

S@voir inf.

Formation infirmière



ÉDITORIAL

Le SIDIEF est fier de vous annoncer le lancement de son 2^e outil de suivi de l'actualité professionnelle infirmière : le **S@voir inf – Formation infirmière**. Rédigés par le Conseil consultatif sur la formation du SIDIEF, quatre à cinq résumés d'articles vous sont proposés. Avec cet outil, le conseil consultatif, composé d'experts issus de différentes régions de la francophonie, souhaite attirer l'attention sur des enjeux d'actualité de la profession infirmière qui leur sont parus d'intérêt et d'importance. En complément de ces résumés, une liste de liens vers d'autres publications vous est également proposée.

Les articles sélectionnés aborderont des thèmes variés concernant la formation infirmière, tels que les innovations pédagogiques probantes, les politiques de santé, l'impact de la formation sur la qualité des soins et le développement des pratiques et autres. Des articles rédigés en anglais peuvent faire l'objet de résumés, offrant ainsi une accessibilité en français à des publications non francophones.

Le **S@voir Inf – Formation infirmière** répond à la mission du SIDIEF de diffuser le plus largement possible un savoir professionnel à son réseau de membres. Grâce à ces résumés et à une sélection de liens vers d'autres publications, le SIDIEF vous permet de suivre l'actualité internationale de la profession infirmière en une lecture rapide.

Nous espérons que vous apprécierez ce nouvel outil qu'est le **S@voir inf – Formation infirmière** et vous souhaitons une bonne lecture !

- Jacinthe Pepin infirmière, Ph. D.

Présidente du conseil consultatif sur la formation du SIDIEF

Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Québec, Canada)

Directrice, Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)

Formation infirmière

Titres en vedette

Profil de qualifications des formations en soins infirmiers - Prise de position et recommandations du domaine santé de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO)

Source : https://www.ecolelasource.ch/wp-content/uploads/C-dom_ES-HES_FR-web.pdf

Résumé critique

En 2002, la Suisse romande décidait de placer la formation infirmière au niveau HES exclusivement. Quinze ans après, la question du positionnement de ce niveau de formation fait l'objet de questionnements récurrents, voire d'affirmations péremptoires débouchant sur des sollicitations adressées aux autorités politiques demandant l'ouverture d'une filière infirmière supplémentaire au niveau école supérieure (ES).

Dans le cadre des constats posés et des réflexions menées, les directions des six hautes écoles du domaine Santé de la HES-SO ont estimé nécessaire de documenter les éléments-clés éclairant ce débat. Pleinement convaincues et unanimes, elles confirment l'intérêt stratégique et opérationnel de maintenir une seule filière de formation en soins infirmiers située au niveau HES dans le périmètre de la Romandie. De plus, en s'appuyant sur l'avis d'expert-e-s confirmé-e-s, elles mettent en exergue les enjeux sanitaires auxquels les diplômé-e-s HES sont appelé-e-s à répondre, ainsi que les effets négatifs d'un retour à un système de formation à deux niveaux. La présente prise de position du Conseil de domaine Santé de la HES-SO est une contribution à un véritable débat de société et une invitation à poursuivre le dialogue de qualité qui lui a permis de développer des prestations évolutives et adaptées aux réalités des terrains professionnels.

Huit thèses prioritaires ont été retenues

Elles démontrent :

- ✓ Les risques, en termes de sécurité des soins, à faire cohabiter des profils soignants insuffisamment différenciés ;
- ✓ L'intérêt des terrains cliniques de s'appuyer sur le tandem assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC) et infirmière et infirmier HES ;
- ✓ L'élargissement du bassin de recrutement d'ores et déjà réalisé avec le passage au niveau HES qui offre enfin aux détenteurs et détenteuses d'un CFC

Formation infirmière

un accès à un Bachelor, via la maturité professionnelle ou l'admission sur dossier ;

- ✓ Une augmentation significative du nombre d'étudiant-e-s depuis l'entrée en vigueur du système Bachelor-Master-PhD en soins infirmiers ;
- ✓ L'impossibilité d'augmenter sans limites les places de stage avec comme conséquence la diminution prévisible et paradoxale du nombre annuel de diplômé-e-s en cas d'ouverture d'une filière ES ;
- ✓ L'absence d'économie financière en cas d'ouverture d'une filière ES ;
- ✓ L'adéquation des compétences HES face aux enjeux de la santé du 21^e siècle ;
- ✓ Les exigences légitimes de compétences de plus en plus élevées dans les milieux de soins communautaires et gériatriques.

