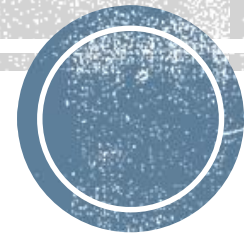


Le leadership clinique: une compétence clé pour la pratique avancée

14ème Congrès Européen Francophone
des infirmier(e)s clinicien(ne)s, spécialistes cliniques et de
pratique avancée



marlene.karam@uclouvain.be
Mons, le 16 novembre 2017

Plan de la présentation

- Pratique avancée et systèmes de soins de santé
- Les domaines du leadership
- La place du leadership dans la PA
- Définitions et buts du leadership
- Focus sur le leadership clinique
- Les activités du leadership clinique
- Modèle adapté de Sherman et al pour le développement des compétences en leadership infirmier pour la PA
- Les barrières au leadership
- Conclusion



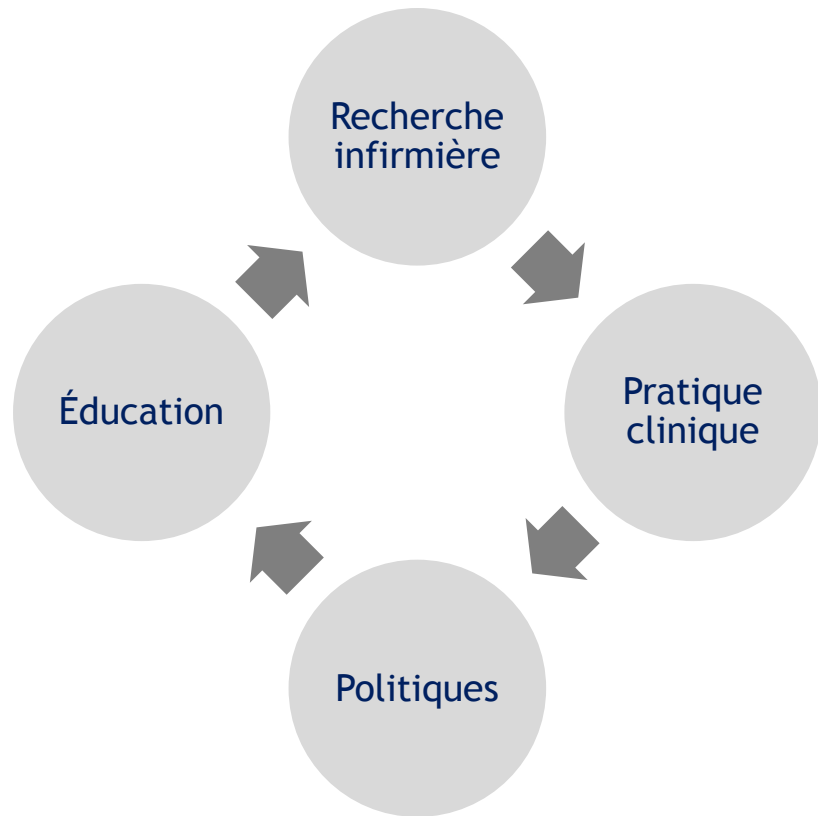
1. Pratique avancée et systèmes de soins de santé

Contexte socioéconomique:

- ressources limitées, vieillissement de la population, maladies chroniques (Barnett et al., 2012, World Health Organization, 2010, van der Wees et al., 2016),
- réformes des systèmes de soins de santé : réduire l'impact socioéconomique de la complexité des patients sur la personne et sur la société (McPhail, 2016)
- Développement des soins de santé primaires, organisation des professionnels et des organisations en “réseaux de soins”, dans le but:
 - ✓ de prodiguer des soins au patient “au bon endroit”: substitution de tâches à la première ligne (van Hoof et al., 2016)
 - ✓ d'efficacité: en termes de ressources matérielles mais aussi humaines “réduire les efforts et produire plus de valeur en économisant les forces des partenaires: infirmiers de cette première ligne ! (Olson et al., 2011).
 - ✓ Réduction des durées de séjours hospitaliers et complexité des soins: développement, spécialisation, autonomisation du rôle infirmier dans certains domaines d'expertise (Matziou et al., 2014)



- **“Partenariat”** : dans la conception, l’implémentation, et l’évaluation des réformes des soins en santé en cours:



Le partenariat concerne **toutes** les professions infirmières et nécessite des **compétences de leadership** au sein de la profession et en **collaboration interprofessionnelle** !



