



FCRSS

De meilleurs soins :

une analyse des soins infirmiers et des résultats du système de santé

Série de rapports de l'AIIC et de la FCRSS pour informer la Commission nationale d'experts de l'AIIC, *La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé* – Document no 2

Juin 2012

Dre Gina Browne, Ph. D., Inf. aut.

Université McMaster

Professeure en sciences infirmières, en épidémiologie clinique et en biostatistique

Fondatrice et directrice de l'Unité de recherche sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé



ASSOCIATION DES
**INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS**
DU CANADA

fcrss.ca

Ce document est disponible à www.fcrrs.ca.

Le présent rapport de recherche, commandé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, est une publication de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. Financée dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada, la FCRSS est un organisme indépendant et sans but lucratif qui a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes. Les opinions exprimées ici sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de la FCRSS, de l'AIIC ou du gouvernement du Canada.

ISBN 978-1-927024-50-8

De meilleurs soins : une analyse des soins infirmiers et des résultats du système de santé © Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2012.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCRSS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel, à info@fcrrs.ca.

Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, tous droits réservés (année de publication du rapport). »

FCRSS

1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Courriel : info@fcrrs.ca
Téléphone : 613-728-2238
Télécopieur : 613-728-3527

MESSAGES PRINCIPAUX

Les problèmes surgissent lorsque les circonstances dans le monde changent alors que les idées reçues se perpétuent

- L'actuel système de santé canadien, financé par le gouvernement fédéral canadien et mené principalement par des médecins et des hôpitaux assurés, fournit des soins aigus et épisodiques, qui sont mal adaptés à l'évolution démographique des personnes atteintes de maladies chroniques et vivant plus longtemps, et absorbe près de la moitié des budgets provinciaux.

Il existe des solutions.

- Une analyse récente des dépenses de 2005 des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques en matière de services sociaux et de santé a démontré empiriquement qu'après ajustement du produit intérieur brut par habitant, c'est plutôt le ratio des dépenses en services sociaux par rapport aux dépenses en services de santé qui est associé à de meilleurs résultats au regard des principaux indicateurs de santé que le montant dépensé pour les services de santé.
- Des modèles de soins proactifs, ciblés et dirigés par le personnel infirmier, qui mettent l'accent sur l'autogestion préventive des malades chroniques, sont soit plus efficaces et à coût égal ou moindre, soit tout aussi efficaces et moins coûteux que le modèle de soins habituel.
- D'autres éléments clés des modèles de soins de santé plus efficaces et plus efficaces supposent des soins axés sur la collectivité, dirigés par le personnel infirmier et reposant sur une équipe interdisciplinaire qui comprend un médecin de soins primaires. Une intervention aussi complexe exige un personnel infirmier spécialement formé ou en pratique avancée qui complète les soins prodigués par des médecins et d'autres professionnels de santé. Un modèle proactif, global et coordonné de soins communautaires est axé sur le patient et la famille, et vise des personnes vivant dans la communauté avec une maladie chronique et des circonstances sociales complexes.
- La télésurveillance ajoute de l'efficacité et de l'efficience aux soins de santé, en particulier dans le cas des populations isolées.
- Le système de contrôle, d'évaluation et de mesure du rendement de la prestation des services de santé doit prendre appui sur des efforts pancanadiens déjà en cours, comme l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé.
- Les modèles de soins dirigés par le personnel infirmier peuvent être financés par le transfert des fonds consacrés aux hôpitaux et aux services d'urgence vers des soins communautaires ou à domicile. Par exemple, après que les patients hospitalisés en attente d'un autre niveau de soin sont pris en charge, on pourrait réduire le nombre de lits d'hôpitaux et réaffecter les fonds ainsi libérés à cette fin.
- Selon des rapports indépendants, seulement en Ontario, qui représente 37 p. 100 de la population canadienne, des millions de dollars pourraient être économisés en coûts directs de santé chaque année :
 - en confiant la direction des soins des plaies à domicile au personnel infirmier;
 - en intégrant les modèles de soins dirigés par le personnel infirmier afin de réduire de 10 p. 100 les réadmissions à l'hôpital des malades chroniques;
 - en fournissant 25 p. 100 des soins palliatifs à domicile plutôt que dans les milieux hospitaliers de soins aigus;
 - en fournissant des soins communautaires aux patients hospitalisés requérant un autre niveau de soins;
 - en fournissant des soins communautaires proactifs et l'auto-prise en charge à des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque congestive et d'autres maladies chroniques.

Les solutions aux problèmes

Ces modèles recommandés de soins infirmiers pour les maladies chroniques s'harmonisent avec les *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada* préconisés par l'Association canadienne des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) et l'Association médicale canadienne (AMC) en juillet 2011 (disponible à l'adresse http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Advocacy/HCT/HCT-Principles_fr.pdf).

