

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

LES INFIRMIÈRES PROPOSENT DES SOLUTIONS POUR DES SOINS DE SANTÉ RENTABLES

Comme elles constituent le groupe de professionnels de la santé le plus nombreux, les infirmières sont bien placées pour proposer des solutions qui leur permettront d'offrir des soins de santé rentables. Elles œuvrent dans tous les secteurs du système de santé, fournissant des services à des personnes de tous âges, aux membres de leur famille et à la communauté. Qu'elles soient cliniciennes, conseillères, chercheuses, responsables de politiques, administratrices ou enseignantes, les infirmières proposent des innovations qui réduisent les coûts et améliorent l'efficacité du système de santé.

RÉDUCTION DU ROULEMENT DES EFFECTIFS INFIRMIERS

- La réduction du roulement des effectifs infirmiers diminuera les coûts et améliorera les résultats pour les infirmières, les patients et le système. Dans une étude, on signale qu'il existe un lien entre le roulement des effectifs infirmiers et une baisse de la satisfaction au travail, une plus grande probabilité d'erreurs médicales et l'augmentation des heures supplémentaires (O'Brien-Pallas, Tomblin-Murphy et Shamian, 2008). L'étude a aussi montré qu'en moyenne, une infirmière sur cinq quitte son emploi dans un hôpital canadien chaque année et que le roulement des effectifs infirmiers coûte en moyenne 25 000 \$ par infirmière.
- L'augmentation des taux d'emploi à temps plein chez les infirmières constitue un moyen de réduire le roulement. On constate un lien entre un pourcentage plus élevé d'heures de travail à temps plein et une diminution des taux de roulement des effectifs infirmiers (O'Brien-Pallas et coll., 2008). En 2007, 57,2 % des infirmières autorisées travaillaient à temps plein et 32,1 %, à temps partiel (Institut canadien d'information sur la santé, 2008). En 2005, 20 % des infirmières autorisées qui ne travaillaient pas à temps plein affirmaient préférer le travail à temps plein (Shields et Wilkins, 2006).

RÉDUCTION DE L'ABSENTÉISME CAUSÉ PAR LES MALADIES ET LES BLESSURES

- La réduction de l'absentéisme causé par les maladies et les blessures améliorera la productivité et fera baisser les coûts. Le secteur de la santé perd plus de jours de travail par travailleur à cause de la maladie, de l'incapacité et de responsabilités personnelles ou familiales que tout autre secteur d'activité au Canada (Statistique Canada, 2008). En 2008, l'employé à temps plein moyen du secteur de la santé s'est absenté du travail pendant 14,9 jours (le total le plus élevé de jours de travail perdus au cours des cinq dernières années), comparativement à 7,9 jours chez les employés à temps plein dans la population générale.
- L'*Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005* a révélé des statistiques alarmantes : le temps perdu par année à cause de la maladie et de blessures équivalait au nombre d'heures de travail de

15 000 infirmières autorisées à temps plein (Shields et Wilkins, 2006). Si l'on pouvait réduire de 50 % l'absentéisme pour raisons de santé, le système de santé économiserait quelque 500 millions de dollars en salaires seulement.

- Des efforts soutenus pour améliorer la santé et la sécurité au travail réduiront le risque à la fois pour les fournisseurs de soins et pour les patients tout en évitant des dépenses. Par exemple, un programme de prévention des traumatismes musculosquelettiques fondé sur les « meilleures pratiques », qui comporte l'usage de lève-personne mécaniques et des aides au déplacement, une politique qui interdit de lever des patients et la formation des employés sur l'utilisation du matériel, a réussi à réduire les traumatismes. Les investissements ont été récupérés en trois ans grâce à une diminution des dépenses d'indemnisation des accidentés du travail (Collins, Wolf, Bell et Evanoff, 2004).

