



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS
DU CANADA

Optimisation du rôle des soins infirmiers dans les soins de santé à domicile

Le 30 mai 2013

cna-aiic.ca

L'AIC a produit ce document afin de fournir de l'information sur un sujet précis et de se donner les outils pour réaliser sa mission, sa vision et ses buts.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction de données ou retranscrite sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, procédé électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement ou autre, sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

© Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2

Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404

Télec. : 613-237-3520

Site Web : cna-aic.ca

ISBN 978-1-55119-403-5

05 2013

Dans ce document, le féminin englobe le masculin,
et vice-versa, si le contexte s'y prête.

TABLE DES MATIÈRES

Messages clés.....	1
Sommaire.....	3
Aperçu.....	8
Approche.....	8
Contexte.....	9
Soins à domicile au Canada.....	9
Population canadienne.....	11
Situation actuelle.....	12
Soins infirmiers à domicile.....	13
Infirmières autorisées.....	14
Résultat infirmiers en soins à domicile.....	15
Infirmières praticiennes œuvrant en soins à domicile.....	17
Infirmières praticiennes en soins à domicile et résultats.....	18
Infirmières en soins à domicile?.....	18
Facteurs facilitant la pratique infirmière en soins à domicile.....	19
Maîtrise des soins infirmiers.....	19
Respect interprofessionnel.....	19
Leadership.....	20
Système de santé harmonisé.....	21
Technologie.....	22
Obstacles à la pratique infirmière en soins à domicile.....	23
Personnes.....	23
Changement de la population des clients.....	23
Population infirmière changeante.....	23
Organisation.....	24
Milieux de travail sains.....	24
Éducation et pratique.....	25
Formation continue pour répondre aux besoins complexes.....	25
Nouvelles diplômées.....	26
Système.....	26
Modèles de financement.....	26
Manque de ressources.....	27

Manque de communication.....	28
Manque de compréhension du rôle	29
Discussion.....	31
Conclusion et recommandations	34
Annexe 1	40
Questions du sondage	40
Références.....	41

MESSAGES CLÉS

- ❖ Les gens veulent vivre chez eux et diriger leurs soins, même lorsque leur santé est compromise.
- ❖ La convergence d'une population vieillissante, des maladies chroniques concomitantes, de la hausse des coûts du système de santé et de la demande de soins de santé de grande qualité et adaptés aux besoins mise davantage sur la prestation de programmes de soins à domicile au Canada.
- ❖ C'est le secteur des soins à domicile qui offre le plus de possibilités de changement. Garder les gens chez eux, c'est la clé d'un système de santé viable et le pivot de soins continus à l'échelle de tout le continuum.
- ❖ Les soins à domicile sont vraiment propices à une approche axée sur les clients qui place ceux-ci au centre des soins et les aide à l'échelle de tout le continuum de soins au lieu que des fournisseurs et des organisations travaillent indépendamment. Comme les soins sont les meilleurs là où vit la personne, les partenariats comportant des soins à domicile peuvent garantir des soins plus efficaces.
- ❖ Les soins infirmiers constituent un domaine de pratique spécialisé et la ressource professionnelle la plus utilisée en soins à domicile. Les infirmières en soins à domicile sont très qualifiées, possèdent de solides techniques de relations interpersonnelles qui appuient une approche axée sur le client et produisent des résultats positifs éprouvés, particulièrement en soins aux personnes âgées, traitement des plaies et soins de fin de vie.
- ❖ Les facteurs suivants permettent d'optimiser les soins infirmiers à domicile :
 - ❖ Leadership qui crée des milieux de travail favorables et vise à modifier les politiques et le financement
 - ❖ Systèmes de santé harmonisés et qui fonctionnent pour réaliser le but commun que constitue la prestation de soins plus près du domicile
 - ❖ Maîtrise des soins infirmiers (assurés par des normes d'éducation et de pratique) qui aide à maintenir la compétence et la confiance professionnelle en soins à domicile
 - ❖ Respect interprofessionnel dans le contexte des relations d'équipes et de collectivités favorables
 - ❖ Technologie qui aide les cliniciens et les clients à rendre les soins plus efficaces et les communications plus opportunes
- ❖ Le virage stratégique en cours vers la santé communautaire a fait mieux connaître les soins à domicile et entraîné d'autres études visant à évaluer leurs répercussions et à déterminer la meilleure façon de les exploiter (la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse ont cerné des stratégies visant à démontrer des résultats particuliers aux populations de clients). Les infirmières ont l'occasion d'être membres de l'équipe de soins, de pratiquer de façon holistique, de rendre compte des pratiques exemplaires et de produire des résultats cliniques et liés à la qualité de vie.

-
- ❖ Des obstacles empêchent les infirmières en soins à domicile d'occuper le plein champ d'exercice de leur profession et ces obstacles sont probablement révélateurs de la période de transition que connaît actuellement le secteur des soins infirmiers à domicile. Les obstacles à la pratique sont manifestes aux échelons individuel (client et infirmière) et organisationnel (employeur, association et établissement d'enseignement) et découlent de tout un éventail de limites, variant de la distribution des fournitures et des données démographiques sur l'effectif infirmier au financement et aux lignes directrices à l'intention de la profession.
 - ❖ Le manque de clarté des rôles en soins infirmiers à domicile a entraîné leur sous-utilisation, l'accent sur les tâches et le rendement évalué par des indicateurs du processus.
 - ❖ La demande actuelle robuste de soins infirmiers à domicile ne fera qu'augmenter, et la profession est positionnée solidement pour évoluer grâce à une amélioration de l'éducation et des moyens d'appui.
 - ❖ Le système de santé est à un tournant et les soins infirmiers à domicile, en particulier, jouent un rôle crucial dans une transformation réussie. Nous pouvons et devons mettre à contribution l'optimisme de la profession et son leadership solide alors que nous collaborons avec des clients et les membres de leur famille, d'autres disciplines, les milieux universitaires, les responsables des politiques et des parties prenantes clés pour concevoir un système qui branche les gens aux soins de santé et de bien-être qu'ils recherchent et méritent.

SOMMAIRE

Soins infirmiers à domicile

Les infirmières jouent un rôle crucial dans le système de soins de santé et elles sont présentes dans tous les secteurs. Les infirmières sont en fait « reconnues mondialement comme la pierre angulaire du système de santé » (Alameddine et coll. 2009, p. 67). Les infirmières en soins à domicile constituent un des sept groupes qui utilisent le titre d’infirmière en soins communautaires (Underwood et coll., 2009), et elles sont guidées par les Normes canadiennes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire. Les infirmières en soins à domicile s’engagent à fournir des soins accessibles, adaptés et opportuns qui permettent aux personnes de demeurer chez elles en toute sécurité et dans la dignité (Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada [IISCC], 2010).

Comme les soins à domicile jouent un rôle vital dans une nouvelle approche des soins de santé, on s’attend à ce que la demande actuelle de soins infirmiers à domicile explose. Dans un rapport, l’Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) prévoit qu’en 2020, deux tiers des infirmières canadiennes travailleront dans la collectivité comparativement à 30 % aujourd’hui (Villeneuve et MacDonald, 2006). Ce changement aura de profondes répercussions sur la façon de former les infirmières et de les aider à pratiquer comme membres d’équipes de soins de santé intégrées.

Les soins infirmiers à domicile constituent une spécialité de la pratique des soins infirmiers qui consiste à prodiguer des soins chez le client, à l’école, au travail ou dans d’autres milieux communautaires (Ontario Home Care Association [OHCA], 2011). Il s’agit d’un domaine particulier des soins infirmiers qui porte avant tout sur les soins prodigués à des clients de tous âges qui ont besoin de soins actifs, ont une maladie chronique et sont en bonne santé. Les soins infirmiers à domicile englobent les principes des soins infirmiers communautaires qui favorisent la santé tout en mettant l’accent sur les facteurs environnementaux, psychosociaux, économiques, culturels et personnels qui ont une incidence sur l’état de santé d’une personne et des membres de sa famille (Humphrey et Milone-Nuzzo, 1996).

Comme le système de santé effectue un virage vers les soins communautaires, nous devons comprendre l’aspect infirmier des soins à domicile. Nous devons aussi nous assurer que les politiques et les pratiques aident les infirmières en soins à domicile à occuper le plein champ d’exercice de leur profession en soins à domicile. C’est pourquoi l’AIIC a lancé des travaux pour déterminer les enjeux et les options afin d’optimiser le rôle des infirmières autorisées et des infirmières praticiennes dans le nouveau paradigme des soins à domicile.

Intensification des soins à domicile

Les soins à domicile sont reconnus généralement comme un élément vital du système de santé et chaque province et territoire du Canada offre maintenant à sa population des soins à domicile financés publiquement. Les services varient des soins de soutien de base aux soins complexes comportant des interventions cliniques très spécialisées.

La convergence d’une population vieillissante et des maladies chroniques concomitantes, la hausse des coûts du système de santé et la demande de soins de santé de grande qualité et adaptés aux besoins misent

davantage sur la prestation de programmes de soins à domicile au Canada. Dans bon nombre de cas, les soins à domicile seraient des plus précieux pour les enfants et les jeunes adultes, mais les personnes âgées constituent toujours la grande majorité des bénéficiaires des services de soins à domicile. À mesure que le nombre de personnes âgées augmente, les problèmes chroniques liés à l'âge qui peuvent mettre en danger la capacité d'une personne de vivre en autonomie dans la collectivité augmentent aussi (Carrière, 2006). Quatre personnes âgées sur cinq vivant à domicile ont actuellement au moins un problème chronique diagnostiqué (comparativement à une personne sur dix chez les 25 à 54 ans), ce qui augmente la probabilité de recourir aux soins à domicile (Rotermann, 2005).

Comme élément d'un système de santé intégré, les soins à domicile peuvent réduire les dépenses et améliorer la qualité de vie des personnes qui seraient autrement traitées en milieu institutionnel (Hollander, Miller, MacAdam, Chappell et Pedlar, 2009). Il est essentiel de comprendre et d'appuyer l'optimisation du rôle des infirmières et de permettre aux personnes de demeurer chez elles et d'éviter d'être placées prématurément dans un établissement ou d'utiliser indûment les services d'urgence.

Optimisation des soins infirmiers à domicile

L'optimisation de l'effectif infirmier permettra d'offrir les meilleurs résultats aux clients (personne, famille, groupe ou collectivité) tout en garantissant l'utilisation la plus efficace et appropriée des ressources humaines du système de santé (Lipskie, 2012)¹. Afin de comprendre dans quelle mesure les soins infirmiers occupent le champ complet d'exercice en soins à domicile et pour aider l'AIIC à positionner son plan d'action de façon à mieux utiliser les infirmières à l'échelle de tout le continuum de soins, nous avons procédé à une recherche documentaire sur les soins infirmiers à domicile (y compris les résultats) et lancé un exercice de consultation (sondage et entrevues). Le taux de réponse a été excellent et les répondants ont contribué généreusement par leur temps et leurs idées.

Les conclusions de ces initiatives indiquent des possibilités d'améliorer la pratique des soins infirmiers, une passion pour le programme de soins à domicile et une préoccupation portant sur l'ampleur des changements qui s'imposent sur le plan du financement, des politiques et de la formation universitaire (en dépit d'exemples d'excellence dans la pratique). Les statistiques sur l'effectif d'infirmières en soins à domicile au Canada sont peut-être limitées, mais en 2010, les infirmières œuvrant en soins à domicile représentaient 2,8 % de l'effectif tandis que les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) en représentaient 0,5 %. On dit plus souvent que les IAA occupent le plein champ d'exercice de leur profession et sont mieux préparées à prodiguer des soins dans la collectivité. La mesure dans laquelle les infirmières optimisent leur pratique a soulevé des réponses diverses : certains croient que la capacité de le faire constitue un facteur clé qui attire les infirmières dans le secteur, tandis que d'autres craignent que les soins infirmiers à domicile soient maintenant subdivisés selon les tâches. Aucun des répondants n'a pu formuler de commentaires sur la pratique des IP, car leur rôle est limité au secteur des soins à domicile. Les répondants ont toutefois constaté la possibilité d'élargir le rôle des IP en soins à domicile, en particulier comme agents de liaison vers les soins primaires pour les clients confinés chez eux et orphelins et comme moyen d'appuyer les infirmières en soins à domicile.

¹ Communication personnelle de C. Lipskie, analyste des politiques du groupe de travail sur l'optimisation de l'effectif infirmier du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 18 décembre 2012).

Des obstacles qui empêchent d’occuper le plein champ d’exercice de la profession ont été définis sur le plan individuel (client et infirmière), organisationnel (employeur, association et établissement d’enseignement) et systémique, ce qui reflète probablement la période de transition que connaissent actuellement les soins infirmiers à domicile. Les enjeux comprennent les suivants :

- Données démographiques changeantes sur les clients et les infirmières
- Défis liés au milieu de travail (qui change selon le domicile visité)
- Écarts entre la formation et les réalités de la pratique
- Défis liés au perfectionnement professionnel continu, qui doit tenir compte de la diversité et de la complexité croissante des besoins des clients (pour un effectif mobile dispersé dans toute la collectivité)
- Reconnaissance tardive de la nécessité de financer des programmes de perfectionnement et de soutien afin d’aider les infirmières nouvellement diplômées à jouer ce rôle exigeant sur le plan clinique et pour maintenir adéquatement l’effectif existant
- Limites des modèles de financement de la pratique intégrée des soins infirmiers à domicile et des technologies de base et innovatrices pour prodiguer des soins et communiquer avec les membres de l’équipe
- Ramifications pour les clients et le système de soins de santé en raison des perceptions dépassées au sujet la capacité des soins à domicile (en général et précisément) et pour le rôle et le savoir-faire des infirmières en soins à domicile.

Malgré les défis à relever pour permettre aux infirmières en soins à domicile d’occuper leur plein champ d’exercice, les provinces et territoires respectent les soins infirmiers à domicile et favorisent l’application des Normes canadiennes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire. Des travaux en cours visent à déterminer les résultats qui dépendent des interventions infirmières comme un des moyens de mettre en évidence la contribution très importante que les infirmières en soins à domicile apportent à la santé et au bien-être de la population canadienne.

Conclusions et recommandations

Les éléments suivants facilitent l’optimisation des soins infirmiers à domicile :

- Leadership qui crée des milieux de travail favorables et cherche à instaurer des changements des politiques et du financement
- Systèmes de santé harmonisés et qui fonctionnent dans un but commun qui consiste à fournir des soins le plus près du domicile des bénéficiaires
- Maîtrise des soins infirmiers (grâce à des normes de formation et de pratique) qui aide à maintenir la compétence et la confiance professionnelle à l’égard de la santé à domicile
- Respect interprofessionnel dans le contexte des relations d’équipe et des collectivités favorables
- Technologie qui aide les cliniciens et les clients en fournissant des soins plus efficaces et une communication opportune

Comme le travail réalisé dans ces domaines essentiels aidera à améliorer la pratique des soins infirmiers à domicile, les recommandations présentées dans ce document reposent sur ces thèmes.

Il faut aborder les recommandations comme un tout, car il faudra un vaste effort concerté pour instaurer les changements nécessaires afin d'appuyer la maturation des soins infirmiers à domicile. Au cours de leur mise en œuvre, les soins infirmiers à domicile seront toutefois convoités comme une pratique privilégiée au Canada.

