

Intégrer les infirmières praticiennes spécialisées dans des équipes de première ligne

Une recherche identifie les facteurs essentiels pour faciliter l'implantation des nouveaux modèles de pratique intégrant les IPSPL.

Par **Par Véronique Chouinard**, inf., M.Sc., **Mélanie Perroux**, M.Sc., **Kelley Kilpatrick**, inf., Ph.D., **Astrid Brousselle**, Ph.D., **Carl-Ardy Dubois**, M.D., Ph.D., **Marie-Dominique Beaulieu**, M.D., **Emmanuelle Jean**, inf., Ph.D., et **Damien Contandriopoulos**, Ph.D.

Pour améliorer l'accessibilité des services de première ligne, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) mise, entre autres, sur le déploiement d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL). Ces infirmières se consacrent aux soins directs axés sur le traitement et le suivi de personnes présentant des problèmes de santé aigus ou chroniques et ce, principalement au sein des groupes de médecine de famille (GMF) ou des CSLC (OIIQ et CMQ, 2013).

L'introduction de ce nouveau rôle infirmier suppose que les équipes en place modifient leurs modes de pratique. Pour comprendre comment faciliter ces changements, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le MSSS ont cofinancé un projet de recherche qui a permis de réaliser une revue de la littérature scientifique ainsi qu'une étude de cas dans trois régions sociosanitaires du Québec.

Cinq facteurs

L'analyse des résultats fait ressortir cinq facteurs importants pour soutenir l'intégration des IPSPL : la préparation de l'accueil, la définition du rôle, le suivi de la clientèle, la collaboration et le soutien.

1 Des rencontres pour planifier l'accueil

Pour atteindre l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux soins, l'intégration des IPSPL implique de repenser les façons de faire (Thille et Rowan, 2008). Elle offre aussi une occasion de clarifier les rôles et de reconnaître aussi bien l'expertise des infirmières que celle des médecins et des autres professionnels composant l'équipe de soins. Elle permet par ailleurs de discuter de la



L'IPSPL Édith Lussier en consultation.

© La Tribune / Imacom par Jessica Garneau

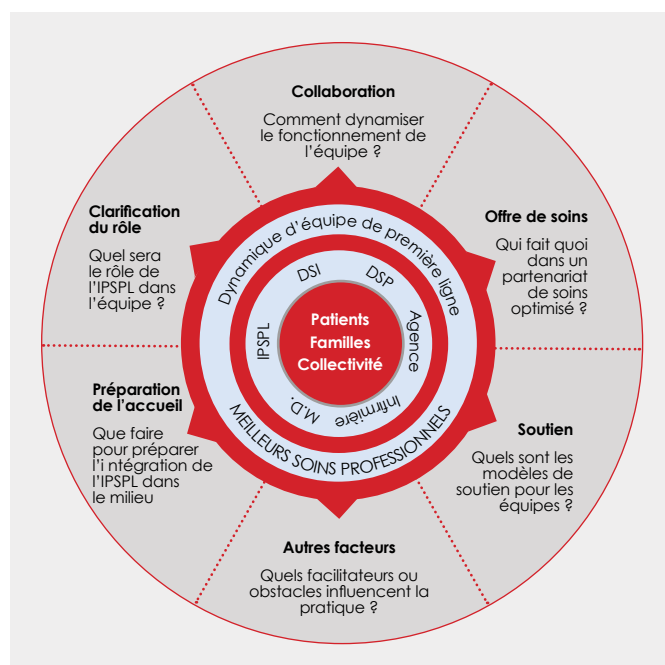
pratique actuelle afin d'établir une vision consensuelle du modèle de suivi de la clientèle.

Pour concevoir un modèle de pratique interprofessionnelle performant, le premier incontournable consiste à planifier correctement l'arrivée de

l'IPSPL. Bien que cela semble banal, trop de milieux planifient peu ou mal l'intégration d'une IPSPL. L'organisation de rencontres d'équipe doit avoir lieu plusieurs mois avant l'embauche et l'accueil de l'IPSPL. Médecins, infirmières, représentants de la

Les résultats de cette recherche, ainsi que des outils d'aide à l'implantation, sont disponibles sur www.ipspl.info.

Figure 1 Schéma d'aide à l'implantation des IPSPL



Source : Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : www.ipspl.info

Direction des soins infirmiers (DSI), autres professionnels de la santé et agents, tous doivent être associés au processus d'intégration.