En conclusion

Le Conseil de domaine affirme la nécessité de préserver la cohérence et les potentialités des systèmes de soins et de formation en offrant, au niveau de la Romandie, uniquement le niveau de formation infirmière HES et en renforçant les conditions-cadres ainsi que les ressources permettant d'augmenter davantage encore le nombre d'étudiant-e-s en soins infirmiers au sein des six hautes écoles du domaine Santé de la HES-SO.

Boissart, M. (2018). L'analyse des pratiques en formation infirmière lors de séquences de soins d'urgence : un en (j)eu de professionnalisation

Source :

https://www.researchgate.net/publication/311848314_L'analyse_des_pratiques_en_formation_infirmiere_un_en-jeu_de_professionnalisation

Résumé critique

L'article propose un focus sur l'intérêt de l'analyse des pratiques lors de séquences de soins d'urgence en formation infirmière en France. Il s'agit de séquences d'apprentissage supportées par de la simulation. Cette synthèse issue des résultats

Formation infirmière

d'une thèse doctorale en sciences humaines et sociales a pour objet la professionnalisation réciproque des étudiants et des formateurs.

La thèse se réfère au modèle théorique d'analyse des pratiques de Philippe Perrenoud (2013). Pour cet auteur, trois fonctions sont inhérentes à l'analyse des pratiques :

- ✓ La construction des savoirs dans une démarche clinique ;
- ✓ L'entraînement à la mobilisation des acquis en situation qui concourent à la construction des compétences professionnelles ;
- ✓ La contribution au développement d'une posture réflexive qui concourt à la modélisation d'un fonctionnement propre à soi-même.

L'objet de cette thèse porte essentiellement sur les effets des changements imputables au référentiel de formation infirmière au niveau des acteurs, des activités et des organisations. Elle a pour objectif de caractériser la professionnalisation des étudiants et des formateurs dans une vision stratégique qui s'échelonne selon les niveaux macro, méso et micro de l'ingénierie de formation.

En référence au concept de professionnalisation, l'analyse des pratiques professionnelles est reconnue pour constituer un levier de cette professionnalisation. Ainsi, les apports de Wittorski (2007) témoignent de la nécessité de s'adapter à des situations de travail changeantes, de développer de nouvelles compétences et de nouvelles activités pour les cadres de santé formateurs. La revue de littérature dans ce domaine montre que l'analyse des pratiques professionnelles endosse une fonction d'outil de professionnalisation à trois dimensions :

- ✓ Professionnalisation des personnes : construction de connaissances sur l'action et développement de compétences favorisées grâce à la prise de recul par rapport à l'action ;
- ✓ Professionnalisation des activités : repérage et structuration des nouvelles pratiques pour redéfinir les contours de la profession ;
- ✓ Professionnalisation des organisations : production d'un système d'expertise et d'un socle de connaissances partagées (le « Knowledge Management »), au sein des organisations.

Cette problématique de la professionnalisation conduit à une question de recherche centrée sur l'apprentissage des soins d'urgence en regard d'une commande institutionnelle qui consiste à s'appuyer sur des données probantes afin de s'inscrire dans une dynamique d'amélioration continue dans l'enseignement.

La recherche s'est appuyée sur les méthodes d'analyse quantitative et qualitative afin d'explorer un objet de recherche complexe : le processus de professionnalisation de

Formation infirmière

L'étudiant en soins infirmiers et du formateur. Ainsi trois types d'outils prétestés ont été utilisés :

- ✓ Des questionnaires en ligne auprès d'étudiants et de cadres de santé formateurs,
- ✓ Des entretiens semi-directifs auprès de différents acteurs : directeurs d'instituts de formation en soins infirmiers, Professeurs universitaires, professionnels des stages, acteurs stratégiques financiers, pédagogiques et politiques.
- ✓ L'étude des trois projets de formation des instituts de formation (méthode d'observation participante longitudinale lors d'un exercice de simulation).