Leadership

- ❖ Les organisations infirmières doivent acquérir des compétences en leadership transformationnel à tous les niveaux des soins infirmiers à domicile (chaque infirmière, organisation et système) afin de faciliter la représentation, l'élaboration de politiques, la mise en place d'infrastructures, de même que l'encadrement et le changement de la pratique.

Systemes de santé harmonisés

- ❖ Les gouvernements doivent changer leur orientation financière et stratégique en faveur de nouveaux modèles de soins de santé intégrés et communautaires. Afin que les Canadiens puissent demeurer chez eux, les nouveaux modèles doivent inclure des liens avec les soins primaires et être dotés de ressources et d'équipements suffisants pour fournir des soins à domicile à la fine pointe.

Maîtrise des soins infirmiers

- ❖ Les gouvernements et les organisations infirmières doivent définir clairement le champ complet d'exercice des infirmières en soins à domicile afin d'aider le système de santé à procéder au virage vers les soins communautaires axés sur les clients.
- ❖ Les universités et les collèges du Canada doivent établir un cursus de base en soins infirmiers qui est transférable, et inclut des normes, des compétences et des stages cliniques pour les soins à domicile au Canada.
- ❖ Les nouveaux employés doivent bénéficier de séances d'orientation, de services de préceptorat et d'autres formes d'aide.

Respect interprofessionnel

- ❖ L'AIIIC dirigera l'établissement d'une coalition nationale de la santé à domicile constituée d'employeurs, de formateurs, de chercheurs et d'organisations infirmières de toutes les régions du Canada qui défendra les soins infirmiers à domicile, en fera la promotion, en plus de célébrer et d'honorer les contributions de tous les membres de l'équipe.

Technologie

- ❖ Les gouvernements doivent encourager l'utilisation accrue de la technologie en soins à domicile. Les mesures incitatives permettront l'amélioration de l'éducation et l'autogestion des clients, le suivi à distance des clients par l'équipe de soins, la documentation électronique au point de service, et à tous les membres de l'équipe de soins de santé de mieux communiquer et d'utiliser plus efficacement la technologie.

Le système de santé est à un tournant et les soins infirmiers à domicile en particulier jouent un rôle crucial dans une transformation réussie. Nous pouvons et devons mettre à contribution l'optimisme de la profession et son leadership solide lorsque nous collaborons avec des clients et des membres de leur famille, ainsi qu'avec d'autres disciplines, les milieux universitaires, les responsables des politiques et des parties prenantes clés pour concevoir un système qui établit un lien entre les personnes et les soins de santé et le bien-être qu'elles recherchent et méritent.

APERÇU

L'AIIC reconnaît que les soins à domicile font partie intégrante du régime d'assurance-maladie afin que tous les Canadiens puissent, peu importe où ils vivent, recevoir les soins et l'aide dont ils ont besoin chez eux et dans leur collectivité. En 2012, l'AIIC a publié *Un appel à l'action infirmière : La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé*, rapport où elle recommande des façons de transformer le système de santé pour que plus de soins soient prodigués à domicile et dans la collectivité plutôt qu'en établissement.

Le présent document définit des enjeux et des façons possibles d'optimiser le rôle des infirmières autorisées et des infirmières praticiennes dans le contexte des soins à domicile. Nous y examinons le milieu d'exercice actuel et la proposition de valeur des infirmières en soins à domicile (y compris les résultats connexes) tout en présentant une discussion et des recommandations sur la façon d'aller de l'avant. Le document positionne l'AIIC comme l'auteur d'objectifs, d'activités et d'indicateurs permettant d'optimiser le rôle de l'infirmière en soins à domicile.

L'AIIC décrit l'optimisation d'une pratique donnée des soins infirmiers comme un processus qui consiste à déterminer comment optimiser l'utilisation des compétences. L'optimisation consiste notamment à abattre les cloisons à l'intérieur de la profession infirmière, ainsi qu'à supprimer les obstacles avec d'autres professions, afin de faciliter la pratique de collaboration interprofessionnelle. Ce processus permettra de produire les meilleurs résultats pour les clients (personne, famille, groupe ou collectivité) et d'utiliser les ressources humaines du système de santé de la façon la plus efficace et appropriée (Lipskie, 2012).

APPROCHE

L'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD) et Saint Elizabeth (SE) ont produit ce document ensemble pour aider les dirigeants de l'AIIC à contribuer à un système plus robuste de prestation de soins à domicile.

Au cours d'une période de six semaines, nous avons ciblé 46 personnes-ressources clés au Canada qui représentaient tout un éventail de chefs de file et de chercheurs en soins infirmiers ou en soins à domicile définis par les partenaires du projet. Nous leur avons demandé de consacrer environ une heure pour répondre à un sondage en ligne ou participer à une entrevue. Trente-huit personnes ont répondu au sondage (taux de réponse de 83 %) et seize ont participé à l'entrevue (par téléphone).

Nous avons garanti l'anonymat aux répondants et nous leur avons dit que l'information réunie serait présentée dans des rapports agrégés. Les auteurs sont reconnaissants envers les participants de la franchise avec laquelle ils ont discuté des enjeux et des possibilités de la profession infirmière.

CONTEXTE

Les soins à domicile constituent une composante essentielle du système de santé, car ils fournissent des interventions en phase post aiguë ou de courte durée, ainsi que des soins de longue durée à des personnes qui ont un vaste éventail de besoins. Les soins varient de l'aide de base aux soins complexes qui nécessitent des interventions cliniques très spécialisées. Les soins à domicile au Canada sont maintenant dirigés par le vieillissement de la population, l'augmentation des coûts du système de santé et une demande croissante de soins de santé de grande qualité et adaptés aux besoins.

Les nouveaux partenariats qui font leur apparition entre le secteur des soins primaires, les hôpitaux, la collectivité et les établissements de soins de longue durée cherchent à répondre aux besoins et aux préférences des Canadiens qui demeurent chez eux. Comme les soins à domicile jouent un rôle vital dans une nouvelle approche des soins de santé, la demande actuelle de soins infirmiers à domicile ne fera qu'augmenter. Dans un rapport, l'AIIC estime que le pourcentage actuel des infirmières qui œuvrent dans les collectivités canadiennes, qui s'établit au tiers, grimpera à deux tiers en 2020 (Villeneuve et MacDonald, 2006). Ce changement aura de profondes répercussions sur la façon de former les infirmières et de les aider à exercer comme membres d'équipes de soins de santé intégrées.

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire (ACIISC) a adopté un rôle de chef de file dans l'élaboration des compétences et des normes en soins infirmiers communautaires, y compris les soins de santé à domicile. La mesure dans laquelle les infirmières en soins à domicile occupent leur plein champ d'exercice découle de l'étude de nombreux facteurs menée dans le présent document.

Soins à domicile au Canada

L'ACSSD définit les soins à domicile comme « une gamme de services fournis au domicile ou dans la collectivité, qui englobent la promotion de la santé, l'enseignement, l'intervention curative, les soins de fin de vie, la réadaptation, le soutien et l'entretien ménager, l'adaptation et l'intégration sociales ainsi que le soutien pour l'aidant naturel (familial) » (2008, p. 1). Cette définition se reflète dans la plupart des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux de soins à domicile au Canada.

L'Ontario a lancé en 1970 le premier programme de soins à domicile financé par le secteur public. D'autres programmes ont évolué depuis de façon distincte dans chaque administration, provinciale, territoriale et fédérale. Comme les soins à domicile échappent à la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, les principes de l'assurance-maladie ne s'appliquent pas. Chaque province et territoire compte toutefois sur les soins à domicile comme programme important qui complète le système de santé, de même que sur les efforts déployés par les personnes pour s'occuper d'elles-mêmes avec l'aide de membres de leur famille, d'amis et de la collectivité.

Bénéficiaires des soins à domicile

La majorité des bénéficiaires de soins à domicile (entre 60 % et 70 %) ont 65 ans et plus. De 20 % à 30 % ont plus de 21 ans et les enfants constituent environ 10 % de ce groupe. Ces statistiques varient au niveau des programmes de soins à domicile et de soins communautaires au Nunavut, dans les Premières Nations et chez les Inuits, où les populations sont beaucoup plus jeunes (ACSSD, 2008).

Les programmes de soins à domicile au Canada offrent aux personnes de tous âges un éventail complet de services de santé coordonnés qui favorisent, maintiennent ou rétablissent la santé dans le contexte de la vie quotidienne. Les services de soins à domicile aident les personnes qui ont des besoins en soins de santé actifs, chroniques, palliatifs ou de réadaptation à demeurer aussi autonomes que possible. Ces services coordonnent et gèrent aussi les admissions en établissement lorsque la personne en cause ne peut plus vivre en collectivité (ACSSD, 2008). On reconnaît de plus en plus que les soins à domicile font partie intégrante du système de santé, mais comme ils échappent à l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, leurs services et programmes, leur couverture, le financement et les critères d'admissibilité varient d'un bout à l'autre du Canada. Les soins infirmiers professionnels, les services de réadaptation, de pharmacie et de thérapie respiratoire, l'aide personnelle et à domicile, l'accès aux ressources comme le matériel médical, les fournitures et les médicaments (même si certains de ces services peuvent être limités dans certaines régions ou ne pas être fournis du tout) sont des exemples de soins à domicile financés par le secteur public.

Chaque province et territoire fournit des soins infirmiers à domicile pour la gestion de cas et à l'intention des personnes qui ont des besoins actifs (ACSSD, 2007).

Les Canadiens souhaitent, en très grande majorité, demeurer chez eux même lorsque le soutien y est limité (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2011). La plupart des personnes atteintes d'une maladie qui met leur vie en danger préféreraient mourir chez elles, mais les deux tiers (67 %) des décès se produisent toujours dans les hôpitaux au Canada (Statistique Canada [StatCan], 2008). Cet écart entre les préférences et la réalité persiste, même si les provinces et les territoires se sont engagés en 2004 à fournir une couverture complète des services de gestion de cas, de soins infirmiers, du soutien personnel, ainsi que des médicaments particuliers aux soins palliatifs dans le contexte de leurs programmes de soins palliatifs à domicile (Santé Canada, 2004). Sans soins à domicile adéquats, les familles perdent leur capacité de se débrouiller, les besoins en soins des clients sont compromis et il se peut que des personnes soient hospitalisées ou institutionnalisées inutilement.

Population canadienne

Selon Statistique Canada (2012), « l'espérance de vie de la population du Canada est l'une des plus élevées au monde » et devrait augmenter, ce qui fera de la population vieillissante une force motrice clé de la réforme du système de santé. D'ici 2036, les personnes âgées du Canada représenteront 25 % de la population (ICIS, 2011). Les 80 ans et plus constituent actuellement un des groupes démographiques qui connaissent la croissance la plus rapide et, d'ici 2056, environ un Canadien sur dix aura 80 ans ou plus comparativement à environ un sur 30 en 2005 (Bélangier, Martel et Caron-Malenfant, 2005).

Aujourd'hui, 93 % des personnes âgées vivent chez elles avec l'aide de professionnels ou d'aidants naturels (ICIS, 2011). Les limitations fonctionnelles associées au vieillissement ou aux maladies chroniques contribuent à réduire l'activité et l'engagement social des personnes âgées vivant à domicile. L'isolement social peut contribuer au déclin de la santé et du bien-être et le risque de traumatismes causés par des chutes (qui sont plus graves) augmentent avec l'âge (AIIC, 2012a). On estime en fait que 40 % des admissions en soins de longue durée chez les personnes âgées découlent d'une chute (AIIC, 2012b).

Infirmière en surveillance

Dans le contexte d'une initiative visant à effectuer un virage vers les soins à domicile, la région sanitaire Fraser de la C.-B. a créé ce poste d'infirmière chargée des clients qui ont un plan de soins stable. L'intervention de l'infirmière en soins infirmiers à domicile vise à assurer proactivement le bien-être du client chez lui grâce aux contacts, aux suivis et aux interventions périodiques avant l'apparition d'un épisode actif (ACSSD, 2012).

Les personnes âgées sont habituellement en bonne santé, mais leurs problèmes de santé chroniques augmentent à mesure qu'elles vieillissent. Au Canada, 41 % des personnes âgées ont au moins deux problèmes chroniques comme le diabète, des problèmes respiratoires, une maladie cardiovasculaire et la dépression (de 10 % à 15 % des personnes âgées; CNE, 2012), et dans beaucoup de cas, les fonctions physiques ou cognitives diminuent (Conseil canadien de la santé, 2010). On s'attend à ce que les problèmes chroniques augmentent à mesure que la composition de la population selon l'âge change. Le nombre total de Canadiens qui ont une incapacité devrait passer de 4,5 millions en 2006 à entre 6,4 et 7,1 millions en 2031. Selon des projections récentes, la majeure partie de cette augmentation se produira chez les 70 ans et plus (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, s.d.). Ces changements démographiques démontrent que les soins à domicile doivent jouer un plus grand rôle dans un système de santé transformé.

De 2003 à 2009, la prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées a augmenté – elle est passée de 13,5 % à 18,1 % dans le cas du diabète et de 42,8 % à 48,9 % dans celui de l'hypertension artérielle (ICIS, 2011).

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : vieillissement en santé, 2008-2009

Situation actuelle

Plusieurs participants aux entrevues ont décrit les possibilités intéressantes de changement qu'offre le contexte actuel des soins à domicile et signalé que d'autres secteurs commencent maintenant à reconnaître le rôle pivot des soins à domicile et des soins communautaires dans le système de santé. Les Canadiens accordent de la valeur à leurs programmes et services de soins à domicile et veulent avoir la possibilité d'être soignés chez eux ou d'y mourir. Il est démontré que la collaboration entre le secteur des soins à domicile et celui des soins primaires améliore l'accès aux soins et aux traitements sans égard à l'âge ni à l'état de santé (Markle-Reid et coll., 2003, 2008). Sans compter les visites visant à prodiguer des soins prescrits, il est démontré que les soins à domicile fournissent efficacement des suivis proactifs (Markle-Reid et coll., 2003, 2008; Hollander et Chappell, 2002; Hollander, Chappell, Prince et Shapiro, 2007) et améliorent les résultats pour les clients et la santé. Les soins à domicile et les soins communautaires reposent sur une stratégie d'équipe, constituée de médecins, de thérapeutes en réadaptation, de pharmaciens communautaires, de membres du personnel non réglementés et d'infirmières en santé à domicile, qui vise à optimiser les résultats pour la santé.

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Les soins infirmiers à domicile sont un domaine spécialisé de la pratique des soins infirmiers qui fournit des soins chez le client, à l'école, au travail ou dans d'autres contextes communautaires (OHCA, 2011). Il s'agit d'un domaine particulier des soins infirmiers spécialisés dans les soins aux clients de tous âges qui ont une maladie active ou chronique, ou qui sont en bonne santé. Les soins infirmiers à domicile englobent les principes des soins infirmiers en santé communautaire qui favorisent la santé tout en mettant l'accent sur les facteurs environnementaux, psychosociaux, économiques, culturels et sanitaires personnels qui ont une incidence sur l'état de santé d'une personne et des membres de sa famille (Humphrey et Milone-Nuzzo, 1996).

