

## **L'intégration des Infirmières Praticiennes Spécialisées en Première Ligne (IPSPL) : leçons tirées de la littérature et des premières expériences québécoises**

**Damien Contandriopoulos**, Ph.D.<sup>1</sup>; Marie-Dominique Beaulieu, M.D. <sup>1</sup>; Julie Lajeunesse, M.D.<sup>1</sup>; Isabelle Brault, Ph.D. <sup>1</sup>; Astrid Brousselle, Ph.D.<sup>2</sup>; Danielle D'Amour, Ph.D. <sup>1</sup>; Carl-Ardy Dubois, Ph.D. <sup>1</sup>; Kelley Kilpatrick, Ph.D.<sup>1</sup>; Mélanie Perroux, MSc.<sup>1</sup>

L'intégration d'infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL) dans les équipes de soins primaires est une intervention mise de l'avant dans toutes les provinces Canadiennes et dans de nombreux pays. Au Québec, le déploiement des postes d'IPSPL s'est construit conjointement avec le Collège des Médecins du Québec et l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec qui ont participé à la rédaction des règlementations et lignes directrices de la pratique IPSPL. Les écrits montrent que cette intervention est susceptible d'améliorer l'accessibilité des soins et l'efficacité du système (Carter & Chochinov, 2007; Dierick-van Daele, Spreeuwenberg, Derckx, Metsemakers, & Vrijhoef, 2008; Dierick-van Daele et al., 2010). Toutefois, l'introduction d'un nouveau professionnel implique de modifier les modes de pratiques des équipes en place. Pour mieux comprendre comment soutenir ces changements, un projet de recherche cofinancé par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) et le MSSS a permis de réaliser une revue de la littérature scientifique sur le sujet ainsi qu'une étude de six milieux cliniques de première ligne ayant intégré des IPSPL dans trois régions du Québec. L'analyse des résultats obtenus a permis d'identifier cinq thématiques essentielles qui doivent être prises en compte dans l'intégration des IPSPL : la préparation de l'accueil, la définition des rôles, le développement d'un modèle de suivi de la clientèle, une attention explicite au développement de pratiques collaboratives et le soutien aux équipes qui accueillent des

Les résultats de cette recherche sont disponibles sur le site web : [www.ipspl.info](http://www.ipspl.info)

---

<sup>1</sup> Université de Montréal

<sup>2</sup> Université de Sherbrooke

IPSPL. Nos travaux mettent en évidence qu'il ne faut pas tenir ces étapes pour acquises et que dans plusieurs milieux l'intégration des IPSPL est encore conçue comme allant de soi. Voici en résumé l'essentiel du « coffre à outils ».

### **Planifier l'accueil**

Le premier élément pour permettre de développer un modèle de pratique interprofessionnel performant est de planifier correctement l'arrivée de l'IPSPL. Cela peut avoir l'air trivial et pourtant trop de milieux planifient peu ou mal l'intégration de l'IPSPL. Pour atteindre l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux soins, l'intégration des IPSPL implique de repenser les façons de faire. Même s'ils travaillent en groupe, les médecins entretiennent souvent des visions différentes des rôles des divers professionnels et sont parfois individualistes dans leurs façons d'organiser leur pratique clinique. Accueillir une IPSPL est l'occasion de clarifier les rôles de chacun et de discuter de la pratique actuelle afin d'établir un consensus sur une vision commune du modèle de pratique désiré. Le point de départ est d'organiser des rencontres d'équipe préalables à l'embauche de l'IPSPL où tous les acteurs impliqués devraient être invités: médecins, infirmières, représentant de la Direction des Soins Infirmiers (DSI) et de la Direction des Services Professionnels (DSP), agents administratifs, etc. Un second facteur de succès est la désignation d'un porteur de dossier afin de soutenir ce processus et la concrétisation d'un plan d'intégration de l'IPSPL en lien avec les Directions médicale et infirmière.

### **Des rôles clairs et consensuels**

L'importance de définir de manière cohérente le rôle et l'étendue de pratique des IPSPL est l'élément le plus souvent soulevé comme déterminant dans la littérature sur le fonctionnement des équipes qui intègrent des IPSPL (A. DiCenso & Matthews, 2007; Donald et al., 2010; Thille & Rowan, 2008). Une analyse des rôles des IPSPL, des médecins et des infirmières de GMF réalisée par le MSSS et l'OIIQ montre qu'il existe un large chevauchement potentiel dans la pratique de ces professionnels (MSSS & OIIQ, 2010). La littérature scientifique internationale sur la définition du rôle des IPSPL dans les équipes de première ligne, tout comme les données tirées de l'analyse de cas indiquent que de