Cette période de préparation sert à partager les idées, les questionnements et même les craintes au sein de l'équipe. Elle donne le temps d'informer d'autres intervenants comme les pharmaciens communautaires ou encore le personnel des laboratoires et des centres de radiologie. Elle permet de mettre au point l'aspect logistique de l'arrivée de l'IPSP en préparant son horaire et en assurant l'aménagement de son espace de travail et la disponibilité du matériel. Le deuxième incontournable consiste à désigner un porteur de dossier qui sera chargé de soutenir dans le temps le processus d'implantation et la concrétisation du plan d'intégration de l'IPSP (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004).

2 Une définition claire et consensuelle des rôles respectifs

Une analyse réalisée par le MSSS et l'OIIQ sur les rôles respectifs des IPSP, des médecins et des infirmières de GMF montre qu'il existe un chevauchement potentiel des pratiques de ces professionnels (MSSS et OIIQ, 2010). La redéfinition des rôles et des frontières professionnelles n'est pas un processus facile, et elle l'est d'autant moins que ce processus touche des éléments auxquels plusieurs sont sensibles. Cette redéfinition devrait s'appuyer sur plusieurs principes (Sibbald et al., 2006) :

La meilleure façon d'établir des rôles clairs et cohérents est de se donner les moyens d'en discuter, de les essayer et de s'y ajuster de manière collégiale.

- pratiquer à la pleine étendue de son champ d'exercice ;
- contribuer de manière optimale au suivi de la clientèle en fonction de l'expertise propre à chacun ;
- développer son expertise professionnelle.

Par ailleurs, il est essentiel qu'un consensus clair, partagé par tous les membres de l'équipe, permette à chacun de savoir en quoi consiste son rôle, où il commence, où il s'arrête et comment il s'intègre à celui des autres membres. Il ne faut toutefois pas présumer de l'émergence naturelle d'un tel consensus. La meilleure façon d'établir des rôles clairs et cohérents est de se donner les moyens d'en discuter, de les essayer et de s'y ajuster de manière collégiale.

3 Un modèle de suivi cohérent

La littérature propose deux modèles de suivi de la clientèle (DiCenso et Matthews, 2005). Un premier est dit **conjoint** quand l'IPSP et le médecin partenaire prennent conjointement en charge un même groupe de clients.

Le second est dit **consultatif** quand l'IPSP et le médecin partenaire suivent chacun un groupe de clients. L'IPSP consulte le médecin de manière ponctuelle lorsque les activités dépassent son champ d'exercice.

Il est essentiel de discuter du modèle de suivi en adoptant une approche collégiale qui transcende les frontières professionnelles. Sur le fond, aucune donnée fiable ne permet d'affirmer qu'un modèle de suivi est supérieur à l'autre, la plupart des milieux utilisant un modèle hybride. Par contre, il existe une convergence de vues sur un point, à savoir que c'est la cohérence et le caractère évolutif du modèle choisi qui importent.

Les cas analysés dans le cadre de l'étude portent à croire que les liens entre les IPSP, les infirmières et les autres professionnels ne sont pas toujours clairs. On constate aussi que la référence bidirectionnelle de clients entre infirmières et IPSP ou l'échange de conseils concernant la pratique semble favoriser le développement des expertises ainsi que la complémentarité des suivis.

4 Une pratique collaborative qui se développe au fil du temps

Hormis les spécificités de chaque milieu, les modèles de pratique performants des équipes de première ligne reposent sur des pratiques collaboratives (Koren et al., 2010).

Une **pratique collaborative** est un processus de communication et de prise de décision qui permet à chaque professionnel de contribuer de manière synergique aux soins prodigués aux clients/familles en mettant à profit ses connaissances et ses habiletés spécifiques.

Outre le dynamisme, l'ouverture et la confiance mutuelle des professionnels, il existe plusieurs déterminants de la qualité des pratiques de collaboration :

- Premièrement, un leadership positif des responsables, gestionnaires ou cliniciens, auprès de qui les membres de l'équipe pourront chercher du soutien pour régler leurs différends, pour éliminer des irritants ou les aider dans des situations où la communication est difficile.
- Deuxièmement, du temps pour permettre aux membres de l'équipe d'échanger à propos de leurs valeurs, de leur vision du rôle de chacun et de leur contribution à la prestation de soins.

- Troisièmement, une formation pour définir et renforcer les pratiques collaboratives, car ces dernières n'apparaissent pas toujours spontanément (D'amour et al., 2008). La collaboration entre les IPSPL et les infirmières renforce le leadership infirmier local et permet de définir une offre de services qui répond aux besoins non comblés de la clientèle.

5 Un soutien à la pratique

Au-delà du fonctionnement de l'équipe elle-même, il ne faut pas sous-estimer l'importance du rôle que jouent les gestionnaires, la DSI et les adjoints administratifs dans le soutien à la pratique et à son développement.

