

Pour faciliter la lecture de ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête. Par ailleurs, l'expression *infirmière autorisée* désigne une « infirmière autorisée », une « infirmière immatriculée » ou une « infirmière » selon le titre réservé en vigueur dans la province ou le territoire où l'infirmière exerce sa profession.

LA VALEUR DES INFIRMIÈRES

Les infirmières constituent un bon investissement pour le système de santé. Plus de 250 000 travaillent aux premières lignes des soins au Canada afin de sauver des vies, promouvoir la santé et réduire les coûts pour le système de santé.

SAUVER DES VIES

Les infirmières autorisées effectuent des évaluations et des interventions hautement qualifiées qui améliorent la qualité des soins et aident les patients à atteindre un état de santé optimal. Les données probantes montrent qu'il y a un lien entre les soins fournis par les infirmières autorisées, la réduction du nombre des événements indésirables et une amélioration des résultats pour la santé.

- On a constaté qu'il y a un lien entre d'une part, une proportion plus élevée d'infirmières chez les fournisseurs de soins autorisés et d'autre part, des séjours plus courts et des taux moins élevés de chocs et d'arrêts cardiaques, d'infections urinaires, de pneumonies et d'insuffisance respiratoire chez les patients en médecine et en chirurgie (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval et Wilt, 2007; Needleman, Buerhas, Mattke, Stewart et Zelevinsky, 2002).
- On pourrait éviter des décès chez les patients hospitalisés en augmentant le nombre d'heures que les infirmières autorisées passent à fournir des soins (Dall, Chen, Seifert, Maddox et Hogan, 2009; Kane et coll., 2007; Needleman, Buerhas, Stewart, Zelevinsky et Mattke, 2006; Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker et Giovannetti, 2005; Person et coll., 2004).
- On a constaté un lien entre un pourcentage plus élevé d'infirmières professionnelles dans des services de médecine-chirurgie et des taux plus faibles d'erreurs dans l'administration de médicaments et d'infections de plaies (McGillis Hall, Doran et Pink, 2004).
- On établi un lien entre l'augmentation du volume de soins directs prodigués par les infirmières dans les établissements de soins de longue durée et la diminution du nombre des événements indésirables chez les bénéficiaires, tels que les plaies de pression, les hospitalisations, les infections urinaires, la perte de poids et la dégradation de la capacité de vaquer aux activités de la vie quotidienne (Horn, Buerhaus, Berstrom et Smout, 2005).
- En augmentant le nombre de points d'accès aux soins, en coordonnant les soins et en aidant les patients à s'y retrouver dans le système de santé, les infirmières réduisent les temps d'attente et fournissent un accès aux soins en temps opportun (AIIC, 2009).

On retrouve des résumés de recherche sur la dotation sur le site Web de l'AIIC : http://www.cna-aiic.ca/AIIC/issues/research_summaries/nurse_staffing/default_f.aspx.

PROMOUVOIR LA SANTÉ

On peut avoir un effet plus important sur le système de santé en accordant la priorité aux interventions infirmières qui favorisent les habitudes de vie saines, évitent et prennent en charge les maladies chroniques et réduisent la demande de services de santé. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (s. d.), le fait d'avoir une alimentation saine, de faire régulièrement de l'activité physique et de ne pas utiliser des produits du tabac permettrait d'éviter au moins 80 % des cas de maladie cardiovasculaire prématurée, d'accidents vasculaires cérébraux et de diabète de type 2, ainsi que 40 % des cas de cancer. La promotion de la santé par les infirmières entraîne des résultats positifs.

- Dans le contexte d'une étude, on a constaté que la prestation par les infirmières autorisées de services de promotion de la santé et de soins préventifs des maladies entraînait une amélioration du fonctionnement mental et physique, une diminution de la dépression et une baisse du coût par personne des médicaments d'ordonnance chez les bénéficiaires âgés soignés à domicile (Markle-Reid, Weir, Browne, Roberts, Gafni et Henderson, 2006).
- Dans tout le Canada, des infirmières offrent le programme d'abandon du tabac de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa au chevet des patients hospitalisés pour les aider à cesser de fumer. Le succès que connaît le programme est démontré par le fait que jusqu'à 50 % des participants sont affranchis du tabac pendant au moins six mois (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2007).
- Les infirmières praticiennes sont efficaces lorsqu'il s'agit de promouvoir la santé et de mieux gérer les maladies chroniques. Des études ont démontré que les patients souffrant d'hypertension réagissaient mieux aux soins d'une infirmière praticienne qu'à ceux d'un médecin (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002).
- Les visites à domicile faites par des infirmières améliorent l'évolution de l'état de santé de l'enfant et de la mère. Une étude a révélé que les visites d'infirmières à domicile avaient un effet positif sur les soins dispensés par les parents, la violence faite aux enfants, les traumatismes et la négligence, le nombre de grossesses subséquentes, l'activité dans la population active et le recours à l'aide sociale. Les visites de paraprofessionnels à domicile ne sont pas aussi efficaces (Ford-Gilboe, Wuest, Varcoe et Merritt-Gray, 2006).