En termes de résultats, pour une majorité d'acteurs, la professionnalisation, revient à développer ses compétences et construire son identité, notamment sociale. La réflexivité permet d'activer ce processus de professionnalisation. S'insérant dans une approche individuelle comme dans une approche collective, elle est indissociable de l'action que l'acteur analyse afin de réaliser un travail introspectif et rétrospectif pour viser un travail prospectif. La pédagogie socioconstructiviste, proposée dans le dispositif analysé, catalyse cette réflexivité. Par ailleurs, la didactique professionnelle ressort comme facteur d'apprentissage, car elle repose sur des situations réelles d'analyse de l'activité et du travail.

Productif, l'étudiant agit en situation (il mobilise un raisonnement clinique pour poser des actions de soins d'urgence appropriées) et constructif, Il se transforme lui-même en enrichissant son répertoire de ressources (savoirs, argumentation scientifique des actions, conformité aux bonnes pratiques, ou mise en œuvre d'un leadership ou d'un followership actif).

Concernant l'évolution des critères de l'analyse des pratiques professionnelles, les résultats montrent un progrès significatif dans les champs suivants :

- ✓ La distanciation : prise de conscience de son mode de fonctionnement, de ses efficacies, de ses points à améliorer ;
- ✓ L'intégration : ancrage des savoirs grâce au repérage des principes d'actions, principes scientifiques ;
- ✓ La transformation identitaire : confrontation à des espaces de socialisation variés.

Par ailleurs, l'analyse des pratiques professionnelles lors des situations simulées en soins d'urgence, grâce aux questions du formateur, positionne l'étudiant en tant que concepteur de sa pratique. Il lui permet ainsi de clarifier ses représentations, de donner du sens à sa pratique, de comprendre les mécanismes de prise de décisions,

Formation infirmière

de poser les fondements de l'action et d'interroger toutes les ressources de l'action. Une réciprocité professionnalisante entre l'étudiant et le formateur semble s'instaurer.

Marielle Boissart conclut que cette recherche met en évidence la place centrale de la culture réflexive dans l'analyse des pratiques au sein de la formation aux soins d'urgence, en particulier, comme au sein de la formation infirmière en général. En effet, elle positionne les deux composantes de la culture réflexive : apprendre pour agir – agir pour apprendre. Ces deux composantes (agir et apprendre) se nourrissent mutuellement. Elles donnent lieu à l'activation d'un cycle d'apprentissage expérientiel qui repose sur un processus de régulation continu. La réflexion qui précède l'action et celle qui la suit sont importantes et contribuent à la professionnalisation des acteurs.

Ainsi cette recherche nous permet de valider l'apport des démarches dites de simulation dans la construction des cursus.

Bibliographie

- Boissart, M. (2017, Janvier). *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation. Ingénieries, enjeux et défis de professionnalisations.* Noisy-Le-Grand, SETES Éditions.
- Boissart, M. (2016, Décembre). Le portfolio vecteur de socialisation professionnelle coconstruite. In *Le portfolio entre ingénierie et reliance sociale.* Boissart, M. et Verquin-Savarieau, B. Collection « Ingénieries et Formations ». Paris, Éditions L'Harmattan.
- Boissart, M., Ardouin, T. (2016, Septembre). Les professionnalisations en question en formation infirmière. In *Soigner et former : contribution des sciences de l'éducation.* Broussal, D., Thievenaz, J., Marcel, J.-F. (coord), Paris : L'Harmattan, Collection « Pratiques en formation ».
- Buber, M. (2008). *Ich und Du.* Stuttgart : Reclam. • Carignan, L., Fourdrignier, M. (2013). *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales.* Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Guillaumin, C., Pesce, S., Denoyel, N. (2009). *Pratiques réflexives en formation.* Paris : L'Harmattan.
- Heber-Suffrin, C., Heber-Suffrin, M. (1992). *Échanger les savoirs.* Paris : Desclée de Brouwer. • Perrenoud, P. (2013, Octobre). La posture réflexive. Communication présentée aux journées professionnelles des cadres de santé. IFCS. Aix en Provence, France. • Pineau, G. (2013, Septembre). Les réflexions sur les pratiques au cœur du tournant réflexif. *Éducation permanente*, n° 196, 9 – 24. • Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel.* Paris : L'Harmattan.

