulièrement dans les milieux des soins actifs. Les responsables des politiques, les payeurs et les décideurs n'utilisent pas ces données probantes de façon uniforme.
- Il n'y a pas suffisamment de recherche sur l'efficacité des infirmières autorisées, des IPA et des IAA en dehors du contexte des soins actifs.

Participants

Présidé par Rachel Bard, la directrice générale de l'AIIC, le forum sur invitation a réuni 65 infirmières de toutes les régions du Canada, y compris un grand nombre des chercheurs, des responsables des politiques, des cliniciens et des administrateurs avertis et influents en soins infirmiers. Les participants représentaient un vaste éventail d'organismes de réglementation et

d'organisations professionnelles des soins infirmiers, de syndicats, de fournisseurs de services de santé, d'universités et d'organismes gouvernementaux.

Résumés des exposés

Discours-programme

Ginette Lemire Rodger – « Les soins infirmiers ont besoin de modèles »

Ginette Lemire Rodger a décrit la différence entre les modèles de prestation « organisationnels » et « de soins infirmiers ». Elle a prévenu l'auditoire qu'il devait comprendre clairement les distinctions et l'utilisation de la terminologie. Elle a préconisé des modèles de prestation de soins infirmiers bien développés dans le monde actuel de la collaboration interprofessionnelle. Dans ce contexte, un de ses principaux messages portait sur le fait qu'il faut des modèles de gestion chaque fois que des catégories différentes d'infirmières travaillent ensemble. S'inspirant des résultats d'une étude longitudinale des effets de l'adoption d'un modèle commun de pratique des soins infirmiers dans un hôpital à sites multiples fusionnés récemment sur les effectifs infirmiers et l'organisation, M^{me} Roger a expliqué de nombreux résultats positifs récents comme la diminution du taux de roulement, la satisfaction accrue du personnel infirmier et l'édification accrue du leadership. Elle a terminé son intervention par une discussion sur le Modèle interprofessionnel de soins au patient[©] (MIPSP) de l'Hôpital d'Ottawa, qui guide l'organisation de la prestation des soins aux patients par des professionnels de la santé de disciplines différentes. Le modèle tient compte des compétences de tous les professionnels de la santé, ainsi que d'une pratique axée sur les patients et fondée sur la collaboration, de même que des orientations stratégiques de l'Hôpital d'Ottawa. Le modèle repose sur des principes directeurs en fonction desquels tous les membres du personnel doivent s'évaluer et mesurer leurs actes.

Panel 1 : Qu'est-ce qui se passe dans le domaine de la recherche?

Linda McGillis Hall : « Qu'est-ce qui se passe en recherche sur la dotation en personnel infirmier au Canada? »

Linda McGillis Hall a présenté un aperçu d'une partie des données de recherche portant sur les effets de la dotation en personnel infirmier et sur les modèles de prestation des soins. Les données sont claires, a-t-elle signalé, en ce qui concerne les bienfaits de la dotation en personnel infirmier autorisé dans le secteur des soins actifs (p. ex. diminution du nombre des plaies de pression, de cas d'infection des plaies après intervention chirurgicale et de l'utilisation des moyens de contention). Elle a déclaré que les chercheurs examinent maintenant plus que l'adaptation et se centrent sur les facteurs organisationnels, systémiques et environnementaux de plus grande envergure qui ont une incidence sur les résultats pour les patients, les infirmières (p. ex. fidélisation) et le système. Les données montrent par exemple que les modèles de prestation des soins infirmiers qui n'utilisent pas l'approche globale du patient contribuent au stress professionnel chez les infirmières. M^{me} McGillis Hall a aussi affirmé qu'il fallait tenir compte des obstacles à l'adoption des résultats de recherche sur les services de santé en soins infirmiers (p. ex. dotation en personnel infirmier et résultats) comme moyen de relever ces défis en communiquant plus efficacement, par exemple.

Ann Tourangeau : « La dotation en personnel infirmier et les taux de mortalité à l'hôpital »

Ann Tourangeau a décrit sa recherche au cours de laquelle elle a étudié l'effet des structures et des processus de soins infirmiers des hôpitaux sur les taux de mortalité à 30 jours chez les cas aigus en médecine traités dans les hôpitaux de l'Ontario. Après avoir présenté les points saillants des résultats de deux études, M^{me} Tourangeau a conclu que dans le cas des patients recevant des soins actifs en médecine, plus il y a d'infirmières autorisées et d'infirmières titulaires d'un baccalauréat qui dispensent des soins aux patients, moins il y aura de décès inutiles chez les patients. L'utilisation routinière de plans ou d'algorithmes de soins pour guider les soins aux patients, ainsi que le personnel et les ressources suffisantes pour prodiguer les soins sont d'autres facteurs qui jouent sur la baisse des taux de mortalité. Son principal message : la formation préparatoire des fournisseurs de soins infirmiers a un effet important sur les résultats au niveau de la mortalité. On a établi un lien entre un pourcentage plus élevé d'infirmières autorisées et d'infirmières titulaires d'un baccalauréat et une diminution importante du nombre de décès inutiles dans les hôpitaux.