Meilleurs résultats cliniques, réduction des évènements indésirables, diminution des rotations au sein des équipes, amélioration de la qualité due l’environnement de travail, ...



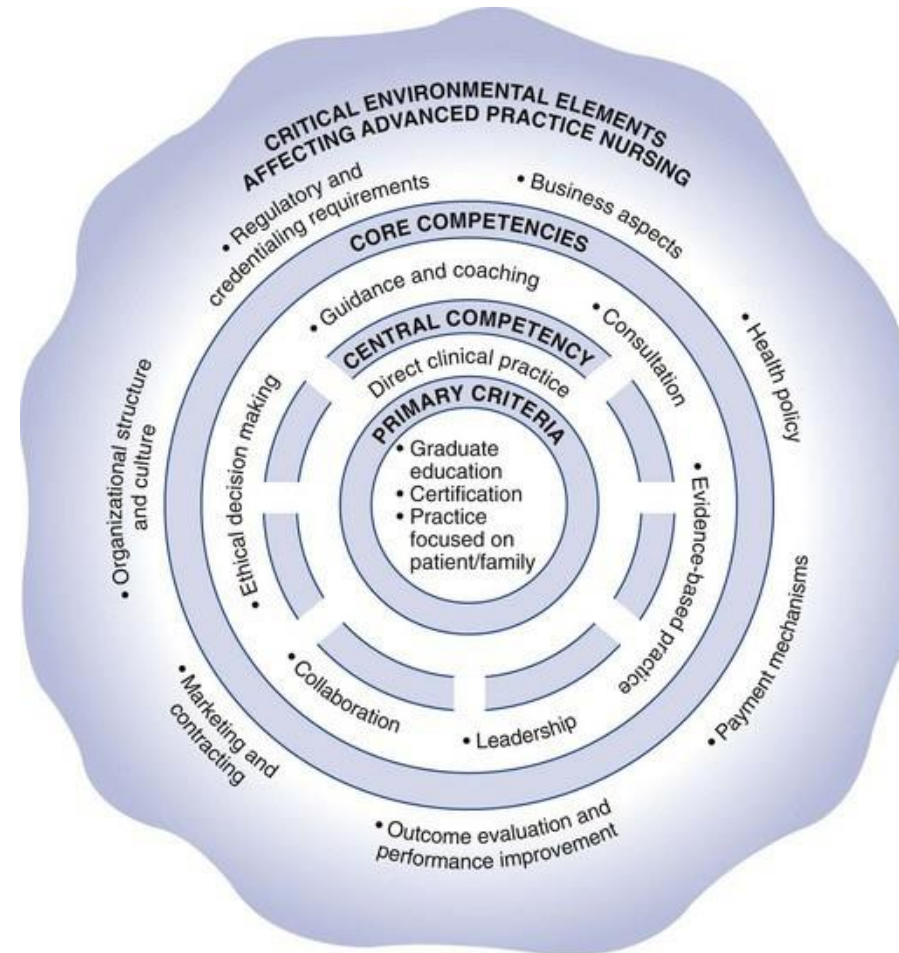
2. Les domaines du leadership

- 1. leadership **clinique**: au niveau de la pratique clinique, avec le patient et le personnel
- 2. leadership professionnel: au sein des organisations professionnelles
- 3. leadership au niveau du système
- 4. leadership au niveau des politiques de santé