Formation infirmière

Aiken, L. H., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. [La dotation et la formation des infirmières et la mortalité hospitalière dans neuf pays européens : une étude rétrospective observationnelle.]

Source : [Lancet, 2014, mai 24, 383 \(9931\): 1824-1830. Doi : 10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](#)

Résumé critique

Les auteurs de l'étude ont mis en évidence l'importance de leur étude en soulignant les contraintes liées aux dépenses en santé, particulièrement les réductions budgétaires en milieu hospitalier et le transfert des ressources vers des soins communautaires qui raccourcissent la durée des séjours à l'hôpital et augmentent la complexité des soins hospitaliers. La combinaison de cette complexité à la réduction des effectifs infirmiers et l'augmentation de personnel moins formé pourrait aggraver la qualité des soins. Peu d'études européennes se sont intéressées à la dotation en personnel infirmier, le niveau de formation des infirmières et le risque de mortalité.

Le but de la présente étude, de grandes envergures, était d'évaluer les différents ratios patients/infirmiers et les niveaux de formation chez les infirmières dans 9 des 12 pays (Belgique, Angleterre, Finlande, Irlande, Pays-Bas, Norvège, Espagne, Suède et Suisse) du Registered Nurse Forecasting (RN4Cast), qui ont des données semblables de congé hospitalier et qui étaient associées à des taux hospitaliers variés de mortalité à la suite de procédés chirurgicaux courants.

Le RN4Cast, présenté par la Commission européenne, a comme mandat d'offrir aux décideurs européens des preuves scientifiques pour optimiser les investissements en personnel infirmier et d'orienter la planification future des effectifs pour répondre aux besoins de la population. Douze pays européens (Allemagne, Belgique, Angleterre, Finlande, Grèce, Irlande, Norvège, Pays-Bas, Espagne, Pologne, Suède et Suisse) ont fait partie d'une étude sur l'impact des caractéristiques organisationnelles des soins hospitaliers sur le recrutement d'infirmières, leur maintien en poste et les résultats aux patients. RN4CAST est dirigé par Walter Sermeus (KU Leuven, Belgique) et Linda Aiken (School of Nursing, Pennsylvania University, États-Unis).

Les données de la présente étude observationnelle rétrospective ont été tirées de sources administratives, entre 2007-2009, c'est-à-dire des dossiers suite au congé

Formation infirmière

hospitalier de 439 800 patients âgés de 50 ans et plus, ayant subi une chirurgie, courante, orthopédique ou vasculaire dans un de 300 hôpitaux dont les données de comorbidités étaient présentes à l'admission ainsi que le type de chirurgie, l'état du patient au congé, les caractéristiques de ces hôpitaux ainsi que de multiples variables utilisées pour pondérer les risques de décès. Les auteurs ont clairement indiqué les procédures utilisées pour définir les variables telles que procédés chirurgicaux courants, comorbidités et autres variables.

Les données sur la dotation en personnel infirmier et le niveau de formation ont été tirées du sondage complété, en 2009-2010, par un échantillon aléatoire de 26 516 infirmières travaillant au chevet des patients des 300 hôpitaux. La définition d'infirmière a été présentée par les auteurs comme étant des infirmières professionnelles qualifiées ; cependant les auteurs soulignent une limite de leur étude se rapportant au niveau de formation, car un baccalauréat (ou bachelor) n'a pas la même définition d'un pays européen à l'autre. En outre, la dotation a été mesurée par des infirmières de tous les quarts de travail pouvant avoir biaisé certains ratios patients/infirmières ; en effet, les infirmières du quart de nuit (ayant un ratio patients/infirmières plus élevé) auraient pu répondre au sondage en plus grand nombre dans certains milieux hospitaliers.