Comme elles constituent un des sept groupes qui utilisent le titre d'infirmière en soins communautaires (Underwood et coll., 2009), les infirmières en soins à domicile conjuguent le savoir tiré des soins de santé primaires (y compris les déterminants de la santé), la science des soins infirmiers et les sciences sociales et détiennent un diplôme en sciences infirmières (applicable aux IAA et aux infirmières autorisées) ou un baccalauréat en sciences infirmières (ACIISC, 2008). Le rôle repose sur les Normes canadiennes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire et sur les cinq normes interdépendantes suivantes :

1. Promouvoir la santé – promotion de la santé; prévention des maladies et protection de la santé; maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs
2. Renforcer la capacité individuelle et communautaire
3. Établir des relations
4. Faciliter l'accès et l'équité
5. Faire preuve de responsabilité professionnelle (ACIISC, 2008)

Ces normes s'appliquent aux infirmières en soins communautaires œuvrant dans les domaines de la pratique, de l'éducation, de l'administration et de la recherche. Elles constituent un point de référence pour les nouvelles infirmières en soins communautaires et deviennent les objectifs de base de la pratique après deux années d'expérience (ACIISC, 2008). Les infirmières en soins à domicile abordent donc les aspects suivants à travers une optique intégrée :

- évaluation, surveillance et processus décisionnel clinique;
- planification et coordination des soins;
- maintien de la santé, rétablissement et soins palliatifs;
- établissement des lacunes en matière de connaissances et de soins et façons de les combler;
- enseignement et éducation;
- communication et, en particulier, écoute;
- renforcement de la capacité et participation des clients (IISCC, 2010).

L'infirmière en soins à domicile aime les nouveaux défis et la variabilité dans chaque contexte de soins à domicile. Il peut s'écouler des heures ou des jours entre la consultation de collègues et une nouvelle visite chez les clients, et dans certaines provinces et certains territoires, l'infirmière doit intervenir par téléphone ou par télésurveillance seulement. C'est pourquoi l'infirmière en soins à domicile doit faire preuve de maturité, de confiance en soi, de souplesse et de débrouillardise pour appliquer les politiques et assurer la sécurité des clients et sa sécurité personnelle (Association ontarienne de soutien communautaire et Ontario Home Care Association, 2008). Les infirmières en soins à domicile ont appris à comprendre les droits de leurs clients, à orienter leurs soins et à affronter le danger. Elles doivent avoir l'habileté nécessaire pour établir des liens thérapeutiques avec des clients et appuyer leurs soins autodirigés. Des répondants ont indiqué que les infirmières en soins à domicile doivent aussi faire preuve de sagesse politique (afin de présenter des problèmes ou de négocier pour le compte de leurs clients face à leur famille, à l'équipe de soins de santé et à la collectivité en général), être astucieuses sur le plan clinique, avoir confiance en soi et se sentir à l'aise de pratiquer en autonomie.

Lorsqu'on leur a demandé de comparer cette description de leur rôle actuel à ce qu'ils en comprennent, 79 % des répondants ont répondu de façon favorable. Or, d'autres ont déclaré être gestionnaires de cas ou membres d'une équipe interprofessionnelle, qu'il y a promotion de la santé seulement dans le contexte de la maladie courante du client et que les infirmières en soins à domicile surveillent souvent le travail d'intervenants non réglementés. Ils ont ajouté que d'autres éléments clés du rôle consistaient notamment à appliquer des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, à collaborer avec les membres de la famille et à faciliter la sécurité à domicile.

Infirmières autorisées

En 2010, 77,9 % des infirmières autorisées travaillaient comme infirmières de chevet ou infirmières en soins communautaires et 7 362 infirmières autorisées travaillaient en soins à domicile, ce qui représentait 2,8 % seulement du total de l'effectif (baisse de 0,7 % par rapport à l'année précédente) (ICIS, 2010). L'âge moyen s'établissait à 47,4 ans (ICIS, 2010), ce qui est plus que les infirmières d'autres secteurs.

Pourcentage d'infirmières autorisées en soins communautaires ¹ en 2010									
CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NE	PE	NL
12,5 %	14,0 %	18,1 %	17,7 %	16,3 %	10,4 %	11,6 %	10,2 %	3,1 %	12,6 %
Pourcentage d'infirmières autorisées dans d'autres lieux de travail ² en 2010 ³									
8,6 %	13,5 %	12,9 %	11,1 %	10,1 %	20,7 %	11,2 %	12,1 %	24,0 %	11,1 %

¹ Inclut des données provenant de centres de santé communautaires, d'agences de soins à domicile, de postes infirmiers (postes éloignés ou cliniques) et de services ou d'unités de santé publique.

² Inclut des données provenant de bureaux d'entreprises, de l'industrie, de services de santé au travail, d'agences de soins infirmiers privées, du service privé, de travailleurs autonomes, de cabinets de médecins ou d'unités de soins à la famille, d'établissements d'enseignement, d'associations, du gouvernements et d'autres.

³ Dans les territoires, un pourcentage important des infirmières autorisées travaillent dans des centres de santé, des agences de soins à domicile ou des postes infirmiers (postes éloignés ou cliniques), ainsi que dans des services ou unités de santé publique (41,2 %).

En 2003, l'étude canadienne sur les ressources humaines en soins à domicile a prévu que le pourcentage des infirmières en soins à domicile par rapport aux clients du même secteur changera d'un soignant pour 37 clients en 2001 à un pour 100 clients en 2046 (Société d'étude du secteur des soins à domicile, 2003).

Infirmières auxiliaires autorisées (2)

En 2010, 1 710 IAA (0,5 % seulement de l'effectif total) travaillaient en soins à domicile, pourcentage en hausse de 5,4 %.

Pourcentage des IAA en santé communautaire ¹ en 2010									
CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NE	PE	NL
5,7 %	25,9 %	9,2 %	10,4 %	11,5 %	1,9 %	4,0 %	14,5 %		3,4 %
Pourcentage des infirmières autorisées dans d'autres lieux de travail ² en 2010 ³									
6,6 %	9,2 %	2,8 %	6,0 %	6,2 %	11,8 %	3,0 %	2,6 %		1,6 %

¹ Inclut des données provenant de centres de santé communautaires, d'agences de soins à domicile, de postes infirmiers (postes éloignés ou cliniques) et de services ou d'unités de santé publique.

² Inclut des données provenant de bureaux de service de santé au travail, d'entreprises ou de l'industrie, d'agences privées de soins infirmiers et de service privé, de travailleurs autonomes, de cabinets de médecins ou d'unités de soins à la famille, d'établissements d'enseignement, d'associations ou de gouvernement et d'autres.

³ Dans les territoires, un pourcentage important des IAA œuvre dans les hôpitaux (45,0 %) et dans les maisons de soins infirmiers (39,6 %).

Résultat infirmiers en soins à domicile

La valeur des soins fournis par les infirmières indiquées ci-dessus est difficile à démontrer. Doran, Mildon et Clark (2011) ont toutefois signalé récemment qu'il existe maintenant des indicateurs valides de la sensibilité aux interventions infirmières qu'il est possible de réunir et d'utiliser à la fois dans la sécurité des clients et les résultats de qualité produits pour eux. Les résultats sensibles aux soins infirmiers sont « pertinents, basés sur le champ d'exercice et le domaine de pratique des infirmières qui [possèdent] des données empiriques établissant un lien entre des intrants et des interventions des infirmières et les résultats » (Doran, 2003, p. vii) et sont déterminés à partir de la structure, du processus et des résultats des soins infirmiers (Doran et Pringle, 2011). Depuis dix ans, la profession infirmière saisit les résultats sensibles aux interventions en soins infirmiers dans la collectivité. Les Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (RSAIS et C-RSAIS) ont aussi adopté un point de vue plus large pour inclure des résultats comme l'état fonctionnel, les symptômes et les autosoins thérapeutiques. En outre, des participants aux entrevues ont mentionné l'importance de l'IEB-SD² et beaucoup considèrent l'utilisation des données d'évaluation et la détermination des résultats à la fois comme une amélioration pour les soins infirmiers et comme un secteur porteur de promesses pour les travaux à venir, particulièrement en soins à domicile.

² L'instrument d'évaluation des bénéficiaires – Soins à domicile (IEB-SD) est un système normalisé et multidimensionnel d'évaluation qui permet de déterminer les besoins des clients, ce qui inclut des indicateurs de qualité, des protocoles d'évaluation des clients, des échelles de mesure des résultats et un système de gestion des cas.

L'initiative RSAIS est un projet financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario qui comporte la collecte d'information normalisée au sujet des soins infirmiers en soins actifs, en soins continus complexes, en soins de longue durée et en soins à domicile en Ontario (Institut de recherche en services de santé [IRSS], 2012). La base de données du RSAIS est hébergée à l'IRSS, ce qui facilite la compréhension de la pratique entre les secteurs.

Aussi limitées soient-elles, les données probantes indiquent qu'en fournissant des services d'évaluation en santé, d'appui et d'accès aux ressources dans le cadre de visites à domicile périodiques, les infirmières en soins à domicile peuvent jouer un rôle de premier plan dans la promotion personnalisée de la santé et les soins préventifs chez les personnes âgées (Byles, 2000; Elkan et coll., 2001). Dans une étude (2006), Markle-Reid (2006) indique, par exemple, que la diversité des interventions dans le cadre de visites à domicile effectuées par les infirmières en soins à domicile peut avoir un effet favorable sur la santé et l'état fonctionnel tout en réduisant les taux de mortalité et la dépression. Des études réalisées récemment en Ontario ont démontré que sans frais supplémentaires, les soins infirmiers en santé à domicile améliorent la qualité de vie des personnes âgées à cause de la détection précoce et de la prise en charge des risques d'événements indésirables (c.-à-d. chutes, polypharmacie, dépression, stress des aidants naturels) (Markle-Reid et coll., 2003). Plusieurs essais randomisés portant sur des interventions en santé mentale réalisés auprès de clients en médecine de plus de 75 ans ont aussi montré que les membres du groupe d'intervention à domicile avaient amélioré leurs fonctions physiques et étaient réadmis moins souvent à l'hôpital et dans les maisons de soins infirmiers (Burns, Denning et Baldwin, 2001).

Des éléments probants révèlent en outre que les soins infirmiers à domicile ont un effet positif sur les clients ayant une maladie chronique. Les chercheurs ont constaté que plus les bénéficiaires reçoivent de temps en soins infirmiers, plus l'indicateur de résultat de l'« utilisation de l'activité de régulation pour gérer la dyspnée » s'améliorait (Adams et Short, 1997, p. 57). Une étude réalisée par Rogers, Perlic et Madigan (2007) appuie ces résultats et signale que l'état des clients vivant avec la dyspnée et qui reçoivent plus de visites en soins infirmiers était sept fois plus susceptible de s'améliorer ou de se stabiliser que chez ceux qui recevaient moins de visites d'infirmières.

Des participants aux entrevues ont aussi signalé des activités en cours pour démontrer l'effet des soins infirmiers à domicile. Même s'ils ne sont pas encore publiés, des éléments de preuve indiquent que les infirmières en soins à domicile qui appliquent des guides de pratiques exemplaires (GPE) aux chutes, aux plaies de pression, à la dyspnée et à la douleur obtiennent de meilleurs résultats³. Un travailleur plus informé peut souvent détecter des problèmes plus tôt et aborder les soins de façon plus holistique afin d'améliorer les résultats pour les clients.

³ Communication personnelle de Diane Doran.

Exemple : Baisse des taux de dialyse grâce à une collaboration entre les soins infirmiers à domicile et la néphrologie.

Le projet sur l'évaluation du risque de diabète et la microalbuminurie (DREAM) lancé au programme de soins à domicile de Battleford Tribal Council Indian Health Services a montré que le recours à une infirmière en soins à domicile afin de mettre en œuvre une stratégie de traitement pour contrôler la tension artérielle réussissait plus efficacement à abaisser la tension diastolique que les visites à domicile visant à prendre la tension artérielle seulement, même si un médecin de famille assurait un traitement de suivi (Tobe et coll., 2006).

Jusqu'à maintenant, la recherche au sujet de l'effet des soins infirmiers à domicile sur les résultats du système est limitée et diversifiée. Une étude rétrospective des dossiers visant à déterminer les motifs de l'hospitalisation, des chutes ou des décès dans les 60 jours de la consultation en soins à domicile n'a pas révélé de différences importantes au niveau du nombre de visites à domicile (toutes disciplines confondues) chez les clients victimes d'une chute comparativement aux autres (Taft, Pierce et Gallo, 2005). Des données probantes montrent toutefois que l'affectation d'infirmières dans le secteur des soins à domicile réduit les coûts des soins de santé. Par exemple, charger des infirmières d'appliquer des pratiques de pointe en traitement des plaies à domicile; intégrer des modèles de soins dirigés par le personnel infirmier; réduire de 10 % le taux élevé de réadmissions à l'hôpital chez les personnes qui ont un problème chronique; fournir 25 % des soins palliatifs à domicile plutôt qu'en milieux de soins actifs à l'hôpital; fournir des soins communautaires aux clients hospitalisés reconnus pour avoir besoin d'autres niveaux de soins; fournir des soins communautaires proactifs et des services d'autogestion des soins pour les clients aux personnes qui ont une insuffisance cardiaque congestive et d'autres problèmes chroniques (Browne, Birch et Thabane, 2012).

Infirmières praticiennes œuvrant en soins à domicile

Le rôle d'infirmière praticienne (IP) est relativement nouveau en soins infirmiers à domicile. Les IP sont des infirmières autorisées qui ont la formation et l'expérience supplémentaires nécessaires pour demander et interpréter des tests diagnostiques, prescrire des médicaments, des appareils médicaux et des thérapies et pratiquer des interventions (ICIS, 2010). Les IP sont actuellement autorisées dans l'ensemble des provinces et des territoires, sauf au Yukon (ICIS, 2010), mais le gouvernement du Yukon a approuvé, en 2009, l'inclusion des IP dans la *Loi sur la profession d'infirmière autorisée et d'infirmier autorisé du Yukon* et après avoir collaboré de près avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés du Yukon pour rédiger le règlement sur les IP, il a déposé récemment (octobre 2012) une mesure législative visant à inclure les IP au nombre des prestataires de soins de santé du territoire (Santé et Services sociaux du Yukon, 2012).

En 2010, parmi les 486 IP actives au Canada, sept œuvraient en soins à domicile et 199, en santé communautaire (ICIS, 2010). En Alberta, les IP agissent comme consultantes en effectuant des examens à domicile et en dirigeant les soins (Tung, Kaufmann et Tanner, 2012), mais celles de l'Ontario fournissent (lorsque l'accès à un médecin de famille est limité) des services de soins palliatifs à domicile et des conseils sur les enjeux liés à la gestion des soins. Récemment, on a identifié en Ontario 38 IP qui œuvrent dans le secteur des soins à domicile (centres d'accès aux soins communautaires) (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2012). En raison de leur rôle limité, on a peu écrit sur les IP en soins à domicile et sur les

avantages qu'elles offrent. Neal (2004) a néanmoins signalé que les infirmières autorisées et d'autres professionnels des soins à domicile accordent de la valeur au rôle des IP. Neal affirme en outre que les IP pourraient réduire la fragmentation des soins chez les clients qui ont reçu leur congé d'établissements de soins actifs de telle façon qu'avec l'aide des IP, ces clients pourraient retourner directement chez eux plutôt que dans des établissements de soins de longue durée. Les répondants au sondage étaient d'accord pour indiquer qu'une meilleure utilisation des IP pourrait améliorer l'accès aux soins primaires pour les clients confinés à domicile (ce qui étend le rayonnement des médecins de famille), qu'ils pourraient faire fonction d'experts dans des domaines cliniques précis et appuyer les infirmières autorisées dans la collectivité.