nombreux éléments contextuels (préférences individuelles, habiletés spécifiques, composition et taille de l'équipe, etc.) viennent influencer les frontières du rôle de chacun (Delamaire & Lafortune, 2010; A. DiCenso & Matthews, 2007; Koren, Mian, & Rukholm, 2010; Martin-Misener, 2006). Trois éléments ressortent toutefois comme fondamentaux. Tout d'abord, le processus de définition des rôles ne touche pas que l'IPSPL mais il englobe les rôles de tous les membres de l'équipe, des médecins au personnel de soutien en passant par les autres professionnels impliqués. Deuxièmement, il faut que les rôles définis permettent à chacun de pratiquer à la pleine étendue de ses capacités et répondent le plus efficacement possible aux besoins de la clientèle. Finalement, quel que soit le type de rôle choisi pour l'IPSPL, il est fondamental d'obtenir un consensus clair, partagé par tous les membres de l'équipe, qui 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 de l'équipe. Or, il ne faut pas présumer de l'émergence naturelle d'un tel consensus. La meilleure manière d'établir des rôles clairs et cohérents est de se donner les moyens d'en discuter, d'essayer et de s'ajuster, au fil du temps, de manière collégiale.

### **Un modèle de suivi de la clientèle cohérent avec la vision et les rôles.**

Il est possible de distinguer deux grands types de modèles de suivi de la clientèle dans les équipes qui intègrent des IPSPL. Un premier modèle que nous avons baptisé "modèle de suivi conjoint" et un second appelé "modèle de suivi consultatif" (A. DiCenso & Matthews, 2007; Sibbald, Laurant, & Scott, 2006). Un modèle est dit conjoint quand l'IPSPL et le médecin partenaire prennent conjointement en charge un même groupe de patients. Dans un tel modèle, les patients peuvent être vus par les deux professionnels à différentes étapes du suivi. À l'inverse, un modèle est dit consultatif quand l'IPSPL et le médecin partenaire suivent chacun un groupe de patients et où l'IPSPL consulte de manière *ad hoc* le médecin pour la soutenir dans le suivi des patients dont elle est responsable. Dans ce second modèle, la plupart des patients suivis par l'IPSPL ne sont pas vus par le médecin sauf en cas de besoins spécifiques et ponctuels.

Sur le terrain, les données montrent que les modèles implantés en pratique sont généralement des hybrides entre les deux types présentés ici. Par exemple, les règlements

liés au fonctionnement des GMF font en sorte que la rencontre initiale lors de l'inscription d'un nouveau patient se fait généralement conjointement même quand le reste du suivi fonctionne selon un modèle de suivi consultatif. Par ailleurs, dans les cas analysés le suivi consultatif semble plus fréquent que le suivi conjoint.

En l'état actuel des connaissances, il n'existe pas de preuve suffisamment solide pour affirmer qu'un modèle de suivi qui soit, en lui-même, supérieur aux autres. C'est la cohérence du modèle global de suivi qui compte. Si le modèle de suivi que l'équipe veut implanter est incompatible avec la nature de la clientèle suivie, avec la composition de l'équipe ou avec le niveau d'expérience de l'IPSP, alors le fonctionnement de ce modèle entraînera des dysfonctionnements et des frustrations. Pour cette raison, un modèle qui fonctionne très bien dans un milieu peut se révéler moins inapproprié dans un autre milieu. Trois facteurs semblent déterminants à considérer dans le choix du modèle de suivi: les caractéristiques de la clientèle, l'expérience et les préférences de l'IPSP et le nombre de médecins partenaires.

### **Une pratique collaborative qui se développe dans le temps**

Au-delà des spécificités de chaque milieu, les modèles de pratique des équipes de première ligne performantes reposent sur une pratique collaborative efficace. La 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 patients et à leurs proches, aux familles et aux populations par leurs connaissances et habiletés spécifiques. Il existe de nombreux déterminants de la qualité des pratiques de collaboration, mais de manière pratique trois éléments importants peuvent être identifiés. Premièrement, un leadership positif de responsables, gestionnaires et cliniciens, auprès de qui les membres de l'équipe peuvent chercher du soutien pour régler des situations où la communication est difficile. Deuxièmement, du temps pour échanger et permettre aux membres de l'équipe de partager sur le plan des valeurs, de la vision du rôle et de la contribution dans la prestation de soins. Troisièmement, les pratiques collaboratives n'apparaissent pas toujours spontanément et de la formation est souvent nécessaire au développement d'une pratique collaborative. Enfin, les écrits sur la pratique collaborative

nous apprennent qu'en restant centrés sur les patients, les différends sont réduits et les façons de travailler définies profitent aux patients et à leurs proches (Goldman, Meuser, Rogers, Lawrie, & Reeves, 2010; Way, Jones, & Busing, 2000).