Barbara Davies : « Les modèles de services de soins infirmiers éclairés par des données probantes : propager les meilleures pratiques en soins infirmiers »

Se centrant sur les résultats de cinq études coiffées par le programme Recherche, Échange et Impact pour le système de santé (REISS), Barbara Davies a discuté de neuf aspects clés pour les décideurs :

1. Les innovations en soins infirmiers fondées sur les meilleures pratiques imposent des changements d'envergure dans les réseaux de personnes et d'organisations.
2. Il faut des champions à tous les niveaux (de la première ligne aux chefs de file).
3. Il faut faire de l'utilisation des données probantes un élément normal des structures et des processus.
4. La collaboration interprofessionnelle doit reconnaître le bienfait de lignes directrices fondées sur les meilleures pratiques et il faut des ressources (p. ex. argent, personnel, politiques) pour les soutenir.
5. Il importe de vouloir vraiment essayer, adapter, modifier et rejeter des innovations.
6. La synchronicité est cruciale lorsqu'on réunit des parties prenantes.
7. Il est vital de suivre les innovations, de les mesurer et de formuler des commentaires opportuns afin de les ajuster et de les améliorer.
8. Il faut toujours évaluer les efforts d'innovation à partir de points de vue divers.
9. Autant les réussites que les échecs présentent un aperçu des efforts à venir.

Irmajean Bajnok : « Cadre de la composition du personnel : aperçu, mise à jour et prochaines étapes »

En février 2010, l'AIIC a mis sur pied le Groupe de travail sur la composition des équipes : infirmières réglementées et fournisseurs de soins non réglementés, qui a été chargé de diriger la révision du *Cadre d'évaluation pour déterminer l'incidence des décisions sur la composition du personnel infirmier* (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), Association des infirmier(ère)s auxiliaires du Canada, Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires et Infirmières/infirmiers psychiatriques autorisés du Canada (2005), et de produire des

documents stratégiques et de formation basés sur des publications courantes et les avis d'experts. Un membre du groupe de travail, Irmajean Bajnok, a présenté un aperçu des contextes du projet, de ses éléments et de la recherche de base sur la question. Elle s'est centrée plus particulièrement sur des commentaires choisis recueillis au cours de l'été de l'exercice de consultation en 2010 au sujet d'un projet de révision du cadre. M^{me} Bajnok a signalé, par exemple, que les répondants ont demandé d'autres définitions, que l'on discute de collaboration, de consultation et de leadership, que l'on explique davantage comment différents fournisseurs de soins peuvent collaborer et que l'on crée des outils supplémentaires pour soutenir l'application du cadre. M^{me} Bajnok a expliqué que le cadre sera révisé et terminé à l'automne 2010 et que l'approbation, l'application et la publication/diffusion devraient avoir lieu au cours de la première moitié de 2011. M^{me} Bajnok a laissé les participants sur des questions auxquelles réfléchir, dont la façon de relier et d'appuyer efficacement les modèles de prestation des soins infirmiers et des milieux de travail sains.

Panel 2 : Qu'est-ce qui se passe dans la pratique et pourquoi?

Laurie Leith : « Pratique des soins infirmiers en collaboration – Modèle de soins actifs »

Laurie Leith a décrit le modèle de soins actifs dans la pratique des soins infirmiers en collaboration (PSIC) de la Régie de la santé Vancouver Coastal. Signalant les données relatives au remplacement d'infirmières autorisées par des IAA et des FSNR, sans que l'on mette en œuvre simultanément un modèle de PSIC, M^{me} Leith a expliqué la planification et la mise en œuvre de la PSIC dans le secteur des soins actifs de Vancouver. Les résultats préliminaires indiquent que cette initiative a réduit le taux de postes non dotés et de temps supplémentaire, n'a entraîné aucune augmentation d'« événements indésirés » signalés et qu'il n'y a pas eu de changement déterminé au moyen de l'outil de déclenchement global de référence dans les unités pilotes. Pour réussir, la mise en œuvre des soins infirmiers en collaboration passe notamment par l'engagement et la communication à tous les échelons, une formation harmonisée, la confiance et le respect démontrés à l'égard de tous les rôles dans une équipe de soins de santé. M^{me} Leith a affirmé qu'il faut assurer que le modèle de prestation des soins infirmiers est solide avant de passer au modèle de soins en collaboration.