RÉDUIRE LES COÛTS

En fournissant des soins de qualité, les infirmières réduisent à la fois la durée du séjour à l'hôpital chez les patients qui bénéficient de soins actifs et le nombre de réadmissions chez les bénéficiaires de soins à domicile. Au moment où les modèles de prestation des services délaissent l'établissement en faveur de la communauté, les infirmières en soins à domicile et d'autres programmes communautaires sont bien placés pour fournir un service plus rentable.

L'investissement dans les soins infirmiers se défend sur le plan affaires.

- On établit un lien entre une proportion plus élevée d'heures de soins fournis par les infirmières autorisées et une réduction nette des coûts découlant d'une diminution de la durée des séjours à l'hôpital et de résultats indésirables évités (Needleman et coll., 2006).



- L'augmentation du nombre d'heures de soins prodigués par les infirmières par jour-patient vaut environ 60 000 USD par poste équivalent à temps plein supplémentaire en frais médicaux évités et en amélioration de la productivité à l'échelle nationale (Dall et coll., 2009). Les estimations relatives à la valeur économique des soins infirmiers seraient plus élevées si l'on tenait compte d'autres facteurs comme les économies réalisées grâce à une diminution du roulement des effectifs infirmiers, la baisse du risque de réadmission ou la diminution du nombre de poursuites pour faute professionnelle.
- Aux Pays-Bas, des chercheurs ont déterminé que le suivi des enfants atteints d'asthme dirigé par une infirmière était aussi efficace que celui qui était dirigé par un pédiatre, mais qu'il en coûtait 17,5 % moins cher lorsque les soins étaient fournis par des infirmières (Kamps, Roorda, Kimpen, Overgoor-van de Groes, van Helsdingen-Peek et Brand, 2004).
- En Angleterre, les équipes de soins intermédiaires respiratoires dirigées par des infirmières qui fournissaient des soins à des patients atteints d'une maladie respiratoire chronique pendant des épisodes de crise ont réduit les coûts en raccourcissant la durée des hospitalisations et évitant des admissions. On a calculé que les services de soins à domicile coûtaient 62 % de ce que coûtent les soins traditionnels (Ward, Barnes et Ward, 2005).

On retrouve d'autres résumés d'études illustrant la rentabilité des soins infirmiers dans les pages Rendement du capital investi (RCI) du site Web de l'AIIC à <http://rci.cna-aiic.ca>.

*Ce document a été préparé par l'AIIC pour fournir de l'information.
L'information présentée ne reflète pas nécessairement les idées du Conseil d'administration de l'AIIC.*

Publié en juin 2009

Références :

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Les infirmières et infirmiers aux premières lignes des temps d'attente*. Ottawa : auteur.
- Dall, T. M., Chen, Y. J., Seifert, R. F., Maddox, P. J. et Hogan, P. F. (2009). The economic value of professional nursing. *Medical Care*, 47(1), 97-104.
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L. et Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74-84.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2002). Mythe : *Si on consulte une infirmière praticienne au lieu d'un médecin, on reçoit des soins de moins bonne qualité*. Ottawa : auteur. Extrait le 19 mars 2009 de www.chsrf.ca/mythbusters/html/myth8_f.php
- Ford-Gilboe, M., Wuest, J., Varcoe, C. et Merritt-Gray, M. (2006). Developing an evidence-based health advocacy intervention for women who have left an abusive partner. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 38(1), 147-167.
- Horn, S., Buerhaus, P., Berstrom, N. et Smout, R. (2005). RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents. *American Journal of Nursing*, 105(11), 58-70.



Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2007). Un remarquable programme d'abandon du tabac apporte un nouvel espoir aux Canadiens. *The Beat*, 2(1), 6. Extrait le 15 mars 2009 de <http://www.ottawaheart.ca/UOHI/doc/TheBeat-v2i1-Fr.pdf>

Kamps, A. W. A., Roorda, R. J., Kimpen, J. L. L., Overgoor-van de Groes, A. W., van Helsdingen-Peek, L. C. J. A. M. et Brand, P. L. P. (2004). Impact of nurse-led outpatient management of children with asthma on healthcare resource utilization and costs. *European Respiratory Journal*, 23, 304-309.

Kane, R., Shamliyan T., Mueller, C., Duval, S. et Wilt, T. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204.

Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A. et Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 381-395.

McGillis Hall, L., Doran, D. et Pink, G. H. (2004). Nursing staffing models, nursing hours and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 41-45.

Needleman, J. Buerhaus, P., Stewart, M., Zelevinsky, K. et Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: Is there a business case for quality? *Health Affairs*, 25(1), 204-211.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. et Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.

Organisation mondiale de la Santé. (s. d.). *Facing the facts: The impact of chronic disease in Canada*. Extrait le 24 novembre 2008 de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/canada.pdf

Person, S. D., Allison, J. J., Kiefe, C. I., Weaver, M. T., Williams, O. D., Centor, R. M., et coll. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.

Ward, S., Barnes, H. et Ward, R. (2005). Evaluating a respiratory intermediate care team. *Nursing Standard*, 20(5), 46-50.

FI-25