### **Le soutien aux équipes qui accueillent des IPSPL.**

La capacité à développer des pratiques cliniques performantes qui répondent aux besoins de la clientèle et qui sont satisfaisantes pour les professionnels dépend principalement du dynamisme, de l'ouverture et de la confiance mutuelle des cliniciens eux-mêmes. Mais il ne faut pas sous-estimer le rôle central que jouent les gestionnaires des CSSS, les DSI, les DSP et les adjoints administratifs des cliniques dans le soutien à la pratique (Reay, Golden-Biddle, & Germann, 2003). La littérature identifie trois sphères d'activités complémentaires pour soutenir adéquatement les équipes de première ligne qui intègrent des IPSPL. La première sphère englobe le soutien clinique centré sur le développement et le soutien de la pratique des IPSPL. La seconde concerne l'équipe et vise le développement d'un modèle de pratique cohérent et consensuel. La troisième englobe le soutien de niveau systémique visant à mettre en place les conditions d'une pratique interdisciplinaire performante et à intervenir pour résoudre les dysfonctionnements dans les trajectoires de patients et la capacité de pratique des IPSPL. À travers ces trois niveaux d'intervention, il est important de concevoir le soutien comme une réponse aux besoins de l'ensemble des équipes cliniques pour pouvoir établir et mettre en pratique de nouveaux modèles de pratique plus performants.

En conclusion, il est frappant de constater le niveau de convergence entre les conclusions des travaux qui visent à identifier les caractéristiques des équipes de soins primaires performantes (Beaulieu et al., 2006; MSSS, 2008) et les conclusions des recherches sur les conditions favorables à l'intégration d'IPSPL en première ligne (A. DiCenso & Matthews, 2007; Alba DiCenso et al., 2010; Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt, & Dicenso, 2011). Les efforts nécessaires au succès de l'intégration des IPSPL sont, pour l'essentiel, contributifs à l'optimisation de la pratique. En ce sens, l'arrivée des IPSPL n'est

pas un problème qui demande un effort, mais au contraire une partie de la solution aux problèmes de notre système de soins.

## Références :

- Beaulieu, Marie-Dominique, Denis, Jean-Louis, D'Amour, Danielle, Goudreau, Johanne, Haggerty, Jeannie, Hudon, Éveline, . . . Lebeau, Ronald. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle – Étude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec*. Montréal: Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale - Recherche financée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le Fonds de la recherche en santé du Québec et la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Carter, A. J., & Chochinov, A. H. (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medical Care*, 9(4), 286-295.
- Delamaire, Marie-Laure, & Lafortune, Gaetan. (2010). *Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*. Éditions OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>.
- DiCenso, A., & Matthews, S. (2007). Report of the Nurse Practitioner Integration Task Team submitted to the Ontario Minister of Health and Long-Term Care (pp. 1-44). Toronto, ON: Ministry of Health and Long-Term Care.
- DiCenso, Alba, Bryant-Lukosius, Denise, Martin-Misener, Ruth, Donald, Faith, Abelson, Julia, Bourgeault, Ivy, . . . Harbman, Patricia. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23, 211-238.
- Dierick-van Daele, A. T., Spreeuwenberg, C., Derckx, E. W., Metsemakers, J. F., & Vrijhoef, B. J. (2008). Critical appraisal of the literature on economic evaluations of substitution of skills between professionals: a systematic literature review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 14(4), 481-492.
- Dierick-van Daele, A. T., Spreeuwenberg, C., Derckx, E. W., van Leeuwen, Y., Toemen, T., Legius, M., . . . Vrijhoef, H. J. (2010). The value of nurse practitioners in Dutch general practices. *Quality in Primary Care*, 18(4), 231-241.
- Donald, F., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Kioke, S., . . . DiCenso, A. (2010). The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, *Sous presse*.
- Goldman, J., Meuser, J., Rogers, J., Lawrie, L., & Reeves, S. (2010). Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. [I]. *Canadian Family Physician*, 56(10), e368-e374.
- Koren, I., Mian, O., & Rukholm, E. (2010). Integration of nurse practitioners into Ontario's primary health care system: variations across practice settings. [I]. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(2), 48-69.
- Martin-Misener, R. (2006). *Defining a role for primary health care nurse practitioners in rural Nova Scotia*. (Ph.D.), University of Calgary, Calgary, Ab.

- MSSS. (2008). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux Équipe d'évaluation des GMF Direction de l'évaluation.
- MSSS, & OIIQ. (2010). Tableau des rôles et responsabilités,. In *TableauComparatif\_Roles et Responsabilités* (Ed.), (27 mai 2010 ed.): Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec.
- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2003). Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. [I]. *Journal of nursing management*, 11(6), 396-403.
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., & Dicenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *J Adv Nurs*, 67(6), 1178-1190. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x
- Sibbald, B., Laurant, M. G., & Scott, T. (2006). Changing task profiles. In A. B. Saltman, A. Rico & W. G. W. Boerma (Eds.), *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire, UK: Open University Press.
- Thille, P., & Rowan, M. S. (2008). *The Role of Nurse Practitioners in the Delivery of Primary Health Care: A Literature Review*: Health Canada.
- Way, D., Jones, L., & Busing, N. (2000). *Implementation Strategies: "Collaboration in Primary Care – Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care"* (pp. 1-12). Toronto, ON: Ontario College of Family Physicians.