Infirmières praticiennes en soins à domicile et résultats

Comme l'utilisation des IP en soins à domicile est limitée, la plupart des études portant sur leur effet sont basées sur des données anecdotiques et subjectives tirées d'études descriptives. Dans une étude, toutefois, 36 IP de Boston ont déclaré avoir amélioré la qualité de vie des clients et évité des erreurs dans l'administration de médicaments, des chutes, des visites à l'urgence, des hospitalisations et des décès (Dick et Frazier, 2006). On a en outre laissé entendre qu'il est possible d'établir un lien entre les soins primaires à domicile fournis par les IP aux États-Unis et des améliorations de la prise en charge des maladies chroniques, de la prévention des maladies et des blessures, ainsi que de la qualité de vie (Auer et Nirenberg, 2008). Les IP peuvent aussi réduire le nombre des hospitalisations, l'épuisement chez les aidants naturels en éliminant le transport de clients au cabinet du médecin (Auer et Nirenberg, 2008), et les visites à l'urgence (Counsell et coll., 2007).

Une étude pilote d'envergure modeste (Tung et coll., 2012) réalisée au Canada a aussi porté sur l'effet des IP en soins à domicile sur les visites à l'urgence dans le cas des clients âgés confinés à domicile. Les auteurs ont comparé les visites à l'urgence chez les bénéficiaires des soins à domicile suivis par des IP à celles des clients qui recevaient des soins habituels et n'étaient pas suivis par des IP. Le nombre de visites à l'urgence a diminué chez les membres du groupe d'intervention et l'on n'a constaté aucune différence importante parmi les taux de mortalité entre les deux groupes. La recherche en cours vise à déterminer d'autres effets du système sur les soins primaires et les admissions en soins de longue durée.

Infirmières en soins à domicile?

Il est difficile de déterminer s'il y a suffisamment d'infirmières en soins à domicile au Canada. Beaucoup estiment qu'il est possible de mieux utiliser les aptitudes de tous les fournisseurs et d'améliorer les soins interprofessionnels en équipe (AIC, 2012a). Pourtant, comme l'ont indiqué plusieurs participants aux entrevues, si les infirmières n'occupent pas leur plein champ d'exercice, les projections (basées sur l'utilisation courante) sont trompeuses. De la même façon que la profession infirmière continue d'essayer de déterminer et de faire connaître les avantages qu'elle offre au système de soins de santé, le rôle des infirmières en soins à domicile (les principaux fournisseurs professionnels de soins à domicile) est sous-utilisé aussi parce qu'il n'est souvent pas reconnu (Doran et coll., 2012).

FACTEURS FACILITANT LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN SOINS À DOMICILE

Afin de répondre plus efficacement aux besoins de notre population vieillissante et de bénéficier des soins prodigués par les infirmières en soins à domicile et de leur contribution, il importe de comprendre les facteurs habilitants et les obstacles courants qui jouent sur l'occupation de leur plein champ d'exercice .

Une étude nationale sur les infirmières en soins communautaires (Underwood et coll., 2010) a révélé quatre facteurs qui facilitent la pratique des soins infirmiers : la confiance professionnelle, des milieux de travail favorables, des collectivités favorables et de bonnes relations dans les équipes. Il est possible d'harmoniser davantage ces facteurs, conjugués à plusieurs thèmes supplémentaires définis par les participants aux entrevues, avec les cinq facteurs habilitants clés suivants :

1. Maîtrise des soins infirmiers (formation, confiance professionnelle)
2. Respect interprofessionnel (relations à l'intérieur des équipes, collectivités favorables)
3. Leadership (milieux de travail favorables, politique et financement)
4. Buts harmonisés du système de santé (accroître les soins offerts plus près du domicile)
5. Technologie (soutien aux cliniciens et aux clients)

Maîtrise des soins infirmiers

Il importe certes que les infirmières aient suffisamment de temps pour effectuer les activités qui s'imposent afin de répondre aux besoins des clients (Institute of Medicine, 2003), mais la qualité des soins infirmiers est liée de près à la maîtrise de la profession qui découle de la formation, du savoir acquis par la suite, des compétences spécialisées et de l'expérience que les infirmières apportent à leur rôle. C'est certainement vrai en soins infirmiers à domicile, où la connaissance de base des soins infirmiers est conjuguée au mentorat et à l'expérience au travail et, dans certaines organisations, à l'accès à la formation continue pour maintenir les compétences et la confiance dans les rôles et responsabilités de la profession (Underwood et coll., 2010). On établit souvent un lien entre la maîtrise et ce que certains considèrent comme la force et la confiance particulières des infirmières en soins à domicile (Underwood et coll., 2010). Des participants aux entrevues ont laissé entendre que la plupart des infirmières en soins communautaires ont suffisamment confiance en elles pour pratiquer en autonomie, faire part des décisions aux gestionnaires et promouvoir le changement.

Respect interprofessionnel

La plupart des infirmières en soins communautaires (y compris les infirmières en soins à domicile) croient que leur formation les prépare à travailler avec d'autres fournisseurs (Change Foundation, 2011), ce qui les aide à occuper le champ complet d'exercice de leur profession, même si certaines infirmières sont d'avis que souvent, elles n'ont pas de lien solide avec les médecins (Underwood et coll., 2010). En règle générale, les infirmières attachent de la valeur au travail d'équipe, se sentent respectées et veulent participer activement à la prise des décisions (Doran et coll., 2012).

Lorsque les infirmières en soins à domicile font partie intégrante d'une équipe, elles sont appréciées pour leurs compétences spécialisées en évaluation infirmière holistique, ce qui inclut les aspects physiques, sociaux, affectifs et culturels des soins. Ce cadre holistique aide à comprendre les déterminants sociaux de la santé et facilite la contribution des infirmières à la santé de la population, ce qui aboutit à de meilleurs soins et à une promotion de la santé plus fréquente chez les personnes qui ont une maladie ou vivent une crise ou une transition de la vie (Besner, 2004).

Dans plusieurs administrations du Canada, les infirmières en soins à domicile établissent des partenariats avec des médecins de famille pour mieux coordonner et intégrer les soins. Le projet de partenariat national de l'ACSSD (2006) a montré que les soins à domicile contribuent à la prise en charge efficace des maladies chroniques grâce à des interventions en soins secondaires et primaires. Comme le projet a pu démontrer une amélioration des résultats cliniques, une plus grande satisfaction chez les clients et les fournisseurs et une réduction de l'utilisation induite du système, le modèle de partenariat a été reproduit dans plusieurs collectivités d'un bout à l'autre du pays.

L'arrivée des infirmières en soins à domicile dans les urgences a aussi amélioré la collaboration, la sensibilisation et le respect dans tous les secteurs des soins de santé, l'utilisation des ressources et, ce qui est plus important, les soins pour les clients (ACSSD, 2007). Des participants aux entrevues et des répondants au sondage, par exemple, ont parlé de programmes de gestion des médicaments comportant une collaboration entre un pharmacien communautaire, un médecin de famille et une infirmière en santé à domicile qui a aidé à rapprocher les médicaments du client et à éviter la confusion et des erreurs.

Exemple : À Vancouver, une équipe d'intervention rapide veille à ce que les infirmières en soins à domicile voient les clients rapidement avant qu'ils aient recours aux services de soins à domicile réguliers.

Au Québec, le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA) utilise un modèle intégré de prestation de services pour aider à déterminer, coordonner, maintenir et évaluer l'éventail complet des services de soins à domicile fournis par des médecins, des fournisseurs de services publics et des organismes bénévoles. Les résultats relatifs à l'efficacité de ces modèles ont montré une baisse de l'incidence du déclin fonctionnel, un allègement du fardeau pour les aidants naturels et une diminution du pourcentage des personnes âgées qui souhaitent aller vivre dans un établissement de soins de longue durée. (ACSSD, 2012).

Leadership

Plusieurs participants aux entrevues ont déclaré que la présence de chefs de file des soins infirmiers — à la fois dans les organismes locaux de prestation et aux échelons provincial et national — constitue un facteur habilitant important pour les soins infirmiers à domicile et l'occupation du champ complet d'exercice de la profession. Les chefs de file ont les connaissances théoriques et pratiques des soins infirmiers à domicile et peuvent travailler avec des organisations externes pour établir des partenariats et apprécier les compétences spécialisées et générales des infirmières. La plupart des participants aux entrevues ont mentionné l'importance du leadership soutenu à l'échelon national qu'exercent des organismes comme l'AIIC et l'ACIISC, afin que l'on continue de promouvoir la certification et la reconnaissance d'une

spécialité en soins infirmiers à domicile. Les participants jugent aussi important que des infirmières dirigeantes clés et d'autres chefs de file des organisations veillent activement à ce que les infirmières en santé à domicile de leur organisation aient les connaissances, les compétences et l'appui dont elles ont besoin et à ce que des entités externes, comme les ordres et les universités, puissent aider efficacement les étudiantes et les nouvelles diplômées à s'intégrer dans le contexte de la pratique.

Systeme de santé harmonisé

Un autre facteur qui aide les infirmières en soins à domicile à occuper le plein champ d'exercice de leur profession réside dans l'harmonisation de leur philosophie, de leur formation et de leur travail actuel avec les objectifs généraux du système de santé. La formation en soins infirmiers porte avant tout sur la santé et le bien-être et le système de santé d'aujourd'hui vise à améliorer la santé et le bien-être de la population. Les infirmières pourraient alors être tenues d'aider des personnes et des collectivités à accepter une plus grande responsabilité à l'égard de leur santé dans le contexte d'équipes interprofessionnelles bien coordonnées et appropriées dont le travail serait harmonisé avec d'autres secteurs sociaux et économiques (Besner, 2004). Ces mesures feraient en sorte que les bons soins seraient prodigués aux bonnes personnes, par le fournisseur le plus apte, dans le contexte approprié et à l'aide de la technologie la plus convenable et la plus rentable (Alberta Association of Registered Nurses, 1992; Besner, 2004). Or, comme Besner (2004) le signale, « la santé pour tous » n'est pas toujours un concept que les infirmières du Canada acceptent. Si nous voulons réformer les soins de santé et la pratique des soins infirmiers, il faut donc recentrer les efforts sur la pratique. Les infirmières ont les compétences et les connaissances nécessaires, ce qu'il faut c'est une structure permettant d'en promouvoir l'opérationnalisation.

Plusieurs régions du pays ont déjà entrepris un virage pour appuyer une meilleure harmonisation entre les systèmes de santé et permettre de délaissier les soins infirmiers basés sur les tâches pour faire place à des soins fournis par des équipes interprofessionnelles. Dans la région Fraser Health de la Colombie-Britannique, par exemple, des initiatives en cours visent à améliorer le champ d'exercice des infirmières autorisées, notamment en intégrant la gestion des cas dans la pratique des soins infirmiers et en utilisant une approche des soins axée davantage sur la population. Le programme BreatheWELL at Home (Burnett, Fraser et Park, 2012), par exemple, vise avant tout à apprendre aux clients à gérer eux-mêmes leur maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), ce qui inclut le traitement des flambées de la maladie. On fournit à domicile la technologie nécessaire pour appuyer l'enseignement tandis que des infirmières en soins à domicile collaborent avec les clients pour établir des plans d'intervention d'urgence (en cas de flambée), qui peuvent inclure des antibiotiques et des stéroïdes que le client peut s'administrer lui-même. Les infirmières participent par leurs interventions d'appui continu, de suivi et de renforcement au besoin.

L'initiative sur le remboursement basé sur les résultats (RBR) de l'Ontario est un autre exemple d'harmonisation des buts. Les participants aux entrevues ont affirmé que le RBR pourrait déplacer la convergence sur « le remplacement des pansements » pour faire place à une évaluation complète et à la planification des soins qui produiraient des résultats définis et partagés pour le client. Ainsi, l'infirmière en soins à domicile devrait rendre compte de l'application des pratiques exemplaires auprès de groupes de clients en particulier, comme ceux qui ont des ulcères du pied d'origine diabétique et déterminer la stratégie de soins à suivre pour produire des résultats cliniques selon des points de repère établis.

Les autres niveaux de soins (ANS) sont une mesure qui décrit l'utilisation d'un lit d'hôpital par une personne qui n'a pas besoin de l'intensité des ressources ou des services qui existent dans ce contexte de soins. Le taux d'ANS s'entend habituellement des personnes en soins actifs, mais il peut toutefois servir à mesurer d'autres groupes et contextes de soins comme les soins palliatifs ou les soins chroniques. En 2009, les clients en ANS représentaient 5 % des hospitalisations et 14 % des séjours à l'hôpital dans les établissements de soins actifs (ICIS, 2011).

Dans d'autres régions du pays, les efforts déployés pour réduire le nombre de personnes affectées à des lits en mode ANS et pour renvoyer les personnes chez elles sont à l'origine d'initiatives comme Vieillir chez soi (Ontario), Home is Best (Colombie-Britannique) et Home Again (Nouvelle-Écosse). Dans ces modèles, les membres de l'équipe de soins de santé travaillent en collaboration pour permettre à la personne de retourner chez elle en toute sécurité et rapidement. On encourage l'autonomie des infirmières et leur flexibilité afin de fournir une gamme de compétences infirmières et de services au bon moment et pour que les infirmières puissent aider les clients et leur famille à explorer des possibilités de soins et à établir leur plan de soins.

Technologie

Plusieurs participants aux entrevues considèrent la technologie comme un facteur habilitant des soins infirmiers à domicile. Les infirmières de certains secteurs utilisent actuellement la technologie comme les téléphones intelligents et les tablettes pour accroître la communication en temps réel et l'accès à l'information par téléphone, courriel et messagerie texte. D'autres ont aussi mentionné utiliser la photographie numérique pour obtenir des consultations sur le traitement de plaies.

Exemple : La Capital Health Region en Alberta a démontré l'efficacité de la technologie pour optimiser le savoir-faire en stomathérapie (Semotiuk, 2005), en utilisant un programme Web pour étendre les services de deux infirmières en stomathérapie œuvrant en soins à domicile.

Les participants aux entrevues ont indiqué qu'il existe des technologies prometteuses afin d'appuyer le soin de personnes qui vivent avec le diabète, une insuffisance cardiaque et la MPOC. Cette pratique pourrait servir de modèle à l'expansion du champ d'exercice des soins infirmiers. Ils ont aussi suggéré d'utiliser d'autres initiatives axées sur la technologie qui pourraient appuyer les soins infirmiers à domicile. Par exemple, le programme eShift du Centre d'accès aux soins communautaires South West en Ontario, qui utilise la technologie pour établir le contact entre une préposée aux services de soutien à la personne à domicile et une infirmière autorisée grâce à un téléphone intelligent branché à Internet. Cette technologie permet à une infirmière autorisée spécialisée en pédiatrie de surveiller, d'encadrer et de gérer les soins à quatre endroits simultanément (Réseau local d'intégration des services de santé South West, 2012). Au Manitoba aussi, la technologie fournit à l'équipe de soins de santé des avertissements sur les soins urgents grâce au programme amélioré de salle virtuelle de soins communautaires à domicile.