Les modèles s'alignent également sur la *Charte des soins axés sur le patient* proposée par l'AMC ainsi que sur d'autres recommandations faites dans le rapport 2010 *La transformation des soins de santé au Canada : des changements réels, des soins durables* (disponible à http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Advocacy/HCT/HCT-2010report_fr.pdf). Par exemple, les points suivants s'appliquent fondamentalement tant aux recommandations de l'AMC qu'aux modèles recommandés dans le présent rapport :

- ▼ Le rôle central de tous les paliers de gouvernement est d'assurer et de maintenir le bien-être de leurs citoyens et des générations futures.
- ▼ Pour ce qui est de l'orientation, les gouvernements devraient viser une croissance soutenue et l'expansion des soins de santé (maladie) ou la qualité de la vie à long terme et la viabilité du système de services à la personne.
- ▼ Se pencher sur la source et les raisons des dépenses de santé excessives et accrues doit consister, entre autres, (a) à offrir aux malades chroniques des soins proactifs, globaux, préventifs et dirigés par le personnel infirmier, (b) à les financer en réduisant les ressources consacrées actuellement aux soins hospitaliers aigus et (c) à continuer de confier la prestation des soins aigus et épisodiques aux médecins et aux infirmières praticiennes.

RÉSUMÉ

Le but de cette revue de la littérature sur l'intervention de soins infirmiers était de documenter les coûts comparés des modèles d'intervention de soins infirmiers et leurs effets sur les résultats des patients, tels que la morbidité et la mortalité, ainsi que sur les résultats du système, tels que l'utilisation des ressources de santé. Cette information sera utilisée pour fournir des suggestions sur des modèles novateurs, efficaces et efficaces d'intervention de soins infirmiers en vue de la préparation de la nouvelle entente fédérale de 2014 sur la santé.

Les analyses et les études admissibles étaient celles qui portaient sur les interventions assurées par le personnel infirmier et qui documentaient :

- ▼ les résultats pour les patients au regard de la mortalité et de la morbidité, tels que l'état fonctionnel, la qualité de vie, les accidents coronariens et les effets indésirables et le fardeau des aidants, *et*
- ▼ les résultats du système relatifs à l'utilisation des services d'urgence, aux hospitalisations, à la durée du séjour, aux admissions dans des maisons de soins infirmiers ou aux coûts directs d'utilisation des services de santé du point de vue du payeur, *ou*
- ▼ les conséquences pour les patients au regard du temps d'attente ou de l'accès aux soins.

Cet examen a été mené en trois étapes.

1. Dans la phase initiale, nous avons évalué les *analyses* documentaires de grande qualité.
2. La deuxième étape consistait à examiner des *études* de grande qualité sur les interventions de soins infirmiers en raison des limitations dans les examens initiaux.
3. Dans la troisième étape, nous avons examiné les études de la System-Linked Research Unit on Health and Social Service Utilization (SLRU) de l'Université McMaster, qui comportaient des évaluations économiques basées sur un point de vue sociétal et des essais cliniques. En outre, ces études ont inclus non seulement les résultats pour les patients, mais aussi les effets sociaux et sanitaires – effets directs et indirects, et les effets relatifs au transfert monétaire – des traitements comparatifs pour diverses maladies. Nous avons effectué cette troisième étape, car la description des méthodes de financement dans les études précédentes n'était pas assez détaillée.

Résultats

Pour déterminer si les interventions infirmières étaient relativement plus efficaces et moins coûteuses, nous avons utilisé un cadre analytique des évaluations économiques afin de résumer qualitativement et globalement les effets pour les patients ainsi que les coûts du système. Nous avons d'abord examiné plus de 4 000 revues et études pour déterminer si elles répondaient aux deux critères d'admissibilité et de « normes de haute qualité ». En tout, 27 examens, 29 études et 9 évaluations économiques répondaient aux premiers critères d'admissibilité minimaux et à 75 % des 21 normes de qualité pour les examens et les études. Les études en question ont été menées au Royaume-Uni, au Canada, en Australie, aux États-Unis et aux Pays-Bas, et les évaluations économiques, dans le sud de l'Ontario.

Notre examen des données provenant de 27 *analyses de grande qualité* des modèles comparatifs de soins infirmiers aux malades chroniques a appuyé les conclusions suivantes au sujet des modèles de soins infirmiers fondés sur des équipes interdisciplinaires (si les soins sont dispensés avec la participation du personnel infirmier, n = 13; si les soins sont dirigés par le personnel infirmier, n = 14) par rapport aux soins habituels : 13 examens ont révélé que les interventions de soins infirmiers étaient plus efficaces et moins coûteuses que les soins habituels, six ont montré qu'elles étaient plus efficaces et aussi coûteuses,

quatre ont établi qu'elles étaient tout aussi efficaces, mais moins coûteuses; trois ont indiqué qu'elles étaient tout aussi efficaces et tout aussi coûteuses et un examen a suggéré qu'elles étaient plus efficaces et plus coûteuses que les soins habituels.