Susan VanDeVelde-Coke : « Projet témoin en soins infirmiers : bâtir de meilleurs modèles de prestation des soins infirmiers »

Centrant son intervention sur un projet témoin lancé au Centre des sciences de la santé Sunnybrook, Susan VanDeVelde-Coke a expliqué la création et la mise en service d'une trousse comportant un outil d'évaluation des besoins en soins des patients et un profil contextuel d'un service. Ces outils offrent un moyen solide d'évaluer le caractère prévisible du client, sa stabilité, la complexité de son cas et les risques, et il est possible de les adapter à d'autres secteurs des soins infirmiers comme la pédiatrie, la santé mentale et, peut-être, la santé communautaire. Les niveaux d'évaluation ont été déterminés par des infirmières et infirmiers de première ligne, ce qui a accru la compréhension, la confiance et la participation du personnel. Une participation aussi généralisée a présenté un autre avantage : le personnel a compris et appuyé la transition à la composition mixte du personnel.

Cindy Cruickshank et Mary Ellen Gurnham : « Initiative sur le modèle de soins en Nouvelle-Écosse »

L'Initiative sur les modèles de soins en Nouvelle-Écosse (MOCINS) devait concevoir, appliquer et évaluer un modèle provincial viable de prestation de soins actifs en service interne qui est axé sur les patients, de grande qualité, sécuritaire et rentable. Cindy Cruickshank et Mary Ellen Gurnham ont fait le point sur le modèle des soins en collaboration de l'initiative MOCINS, un partenariat entre les autorités sanitaires du district, le Centre de santé IWK et le ministère de la Santé qui vise à améliorer les résultats cliniques pour les patients, optimiser le champ d'exercice des fournisseurs, faire participer les patients, les membres de leur famille et les communautés aux soins et faciliter la communication et la collaboration dans les équipes interprofessionnelles. Les résultats de l'évaluation basée sur la recherche indiquent que l'initiative MOCINS fait une différence positive pour les patients, les fournisseurs de soins de santé et le système de santé.

Jane Underwood : « Modèles de pratique des soins infirmiers en santé communautaire »

Jane Underwood a exploré l'utilisation des données probantes dans la conception et la mise en œuvre de modèles de prestation (ou de pratique) des soins infirmiers en santé communautaire. Elle a signalé que l'organisme Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada prépare actuellement un modèle de pratique professionnelle mis à jour. Les grands défis posés par l'utilisation des données probantes sont les suivants : les résultats de recherche ne sont pas nécessairement présentés à temps pour fournir toute l'information requise et les responsables des politiques et les gestionnaires financiers ont parfois de la difficulté à accepter les retombées à long terme de politiques fondées sur des données probantes (p. ex. le partenariat entre l'infirmière et la famille). Les gestionnaires de première ligne, a signalé M^{me} Underwood, savent ce qu'il faut sur le plan de la composition du personnel, mais ils n'ont pas suffisamment de données probantes sur lesquelles fonder leurs décisions et les éclairer à fond. La santé communautaire a besoin de beaucoup plus de recherches publiées sur le lien entre les modèles de prestation des soins infirmiers et l'évolution de l'état de santé des clients.

Panel 3 : Les forces motrices du changement et la meilleure façon d'y répondre

Doris Grinspun : « Modèles de prestation des soins infirmiers et composition du personnel éclairés par les données probantes »

L'application des modèles de prestation des soins infirmiers et de la composition du personnel sont modifiés, a fait remarquer Doris Grinspun, à cause de la pénurie prévue de personnel et parce que l'on croit que les champs d'exercice qui ont changé justifient ces changements. M^{me} Grinspun a expliqué toutefois que la durée réduite des hospitalisations rend plus complexes les besoins liés aux soins du patient, ce qui exige un éventail d'habiletés spécialisées plus riche que jamais. Elle a aussi présenté des résultats de recherche sur l'efficacité des coûts de l'utilisation des infirmières autorisées et signalé que l'information ne parvient pas aux décideurs, ou qu'ils n'en tiennent pas compte. Elle a observé une tendance au Canada, soit que les efforts de réduction des coûts conçus par des consultants sont mis en œuvre à grands frais pour les

contribuables, les patients et la profession infirmière. M^{me} Grinspun a souligné l'importance de la continuité des soins et des services des soignants dans la refonte des modèles de prestation des soins infirmiers et elle a préconisé les soins infirmiers primaires. Elle a aussi insisté sur le fait que les compétences spécialisées utilisées doivent reposer sur les besoins des patients, la complexité, la prévisibilité, la gravité et la stabilité de l'état du patient. Enfin, M^{me} Grinspun a exhorté les participants à se servir des données probantes, de la politique et des médias pour promouvoir la mise en œuvre de modèles de pratique exemplaire et orienter des politiques publiques saines dictées par le savoir et le courage des infirmières.