OBSTACLES À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN SOINS À DOMICILE

Les répondants au sondage ont accepté la définition des soins infirmiers à domicile, mais 50 % seulement croient que la profession infirmière occupe actuellement son plein champ d'exercice. Les infirmières auxiliaires autorisées occuperaient le plus souvent leur plein champ d'exercice et seraient le mieux préparées à fournir des soins dans leur collectivité. Les répondants avaient des avis partagés quant à la mesure dans laquelle les infirmières autorisées optimisent leur pratique : certains croient que la capacité de le faire constitue un facteur clé qui attire les infirmières dans le secteur, tandis que d'autres craignent que les soins infirmiers à domicile ne soient maintenant répartis selon les tâches. Aucun des répondants n'a pu formuler de commentaires sur la situation dans la pratique des infirmières praticiennes. Les obstacles qui empêchent certaines infirmières en soins à domicile d'occuper le plein champ d'exercice de leur profession sont décrits du point de vue de la personne (client et infirmière), de l'organisation (employeur, association et établissement d'enseignement) et du système.

Personnes

Changement de la population des clients

On reconnaît en général que le virage des traitements épisodiques et réactifs vers les soins soutenus et proactifs est mené par une population vieillissante qui en bénéficierait énormément si les infirmières en soins à domicile occupaient le plein champ d'exercice de leur profession. Les clients des services de soins à domicile d'aujourd'hui présentent toutefois des cas beaucoup plus complexes qu'ils ne l'étaient jadis. Ils reçoivent leur congé plus rapidement alors qu'ils ont des problèmes plus aigus, les soins leur sont maintenant prodigués dans un contexte où il y a peu d'appui familial, des obstacles linguistiques, des différences culturelles et de faibles connaissances de la santé chez les clients.

La plupart des infirmières ont des connaissances et des compétences générales, ce qui alourdit encore davantage ces complexités. Il se peut qu'actuellement les infirmières n'aient pas les connaissances spécialisées nécessaires pour servir tous les groupes même si leurs décisions sur la possibilité de répondre aux besoins des clients s'appuient sur les normes et les cadres des ordres professionnels. Comme les besoins de la population changent, plusieurs participants aux entrevues ont signalé des incohérences dans les soins infirmiers que peut compliquer encore davantage le fait que de multiples fournisseurs de soins rendent visite au même client.

Population infirmière changeante

Beaucoup de participants aux entrevues ont parlé d'une rupture perçue par les infirmières entre les soins, la qualité et la responsabilité. Cette rupture a fait son apparition pour de nombreuses raisons : par exemple, on soumet les infirmières à une pratique axée sur les tâches (afin d'essayer de servir plus de clients) sans disposer de ressources suffisantes pour répondre à la demande. En fait, des répondants ont reconnu une telle lacune comme un risque inhérent à l'expansion des programmes. De plus, il y a un manque d'infrastructures qui pourraient fournir aux infirmières les données, la rétroaction ou d'autres moyens de connaître les résultats des soins qu'elles dispensent et leur degré de responsabilité sur le plan de

l'amélioration. D'autres théories portant sur cette rupture varient des changements d'attitude entre les générations et du manque omniprésent de financement en soins à domicile pour la formation, à l'encadrement par les pairs, à l'équipement et la technologie jusqu'aux modèles qui séparent la planification des soins de l'exécution de tâches.

Organisation

Milieus de travail sains

Il semble que les infirmières en soins à domicile apprécient les mêmes qualités d'un milieu de travail favorable que les infirmières de chevet (Flynn, 2007; Flynn et Deatrck, 2003). Des auteurs laissent entendre que des milieux de travail sains sont aussi nécessaires en contextes de soins à domicile que dans les milieux hospitaliers ou institutionnels pour promouvoir la pratique professionnelle, les résultats des soins infirmiers et la réduction du nombre d'événements indésirables (Flynn, 2007; Laschinger, Almost et Tuer-Hodes, 2003; O'Brien-Pallas et coll., 2004; Tigert et Laschinger, 2004). Un modèle conceptuel d'organisation infirmière et de résultats (Aiken et coll., 2002) définit l'appui accordé par l'organisation à la pratique des soins infirmiers comme une série de qualités de base (modifiables par des décisions de la direction) dans un milieu de travail favorable qui inclut a) des ressources suffisantes, b) l'autonomie de l'infirmière, c) le contrôle du milieu de travail par les infirmières et d) de bonnes relations entre infirmières et médecins.

Le défi que posent les soins infirmiers à domicile, et pour plusieurs l'agrément qui en découle, réside dans les milieux de travail multiples et variés qui reflètent l'éventail complet des contextes sociaux, géographiques et socioéconomiques. En travaillant dans des environnements contrôlés par le client qui ne sont pas nécessairement conçus pour la prestation de soins de santé, les infirmières en soins à domicile ne peuvent jamais être certaines de ce qu'elles verront. C'est pourquoi elles doivent être plus à l'affût et diligentes lorsqu'il s'agit d'évaluer leur santé et leur sécurité que dans un contexte de soins en établissement. Les risques associés à la conduite automobile, l'isolement et le manque de matériel et de fournitures constituent d'autres problèmes de sécurité.

Outre les milieux de travail favorables, la plupart des infirmières en soins communautaires aimeraient avoir de l'information sur les politiques et la pratique et un plus grand nombre d'occasions d'apprendre (Underwood et coll., 2009), même si la formation devrait être personnalisée en fonction de leurs besoins particuliers et accessible dans le contexte communautaire. Sans ces critères, les infirmières en soins communautaires de certaines régions se désintéressent des activités d'apprentissage, ce qui est compréhensible.

Les groupes de discussion chargés d'étudier cette question ont constaté que les infirmières en soins communautaires pensent souvent que les sujets ne sont pas pertinents à leur contexte de travail et qu'elles sont exclues du processus de définition des besoins en apprentissage. Là où on leur a offert des événements d'apprentissage distincts, elles se sont senties séparées du reste de l'équipe de soins de santé primaires (Cunningham et Kelly, 2008). Par ailleurs, des répondants ont parlé de l'efficacité de l'accès aux guides cliniques et aux ressources à l'aide d'outils technologiques tels les téléphones ou les tablettes. L'arrivée des infirmières en pratique avancée dans certaines provinces ou territoires a joué un rôle déterminant dans l'élaboration de programmes, la pertinence de la formation, l'accès à la recherche pour appuyer la prestation des soins par les infirmières dans la collectivité.

Formation et pratique

L'écart entre la formation des infirmières et le milieu de travail actuel constitue un obstacle mentionné par plusieurs participants à l'entrevue. Les infirmières reçoivent de la formation en promotion de la santé, prévention des maladies, évaluation et prise en charge des problèmes de santé, mais une fois qu'elles entrent dans le système de santé, ce savoir est rarement opérationnalisé ou utilisé de la façon prévue. Dans la plupart des contextes de soins de santé à domicile, la pratique repose sur le modèle médical (axé sur la maladie, la gestion des symptômes et l'exécution d'interventions prescrites), qui fait en sorte que le rôle de l'infirmière est d'accomplir des tâches et lui permet rarement d'occuper le plein champ d'exercice de sa profession. En outre, il en découle (1) une mauvaise utilisation de leurs connaissances et de leurs compétences (2) un développement professionnel limité (3) des soins inadéquats au client et (4) de la frustration et de l'insatisfaction pour les infirmières.

À cause de cette sous-utilisation, les infirmières elles-mêmes ne comprennent pas vraiment l'étendue du champ d'exercice de leur profession, ni les différences entre le rôle des infirmières autorisées et celui des infirmières auxiliaires autorisées. Auparavant, les infirmières autorisées avaient une formation au niveau collégial ou un diplôme. Aujourd'hui, les infirmières auxiliaires autorisées reçoivent une formation semblable et même si les infirmières autorisées ont maintenant une formation universitaire, le milieu de travail n'a jamais déterminé comment utiliser à fond leur nouveau savoir. C'est pourquoi il y a chevauchement entre ces deux rôles et il existe un malentendu à leur sujet.

Au cours d'une étude récente (Doran et coll., 2012), des entrevues menées auprès de chefs de file et de décideurs de haut niveau d'organisations de soins à domicile ont révélé tout un éventail de critères régissant la préparation des visites effectuées par les infirmières autorisées ou les infirmières auxiliaires autorisées. Même si les critères reposent principalement sur le jumelage entre le niveau de compétence d'une infirmière et les caractéristiques du client et la complexité de son cas, il semble y avoir un peu de discrétion et de variation quant aux facteurs qui ont le plus d'importance dans les décisions sur la répartition.

Éducation continue pour répondre aux besoins complexes

La plupart des infirmières reçoivent aujourd'hui une formation de généraliste, préparation qui suffisait auparavant pour répondre aux besoins des clients de la collectivité. Comme on l'a dit, toutefois, les besoins en soins à domicile évoluent, car beaucoup de clients ont maintenant besoin de soins plus avancés. Comme le service dure moins longtemps, il est difficile pour les infirmières de connaître à fond les problèmes de santé et les problèmes sociaux de base des clients, ainsi que de les informer et de les préparer à recevoir leur congé. Un grand nombre de participants aux entrevues ont déclaré que plusieurs infirmières en soins à domicile n'ont pas les connaissances spécialisées en gestion des maladies chroniques nécessaires pour aider les clients à prendre leurs soins en charge et à participer à des activités de prévention. Ils ont laissé entendre que les infirmières en soins à domicile ont besoin d'un ensemble différent de connaissances, y compris des modèles d'enseignement axés sur les clients, des approches normalisées et des trousseaux d'outils pour faciliter la modification des comportements.

La complexité des besoins des clients change, mais le savoir clinique, les médicaments, les appareils médicaux et les technologies ont aussi évolué rapidement. Cette expansion a aussi des répercussions sur les infirmières en soins à domicile et leur employeur, puisqu'elle exige davantage de temps de la part des

infirmières et peut les empêcher de s'acquitter adéquatement de certaines de leurs responsabilités principales (Institute of Medicine, 2003; Besner, 2004).

Nouvelles diplômées

Plusieurs participants aux entrevues ont mentionné le manque d'engagement chez les nouvelles diplômées. Plusieurs ont déclaré qu'en général, les nouvelles diplômées quittent la profession à un taux alarmant à cause d'un déséquilibre travail-vie, de milieux de travail malsains et de l'approche médicale des soins.

Les soins à domicile constituent un environnement difficile pour les nouvelles diplômées parce que les étudiantes infirmières ne sont pas exposées aux soins à domicile au cours de leur formation (et ne considèrent donc pas ce secteur d'activité comme un choix de carrière). Peu de programmes en soins infirmiers comportent un volet en soins communautaires et ceux qui en offrent un sont souvent axés sur les soins infirmiers en santé publique plutôt qu'en soins à domicile. Les programmes de soins à domicile d'un bout à l'autre du Canada acceptent des étudiantes infirmières en stages cliniques et recrutent de nouvelles diplômées, mais on ne peut sous-estimer le besoin d'expérience clinique et de solides programmes de mentorat.

Systeme

Un grand nombre de répondants au sondage et de participants aux entrevues ont laissé entendre que les obstacles à l'optimisation de la pratique des soins infirmiers à domicile découlent de nombreux enjeux systémiques comme (1) le financement la responsabilité et la pratique « en vase clos » (2) le manque de coordination et de gestion aux points de transition des soins (3) les investissements insuffisants et lents dans les technologies de documentation, de communication et de télésurveillance (4) les ressources de recherche limitées (5) l'appui à la collaboration interprofessionnelle.

Modèles de financement

La plupart des participants aux entrevues considèrent le modèle médical de soins comme un grand obstacle au système de santé actuel. Comme le modèle médical favorise une approche fonctionnelle plutôt qu'holistique des soins de santé, le modèle de financement qui en découle offre peu d'incitations ou d'aide à l'évaluation et à la gestion de facteurs psychosociaux. Même si les modèles de financement des soins à domicile varient d'un bout à l'autre du Canada, en général, les pressions qui s'exercent pour limiter les coûts réduisent le champ d'exercice des infirmières et entraînent une sous-évaluation des soins infirmiers (Besner, 2004). C'est pourquoi les infirmières en santé à domicile « ne peuvent aborder de façon uniforme la promotion de la santé, l'enseignement et le conseil, sans oublier la demande, la gestion et l'évaluation des ressources » (CHNAC, 2008, P. 8).

Comme les modèles courants de financement reposent tellement sur le confinement des coûts et les résultats, les organismes de soins de santé hésitent à accepter de modifier la pratique ou à utiliser des modèles plus innovateurs. Des participants aux entrevues étaient d'avis qu'il faudrait parler de niveaux plutôt que de modèles de financement puisque ce sont les montants d'argent plutôt que les modèles mêmes qui sont à blâmer. Quelle que soit la cause profonde des restrictions imposées aux soins, la réalité, c'est que les prestataires de soins de santé font face à des pressions de plus en plus lourdes qui les

poussent à faire plus avec moins et à se centrer simplement sur les tâches à exécuter. La plupart des participants sont d'avis qu'une recherche excessive de rentabilité est à l'origine d'une dichotomie entre ce dont notre population vieillissante a besoin et ce que les infirmières et les organismes de soins à domicile peuvent fournir.

La plupart étaient d'avis que même s'il est difficile d'utiliser les fonds correctement à cause des modèles de financement actuels, peu importe la structure qu'il pourrait avoir, un nouveau modèle devrait appuyer la pratique en collaboration et l'approche interprofessionnelle et non reposer sur la rémunération à l'acte. Il a été démontré que le système de rémunération à l'acte est inefficace quant aux soins des clients, car il renforce la convergence sur la maladie et fragmente les soins. De plus, cette approche est particulièrement difficile pour les adultes âgés qui ont de la difficulté à concilier de l'information provenant de multiples fournisseurs et portant sur de multiples problèmes toute en prenant divers médicaments et suivent plus d'un traitement.

Un participant aux entrevues a déclaré que lorsque les principaux dirigeants d'une organisation cherchent principalement à « éteindre des feux » et se préoccupent avant tout du « bilan », ils essaient souvent de régler des problèmes en recrutant des travailleurs non réglementés plutôt que des infirmières qui occupent le plein champ d'exercice de leur profession. Pour promouvoir le champ d'exercice des infirmières, il faut un cadre de référence et un modèle de soins différents et il semble qu'un grand nombre de chefs de file n'ont pas la perspicacité et le courage nécessaires pour apporter des changements majeurs au système actuel.

Manque de ressources

Les pressions financières qui s'alourdissent d'un bout à l'autre du Canada poussent le secteur des soins à domicile à faire plus avec moins. Il en découle un manque possible de ressources humaines, de fournitures, d'équipement et de ressources communautaires auxquels les infirmières peuvent recourir pour leurs clients. Dans un rapport récent sur l'établissement et le maintien d'un effectif en soins à domicile et en soins communautaires (Doran et coll., 2012), les auteurs laissent entendre que nous avons besoin de stratégies efficaces pour répondre à la pénurie prévue d'effectifs infirmiers, particulièrement en soins à domicile, où la demande devrait augmenter et où les disparités quant à l'offre sont les plus marquées. Afin de promouvoir un effectif infirmier stable en soins à domicile, nous devons tenir compte des besoins des infirmières à différents stades de leur carrière. Même si des organismes de soins à domicile ont modifié récemment leurs critères d'embauche pour permettre à de nouvelles diplômées de travailler dans ce domaine, il faudrait renforcer les stages étudiants, l'orientation, le mentorat/préceptorat, l'acquisition du savoir et le cheminement de carrière afin d'appuyer le recrutement et la fidélisation d'infirmières en soins à domicile.