Notre examen des données provenant de 29 *études de grande qualité* des modèles comparatifs de soins infirmiers aux malades chroniques a appuyé les conclusions suivantes au sujet des modèles de soins infirmiers (si les soins sont dispensés avec la participation du personnel infirmier, n = 4; si les soins sont dirigés par le personnel infirmier, n = 25) par rapport aux soins habituels : selon 14 études, les interventions de soins infirmiers étaient plus efficaces (de ces études, 12 ont montré qu'elles étaient moins coûteuses et deux ont révélé qu'elles n'étaient pas plus coûteuses), selon sept, elles étaient tout aussi efficaces et moins coûteuses, selon cinq, elles étaient tout aussi efficaces et tout aussi coûteuses, et selon trois, elles étaient tout aussi efficaces et plus coûteuses.

Huit des neuf études ontariennes des évaluations économiques effectuées par la SLRU de McMaster ont conclu que le modèle de soins infirmiers aux malades chroniques était plus efficace. Plus précisément, trois études ont montré que le modèle de soins infirmiers était plus efficace et moins coûteux, quatre autres études ont constaté qu'il était plus efficace et pas plus coûteux, une étude a indiqué qu'il était plus efficace et plus coûteux, mais seulement pour un sous-groupe particulier de patients, et une étude a démontré qu'il était aussi efficace et également coûteux que les soins habituels.

Interventions infirmières novatrices mettant en évidence des résultats similaires pour les patients et le système à l'échelle provinciale

En raison de la limitation du temps disponible pour préparer le présent rapport, nous sommes obligés d'utiliser de récents rapports indépendants qui évaluaient la situation des patients bénéficiant de meilleurs soins que les infirmières dispensaient seules ou en tant que membres d'équipes interdisciplinaires. La plupart de ces rapports provenaient de l'Ontario, qui représente 37 % de la population canadienne. Les faits saillants suivants de ces innovations en matière d'intervention infirmière permettraient éventuellement à d'autres provinces de réaliser aussi des économies dans les services de santé.

- Dans le cas de 22 % des patients de l'Ontario atteints d'ulcères de pression qui ont été traités dans la communauté selon les meilleures pratiques de soins infirmiers et dans celui de 30 % de ces patients traités dans des établissements de soins non actifs, la réduction du temps de guérison a engendré des économies estimées à 18 000 \$ (9 000 \$ par mois) par patient.
- En Ontario, en 2007, la prise en charge communautaire des 90 000 patients qui souffraient d'ulcère du pied diabétique et de plus de 15 000 d'ulcère de jambe a coûté 511 millions de dollars par an. On a estimé que la direction des soins des plaies par le personnel infirmier permettrait d'économiser 338 millions de dollars en coûts incombant à la collectivité et que la réduction des hospitalisations pour infection et amputation donnerait lieu à des économies supplémentaires de 24 millions de dollars.
- En 2006, le transfert de 25 % des 6 084 patients en soins palliatifs qui occupaient des lits de soins aigus (coûtant 19 900 \$ par patient) vers des soins à domicile (coûtant 4 700 \$ par patient) pourrait se traduire par des économies estimées de 15 200 \$ par patient, soit des économies annuelles de 23 millions de dollars pour l'Ontario.
- Une analyse du cadre de gestion et de prévention des maladies chroniques en Ontario de 2007 a estimé que chaque réduction de 10 % des dépenses pour les maladies chroniques en Ontario se traduirait par des économies annuelles de 1,2 milliard de dollars pour la province.

- Selon un rapport de 2010 sur la collaboration, 1 % de la population de l'Ontario représentait 49 % des coûts des soins hospitaliers et à domicile, et 5 % de la population représentaient 84 % de ces coûts, et ce principalement en raison des taux élevés de réadmission à l'hôpital des malades chroniques. Selon les prévisions des dépenses hospitalières en Ontario en 2009, une réduction de 10 % des huit milliards de dollars dépensés pour des soins de courte durée à 1 % des citoyens (environ 130 000 personnes) entraînerait des économies potentielles de 800 millions de dollars qui pourraient être utilisés pour la prise en charge des maladies chroniques dans la communauté ou à domicile.
- En Alberta, une étude sur l'insuffisance cardiaque après hospitalisation a montré une réduction moyenne de l'utilisation de l'hôpital de 3,6 jours par participant, ce qui entraîne des économies d'environ 2 500 \$ par cas.
- En 2010, plus de 3 000 Ontariens dans les hôpitaux de soins aigus ont en fait besoin d'un autre niveau de soins et étaient en attente de placement dans un établissement de soins de longue durée. Doubler le maximum quotidien des soins à domicile à 200 \$ afin de maximiser la prise en charge de ces personnes à domicile permettrait d'économiser 750 000 \$ par jour par 3 000 Ontariens et se traduirait par des économies annuelles de 273,75 millions de dollars en coûts d'hospitalisation, montant qui pourrait être réaffecté aux soins à domicile.