Jeanne Besner : « Modèles de prestation des soins infirmiers éclairés par les données probantes sur le continuum »

Charges de travail excessives, faible satisfaction au travail, défis posés par le recrutement et la fidélisation, manque de clarté des rôles, sous-utilisation des connaissances et des compétences des infirmières et modèles inefficaces et inefficients de prestation des services : voilà les défis, a déclaré Jeanne Besner, qui se posent et à cause desquels il faut refondre les modèles de prestation des soins infirmiers. Dans ce contexte, les données probantes jouent un rôle crucial en éclairant ce qui doit changer. Nous devons soutenir les efforts visant à mettre en œuvre et évaluer de nouveaux modèles, ce qui oblige à utiliser des données probantes sur les soins en collaboration et l'effet des rôles optimisés, ainsi qu'à élaborer une vision et à prendre des décisions en commun. En signalant l'importance d'utiliser les données probantes, M^{me} Besner a aussi décrit les obstacles à l'adoption des résultats de recherche : difficulté à renoncer aux « vaches sacrées » (p. ex. affectation des patients et des soins), politique (y compris les définitions qui manquent d'uniformité), opinions divergentes sur la nature des « données probantes » et enjeux du leadership (p. ex. champ de contrôle des gestionnaires de première ligne, voix réduite pour la profession infirmière au niveau de la direction, manque de vision et de planification communes).

Panel 4 : Point de vue de la pratique, des politiques et de la recherche sur les recommandations

Les membres du quatrième panel, Sandra MacDonald-Rencz, Gail Tomblin-Murphy et Judith Shamian, ont formulé des commentaires sur les thèmes de base du forum, ainsi que sur les discussions et l'élaboration des thèmes au cours de l'événement.

Dans ses propos, M^{me} MacDonald-Rencz a signalé qu'il faut comprendre la convergence actuelle sur la refonte des modèles de prestation des soins infirmiers et la composition des équipes de soins dans le contexte d'un mouvement qui se fait sentir dans tout le système de soins de santé canadien et qui vise à axer davantage les soins sur les patients et à être harmonisé avec les efforts déployés pour assurer que les équipes interprofessionnelles travaillent efficacement. Pour les infirmières, un des grands défis réside dans le fait que les différents types d'infirmières ne connaissent pas nécessairement ce que chacune apporte au processus de soin et ne savent pas nécessairement travailler en collaboration. Les infirmières autorisées, les IAA et les IPA ont besoin de soutien (p. ex. organisationnel, éducationnel) afin de collaborer et se consulter. Il est

essentiel d'enrichir et d'échanger les connaissances entre infirmières, mais aussi avec les autres professionnels de la santé – sur la façon de collaborer.

M^{me} Tomblin-Murphy a commencé par insister sur le fait que la refonte des modèles de prestation des soins infirmiers doit répondre à quatre questions importantes :

1. Quels sont les besoins des patients et des clients?
2. Compte tenu de ces besoins, de quels types de prestation de services de santé ont-ils besoin?
3. Comment veiller à ce qu'ils obtiennent les services en question?
4. Comment les compétences sans pareilles du personnel infirmier sont-elles intégrées dans les équipes de soins des patients et clients?

Parmi les facteurs dont il faut tenir compte dans la conception de modèles de prestation des soins infirmiers, M^{me} Tomblin-Murphy a signalé les déterminants et les iniquités sociales, les facteurs politiques internes et externes de la profession infirmière, les forces économiques, les ressources humaines en santé et les budgets, ainsi que la technologie dans le système de santé. Fermement favorable au partage du savoir, M^{me} Tomblin-Murphy a conclu en insistant sur l'importance du partage de l'information (y compris des données probantes qui ne sont pas encore publiées dans des journaux ou dans la littérature grise), la participation des parties prenantes depuis la création d'indicateurs jusqu'au stade de l'évaluation et la création de partenariats qui soutiennent les dialogues entre infirmières et entre infirmières et chercheurs.