La principale mesure à l'étude était de savoir si les patients étaient décédés dans les 30 jours suivant l'admission. Les variables de pondération du risque de décès comprenaient les caractéristiques des patients, en tenant compte de l'âge, du genre, du type d'admission (d'urgence ou élective), du type de chirurgie et la présence de comorbidités à l'admission. De plus, les caractéristiques des hôpitaux du pays concerné, dont la vocation universitaire, le nombre de lits, le niveau de technologie, l'environnement de travail du personnel infirmier étaient examinés. Étant donné que les résultats individuels des patients étaient modélisés par une combinaison de caractéristiques des hôpitaux et des patients, les auteurs ont évalué les effets de différentes caractéristiques grâce à des modèles de moyenne de population utilisant une approche d'estimation généralisée et des modèles aléatoires utilisant une modélisation linéaire hiérarchique. Les résultats de ces deux approches étaient presque identiques et, selon les auteurs, ils permettaient de contrôler les différences non mesurées en mortalité à travers les pays et les différences mesurées entre les patients et les hôpitaux. Les auteurs reconnaissent que des facteurs confondants non mesurés aux niveaux individuel, hospitalier ou communautaire pourraient avoir influencé les résultats de la recherche.

Une autre limite importante identifiée par les auteurs est que les données sont transversales. Ces données datent déjà de plusieurs années, c'est-à-dire entre 2007 et 2009 ; la même chose concernant les sondages complétés en 2009-2010 auprès des

Formation infirmière

professionnelles infirmières. La différence d'années entre les deux collectes de données pourrait avoir influé sur les résultats de la recherche. Toutefois, les auteurs ont eux-mêmes identifié cette limite. Les auteurs ont aussi déterminé qu'il est impossible de lier les soins d'un patient particulier à son infirmière comme une des limites de l'étude.

Les hôpitaux ont été limités à ceux ayant au moins 100 patients ciblés. La raison de ce choix n'est pas justifiée par les auteurs. Pourtant, il aurait été intéressant d'examiner les plus petits centres hospitaliers qui se retrouvent souvent dans des régions rurales et du Nord.

Malgré les limites identifiées, les résultats indiquent que chaque augmentation de 1 patient par infirmière est associée à une augmentation de 7 % de la probabilité de décès du patient opéré dans les 30 jours suivant son admission, alors que chaque augmentation de 10 % du pourcentage d'infirmières diplômées du baccalauréat dans un hôpital est associée à une diminution de 7 % de cette probabilité. Ces associations suggèrent que les patients hospitalisés dans lesquels 60 % des infirmières avaient un baccalauréat (bachelor) et que les infirmières soignaient en moyenne six patients avaient une mortalité inférieure de près de 30 % à celles des hôpitaux où les infirmières soignaient en moyenne huit patients. Ces résultats sont semblables à ceux des études de moins grande envergure menées en Europe ainsi que celles faites au Canada et aux États-Unis. Elles suggèrent une dotation plus grande en personnel infirmier et promeut la formation infirmière de baccalauréat (du bachelor) ; un pourcentage plus élevé d'infirmières de ce niveau de formation pourrait réduire le taux de mortalité post-chirurgicale.

Il serait important de répéter cette étude dans la présente décennie non seulement dans les pays européens, mais aussi au Canada et aux États-Unis afin de savoir si les résultats des études antérieures sur ce sujet ont aidé à améliorer le ratio patients/infirmières et à promouvoir le niveau de formation de baccalauréat des infirmières. De plus, des études longitudinales permettraient de mieux comprendre l'influence de la dotation du personnel infirmier et le niveau de formation des infirmières sur la qualité des soins chez des patients hospitalisés. Il serait aussi important de considérer une variété de raisons d'hospitalisation. De concert, en raison des contraintes budgétaires en milieu hospitalier, les études devront démontrer l'avantage financier d'investir dans la dotation en personnel infirmier et dans la formation au niveau de baccalauréat en sciences infirmières.

Un article tiré de cette grande étude européenne a été publié en français en 2015 dans Revue francophone internationale de recherche infirmière, vol 1, no 1, p. 3-9 : Caractéristiques et résultats de l'étude RN4CAST relative aux infirmiers en Europe.

Formation infirmière

Castle, N.G. et al. (2015). Quality of care and long-term care administrators' education: Does it make a difference? Health Care Management Review, 40(1), 35 45.