AMÉLIORATION DES MÉTHODES DE TRAVAIL ET OPTIMISATION DU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES

- Le fait d'accroître les gains d'efficacité dans le milieu de travail optimise le travail des infirmières et améliore les résultats pour le système. Il est possible d'appliquer au secteur de la santé la pratique de la gestion allégée, répandue dans le secteur de la fabrication pour réduire les activités sans valeur ajoutée. On a estimé que l'infirmière consacre seulement 30 % d'une journée de travail à fournir des soins directs aux patients et que toutes sortes d'activités symptomatiques de processus inefficients englobent une bonne partie du temps qui reste (Healthcare Financial Management Association [HFMA], 2008).
- L'initiative américaine de transformation des soins au chevet (*Transforming Care at the Bedside*), qui vise à remanier les processus cliniques afin de supprimer le gaspillage et de réaffecter du temps aux activités qui ajoutent de la valeur pour les patients, a réussi à doubler le temps que le personnel passe au chevet des patients (HFMA, 2008). Le site Web de l'Institute for Healthcare Improvement offre plus de renseignements : www.ihc.org (en anglais seulement).
- Le programme Libération du temps pour les soins (*Releasing Time to Care*) de l'Institute for Innovation and Improvement du National Health Service (NHS) du R.-U. est une autre initiative qui vise à améliorer les processus et à permettre aux infirmières de consacrer plus de temps au soin direct des patients. Les résultats de la mise en œuvre du programme dans les hôpitaux communautaires démontrent que la vitesse de traitement des patients a augmenté de 50 %, que les documents répétitifs ont diminué de 90 % et que le temps d'admettre un patient a diminué de 50 % (National Health Service, Institute for Innovation and Improvement, s. d.). Des organisations du secteur de la santé en Saskatchewan font l'essai des principes et des techniques d'amélioration du programme Libération du temps pour les soins : la salle d'hôpital productive (*Releasing Time to Care: The Productive Ward*) dans le contexte de l'objectif de la province, qui est de rendre le système de santé très performant. Le site Web de l'Institute for Innovation and Improvement du NHS offre plus de renseignements : www.institute.nhs.uk/quality_and_value/productivity_series/the_productive_series.html (en anglais seulement).



ADOPTION DE LA TECHNOLOGIE

La technologie offre des possibilités de réduire les coûts et d'améliorer le rendement du système de santé. Plusieurs exemples démontrent comment les infirmières qui utilisent la technologie pour s'occuper de patients à domicile réduisent la durée des séjours à l'hôpital, le nombre de réadmissions et celui de visites à l'urgence.

- Une étude a révélé que le nombre d'admissions diminuait de 85 % et celui de visites à l'urgence, de 55 % chez les personnes inscrites à un programme de soins à domicile en télésanté au Nouveau-Brunswick (Association canadienne de soins et services à domicile [ACSSD], 2006). Les télésoins à domicile réduisent aussi la fréquence des visites que les infirmières doivent faire à domicile, ce qui améliore leur productivité (ACSSD, 2008).
- Les services d'information et de conseils en santé offerts 24 heures par jour par les infirmières autorisées au Canada ont réduit de jusqu'à 32 % le nombre de visites non pressantes au service des urgences (Stacey, Noorani, Fisher, Robinson, Joyce et Pong, 2004).
- La surveillance de patients cardiaques au moyen d'une technologie de télésurveillance à domicile a réduit de 45 % en un an le nombre des réadmissions à l'hôpital chez les patients atteints d'angine à Ottawa (Woodend, Sherrard, Fraser, Stuewe, Cheung et Struthers, 2008).

ADOPTION DES NOUVEAUX MODÈLES DE PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ

De nouveaux modèles rentables de prestation des soins de santé au Canada peuvent relever des défis sanitaires et financiers. Les infirmières peuvent jouer un rôle de premier plan dans la mise au point et la prestation de services dans le contexte de ces nouveaux modèles de soins.