En outre, comme le nombre d'infirmières de plus de 50 ans augmente, il est essentiel de comprendre comment agir sur la fidélisation dans le secteur des soins à domicile lorsque les intéressées sont en fin de carrière. Nous avons accordé moins d'attention à la fidélisation qu'au recrutement de ces infirmières, et encore moins dans le cas des infirmières plus âgées (Storey, Cheater, Ford et Leese, 2009.) Il est clair qu'il est essentiel d'établir une distinction entre différents stades de la carrière dans l'élaboration et l'application de stratégies de recrutement et de fidélisation. Comme leurs autres collègues, les infirmières en soins à domicile recherchent un bon salaire, de bons avantages sociaux et la sécurité

d'emploi. Or, si l'on se fonde sur l'histoire des soins infirmiers en santé à domicile et sur les modèles de financement dans certaines provinces, elles ne les trouvent pas toujours. Il s'ensuit que des infirmières quittent le secteur lorsqu'elles trouvent des conditions plus stables.

La plupart des participants aux entrevues ont parlé du besoin d'un dossier de santé électronique qui permettrait de partager davantage d'information et de réduire le double emploi, mais croyaient que ce serait possible seulement après une injection de fonds. Plusieurs ont aussi reconnu qu'il fallait collaborer davantage avec des organismes de technologie clés comme Inforoute Santé du Canada.

Manque de communication

La communication opportune et efficace constitue un défi particulier en soins à domicile, car l'infirmière est toujours en mouvement. Comme le téléphone cellulaire et les assistants numériques personnels (ANP) ne sont pas omniprésents en soins à domicile, les infirmières ont de la difficulté à avoir accès à du soutien clinique, à communiquer avec les membres de l'équipe et à coordonner les fournitures et l'équipement nécessaires. Les tablettes, le courrier électronique et la messagerie texte sont au nombre des technologies à l'essai, mais des participants aux entrevues ont signalé que le secteur des soins à domicile a du retard dans ce domaine, ce qui contribue à l'inefficacité, à une collaboration interprofessionnelle médiocre et au double emploi des services et des rôles. Des participants aux entrevues ont aussi signalé l'incapacité d'établir un lien entre les dossiers électroniques des soins à domicile et d'autres données du système de santé. Ce manque de coordination joue contre la possibilité de fournir aux infirmières les informations dont elles ont besoin et compromet leur capacité de synchroniser leurs efforts avec ceux d'autres intervenants. La communication médiocre entre les fournisseurs qui œuvrent dans le système public et ceux qui travaillent à forfait pour des agences privées constitue un problème connexe.

Dans un récent sondage mené en 2011 par la Change Foundation (CF), même si des répondants ont déclaré que leur formation les avait bien préparés à collaborer avec d'autres fournisseurs de soins, presque le quart d'entre eux ont signalé qu'ils ne sentaient pas qu'ils faisaient partie d'une équipe. Ils ont mentionné notamment comme raisons le manque de temps pour communiquer avec les collègues, la non-rémunération du temps nécessaire (c.-à-d. le fait de ne pas être payé pour les réunions d'équipe) et le fait de travailler en grande partie dans l'isolement (contexte où l'on ne s'attend pas à ce qu'ils communiquent avec d'autres intervenants ni qu'ils coordonnent leurs efforts) (CF, 2011; Besner, 2004). Le manque de communication peut aussi être la cause de l'insatisfaction au travail chez les professionnels de la santé communautaire réglementés. (CF, 2011) Des participants au sondage ont signalé que l'accès à l'information de qualité et l'échange d'information entre fournisseurs jouent un rôle pivot dans la prestation des soins. Or, un grand nombre de professionnels de la santé réglementés n'étaient pas satisfaits de l'information qu'on leur avait communiquée pour leur première visite chez les clients. Plus précisément, ils ont parlé (1) de l'insuffisance de l'information sur les antécédents médicaux du client (2) de la difficulté à obtenir de l'information des médecins de famille (3) de la difficulté à avoir accès au sommaire de congé d'hôpital (4) des préoccupations au sujet de l'utilité et de l'exploitabilité des systèmes d'information sur les clients (5) de l'obligation de compter sur le client pour transmettre de l'information à d'autres fournisseurs (CF, 2011).

Il faut ajouter à ce manque d'information l'obligation de communiquer avec d'autres fournisseurs de services de santé ou de services sociaux pour obtenir de l'information sur les clients et sur les résultats

de tests diagnostics, ce que presque le tiers des professionnels réglementés de la santé déclaraient devoir faire. Les répondants ont aussi indiqué par un pourcentage important qu'ils ne savent pas quand d'autres prestataires de soins de santé interviennent dans le soin d'un client, qu'ils n'ont aucun accès aux plans de traitement des autres fournisseurs, qu'ils doivent compter sur les clients pour les tenir au courant des soins dispensés par d'autres fournisseurs, ou qu'ils ne disposent pas de suffisamment de temps pour revoir les plans de soins à domicile (CF, 2011). Plus de 40 % des infirmières autorisées en soins communautaires n'ont pas suffisamment l'occasion de discuter de questions cliniques ou de programmes et d'échanger avec leurs collègues ou la direction, ce qui complique la situation (Underwood et coll., 2009). Des répondants ont parlé de planification inefficace du congé de l'hôpital et d'attentes irréalistes dans tout le système. Ces problèmes font tellement perdre confiance dans les soins à domicile que les clients retournent à l'hôpital au lieu de recourir au plein champ d'exercice des infirmières en soins à domicile et du reste des membres de l'équipe de soins primaires.

Presque les deux tiers des professionnels de la santé réglementés ont en outre déclaré qu'ils avaient dû demander à leur dernier client de répéter une partie ou la totalité de ses antécédents de santé ou de soins et avaient dû répéter une évaluation ou un examen pour leurs clients (CF, 2011). Le manque de communication au cours de la transition entre les secteurs semble poser un défi particulier. Les transitions sont considérées comme une période où les soins ne sont pas continus et où la coordination et l'intégration des soins sont médiocres. Par exemple, plus du quart des répondants n'ont pas été informés rapidement du transfert d'un client de chez lui à l'hôpital (ou dans un autre établissement de soins), ni des plans de congé d'hôpital d'un client (CF, 2011).

Manque de compréhension du rôle

Nous devons comprendre exactement ce que font les infirmières en soins à domicile si nous voulons garantir que les soins qu'elles dispensent sont appropriés, de la plus grande qualité et capables de maximiser les résultats pour la santé. Une façon clé d'optimiser les soins infirmiers à domicile peut consister à aider les clients, les infirmières, les chefs de file des organismes et d'autres intervenants du système de santé à mieux comprendre leur rôle. Les clients comprennent mal le rôle des fournisseurs de services selon deux études récentes, dont une a porté spécifiquement sur les infirmières en soins communautaires (CF, 2011; Underwood et coll., 2010). Seulement 55 % des infirmières autorisées et 66 % des infirmières auxiliaires autorisées ont reconnu que les clients comprennent le rôle ou font confiance aux infirmières de leur agence et travaillent en partenariat avec elles pour obtenir de bons soins. Cette réponse a été validée par les nombreux participants aux entrevues qui croient que le manque de compréhension du rôle des infirmières en soins à domicile constitue un facteur clé de la sous-utilisation, même si celle-ci aurait pu se produire aussi parce que le rôle peut être mis en application de différentes façons à des endroits différents au Canada.

Exemple : En Saskatchewan, un modèle de soins universels fondé sur la Southcentral Foundation (SCF) de l'Alaska favorise les soins intégrés en mettant l'accent sur les connaissances et les compétences des employés et sur une approche multidisciplinaire. Tout le travail non clinique est confié à des adjoints médicaux, ce qui permet aux infirmières de se centrer sur les besoins en soins de santé et en particulier sur la prise en charge de maladie chronique.

Le rôle des infirmières en soins à domicile inclut une surveillance continue des clients, que nous appelons le plus souvent détermination, surveillance ou évaluation. Cette pratique permet aux infirmières en soins à domicile de repérer les risques possibles d'erreur ou d'événements indésirables et de prévenir les problèmes de santé ou les complications évitables associés à la maladie, au traumatisme ou au traitement (IOM, 2003). Or, les changements de la composition des effectifs entrepris au cours des dernières années pour répondre aux besoins de ces clients (à la suite de la réduction des coûts et de la restructuration) ont contribué à l'ambiguïté du rôle des infirmières autorisées et de celui des infirmières auxiliaires autorisées (Besner, 2004).

DISCUSSION

Le système de santé change. Nous délaissions un système de soins actifs épisodiques qui répond aux besoins en soins de santé d'une population plus jeune pour un autre qui répond aux besoins de personnes en soins chroniques de plus longue durée. Ce virage reflète à la fois la vague de la génération vieillissante du baby-boom et les progrès des soins de santé, qui permettent aux personnes de vivre plus longtemps avec des problèmes qui, croyait-on auparavant, mettaient fin à la vie. Même si elles sont en meilleure santé que les générations précédentes, on peut s'attendre à ce que les problèmes de santé chronique fassent leur apparition chez les personnes âgées à mesure qu'elles vieillissent. Non seulement ces personnes peuvent-elles être prises en charge dans la collectivité, mais la plupart préfèrent demeurer chez elles. Afin d'appuyer cet objectif, les provinces et les territoires offrent tous des programmes de soins à domicile financés par le secteur public.

Les soins à domicile sont rentables et efficaces, mais pour transférer les soins de santé vers le domicile, il faut responsabiliser davantage les clients eux-mêmes et les aidants naturels. Ces derniers fournissent des soins et de l'aide à leur conjoint, leurs enfants, leurs parents, d'autres membres de la famille élargie et des amis qui ont besoin de soutien en raison de leur âge, de la maladie, d'une blessure ou d'une incapacité (Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels, 2008).

Notre société s'attend à ce que les Canadiens se chargent de ce rôle d'aidant. Le nombre croissant de personnes âgées, en particulier d'octogénaires et de nonagénaires (groupe dont le nombre augmente rapidement), soulève toutefois des questions sur la capacité des familles et des aidants à fournir le niveau de soins nécessaires pour garder sans danger cette population à domicile.

Il est crucial de comprendre les besoins et les préférences des bénéficiaires de soins et des aidants naturels lorsqu'on envisage le rôle de l'équipe de soins de santé, plus précisément celui des infirmières en soins à domicile (qui, selon les répondants, sont principalement des infirmières autorisées ou des infirmières auxiliaires autorisées). En règle générale, les intervenants en soins à domicile, y compris les responsables des politiques et d'autres parties intéressées des soins de santé, voient une occasion d'élargir le rôle selon sa valeur, l'efficacité de ses coûts et, ce qui est plus important, son attrait pour les clients qui veulent, par une majorité écrasante, recevoir des soins à domicile.

Cette analyse a visé à découvrir les facteurs habilitants et les obstacles afin d'optimiser le champ d'exercice et améliorer la capacité des infirmières œuvrant en soins à domicile. Les thèmes découverts étaient uniformes d'un bout à l'autre du Canada, émanant d'une connaissance approfondie des soins infirmiers et du système de santé, ainsi que d'une passion pour les soins à domicile, et ont révélé des possibilités évidentes pour les infirmières de faire davantage au point de service. Or, à quelques exceptions près, la plupart des répondants au sondage et des participants aux entrevues étaient d'avis que la sous-utilisation actuelle des soins infirmiers est un symptôme d'un système en vase clos et surchargé qui est trop centré sur les soins actifs. Nous avons entendu à maintes reprises des préoccupations soulevées par l'augmentation des exigences qui coïncide avec une pénurie de ressources (temps, ressources humaines, technologiques et financières). Même si certains professionnels de la santé à domicile « se débrouillent » et sont fiers de leur débrouillardise, le manque d'appui rend leur tâche encore plus difficile. Par exemple, le refus d'utiliser, en soins à domicile, des technologies qui ont prouvé leur efficacité de façon convaincante et amélioré l'accès aux soins, le soutien aux aidants familiaux et les résultats.

Le virage en cours vers une stratégie de soins communautaires a fait mieux connaître les soins à domicile et entraîné des études visant à en évaluer les répercussions et à comprendre des façons possibles d'exploiter cette ressource. L'importance accordée aux tâches en soins infirmiers se fait toujours sentir dans la plupart des disciplines des soins à domicile. Le rendement est encore mesuré en fonction des indicateurs de processus, par exemple : temps consacré, nombre de clients visités, nombre moyen de visites, durée du séjour dans le programme. La valeur du service de soins à domicile attire toutefois une nouvelle attention partout au Canada. Les stratégies visant à démontrer des résultats particuliers à des groupes de clients (identifiés en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, en Ontario et en Nouvelle-Écosse) offrent aux infirmières des possibilités de pratiquer de façon holistique comme membres d'une équipe de soins qui rend des comptes (conformément à la meilleure pratique) et de produire des résultats sur le plan clinique et sur celui de la qualité de vie.

Les soins infirmiers constituent un domaine de pratique spécialisé et les infirmières sont la ressource professionnelle la plus utilisée en soins à domicile. Les infirmières en soins à domicile possèdent un haut niveau de compétence et de solides aptitudes en relations interpersonnelles qui appuient une approche axée sur le client. Les répondants qui ont indiqué que leurs infirmières en soins à domicile occupent le plein champ d'exercice de leur profession considèrent tous l'infirmière (infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées principalement) comme un membre d'une équipe interprofessionnelle qui cherche à atteindre des objectifs liés aux soins. Même si des infirmières utilisent des cadres et des modèles de prise de décision fournis par les organismes de réglementation, il a été suggéré que les organismes de soins de santé opérationnalisent et clarifient le rôle des infirmières afin d'éviter la confusion et d'atténuer les craintes ou les conflits. Un modèle de travail en équipe efficace respectueux et vraiment axé sur les clients respecte la contribution individuelle de chaque membre de l'équipe tout en abordant la prestation des soins selon les « besoins » de l'intervention plutôt que selon la « personne » qui prodiguera des soins.

Là où l'on considère que les infirmières sont axées davantage sur la tâche, il s'est dégagé un consensus sur la nécessité de mieux comprendre le potentiel qu'offrent les soins infirmiers à domicile et l'équipe de soins de santé en général qui occupe le plein champ d'exercice de la profession.

Pour gérer la diversité des clients et la complexité des besoins en soins à domicile, les infirmières ont besoin d'aide des dirigeants et des spécialistes de la pratique avancée, ainsi que de perfectionnement professionnel continu. Elles ont besoin de plus de compétences culturelles et de connaissances techniques dans la prise en charge de maladies chroniques. Il faut aussi accorder plus d'attention aux normes régissant les soins infirmiers à domicile et aux compétences pertinentes pour assurer l'uniformité de la pratique. Cette uniformité pourrait être réalisée par les moyens suivants : (1) certification de l'AIC plus rigoureuse et spécifique aux soins à domicile (2) collecte et analyse de données plus poussées pour éclairer les résultats sensibles aux interventions en soins infirmiers (3) meilleure formation en soins à domicile (pour les infirmières et les autres professionnels) aux niveaux universitaire et collégial et (4) meilleures stratégies pour aider les infirmières à passer à l'effectif du domaine des soins à domicile.

Des répondants de partout au Canada ont parlé positivement de l'importance des IP lorsqu'il s'agit d'appuyer l'accès aux soins primaires pour les clients confinés à domicile et orphelins, et de fournir du soutien clinique aux infirmières en soins à domicile. Or, ils ont parlé moins favorablement de la séparation de la gestion des cas et de la prestation des soins. Même si elle est particulière aux soins à domicile, cette séparation crée une « dissociation » entre les soins, la qualité et la responsabilité.