Source: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24378404>

Résumé critique

Cet article rapporte les résultats d'une recherche visant à examiner la relation entre la formation des gestionnaires de centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et la qualité des soins. Il s'agit d'une étude menée aux États-Unis auprès de 3,941 gestionnaires de CHSLD. L'équipe des gestionnaires comprend généralement un directeur général, un ou une directrice des soins infirmiers (DSI), des chefs d'unités de soins et selon les centres un directeur médical.

Des études antérieures avaient souligné l'influence de cette équipe de gestionnaires sur la qualité des soins sans en déterminer les facteurs spécifiques. La recherche de Castle et al. (2015) s'est intéressée d'une part au lien entre le niveau de formation des gestionnaires et la qualité des soins et d'autre part, au lien entre les exigences minimales de formation et d'expérience, qui varient d'un état américain à un autre, et la qualité des soins. Un Conseil consultatif national recommandait à cet égard dans les années 1970 qu'au 1er janvier 1980, les nouveaux candidats à ces postes de gestion détiennent un baccalauréat et qu'à compter du 1er janvier 1985, ce soit une maîtrise qui soit exigée en plus d'une année de formation dans un poste de gestion. Aucun standard national n'existait au moment de l'étude pour un poste dont les responsabilités légales, financières, administratives, de soins et de leadership le justifieraient. Trois hypothèses associant la formation des gestionnaires ou les exigences des états américains à la qualité des soins ont été formulées. La qualité des soins en CHSLD a été mesurée par l'utilisation des mesures physiques de contention, la gestion de la douleur, l'utilisation de cathéter, les plaies de pression chez les résidents à faible risque et les plaies de pression chez les résidents à haut-risque, cinq mesures dont les résultats peuvent changer rapidement.

Le cadre de référence guidant l'étude emprunte au modèle de qualité des soins de santé de Donabedian (2003) et, point intéressant, aux théories du capital humain qui mettent l'accent sur les avantages de la formation (Sweetland, 1996). Les données proviennent de diverses sources : sites web pour les réglementations des états, rapports fédéraux sur les CHSLD pour la qualité des soins, données sociodémographiques des gestionnaires fournies lors d'une étude antérieure pour le niveau de formation,

Formation infirmière

caractéristiques des CHSLD de plus de 30 lits, recueillies par un sondage en ligne pour la certification (OSCAR) ainsi que les caractéristiques du capital humain dans la région. La définition opérationnelle des variables (mesures de qualité et autres) est fournie de même que les statistiques descriptives pour les CHSLD participants.

Les gestionnaires, majoritairement des hommes (78%) détenaient un baccalauréat (55.3%), une maîtrise ou plus (33.2%), un diplôme (9.7%) ou des études de niveau secondaire (1.9%). Des coefficients de régression ont été utilisés pour examiner les liens entre la formation des gestionnaires ou les exigences des états et la qualité des soins. Les hypothèses associatives ont été soutenues, à savoir que les gestionnaires qui travaillent dans des états avec des exigences plus élevées de formation (H1) ou d'expériences supervisées (H2) de même ceux qui ont des études plus avancées (H3) sont associés à une meilleure qualité des soins. En raison du devis transversal, il a cependant été impossible d'identifier une direction causale entre les variables. Les chercheurs notent diverses limites à leur étude et émettent des recommandations, dont celle d'examiner plus spécifiquement les niveaux d'exigences et de formation chez les DSI, puisque la qualité des soins telle que mesurée par les cinq indicateurs se trouve améliorée quand les niveaux de formation et de mentorat sont plus élevés. Cette étude est particulièrement intéressante parce qu'elle examine non seulement les niveaux de formation des individus gestionnaires mais également les exigences de la régulation. Les chercheurs concluent d'ailleurs sur le fait que le rehaussement des exigences de formation et de mentorat pourrait s'avérer une mesure peu coûteuse d'amélioration de la qualité des soins en CHSLD.

Cette recherche montre l'importance de la formation pour l'amélioration de la qualité des soins, sans avoir examiné la discipline du programme ou la qualité des programmes. Elle insiste également sur l'importance du mentorat et de l'apprentissage continu.