Judith Shamian a parlé à titre de présidente de l'AIIC et a insisté sur l'importance d'utiliser les données probantes disponibles au moment où nous nous penchons à la fois sur la composition mixte des compétences et sur les modèles de prestation des soins. Dans le contexte des décisions éclairées par des données probantes, elle a indiqué qu'il est essentiel pour les différents groupes infirmiers de conjuguer leurs efforts avec respect. De plus, elle a déclaré aux participants qu'elle veut promouvoir l'*engagement* au sein de la profession infirmière. À cet égard, « les relations jouent un rôle vital parce qu'elles nous permettent de nous faire confiance mutuellement. Nous devons continuer de chercher les occasions d'établir des liens et de créer la confiance qui nous permettront de prendre des risques individuellement et collectivement comme profession ». Parlant aussi du point de vue de l'employeur (à titre de présidente et chef de la direction de VON Canada), M^{me} Shamian a signalé l'importance d'harmoniser le système de santé au moyen de données factuelles. Infirmières et chercheurs en soins infirmiers doivent partager l'information avec les employeurs. Sur un plan plus général, M^{me} Shamian a signalé la valeur de comprendre les obstacles – stratégiques et systémiques – qu'il faut supprimer afin d'optimiser les soins aux clients. À cet égard, elle a signalé qu'« il faut aussi savoir ce que vous *pouvez* et ne *pouvez pas* faire ». M^{me} Shamian a terminé en revenant au thème de l'*engagement* qui, a-t-elle dit, comprend aussi la participation du public : « Nous parlons tous de convergence sur le patient, mais nous devons réfléchir et planifier davantage afin de comprendre et inciter le public à avoir lui aussi ces échanges. »

Résumé des données découlant des exposés

Des recherches supplémentaires s'imposent, qui porteront plus précisément sur la pratique des IAA et des IPA et leur effet respectif sur les résultats cliniques des patients, mais la

conférencière principale et les panélistes ont présenté des données probantes pour permettre de tirer des conclusions sur lesquelles fonder des décisions sur la conception d'un modèle de prestation des soins infirmiers et la composition du personnel :

- La stabilité et l'état de santé du client, l'expérience du personnel infirmier et le soutien du système jouent individuellement et collectivement un rôle essentiel dans les décisions de dotation.
- Lorsque tous les praticiens occupent tout leur champ d'exercice et utilisent toutes leurs compétences, cela a des effets positifs sur les résultats cliniques du client.
- L'utilisation des infirmières autorisées est rentable : les coûts liés aux infirmières autorisées seront probablement compensés par une amélioration des résultats cliniques pour les patients, la réduction de la durée des séjours dans les établissements et les contextes de soins de santé (p. ex. hôpital, soins à domicile).
- Il y a des liens entre les éléments suivants :
 - amélioration des taux de survie chez les clients et les heures plus nombreuses passées par les infirmières autorisées dans des établissements de soins de longue durée et de services communautaires;
 - effectif d'infirmières autorisées plus grand et résultats cliniques positifs pour les clients en contextes de soins actifs et de soins de longue durée;
 - résultats cliniques positifs pour les clients et niveaux plus élevés de formation (p. ex. baccalauréat) et d'expérience chez les infirmières autorisées;
 - niveaux des effectifs d'IAA et résultats cliniques positifs pour les clients en contextes de soins de longue durée.
- Les modèles de prestation des soins infirmiers dotés de personne avec une formation supérieure étayent la viabilité du système.
- Nous ne pouvons présumer que les soins de qualité et les meilleures pratiques coûtent cher. Les données factuelles indiquent le contraire.
- Il existe un solide besoin de respect mutuel et de collaboration respectueuse au sein des différents groupes infirmiers et entre eux.

Principaux points de discussion

Le forum a offert d'importantes possibilités de partage d'idées et de débats collégiaux basés sur de multiples de points de vue : exposés structurés, discussions en atelier et en plénière, (l'Annexe A présente les questions et réponses en atelier) et réseautage non structuré. Globalement, ces tribunes ont permis de discuter d'orientations à suivre pour aider à fixer le cap des efforts futurs dans les domaines de la conception de modèles de prestation des soins infirmiers et de la prise de décision sur la composition des équipes. Cette liste de points de discussion ne représente pas une entente entre les participants. Elle dégage plutôt des domaines où poursuivre la collaboration :

- Élaborer des principes directeurs pour appuyer la sélection, l'adaptation et la conception de modèles de prestation des soins infirmiers, en commençant par les concepts dégagés par le forum.
- Faire participer les membres du personnel et les clients au choix, à l'adaptation et à la conception des modèles de prestation des soins infirmiers et les responsabiliser.
- Clarifier les rôles et les champs d'exercice des infirmières.
- Il y a pénurie de recherches au sujet de la pratique des IAA et des IPA et de leur effet respectif sur les résultats cliniques pour les patients.
- Promouvoir l'utilisation d'une terminologie transparente, précise et uniforme.
- Former et soutenir des chefs de file capables de tenir compte des données issues de la recherche et de l'expérience.
- Renforcer la capacité d'échange et d'application des connaissances chez les infirmières et auprès du public, et notamment démontrer les liens qui existent entre la recherche et la pratique.
- Relier la formation, la recherche et la pratique en soins infirmiers par une collaboration continue à l'échelon national, provincial, territorial et local.
- Assurer la création et l'adoption de modèles de soins éclairés par des données probantes qui fournissent des soins sécuritaires et de qualité fondés sur les besoins en santé de la population (p. ex. en abordant la collaboration interprofessionnelle, les déterminants de la santé, l'accès efficient, le financement et la prise en charge des maladies chroniques).