L'approche basée sur la population met par contre les infirmières au défi d'appliquer leur réflexion critique et d'adopter une approche intégrée des soins.

Même si des recherches indiquent qu'il y a un lien important entre les interventions infirmières et de meilleurs résultats, un grand nombre de participants à l'entrevue ont signalé que le recours à du personnel non réglementé est à la hausse et qu'ils s'inquiètent des répercussions à long terme sur le système et les clients. Tant que nos décisions seront axées sur le coût, ils considèrent que nous perdons l'occasion d'aborder la prestation des soins de santé en nous basant sur les données probantes et le point de vue des clients. Toute décision prise à l'intérieur de ce cadre peut fournir une solution temporaire seulement aux problèmes que vit actuellement notre système de santé.

Dans l'ensemble, il s'agit d'un moment charnière pour les soins infirmiers au Canada. Les soins infirmiers à domicile sont sur le point de changer et l'avenir s'annonce prometteur. Nous avons l'occasion de promouvoir les soins infirmiers, de faire l'essai de nouvelles façons de fournir les soins et de faire participer les clients et les membres de leur famille d'une façon plus significative. Comme profession, nous avons les connaissances et les compétences fondamentales nécessaires pour entreprendre la transformation, mais finalement, ces connaissances ne suffiront pas. Nous avons aussi besoin de la voix des clients à domicile et des membres de leur famille pour qu'ils nous aident à concevoir un système qui établit un lien entre les personnes et les soins de santé et de bien-être qu'elles recherchent et méritent. Nous avons donc une obligation morale et déontologique de mettre à contribution les professionnels de la santé, les formateurs, les chefs de file, les chercheurs et les stratèges afin qu'ils se joignent à nous pour trouver, propager et maintenir les solutions.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La vague de la génération des baby-boomers a un effet sur notre façon de fournir des soins et, par conséquent, sur l'importance des soins à domicile et des soins infirmiers à domicile. Les soins à domicile deviennent de plus en plus présents et importants pour le système de santé. Le contexte des soins à domicile se prête à une approche des soins axés sur les clients qui non seulement place les clients au cœur même des soins, mais les appuie sur tout le continuum de soins plutôt que d'avoir des fournisseurs et des organismes qui travaillent indépendamment les uns des autres. Comme les soins sont les meilleurs là où vit la personne, les partenariats en soins à domicile garantissent des soins plus efficaces.

Comme elles jouent un rôle pivot dans les soins, les infirmières en soins à domicile doivent chercher avant tout à aider les clients à atteindre et à garder une santé, une indépendance et un bien-être optimaux. Il est possible d'atteindre ces buts en intervenant sur des préoccupations précises des clients, en exerçant une influence positive sur la santé et en préconisant le changement institutionnel et structurel (Besner, 2004). Pour l'infirmière, cela signifie utiliser le processus global d'évaluation du client qu'elle a appris à fournir et qui inclut la capacité d'évaluer tous les aspects de la santé et de déterminer, d'interpréter et de comprendre (souvent à l'intention des autres membres de l'équipe de soins de santé) comment les circonstances, les aspirations et les buts particuliers du client peuvent inhiber ou faciliter l'acceptation du traitement et la capacité ou la volonté de le suivre (Besner, 2004).

Tout comme ils ont critiqué l'état actuel des soins à domicile, les répondants au sondage et les participants aux entrevues ont aussi affirmé attendre avec impatience l'avenir des soins infirmiers à domicile, croyant qu'ils pourraient devenir le contexte de pratique privilégié où les infirmières occupent le plein champ d'exercice de leur profession et sont valorisées pour leurs connaissances et leur savoir-faire.

Les recommandations qui suivent émanent des consultations tenues pour produire ce document afin de permettre d'optimiser les soins infirmiers à domicile. Étant donné que les recommandations et les interventions ne s'excluent pas mutuellement, il faudrait les aborder comme un tout. Si l'on donne suite aux recommandations, les soins infirmiers à domicile seront convoités comme milieu de travail privilégié au Canada.

Leadership

- ❖ Les organisations infirmières doivent acquérir des compétences en leadership transformationnel à tous les niveaux de soins infirmiers à domicile (infirmières, organisation et système) afin de faciliter la représentation, l'élaboration de politiques, l'implantation d'infrastructures, de même que l'encadrement et le changement de la pratique.

Interventions précises

- Les organisations infirmières et les facultés des sciences de la santé doivent élaborer un programme de leadership infirmier en soins à domicile qui reconnaît l'importance du leadership à tous les échelons, les défis posés par l'appui d'une équipe clinique mobile dispersée dans toute la collectivité et l'importance de travailler avec une équipe de soignants diversifiée.

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent collaborer avec les employeurs du secteur des soins à domicile pour établir des politiques et des règlements sur la santé et la sécurité qui appuient l'effectif mobile de la santé et les multiples milieux de travail des infirmières.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent intégrer du financement dans les budgets des soins à domicile pour appuyer le perfectionnement professionnel continu et le mentorat des infirmières en soins à domicile.
- Les employeurs du système de santé doivent établir un cheminement de carrière en leadership et des possibilités de détachement pour les infirmières et infirmiers chefs de file en dehors du secteur. Ces programmes favoriseront une meilleure compréhension, une plus grande connaissance et la création de partenariats pour aider à établir une approche interprofessionnelle intégrée.

Indicateurs de réussite clés :

Court terme 0 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration de programmes de leadership transformationnel comportant des composantes précises liées aux programmes de soins infirmiers à domicile en cours dans les universités du Canada • Établissement de groupes de travail aux paliers fédéral, provinciaux et territoriaux pour explorer les facteurs particuliers de la santé et de la sécurité en soins à domicile
Long terme > 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Un employeur du système de santé dans les paliers fédéral, provinciaux et territoriaux peut documenter un programme de leadership infirmier qui comporte des possibilités de détachement • Formules de financement qui réservent de l'argent spécifiquement pour le perfectionnement professionnel des infirmières en soins à domicile, y compris des mises à niveau sur de nouveaux médicaments, des interventions en soins à domicile, de nouvelles technologies

Système de santé harmonisé

- ❖ Les gouvernements doivent changer leur orientation financière et stratégique pour de nouveaux modèles de soins de santé communautaires et intégrés. Afin que les Canadiens puissent demeurer chez eux, les nouveaux modèles doivent inclure des liens avec les soins primaires et être dotés de ressources et d'équipement suffisants pour fournir des soins à domicile à la fine pointe.

Interventions précises

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent modifier le pourcentage du financement affecté aux soins à domicile dans leur budget de la santé pour qu'ils reflètent et réalisent les buts de soins axés sur la population par le recrutement et la fidélisation d'infirmières en soins à domicile.
- Les collèges et les universités doivent établir, dans le corps professoral, un poste de chef de file en santé communautaire chargé de surveiller l'intégration d'une démarche de santé et de bien-être communautaires dans tous les cursus des professions de la santé, et en particulier des initiatives fournies à domicile.

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organismes de soins à domicile définiront de nouveaux modèles de prestation qui appuient le plein champ d'exercice des soins infirmiers, l'intégration des IP dans l'équipe de soins à domicile, les soins axés sur les clients et l'harmonisation des initiatives dans tout le continuum de soins, et lanceront des projets pilotes à cet égard.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organismes de soins de santé détermineront de nouvelles façons de pratiquer les soins suivant une nouvelle approche axée sur l'équipe interprofessionnelle, ce qui facilitera les soins centrés sur les clients où tous les membres occuperont le plein champ d'exercice de leur profession, et lanceront les projets pilotes à cet égard.

Indicateurs de réussite clés :

Court terme 0 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement d'un groupe de travail universitaire chargé d'explorer la création, au sein du corps professoral des universités du Canada, d'un poste de « chef de file en santé communautaire ».
Long terme > 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le pourcentage du financement affecté aux soins à domicile dans l'enveloppe budgétaire totale annuelle f-p-t de la santé. • Mettre au point des soins qui tiennent compte des besoins et des risques dans des groupes en particulier et faire participer davantage les infirmières en soins à domicile à la coordination des soins, à l'atténuation des risques, tout en aidant les clients à s'y retrouver dans le système. • Fournir davantage de soins dans la collectivité où les infirmières en soins à domicile dispensent des soins à ceux dont les besoins sont plus lourds et plus complexes. • Garantir une rémunération et des avantages sociaux équitables dans tout le système de santé.

Maîtrise des soins infirmiers

- ❖ Les gouvernements et les organisations infirmières doivent définir clairement le champ complet d'exercice des infirmières en soins à domicile afin d'aider le système de santé à réussir le virage vers les soins communautaires axés sur les clients.
- ❖ Les universités et les collèges du Canada doivent établir un cursus de base en soins infirmiers qui est transférable et inclut des normes et des compétences en soins infirmiers communautaires au Canada.

Interventions précises

- L'AIIIC convoquera une réunion des chefs de file de membres du personnel des ministères provinciaux, territoriaux et nationaux pour revoir et établir les lignes directrices sur le champ d'exercice des soins infirmiers à domicile et en discuter.
- Le gouvernement fédéral lancera des projets pilotes pour faire l'essai du nouveau plein champ d'exercice afin d'optimiser le rôle des infirmières en soins à domicile.
- L'AIIIC examinera les compétences des infirmières débutantes avec des chefs de file clés des soins de santé à domicile afin de s'assurer qu'elles répondent aux exigences du plein champ d'exercice en soins infirmiers à domicile.

- Les collèges et les universités ajouteront au corps professoral des spécialistes qui possèdent de solides connaissances et compétences en soins infirmiers à domicile.
- Les collèges et les universités créeront de nouveaux programmes de santé communautaire comportant des cours sur les interventions infirmières efficaces qui permettent aux clients d'autogérer avec succès leur maladie chronique et d'appuyer les personnes âgées.
- Les collèges et les universités établiront des stages cliniques obligatoires en contextes de soins à domicile, ce qui permettra à toutes les étudiantes infirmières d'appliquer leurs nouvelles connaissances et compétences et de bénéficier d'un mentorat et d'un appui soutenus.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les collèges et universités fourniront aux employeurs des ressources qui leur permettront d'offrir des stages aux étudiants du premier cycle et des cycles supérieurs.

Indicateurs de réussite clés :

<p>Court terme 0 à 12 mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'AIC a établi un groupe de travail chargé de revoir le champ d'exercice et les lignes directrices sur le niveau débutant en soins infirmiers à domicile. • Lancer de nouveau des lignes directrices. • Élaborer un plan de mise en œuvre afin de faire l'essai pilote de l'expansion du nombre de cas en soins infirmiers, ce qui inclura davantage d'évaluations, la coordination de cas, l'orientation, la prise en charge des maladies chroniques et le soin de personnes âgées.
<p>Long terme > 12 mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'AIC a établi un groupe de travail sur les infirmières en soins à domicile qui formulera des conseils sur la formation et le perfectionnement professionnel continu, y compris les approches interprofessionnelles. • De nouveaux programmes communautaires offerts aux collèges et aux universités incluront des cours en soins infirmiers particuliers afin de faciliter l'autogestion des maladies chroniques, le soin des personnes âgées, l'utilisation des pratiques exemplaires et le travail avec les familles. • Stages cliniques obligatoires en soins à domicile intégrés dans les cursus en sciences infirmières au Canada • Augmentation du nombre de stages d'étudiantes infirmières dans des organismes de soins à domicile • Employeurs en soins à domicile qui signalent pouvoir accepter des étudiants en stage • Augmentation du nombre d'infirmières diplômées que les soins infirmiers à domicile intéressent comme choix de carrière • Offrir la possibilité d'obtenir la certification de l'AIC en soins infirmiers en santé à domicile. • Plus grand rôle pour les soins infirmiers à domicile dans le secteur des soins primaires, y compris visites à domicile, évaluation globale, coordination de cas, orientation, prise en charge des maladies chroniques, soin des personnes âgées et encadrement, et liens avec d'autres organismes communautaires afin de maintenir la santé et le bien-être.

Respect interprofessionnel

- ❖ L’AIIIC dirigera l’établissement d’une coalition nationale en santé à domicile constituée d’employeurs, de formateurs, de chercheurs et d’organismes infirmiers de toutes les régions du Canada qui défendra les soins infirmiers à domicile, en fera la promotion, célébrera et honorera la contribution de tous les membres de l’équipe.

Interventions précises

- L’AIIIC travaillera en partenariat avec des organismes professionnels comme l’Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada et les spécialistes de la réadaptation pour définir davantage le plein champ d’exercice et les points de convergence et de synergie entre les fournisseurs de soins de santé à domicile.
- Les membres de la coalition organiseront une « méga conférence » biennale portant avant tout sur l’excellence dans la pratique en collaboration et les critères d’exercice entre de multiples membres de l’équipe de soins (officielle et familiale) dans la collectivité.
- Établir une chaire de recherche nationale dotée en soins infirmiers à domicile.
- Diffuser des innovations en soins infirmiers à domicile par divers moyens qui atteignent et informent le public, les équipes de soins de santé et le système en général.
- L’AIIIC cherchera à trouver des champions des soins infirmiers à domicile parmi les chefs de file influents aux niveaux fédéral, provincial et territorial.
- L’AIIIC favorisera la création de prix en soins infirmiers qui honoreront et récompenseront l’excellence dans la pratique des soins infirmiers à domicile.

Indicateurs de réussite clés :

Court terme 0 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none">• L’AIIIC a établi un groupe de travail interprofessionnel chargé d’étudier l’étendue du champ d’exercice entre les membres de l’équipe de santé.• Établissement d’un groupe de planification qui organisera la première conférence interprofessionnelle biennale.
Long terme > 12 mois	<ul style="list-style-type: none">• L’AMC et d’autres ordres du secteur de la santé ont créé un prix pour honorer les infirmières.• Chaire de recherche dotée en soins infirmiers à domicile établie au Canada.• Promoteurs des soins infirmiers à domicile identifiés dans chaque province et territoire et au fédéral.• Clarification du rôle, de l’envergure du plein champ d’exercice et de la valeur de l’infirmière en soins à domicile.• Nouveaux modes de prestation qui reflète une plus grande intégration entre les professions et les secteurs, y compris les soins primaires, les soins actifs et les soins de longue durée.

Technologie

- ❖ Les gouvernements doivent encourager l'utilisation accrue de la technologie en soins à domicile. Les incitations permettront d'améliorer l'éducation des clients et l'autogestion de leur santé, la télésurveillance des clients par l'équipe de soins, de fournir une documentation électronique au point de service, et à tous les membres de l'équipe de santé de mieux communiquer et de travailler plus efficacement.

Interventions précises

- Créer des comités consultatifs provinciaux et territoriaux sur la technologie afin d'assurer l'orientation continue des responsables des politiques, des partenaires de l'éducation, des milieux de travail et des milieux universitaires au sujet des grands dossiers, des tendances et des facteurs qui ont une incidence sur les soins infirmiers à domicile.
- Établir des fonds d'innovation pour appuyer l'essai de technologies afin d'exploiter et d'optimiser la capacité de l'infirmière en soins à domicile.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux élaboreront un plan de mise en œuvre des technologies qui réagit aux innovations mises à l'essai avec succès et aux besoins des fournisseurs de soins et des bénéficiaires des soins à domicile.
- Renforcer les partenariats entre les fournisseurs de technologie et l'équipe de soins à domicile afin d'orienter et de guider l'innovation et d'appuyer le déploiement de ressources et leur adoption d'un bout à l'autre du Canada.