La littérature révèle que l'implantation de modèles de pratique plus performants s'articule autour de trois sphères d'activités complémentaires, qu'il faut concevoir comme des mécanismes globaux qui préviennent ou répondent aux besoins des équipes cliniques.

- La sphère clinique englobe le soutien centré sur le développement de la pratique des IPSPL. Elle influence la pratique infirmière de l'équipe. Les IPSPL peuvent elles-mêmes contribuer au soutien clinique, notamment par le partage d'avis sur des cas ou par l'animation de formations aux infirmières.
- Une seconde sphère concerne l'équipe et la définition d'un modèle de pratique cohérent et consensuel axé sur des visions communes, un leadership reconnu et des modalités de communication adéquates (Reay et al., 2003).
- Enfin, la sphère systémique s'intéresse à l'intégration des IPSPL au sein du système de soins plus large et composent avec des éléments de planification des services, de communication aux autres secteurs ou de reconnaissance des activités IPSPL.

La littérature scientifique s'intéresse de plus en plus au leadership et à l'innovation infirmière en première ligne. Grâce au déploiement des IPSPL et au rehaussement de la pratique infirmière, les services de première ligne pourraient reposer davantage sur une perspective infirmière et contribuer ainsi à une plus grande satisfaction des clients et des professionnels, tant infirmières que médecins (Carrier et al., 2007 ; Carnwell et Daly, 2003). L'arrivée des IPSPL doit être perçue comme faisant partie de la solution aux défis de notre système de santé, plutôt que comme un projet isolé entraînant un surcroît de travail. ■

Références

- Bryant-Lukosius, D. et A. DiCenso. « A framework for the introduction and evaluation of advance practice nursing roles », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 48, n° 5, déc. 2004, p. 530-540.
- Carnwell, R. et W.M. Daly. « Advanced nursing practitioners in primary care settings: an exploration of the developing roles », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 12, n° 5, sept. 2003, p. 630-642.
- Carrier, J., G. Gardner, S. Dunn et A. Gardner. « The core role of the nurse practitioner: practice, professionalism and clinical leadership », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, n° 10, oct. 2007, p. 1818-1825.
- D'Amour, D., L. Goulet, J.F. Labadie, L. San Martín-Rodríguez et R. Pineault. « A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations », *BMC Health Services Research*, vol. 8, n° 188, 21 sept. 2008, p. 14.
- DiCenso, A. et S. Matthews. *Report on the Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario – Executive Summary*, Toronto, Ministry of Health and Long Term Care, janv. 2005, 24 p. [En ligne : www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nurseprac03/exec_summ.pdf]

Les auteurs



Véronique Chouinard est coordonnatrice d'activités au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).



Mélanie Perroux est responsable d'unité de recherche à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal et directrice de la Chaire de recherche des IRSC – Politiques Connaissances et Santé.



Kelley Kilpatrick est professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.



Astrid Brousselle est professeure agrégée au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke et titulaire de la Chaire de recherche du Canada Évaluation et Amélioration du Système de santé.



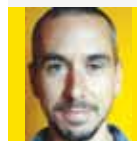
Carl-Ardy Dubois est professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.



Marie-Dominique Beaulieu est professeure titulaire au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal.



Emmanuelle Jean est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski.



Damien Contandriopoulos est professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et titulaire de la Chaire de recherche des IRSC – Politiques Connaissances et Santé.

- Koren, I., O. Mian et E. Rukholm. « Integration of nurse practitioners into Ontario's primary health care system: variations across practice settings », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 42, n° 2, juin 2010, p. 48-69.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Tableau des rôles et responsabilités*, Montréal, MSSS/OIIQ, 27 mai 2010. [En ligne : http://ipspl.info/docs/TableauComparatif_Roles%20et%20Responsabilités.doc]
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des Médecins du Québec (CMQ). *Lignes directrices : pratique clinique de l'infirmière spécialisée en soins de première ligne* (2^e éd.), Montréal, OIIQ/CMQ, 2013, 67 p. [En ligne : https://www.oiiq.org/sites/default/files/2409_ipspl_lignes_directrices_web.pdf]
- Reay, T., K. Golden-Biddle et K. Germann. « Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners », *Journal of Nursing Management*, vol. 11, n° 6, nov. 2003, p. 396-403.
- Sibbald, B., M.G. Laurant et D. Reeves. « Advanced nurse roles in UK primary care », *The Medical Journal of Australia*, vol. 185, n° 1, 3 juill. 2006, p. 10-12.
- Thille, P. et M. Rowan. *The Role of Nurse Practitioners in the Delivery of Primary Health Care: A Literature Review*, (Rapport préparé pour Santé Canada), Rowan Research and Evaluation, Ottawa, 2008.