Principes directeurs des modèles de prestation des soins infirmiers

Les participants ont reconnu qu'il était urgent d'établir des principes directeurs pour appuyer la sélection, l'adaptation et la conception de modèles de prestation des soins infirmiers. S'inspirant des discussions en atelier et en plénière, ils ont dressé une liste provisoire de principes. Il faudra en discuter plus à fond et les raffiner, mais les principes directeurs suivants représentent le fruit de la discussion générale entre les participants :

- Les soins doivent être axés sur les clients.
- Les soins doivent être à l'écoute des clients, des membres de leur famille et de la communauté.
- La prise de décision sur la composition des équipes de soins doit reposer sur les besoins des clients, comprenant la complexité, le caractère prévisible, la gravité et la stabilité de l'état de santé du client.
- Il faut appuyer le respect et la collaboration interprofessionnels et intraprofessionnels, et notamment apprendre aux intéressés à travailler ensemble.

- Soutenir les soins directs.
- Assurer la continuité des soins.
- Assurer l'uniformité des soins et des soignants.
- Mobiliser et responsabiliser les fournisseurs de soins, les clients et les membres de leur famille.
- Faire participer et responsabiliser les fournisseurs de soins, les clients et les membres de leur famille à l'élaboration de modèles de soins infirmier.
- Favoriser un leadership et une direction robustes en soins infirmiers.
- Soutenir l'apprentissage continu.
- Favoriser une culture et une structure organisationnelles propices et saines.
- Assurer une surveillance et une évaluation continues.
- Assurer la prise de décisions cliniques et administratives fondées sur des données probantes.
- Intégrer de multiples niveaux de personnel expérimenté et expert.
- Assurer la responsabilisation.
- Clarifier les rôles et les champs d'exercice.
- Déployer les membres du personnel de façon à leur permettre d'occuper tout leur champ d'exercice en tenant compte des forces relatives des débutants et des experts.
- Protéger la viabilité à long terme des ressources humaines et financières du système de soins de santé.
- Prendre des décisions fondées sur le fait que des soins sécuritaires et de qualité sont des soins rentables.
- Tenir compte des stratégies de création des effectifs infirmiers.
- Assurer la sécurité culturelle.
- Intégrer l'adaptabilité.
- Tenir compte du contexte géographique.
- Tenir compte des enjeux liés aux ressources humaines en santé (p. ex. amélioration du contexte organisationnel, réduction de la fatigue chez les membres du personnel infirmier, réduction de l'absentéisme).
- Tenir compte des facteurs environnementaux et en rendre compte.

Questions à étudier plus à fond

Les participants ont reconnu qu'il reste des lacunes importantes auxquelles il faut s'attaquer afin d'assurer l'application pratique de données probantes qui appuieront la prise de décision sur la

conception de modèles de prestation des soins infirmiers et la composition du personnel. Les questions à étudier plus à fond sont présentées ci-dessous.

Principes directeurs

- Quelles données existantes appuient les principes directeurs dans le cas des modèles de prestation des soins infirmiers? (Voir les projets de principes énoncés ci-dessus.)
- Comment rendre les principes directeurs suffisamment souples pour en garantir l'utilisation dans tout le pays et dans de nombreux milieux de pratique différents?
- Comment traduire les principes directeurs et les modèles de prestation des soins infirmiers en messages acceptés par le personnel de première ligne?
 - Comment ces efforts peuvent-ils appuyer la gestion du changement et le leadership?
 - De quels facteurs environnementaux faut-il tenir compte?
 - Qu'est-ce que l'on entend précisément par « continuité » (p. ex. des soins et des soignants)?

Recherche à faire

- Quelles recherches liées aux résultats cliniques portant sur les infirmières autorisées, les IAA, les IPA et les modèles de collaboration reste-t-il à faire pour appuyer la conception optimale de modèles de prestation des soins infirmiers et la prise de décision pour la composition du personnel?
- Quelles autres études longitudinales et recherches qualitatives et quantitatives s'imposent pour appuyer l'élaboration de modèles de prestation des soins infirmiers et la prise de décision pour la composition des équipes de soins?