3. La place du leadership dans la PA

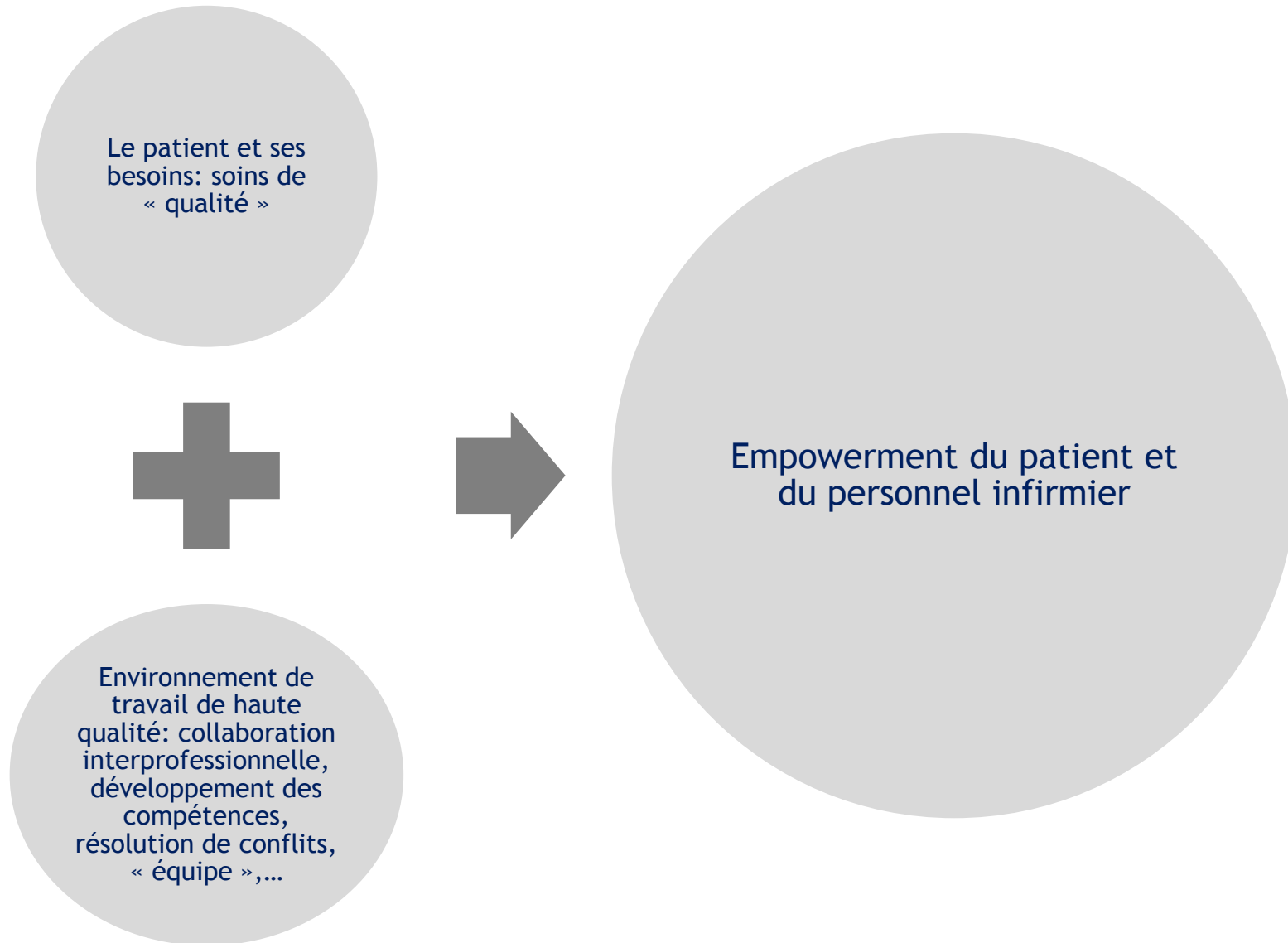
Éléments critiques dans l'environnement de la PA



4. Définition(s) et buts du leadership

- « le leadership est un **processus** par lequel un individu **influence** un **groupe** d'individus pour réaliser un **but commun** » (Nourthouse, 2016).
- « capacité à présenter une vision claire des **objectifs communs** à poursuivre et de mener des changements d'envergure tout en **accompagnant** les collaborateurs vers des niveaux supérieurs de développement, de cohésion d'équipe et de maturité individuelle et institutionnelle ». (Mathieu, 2016)
- Le leadership doit servir 3 buts:
 - ✓ L'innovation clinique
 - ✓ La formation, le coaching et le mentorat
 - ✓ L'activisme en faveur du développement des soins et de la discipline infirmière (Hamric, 2013).

5. Focus sur le leadership **clinique**



6. Quelles sont les activités du leadership clinique ?

Elliott et al (2012) ont identifié **7 activités clés**:

<p>1. Guide et coordonne les activités des équipes multidisciplinaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Coordination des soins ○ Développement des guides et protocoles → clarification des rôles ○ Communication: équipe, patient, famille
<p>2. Initie et implémente les changements dans les soins du patients à travers le développement de la pratique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Initiation de la recherche: littérature, expérience du patient, identification des problèmes ○ Influence sur la politique et la pratique « locales »: participation active aux différents comités
<p>3. Prend en charge le développement et l'implémentation des RBP (guidelines)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Implémentation des RBP dans la pratique clinique, selon leur domaine d'expertise. ○ Dissémination de ces RBP: formations
<p>4. Développe des « services » de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Développement de nouvelles cliniques ou de centres de prévention et de soins primaires gérés par les IPA; augmenter le nombre des centres existants