Références

- Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in health care. New York, NY: Oxford University Press.
- Sweetland, S. R. (1996). Human capital theory: Foundations of a field of inquiry. *Review of Educational Research*, 66(3), 341Y359

Formation infirmière

Coster et al. (2017). What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. [Quel impact les soins infirmiers professionnels ont-ils sur les résultats patients? Une synthèse des résultats de recherche.]

Source: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29110907>

Résumé critique

La présente revue des écrits a pour but de présenter une vue d'ensemble de l'impact des soins infirmiers au niveau des patients, à partir de 61 écrits incluant des recherches, des revues systématiques des écrits et des méta-analyses réalisées entre 1996-2017. Cette revue publiée dans le journal « International Journal of Nursing Studies » ayant un « Impact Factor » élevé (3.5) a permis également d'identifier les lacunes existantes dans les niveaux de preuves scientifiques émanant des écrits et d'en proposer des pistes de recherche permettant de mettre en valeur la pertinence de l'impact de la pratique infirmière sur les soins de santé d'une population. Ceci permettra de plaider en faveur d'un accroissement des investissements et du développement des services infirmiers.

Les infirmières ont développé, au fil du temps de nouveaux rôles et ont assumé de plus grandes responsabilités afin d'assurer une meilleure qualité des soins et une sécurité accrue des soins dans les différents domaines de leur exercice, tels : les soins infirmiers quotidiens; leur contribution dans le domaine de la santé publique et en tant qu'infirmière spécialisée dans la gestion des maladies chroniques. La comparaison des soins fournis par les infirmières versus ceux dispensés par les médecins ainsi que le transfert de certaines tâches vers des procédures invasives ont été aussi relevés dans la présente revue.

Deux questions ont permis d'orienter l'analyse des auteurs dans la présente revue : 1) Quelles sont les preuves scientifiques qui montrent que les soins infirmiers contribuent à améliorer la santé et le bien-être des populations? et 2) Les activités de recherche doivent-elles être ciblées de manière à renforcer le niveau d'évidence des preuves montrant l'impact des soins infirmiers au niveau de la population ?

Les résultats ont été classifiés en trois niveaux de preuves scientifiques : la preuve scientifique établie ou élevée, le niveau de preuve modéré et le faible niveau de preuve.

Formation infirmière

Certains résultats ont mis en relief l'existence d'une preuve scientifique élevée montrant que la présence d'un nombre suffisant d'infirmières bien formées et travaillant dans les milieux de soins de courte durée peut réduire le risque de mortalité chez les patients, bien que la preuve en soit limitée aux études menées dans les pays à revenu élevé. Toutefois, les preuves ne sont pas suffisamment solides pour établir un rapport définitif de l'impact des soins infirmiers sur les patients.

D'autres écrits recensés ont relevé la présence de preuves scientifiques modérées. En effet, la présence d'infirmières bien formées a pu produire des résultats de santé équivalents à ceux des médecins chez les patients ayant une variété de problèmes de santé chroniques, en particulier les patients pris en charge dans le domaine des soins de santé primaires.

Toutefois, certains résultats indiquent que les soins dirigés par une infirmière peuvent être plus efficaces que les soins fournis par un médecin, surtout dans un contexte de promotion de l'adhésion du patient au traitement ainsi que dans l'amélioration de son niveau de satisfaction.

D'un autre côté, d'autres écrits ont montré un niveau faible à modéré de preuve scientifique quant à l'impact des soins à domicile sur la promotion des soins de santé chez les personnes âgées. Ainsi, les bénéfices sociétaux plus larges des visites de soins à domicile effectuées par les infirmières et leur impact sur les résultats à long terme chez les patients n'ont pas été établis.

Enfin, il existe des preuves scientifiques faibles au niveau du changement de comportement de la population quant aux soins de santé dispensés par des médecins versus ceux fournis par des infirmières dans des pays à revenu élevé. Leur validité externe en termes d'applicabilité à des contextes dans les pays à revenu faible et intermédiaire est discutable.

En somme, les preuves scientifiques montrant le lien entre l'augmentation du nombre d'infirmières bien formées et leur contribution à la santé de la population sont limitées dans les différentes revues documentées.