Adoption des résultats de recherche

- Quel rôle l'AIIC doit-elle jouer, seule et en collaboration avec d'autres organismes⁵, pour assurer la production de messages clairs de premier plan qui appuient le travail des infirmières autorisées, des IAA et des IPA et pour promouvoir l'élaboration de politiques et la prise de décision fondée sur des données probantes en ce qui concerne la conception des modèles de prestation des soins infirmiers et la composition du personnel?
 - Quelles sont les moyens les plus efficaces de mobiliser le public, les gouvernements, les employeurs et les autres interlocuteurs en dehors des milieux des soins infirmiers?
- Quels sont les rôles de la gestion du changement et du leadership dans la promotion de l'adoption des résultats de recherche par le personnel de première ligne?
- Comment les infirmières peuvent-elles identifier et surmonter les obstacles (p. ex. stratégiques, systémiques, historiques) à l'utilisation des données probantes?
- Quels rôles les modèles de prestation des soins infirmiers et la décision de la composition du personnel jouent-elles dans la viabilité du système de santé?
 - Comment faire savoir que les infirmières et la profession ont des solutions précieuses à proposer pour assurer la viabilité générale du système de soins de santé?

Conclusion

Le forum n'a peut-être pas atteint son objectif global qui consistait à formuler des recommandations, mais il a réussi à aborder les trois objectifs qui lui avaient été fixés. La réunion a plus précisément permis de :

- mettre en commun des recherches et des données probantes qui ont une incidence sur la conception de modèles de prestation des soins infirmiers et sur la prise de décision portant la composition du personnel;
- discuter des tendances, des défis et des solutions qui ont une incidence sur l'application pratique des modèles de prestation des soins infirmiers et les structures de la composition du personnel;
- revoir et examiner le projet le plus récent du cadre en préparation pour appuyer l'évaluation des décisions sur la composition du personnel dans le cas des infirmières qui travaillent ensemble ou avec des fournisseurs de soins de santé non réglementés. *Remarque* : Les organisateurs ont transmis leur avis directement aux membres du groupe de travail chargé d'élaborer le cadre.

⁵ Les autres organismes pourraient inclure le Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires, les Infirmières/infirmiers psychiatriques autorisés du Canada, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers, la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada, le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Prochaines étapes

Éclairée par les délibérations qui ont eu lieu au cours du forum sur invitation qu'elle a organisé, l'AIC s'est engagée à initier plusieurs projets :

- Organiser et faciliter un exercice de sondage Delphi qui réunira un groupe d'experts – des milieux de la pratique, des politiques, de la recherche et de l'enseignement – pour élaborer des principes directeurs sur les modèles de prestation des soins infirmiers.
- Soutenir l'achèvement et la publication d'une version révisée d'un cadre sur la composition du personnel.
- Publier la recherche documentaire sur la composition du personnel qui a été produite dans le contexte de l'exercice de révision du cadre sur la composition du personnel.
- Afficher sur le site Web de l'AIC les communications présentées au cours du forum sur invitation organisé par l'AIC, ainsi que les documents connexes.

Annexe A : Questions posées et réponses données au cours des ateliers

Remarque : Les réponses présentées dans cette annexe ne constituent pas un compte rendu complet de tous les commentaires formulés dans chaque atelier. Il s'agit plutôt d'une compilation des réponses proposées le plus souvent au cours des sept ateliers.

Comment influencer sur la mise en œuvre des modèles de prestation des soins infirmiers?

- Rédiger des principes directeurs sur l'élaboration des modèles de prestation des soins infirmiers.
- Assurer la continuité des soins et des services des soignants, soit bon fournisseur, bon patient.
- Habilitier les infirmières. Celles qui jouent un rôle clé dans la mise en œuvre devraient faire partie du processus de planification dès le départ et au cours du continuum des soins.
- En présumant qu'il y aura des tensions parce que le champ d'exercice est dynamique, nous aurons besoin de processus respectueux pour dissiper les tensions.
- Favoriser un sentiment d'inclusion.
- Créer une terminologie commune, transparente et précise et en assurer l'utilisation.
- Compléter la recherche scientifique par des données expérientielles. Accepter toutes sortes de types de données probantes utiles.
- Soutenir l'éducation et la communication : informer les communautés, les populations, les décideurs, les politiciens et les étudiantes en sciences infirmières. Créer divers moyens de communiquer avec des groupes différents.
- Créer et appuyer des milieux d'exercice de qualité, notamment prévoir du temps pour la formation continue et l'équilibre travail-vie personnelle.
- Intégrer de nouveaux cadres et de nouvelles ententes sur la qualité : brancher les soins infirmiers au tableau d'ensemble du continuum des soins. Adopter une perspective systémique et inclure une optique à long terme. Bâtir sur l'amélioration de la qualité.
- Utiliser la recherche existante et renforcer la capacité en recherche (besoin d'aide financière pour des projets pilotes et des efforts de mise en œuvre).
- Répertorier les outils et les modèles de prestation des soins d'usage courant (p. ex. outils d'évaluation de la gravité des cas, études de cas, meilleures pratiques).
- Clarifier les champs d'exercice et les rôles.
- Appuyer les chefs de file : les chefs de file courageux qui peuvent réfléchir objectivement à l'ensemble des données scientifiques et du contexte, et non simplement à la recherche qui appuie leur propre position.