Composantes des programmes cliniques relatives à l'ensemble des déterminants de la santé : effets sur la prestation de meilleurs soins aux Canadiens

On a déterminé les composantes efficaces et efficientes des programmes de soins cliniques, et en particulier ceux visant des malades chroniques. Il s'agit notamment de :

- travailler au sein d'un système où l'on consacre un montant plus élevé aux services sociaux qu'aux services de santé (le ratio des dépenses de services sociaux par rapport aux dépenses de services de santé est associé à de meilleurs résultats au regard des indicateurs clés de la santé dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques);
- intégrer les soins dirigés par le personnel infirmier à des équipes interdisciplinaires qui sont basées sur une compréhension écologique de l'interaction entre une multitude de facteurs personnels et environnementaux qui déterminent la santé des patients (ces interventions complexes nécessitent non seulement un système de soins de santé primaires de grande qualité et des pratiques de soins centrés sur le patient et dirigés par le personnel infirmier spécialement formé ou en en pratique avancée, mais aussi des investissements adéquats dans des programmes sociaux);
- utiliser des modèles de soins infirmiers qui sont dirigés par le personnel infirmier (surtout des modèles de soins additionnels), qui sont proactifs, complets, coordonnés et ciblés et dans lesquels les infirmières dispensent des soins seules ou en tant que membres d'équipes interdisciplinaires qui assurent la continuité administrative des soins (ce type de modèle requiert une approche cohérente de la part de plusieurs professions pour fournir une prise en charge des besoins chroniques, complexes et changeants des patients);
- télésurveiller les solutions préconisées par Inforoute Santé du Canada, en particulier pour les populations éloignées;
- mettre en œuvre et utiliser les dossiers médicaux électroniques.

Recommandation d'investissement dans la surveillance, l'évaluation, les mesures de rendement et la recherche

Pour mettre en place un système de contrôle, d'évaluation et de mesure du rendement, il faut prendre appui sur les efforts pancanadiens déjà en cours. Par exemple, le Conseil sur la statistique de l'état civil du Canada, Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et le Conseil canadien des registres du cancer se sont associés pour former l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé. Cette initiative fournira des données sur l'état et le statut des patients, l'utilisation des services sociaux et de santé informatisés, et pourra être utilisée dans la surveillance et l'évaluation des mesures du rendement, ainsi que dans la recherche sur la santé de la population.

Le monde réel

L'application de ces modèles recommandés de soins infirmiers aux malades chroniques pourrait commencer par la poursuite des discussions entre l'Association canadienne des infirmières et infirmiers (AIIC) et l'Association médicale canadienne (AMC) qui ont donné lieu à la publication, en juillet 2011, des *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada*. L'intégration des modèles de soins infirmiers consiste à les aligner sur la recommandation de l'AMC en vue du soutien du gouvernement pour la *Charte des soins axés sur les patients* proposée par l'AMC ainsi que sur d'autres recommandations dans son rapport de 2010 *La transformation des soins de santé au Canada : Des changements réels. Des soins durables*. Plus précisément, les modèles des soins infirmiers recommandés par l'AIIC dans le présent rapport s'harmonisent avec la demande au gouvernement :

- ▼ d'élaborer des normes nationales de prestation de soins continus;
- ▼ de fournir un soutien aux aidants naturels et aux patients de soins de longue durée;
- ▼ d'investir dans le recrutement et les stratégies de rétention des médecins, des infirmières et d'autres travailleurs de la santé;
- ▼ d'examiner le financement des hôpitaux partiellement basé sur les activités
- ▼ de mettre en œuvre le mode de rémunération au rendement pour encourager la qualité des soins et réduire l'utilisation des ressources hospitalières.

En outre, les recommandations de l'AIIC au sujet de la surveillance et de l'évaluation du rendement sont conformes à celles de l'AMC de production de « rapports publics sur le rendement et les résultats du système ». Cependant, il peut y avoir des désaccords considérables entre l'AIIC et l'AMC sur les indicateurs à mesurer et à communiquer, ce qui nécessite des discussions continues et l'inclusion des indicateurs recommandés par les deux associations professionnelles.