5. Introduit des changements à la pratique clinique: éducation de l'équipe multidisciplinaire

- Promotion des « meilleures pratiques » à travers la formation au sein de son organisation: identifier les besoins en formation et concevoir des programmes de formation

6. Joue le rôle de « parrain » et de « coach » au sein de l'équipe multidisciplinaire en pratique clinique

- Soutien aux nouveaux engagés en termes de compétences techniques
- Motivation du personnel pour développer leur connaissances et compétences: formation et stages

7. Joue un rôle de « modèle » en termes de prise de décision, d'autonomie et de développement professionnel

- Création d'un milieu « positif »



7. Modèle adapté de Sherman et al pour le développement des compétences en leadership infirmier pour la PA



8. Quelles sont les barrières ?

1. IPA

Caractéristiques personnelles:

- Incapacité de se positionner comme leader
- Manque de vision, raisonnement stratégique
- âge, expérience.

Formation/éducation:

- Manque de préparation
- Expérience
- Diplôme

2. Equipe

Absence d'équipe: IPA travaillant en solo

3. Organisation

Manque d'autorité « légitimisée » au sein de l'organisation

Manque de ressources: temps, personnel, argent

Charge de travail clinique élevée

Manque d'aide administrative

Manque de support: départements inf, médical, personnel

Manque de clarté des rôles: leadership, recherche

4. Système des soins de santé

Manque d'opportunités pour occuper un poste de leader en tant qu'IPA à un niveau stratégique:

- IPA n'est pas nommée dans des comités
- n'est pas incluse dans les tables rondes de décision en tant que représentante infirmière...



Conclusion

- Le support organisationnel est une condition clé pour le développement d'un **leadership clinique durable**: promouvoir l'innovation dans les soins, maximiser les résultats positifs clinique, d'équipe, d'efficience, etc.
- Les IPA doivent:
 - ✓ s'approprier le rôle de leader
 - ✓ avoir un rôle actif dans le développement des structures qui créent et renforcent les compétences en leadership
- Les IPA ne doivent pas:
 - ✓ sous-estimer l'impact des « activités simples » du leadership clinique: plusieurs petits changements mènent à un grand changement !!



Merci pour votre attention !



- Barnett et al. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 7; 380 (9836), 37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Elliott et al. (2012). The identification of clinical and professional leadership activities of advanced practitioners: findings from the Specialist Clinical and Advanced practitioner Evaluation study in Ireland. *Journal of advanced Nursing* 69(5), 1037-1050. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06090.x>.
- Elliott et al. (2016). Barriers and enablers to advanced practitioners' ability to enact their leadership role: a scoping review. *International Journal of Nursing Studies* 60, 24-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.001>
- Hamric et al. (2014). 5th edition. *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*.
- Institute Of Medicine. (2011). *The Future of Nursing: leading change, Advancing Health: 5.Transforming leadership*. <https://www.nap.edu/read/12956/chapter/10>
- Mathieu, 2016. Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée: proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière* (2); 105 -113.
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., Petsios, K., 2014. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care* 28 (6), 526-533. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.934338>
- McPhail, S.M., 2016. Multimorbidity in chronic disease: impact on health care resources and costs. *Risk management and healthcare policy* 5 (9), 143-156. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S97248>
- Nourthouse. (2016). 4th edition. *Introduction to leadership: concepts and Practice*.
- Olson, C.A., Balmer, J.T., Mejicano, G.C., 2011. Factors contributing to successful interorganizational collaboration: the case of CS2day. *The Journal of Continuing Education in the health professions* 31 Suppl 1, S3-12. <http://doi.org/10.1002/chp.20143>
- Van der Wees, P.J., Wammes, J.J., Westert, G.P., Jeurissen, P.P., 2016. The Relationship Between the Scope of Essential Health Benefits and Statutory Financing: An International Comparison Across Eight European Countries. *International Journal of health policy and management* 12; 5 (1), 13-22. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.166>
- Van Hoof, S.J., Kroese, M.E., Spreeuwenberg, M.D., Elissen, A.M., Meerlo, R.J., Hanraets, M.M., Ruwaard, D., 2016. Substitution of Hospital Care with Primary Care: Defining the Conditions of Primary Care Plus. *International Journal of Integrated Care* 14;16 (1), 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.2446>
- World Health Organization., 2010. *Global status report on noncommunicable diseases*. pp. 176.