Quelles recommandations ou modifications proposeriez-vous au sujet du cadre?

- Créer des outils (p. ex. études de cas, lignes directrices).
- Créer une application de technologie interactive.
- Contextualiser le cadre sur les plans du modèle d'exercice, du modèle de prestation des services et du contexte des soins.
- Élargir le glossaire (p. ex. cadre, modèle de prestation des soins infirmiers).
- Tenir compte du fait que les soins sont fournis par des équipes qui comportent des membres du personnel autres que des infirmières et des fournisseurs de soins non réglementés.
- Préciser l'auditoire cible.
- Renforcer le message selon lequel le forum n'est pas exhaustif.
- Veiller à ce que les principes directeurs encouragent toute infirmière à lire le cadre.
- Veiller à ce que le cadre demeure dynamique (ce n'est pas un outil).
- Utiliser des questions comme facteur déclencheur.
- Discuter de l'affectation et de la délégation dans la section Travailler ensemble du cadre.
- Clarifier les hypothèses.
- Supprimer le mot « réglementé » du titre.
- Ajouter des renvois au financement et au coût.
- Ajouter un nouveau principe de base : l'évaluation du client doit reposer sur la gravité, la complexité, la prévisibilité et la stabilité de son état de santé.

Comment appliquer les résultats de recherche dans la pratique?

- Reconnaître ce que nous savons et ce que nous ne savons pas.
- Former et appuyer des chefs de file ou des champions. Ce sont des courtiers en savoir qui peuvent utiliser les médias pour favoriser la participation du public.
- Accroître la capacité de recherche.
- Relier l'enseignement, la recherche et la pratique de façon cyclique.
- Présenter la recherche dans son contexte et décrire des applications cliniques en termes pertinents et logiques.
- Créer et soutenir des relations et des collectifs de pratique.
- Créer des incitatifs et des moyens de soutien.
- Devenir partenaire de conseils interprofessionnels et de groupes d'établissement des budgets. Sur de telles tribunes gagnantes pour tous, les infirmières pourront dégager les enjeux au

sujet desquels la recherche en soins infirmiers peut fournir des données probantes et des solutions.

- Puisque les infirmières fonctionnent dans un contexte général, préconiser un prisme interprofessionnel.
- Faire participer les personnes qui travaillent elles-mêmes à appliquer la recherche dans la pratique.
- Faire participer les bénéficiaires des soins; écouter ce qu'ils ont à dire au sujet des mécanismes de prestation des soins.
- Clarifier les rôles.
- Renforcer la capacité d'appliquer le savoir, ce qui consiste notamment à démontrer des liens entre la recherche et la pratique et à créer des formulaires ou des gabarits de mise en commun du savoir et d'autres recherches applicables.
- Créer des milieux de travail sains qui offrent aux infirmières le temps de réfléchir à leurs actes et de consulter ou de revoir des recherches. Créer des endroits sûrs où les infirmières peuvent discuter des défis auxquels elles font face.
- Relier les données probantes des résultats à un coût : montrer les réductions de coûts et les dépenses évitées.
- Expliquer les applications cliniques en termes pertinents et logiques.
- Faire des efforts de marketing auprès du public et le mobiliser. Le public exercera ensuite des pressions sur les organisations pour qu'elles mettent en œuvre des stratégies basées sur les résultats de recherche.
- Passer rapidement des projets pilotes au déploiement.
- Inclure des mesures de viabilité et l'évaluation.
- La gestion du changement joue un rôle clé. Intégrer la gestion du changement et la recherche à la pratique clinique et aux outils.
- Assurer l'application de principes de base : continuité des soins et des services des soignants, champ d'exercice au complet, travail d'équipe, responsabilisation.
- Créer un moyen de soumettre des problèmes à la recherche afin de les régler.

Références

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association des infirmier(ère)s auxiliaires du Canada, Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires et Infirmières/infirmiers psychiatriques autorisés du Canada. (2005). *Cadre d'évaluation pour déterminer l'incidence des décisions sur la composition du personnel infirmier*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Davidson, P., Halcomb, E., Hickman, L., Phillips, J. et Graham, B. (2006). Beyond the rhetoric: What do we mean by a 'model of care'? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 47-55.

Jost, S. G., Bonnell, M., Chacko, S. J. et Parkinson, D. L. (2010). Integrated primary nursing: A care delivery model for the 21st-century knowledge worker. *Nursing Administration Quarterly*, 34(3), 208-216.