- Dans le livre blanc du R.-U. intitulé *Our health, our care, our say: A new direction for community services*, on fixe le cap pour des ressources changeantes vers la prévention et la promotion de la santé, la prestation de soins plus nombreux en dehors des hôpitaux et dans la communauté, et l'intégration des services de soins primaires aux soins sociaux (Department of Health, 2006). Les équipes multidisciplinaires intégrées, les services dirigés par des infirmières et les rôles élargis des infirmières communautaires sont essentiels pour atteindre les buts établis dans la nouvelle vision sur les soins de santé.
- Capital Health à Edmonton a mis en œuvre un nouveau modèle systémique de dépistage et de traitement afin d'améliorer la prise en charge du diabète et d'autres maladies chroniques. Des infirmières autorisées offrent tout un éventail de services de prévention et de traitement en équipes de soins multidisciplinaires, ce qui facilite la surveillance rapprochée des patients et donne plus de temps aux médecins pour leur permettre de s'occuper de cas plus complexes (Every, 2007).

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

Publié en juin 2009



Références :

- Association canadienne de soins et services à domicile. (2006). *Pratiques à forte incidence*. Ottawa : auteur. Extrait le 11 septembre 2008 de <http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1694>
- Association canadienne de soins et services à domicile. (2008). *L'intégration des technologies de l'information et de la communication dans les soins et les services à domicile au Canada : Rapport final*. Ottawa : auteur. Extrait le 10 septembre 2008 de <http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1841>
- Collins, J. W., Wolf, L., Bell, J. et Evanoff, B. (2004). An evaluation of a “best practices” musculoskeletal injury prevention program in nursing homes. *Injury Prevention*, 10, 206-211.
- Department of Health. (2006). *Our health, our care, our say: A new direction for community services*. Londres : auteur. Extrait le 21 mars 2009 de www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4127453
- Every, B. (2007). Better for ourselves and better for our patients: Chronic disease management in primary care networks. *Healthcare Quarterly*, 10(3), 70-74.
- Healthcare Financial Management Association. (2008). TCAB improvements double nurse time at the bedside. *The Business of Caring*, juillet-août, 13. Entrevue avec P. Rutherford, MS, RN. Extrait le 17 mars 2009 de www.ihi.org/IHI/Topics/MedicalSurgicalCare/MedicalSurgicalCareGeneral/Literature/TCABImprovementsDoubleNurseTimeattheBedside.htm
- Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers réglementés au Canada : 2003 à 2007*. Ottawa : auteur.
- National Health Service Institute for Innovation and Improvement. (s. d.). *The productive series*. Coventry : auteur. Extrait le 19 mars 2009 de www.institute.nhs.uk/images//documents/Quality_and_value/productiveseries/productiveleaflet%20final.pdf
- O'Brien-Pallas, L., Tomblin-Murphy, G. et Shamian, J. (2008). *Understanding the costs and outcomes of nurses' turnover in Canadian hospitals: Final report*. Université de Toronto : Unité de recherche sur les services de santé et de soins infirmiers. Extrait le 16 mars 2009 de www.hhrchair.ca/research.cfm
- Shields, M. et Wilkins, J. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Ottawa : Statistique Canada.
- Stacey, D., Noorani, H. Z., Fisher, A., Robinson, D., Joyce, J. et Pong, R. W. (2004). *Étude clinique et économique du télétriage et enquête auprès des centres d'appels canadiens*. Aperçu technologique n° 13. Ottawa : Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé.
- Statistique Canada. (2008). *Jours perdus par travailleur selon la branche d'activité et le sexe*. Ottawa : auteur. Extrait le 25 mars 2009 de <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/labor61a-fra.htm>
- Woodend, A., Sherrard, H., Fraser, M., Stuewe, L., Cheung, T. et Struthers, C. (2008). Telehome monitoring in patients with cardiac disease who are at high risk for readmission. *Heart & Lung*, 37(1), 36-45.