Outre l'efficacité, le coût et la sécurité, les recherches futures doivent être réalisées dans des régions à moyen et faible revenu et dans les différents champs de pratique infirmière, telle la santé mentale et autres, dans le but de déterminer si les infirmières sont en mesure de dispenser des soins en toute sécurité et de développer leurs rôles plutôt que de décrire l'impact des soins infirmiers sur les résultats des patients à long terme.

Formation infirmière

Malgré le potentiel considérable de soins infirmiers dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la pénurie d'infirmières est considérée plus grave que dans les pays à revenu élevé, avec la présence de problèmes particuliers au niveau de la migration géographique du personnel infirmier dans les villes pour travailler dans des environnements hospitaliers de haute technologie avec des conditions de travail supérieures.

En somme, les recherches futures doivent tabler sur la mise en œuvre des soins infirmiers élargis qui auront des conséquences sur la santé mentale des infirmières, leur rétention au travail et sur leur implication dans les soins de santé à long terme tant au niveau local qu'international.

Ces éléments viennent confirmer la pertinence d'une contribution infirmière à large spectre pour faciliter l'amélioration et l'accessibilité des soins pour tous et assurer la performance des systèmes de santé.

Liens vers d'autres articles suggérés :

Needleman. (2017). Nursing skill mix and patient outcomes.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28039393>

Griffiths et al. (2018). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study.

<https://qualitysafety.bmj.com/content/early/2018/11/25/bmjqs-2018-008043>

Price et Reichert. (2017). The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span.

<https://www.mdpi.com/2076-3387/7/2/17>

Aiken et al. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29326193>

Roy et Robichaud. (2016). Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-4-page-82.htm?contenu=resume>

Dubois et Giroux. (2012). L'innovation pédagogique chez les infirmières dans un contexte de début d'expérience professionnelle.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-4-page-71.htm?contenu=resume>

Formation infirmière

Graber et Haberey-Knuessi. (2017). Le bachelor en soins infirmiers : entre professionnalisation et professionnalité en Suisse et en Belgique.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2017-1-page-66.htm?contenu=resume>

Flora et al. (2016). L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé.

<https://www.cairn.info/revue-journal-international-de-bioethique-et-d-ethique-des-sciences-2016-1-page-59.htm?contenu=resume>

Note éditoriale

Selon la politique éditoriale du SIDIIEF le terme « infirmière » est utilisé à la seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmières que les infirmiers.

Formation infirmière

Membres du conseil

SOUS LA PRÉSIDENTE DE :

Jacinthe PEPIN, infirmière, Ph. D.

Directrice, Centre d'innovation en formation infirmière

Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
QUÉBEC, CANADA

AFRIQUE :

Dieudonné SOUBEIGA, infirmier, Ph. D.

Directeur, Institut de Formation et de
Recherche Interdisciplinaires en Santé

Cynthia TIGALEKOU, infirmière, Ph. D.

Responsable de la section Soins infirmiers
Institut national de formation d'action
sanitaire et sociale

EUROPE :

Marielle BOISSART, infirmière, Ph. D. (Sc. Éd.)

Vice-présidente, Comité d'entente des
formations infirmières et cadres

Cadre supérieur de santé
paramédical-adjointe à la direction, Instituts
de formations paramédicales, Centre
hospitalier Edmond Garcin

Sophie BREEDSTRAET, infirmière, L. Sc.

Adjointe à la direction, Haute École
Léonard de Vinci - Parnasse-ISEI

Valentine ROULIN, infirmière, M. Sc. Ed.

Maître d'enseignement, Institut et
Haute école de la santé La Source

Anne-Sylvie RAMELET, infirmière, Ph. D.

Directrice, Institut universitaire de formation et
de recherche en soins

CANADA :

Sylvie DUBOIS, infirmière, Ph. D.

Directrice, Direction nationale des soins et
services infirmiers - Direction générale des
services de santé et médecine universitaire,
ministère de la Santé et des Services sociaux
du Québec

Sylvie LAROCQUE, infirmière, Ph. D.

Directrice, École des sciences infirmières,
Université Laurentienne

REPRÉSENTANTE DU CONSEIL :

Rima SASSINE-KAZAN, infirmière, Ph. D.

Doyen, Faculté des sciences infirmières de
l'Université St-Joseph