Indicateurs de réussite clés :

Court terme 0 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none">• Établissement de comités consultatifs sur la technologie en soins infirmiers à domicile dans les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux• Création d'un groupe de travail sur la technologie et les fournisseurs de soins de santé à domicile
Long terme > 12 mois	<ul style="list-style-type: none">• Création de fonds d'innovation• Établir un plan de mise en œuvre de la technologie en soins à domicile• Technologie établie comme élément constituant des ressources des infirmières en soins à domicile, ce qui permet une pratique plus efficace et efficiente• Une plus grande importance accordée aux pratiques exemplaires et à l'utilisation de données probantes pour éclairer les soins est évidente aux niveaux individuel et systémique grâce à l'utilisation de la technologie au point de service

ANNEXE 1

Questions de sondage

- De quelle province ou territoire répondez-vous?
- Si vous pensez aux infirmières en soins à domicile, la définition ci-dessus des soins infirmiers à domicile concorde-t-elle avec ce que vous en comprenez? Sinon, comment définissez-vous les soins infirmiers à domicile?
- La définition ci-dessus concorde-t-elle avec ce que vous constatez actuellement dans la pratique? Sinon, quels sont les écarts actuels?
- Croyez-vous que les infirmières en soins à domicile occupent le plein hamp d'exercice de leur profession? Sinon, quelles sont les lacunes actuelles?
- Veuillez décrire les facteurs habilitants de l'optimisation du champ d'exercice en soins à domicile.
- Veuillez décrire les obstacles à l'optimisation du champ d'exercice en soins à domicile.
- Les infirmières en soins à domicile de votre contexte sont-elles membres actives de l'équipe de soins interprofessionnelle? Sinon, veuillez expliquer pourquoi.
- Comment les infirmières en soins à domicile contribuent-elles à l'équipe de soins interprofessionnelle?
- Les infirmières ont-elles selon vous un rôle plus important à jouer en soins à domicile? Si vous avez répondu oui, qu'entrevoyez-vous?
- Avez-vous des IP en soins à domicile dans votre région?
- Quel rôle les IP en soins à domicile jouent-elles dans votre contexte?
- Croyez-vous que la demande d'IP en soins à domicile augmentera? Si vous avez répondu oui, pourquoi?
- Veuillez décrire ce qui constitue selon vous une pratique de pointe en soins infirmiers à domicile pour ce qui est de l'optimisation du champ d'exercice.

RÉFÉRENCES

- Adams, C. E. et Short, R. (1997). Registered nurse use and patient outcomes in home health. Dans C. E. Adams, et A. L. Anthony (dir.), *Home health outcomes and resource utilization: Integrating today's critical priorities* (pp. 51-62). New York : National League for Nursing.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P. et Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organizational support, and quality of care: Cross-national findings. *International Journal of Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.
- Alameddine, M., Laporte, A., Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Croxford, R., Mildon, B., . . . Deber, R. (2006). Where are nurses working? Employment patterns by sub-sector in Ontario, Canada. *Healthcare Policy*, 1(3), 65-86.
- Association canadienne de soins et services à domicile. (2006). *Le partenariat en pratique: Les soins de santé primaires au Canada profitent de deux stratégies clés interpellant les soins à domicile*. Ottawa : auteur.
- Association canadienne de soins et services à domicile. (2007). *Un partenariat qui apporte des soins plus près de chez soi (Pratiques à forte incidence : Partenariat au service des patients)*. Ottawa : auteur.
- Association canadienne de soins et services à domicile. (2008). *Portraits des soins à domicile au Canada*. Ottawa : auteur.
- Association canadienne de soins et services à domicile. (2012). *Élaboration d'un système intégré de soins primaires et de soins à domicile et en milieu communautaire (Pratiques à forte incidence : Série Home is best)*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2012a). *Un appel à l'action infirmière : La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé (Rapport de la Commission nationale d'experts)*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2012b). *Pourquoi nous sommes inquiets : Les faits — Le vieillissement et la santé des Canadiens âgés (Rapport de la Commission nationale d'experts)*. Ottawa : auteur.
- Auer, P. et Nirenberg, A. (2008). Nurse practitioner home-based primary care: A model for the care of frail elders. *Clinical Scholars Review*, 1(1)33-39.
- Bélanger, A., Martel L. et Caron-Malenfant, E. (2005). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2031*. Ottawa : Statistique Canada.
- Besner, J. (2004). Nurses' role in advancing primary care: A call to action. *Primary Health Care Research and Development*, 5(4), 351-358.
- Browne, G., Birch, S. et Thabane, L. (2012). *De meilleurs soins : une analyse des soins infirmiers et des résultats du système de santé*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Burnett, C., Fraser, J. et Park, G. (octobre 2012). *BreatheWELL at home: Access and leadership in COPD self-management*. Séance PowerPoint présentée au Sommet de l'Association canadienne de soins et services à domicile, Vancouver C.-B.
- Burns, A., Denning, T. et Baldwin, R. (2001). Care of older people: Mental health problems. *British Medical Journal*, 332(7289), 789-791.
- Byles, J. E. (2000). A thorough going over: Evidence for health assessments for older persons. *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 24(2), 117-123.

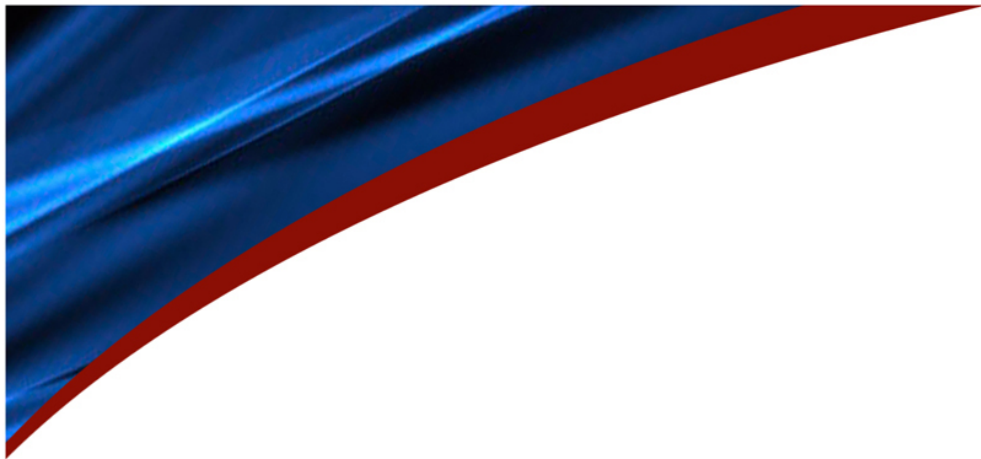
-
- Carrière, G. (2006). Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, Centre d'information sur la santé), 17(4), 35-50.
- Change Foundation. (2011). *Integration of care: The Perspectives of home and community providers*. Toronto : Auteur.
- Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels. (2008). *Un cadre stratégique pour les aidantes et aidants naturels du Canada*. Ottawa : auteur.
- College and Association of Registered Nurses of Alberta. (1992). *Scope of nursing practice*. Edmonton : auteur.
- Conseil canadien de la santé. (2010). *Aider les patients à gérer leur santé : Les Canadiens atteints de maladie chronique obtiennent-ils le soutien nécessaire?* Toronto : auteur.
- Counsell, S. R., Callahan, C. M., Clark, D. O., Tu, W., Buttar, A. B., Stump, T. E. et Ricketts, G. D. (2007). Geriatric care management for low-income seniors: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 298(22), 2623-2633.
- Cunningham, D. E. et Kelly, D. R. (2008). Community nursing managers' perceptions and experiences of protected learning time: A qualitative study. *Quality in Primary Care*, 16(1), 39-47.
- Dick, K. et Frazier, S. C. (2006). An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(7), 325-334.
- Doran, D. M. (dir.). (2003). *Nursing-sensitive outcomes: The state of the science*. Mississauga Ont. : Jones and Bartlett.
- Doran, D. M. et Pringle, D. (2011). Patient outcomes as an accountability. Dans Doran, D. (dir.), *Nursing-sensitive outcomes: The state of the science* (pp. 1-26). Mississauga Ont. : Jones and Bartlett.
- Doran, D. M., Hayes, L., Nahm, S., Zou, P., Rizk, P., Bai, C. et Laporte, D. (2012). *Building and sustaining a quality nursing workforce in home and community care* (rapport provisoire de mars 2012). Toronto et Hamilton : Nursing Health Services Research Unit.
- Doran, D. M., Mildon, B. et Clarke, S. (2011). Towards a national report card in nursing: a knowledge synthesis. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 24(2), 38-57.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., . . . Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323(7315), 719-725.
- Flynn, L. (2007). Extending work environment research into home health settings. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 200-212.
- Flynn, L. et Deatrck, J. A. (2003). Home care nurses' descriptions of important agency attributes. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(4), 385-390.
- Hollander, M. et Chappell, N. (2002). *Final report of the national evaluation of the cost-effectiveness of home care*. Victoria : National Evaluation of the Cost-effectiveness of Home Care and the Centre for Aging.
- Hollander, M. J., Chappell, N. L., Prince, M. J. et Shapiro, E. (2007). Providing care and support for an aging population: Briefing notes on key policy issues. *Healthcare Quarterly*, 10(3), 34-45.
- Hollander, M. J., Miller, J. A., MacAdam, M., Chappell, N. et Pedlar, D. (2009). Increasing value for money in the Canadian healthcare system: New findings and the case for integrated care for seniors. *Healthcare Quarterly*, 12(1), 38-47.

-
- Humphrey, C. et Milone-Nuzzo, P. (1996). *Orientation to home care nursing*. Galthersburg, MA : Aspen Publishers, Inc.
- Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. (2008). *Normes canadiennes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire*. Toronto : auteur.
- Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. (2010). *Compétences en soins infirmiers à domicile*. Toronto : auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Infirmières réglementées : Tendances canadiennes, 2006 à 2010*. Ottawa : auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les soins de santé au Canada, 2011 : Regard sur les personnes âgées et le vieillissement*. Ottawa : auteur.
- Institut de recherche en services de santé. (2012). *Les Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (RSAIS)*. Extrait de http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=26&morg_id=0&gsec_id=7129&item_id=7129.
- Institute of Medicine. (2003). *Keeping patients safe-transforming the work environment of nurses*. Washington, DC : auteur.
- Laschinger, H. K. S., Almost, J., Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: Making the link. *Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), 410-422.
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J. et Henderson, S. (2006). The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(5), 531-569.
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J. et Henderson, S. (2008). Seniors at risk: The association between the six-month use of publicly funded home support services and quality of life and use of health services for older people. *Revue canadienne du vieillissement*, 27(2), 207-224.
- Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Henderson, S., Roberts, J. et Gafni, A. (2003). *Patients âgés et vulnérables des services de soins à domicile : Les coûts et les effets de l'ajout de services de prévention dispensés par des infirmières*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Neal, L. J. (2004). The nurse practitioner in home care. *Home health Care Management et Practice*, 16(5), 383-388.
- O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L., Pink, G., Kerr, M., Wang, S., . . . et Meyer, R. (2004). Normes fondées sur des données probantes pour mesurer la dotation et le rendement du personnel infirmier (Rapport de projet n° RC1-0621-06). Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Ontario Home Care Association, Ontario Community Support Association. (2008). *OHCA and OCSA Response to the Ontario ministry of labour consultation on workplace violence*. Hamilton et Toronto : auteurs.
- Ontario Home Care Association. (2011). *Home care nursing in ontario*. Hamilton : auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2012). *Membership statistics report 2011*. Toronto : Auteur.
- Réseau local d'intégration des services de santé du sud-ouest de l'Ontario. (s.d.). eShift helps patients and the south west CCAC. Extrait de : <http://www.southwestlhin.on.ca/Page.aspx?id=4498>

-
- Ressources humaines et Développement des compétences Canada. (s.d.). *Canadiens en contexte - Personnes avec incapacité*. Extrait de <http://www4.rhdcc.gc.ca/3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=40>.
- Rogers, J., Perlic, M. et Madigan, E. A. . (2007). The effect of frontloading visits on patient outcomes. *Home Healthcare Nurse*, 25(2), 103-109.
- Rotermann, M. (2005). *Rapport sur la santé : Utilisation des services de santé par les personnes âgées*. Statistique Canada, Centre d'information sur la santé, 16 (Supp.), 35-50. Santé Canada. (2004). Rencontre des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé 2004. Un plan décennal pour consolider les soins de santé. Extrait de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.
- Santé et Affaires sociales du Yukon. (31 octobre 2012) Dépôt d'un projet de loi concernant les infirmières praticiennes [communiqué]. Extrait de <http://www.gov.yk.ca/fr/news/12-209.html>
- Semotiuk, A. (2005). Use of a web-based technology by home care nurses for wound care management. *ACTA Press*. Extrait de <http://www.actapress.com/Abstract.aspx?paperId=27705>
- Société d'étude du secteur des soins à domicile. (2003). *Canadian home care human resources study*. Ottawa : auteur. Statistique Canada. (2008). Décès en milieu hospitalier et ailleurs, Canada, provinces et territoires (tableau 102-0509). Extrait de <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&tretrLang=fra&fraetid=1020509&etpaSer=etpattern=etstByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid=>
- Statistique Canada. (2012). Les composantes de la croissance démographique. Extrait de <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/2007001/4129903-fra.htm>
- Storey, C., Cheater, F., Ford, J. et Leese, B. (2009). Retention of nurses in the primary and community care workforce after the age of 50 years: Database analysis and literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1596-1605.
- Taft, S. H., Pierce, C. A. et Gallo, C. L. (2005). From hospital to home and back again: A study in hospital admissions and deaths for home care patients. *Home Health Care Management et Practice*, 17(6), 467-480.
- Tigert, J. et Laschinger, H. (2004). Critical care nurses' perceptions of workplace empowerment, magnet hospital traits and mental health. *Dynamics*, 15(4), 19-23.
- Tobe, S. W., Pylypchuk, G., Wentworth, J., Kiss, A., Szalai, J. P., Perkins, N., . . . Hoppe, J. (2006). Effect of nurse-directed hypertension treatment among first nations people with existing hypertension and diabetes mellitus: The diabetes risk evaluation and microalbuminuria (DREAM 3) randomized controlled trial. *JAMC*, 174(9), 1267-1271. doi : 10.1503/cmaj.050030
- Tung, T. K., Kaufmann, J. A. et Tanner, E. (2012). The effect of nurse practitioner practice in home care on emergency department visits for homebound older adult patients: An exploratory pilot study. *Home Healthcare Nurse*, 30(6), 366-372.
- Underwood, J., Baumann, A., Ciliska, D., Meagher-Stewart, D., Deber, R., MacDonald, M., . . . St. John, V. (2010). *Maximizing community health nursing capacity in Canada: A research summary for decision makers*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Underwood, J. M., Mowat, D. L., Meagher-Stewart, D. M., Deber, R. B., Baumann, A. O., MacDonald, M. B., . . . Munroe, V. J. (2009). Building community and public health nursing capacity: A synthesis

report of the national community health nursing study. *La Revue canadienne de santé publique* 100(5), 1-11.

Villeneuve, M. et MacDonald, J. (2006). *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS
DU CANADA

cna-aiic.ca

50 DRIVEWAY OTTAWA ONTARIO K2P 1E2 CANADA ■ TÉL 613-237-2133 1-800-361-8404 ■ TÉLÉC 613-237-3520