

## Le soutien aux équipes qui intègrent des IPSPL

La capacité à développer des pratiques cliniques performantes et 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 en place, la DSI et les adjoints administratifs dans le soutien à la pratique et à son développement. La présente fiche discute des modalités de soutien aux équipes de première ligne qui intègrent des IPSPL.



### Définition du soutien à la pratique

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 sphère concerne l'équipe et vise le développement d'un modèle de pratique cohérent et consensuel. La troisième sphère englobe le soutien au niveau du système de soins dans son ensemble et vise à favoriser le développement et l'optimisation du suivi de la clientèle et à soutenir l'intégration des IPSPL au sein du système de soins. La figure 1 illustre cette division des besoins des équipes en trois sphères complémentaires. Les prochaines sections abordent la description détaillée de chacune des sphères.

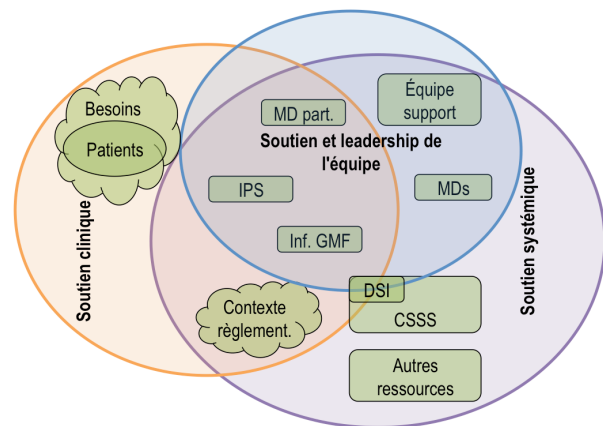


Figure 1: Les trois sphères de soutien aux équipes



### Source et validité des recommandations

Les informations présentées ici proviennent de deux sources. La première est constituée des résultats d'une revue systématique de la littérature scientifique sur la pratique infirmière avancée en première ligne. La seconde source d'information provient du résultat de six études de cas dans des milieux qui accueillent des IPSPL, réparties dans trois régions sociosanitaires du Québec. Le détail des procédures méthodologiques utilisées pour chacune de ces deux composantes de recherche est présenté dans la rubrique Méthodologie sur [www.ipspl.info](http://www.ipspl.info). L'analyse des données produites dans chacune des deux composantes a servi à informer l'autre. Ainsi, les données issues de la littérature scientifique ont été analysées en lien avec les modalités d'encadrement de la pratique IPSPL en vigueur au Québec tandis que les données empiriques ont été interprétées en fonction des thèmes identifiés dans la littérature.

La nature des pratiques de gestion et de leadership qui permettent de soutenir les équipes cliniques fait en sorte qu'il est difficile d'analyser l'efficacité de ces pratiques sans tenir compte de l'influence du contexte professionnel, organisationnel et réglementaire. Les recommandations proposées synthétisent les pratiques de gestion les plus fréquemment associées au développement et au renforcement de pratiques cliniques performantes. À ce sujet, il faut



noter que s'il existe un consensus fort dans la littérature pour défendre l'idée qu'un soutien approprié des équipes est un déterminant important du succès de l'implantation des IPSPL. Cette même littérature ne propose que très peu de recommandations concrètes sur la manière dont ce soutien doit être offert. L'expertise de l'équipe de recherche en analyse organisationnelle et en gestion a servi pour élargir la base de connaissances utilisée de manière à suggérer des pistes plus instrumentales.



## Les trois sphères du soutien aux équipes

Tout d'abord, il faut rappeler que le plan de déploiement des IPSPL de première ligne au Québec repose sur l'intégration d'IPSPL dans des milieux cliniques très différents. Selon les cas, les IPSPL peuvent ainsi travailler en GMF, en CLSC-GMF, en CLSC ou encore dans des UMF. Selon le milieu de pratique, la complexité des structures administratives, les ressources disponibles, les responsabilités de gestion et les processus de soutien vont varier de manière considérable. Par ailleurs, il faut rappeler que les IPSPL sont embauchées, rémunérées, et dépendent hiérarchiquement du CSSS mais sont généralement déployées dans des organisations indépendantes de ce dernier. Selon les milieux, le déploiement des IPSPL est soit directement sous la direction des soins infirmiers soit sous la responsabilité de la Direction des Soins Physiques avec une vision plus médicale et la Direction des Soins Infirmiers obtient un rôle-conseil pour la pratique clinique des IPSPL. La participation active de la Direction des Soins Infirmiers dans le déploiement semble plus favorable au développement du potentiel de l'IPSPL au sein d'une pratique infirmière élargie. Le présent document est délibérément rédigé de manière générique pour pouvoir être applicable indépendamment des caractéristiques du milieu de pratique.

Par ailleurs, s'il est utile de diviser la discussion sur le soutien aux équipes en trois sphères, cette division ne doit pas faire oublier que ces niveaux sont interdépendants et doivent, en pratique, être intégrés.



### *Le soutien clinique*

La première sphère, que nous appelons ici soutien clinique, a pour objectif de soutenir l'IPSPL dans sa pratique clinique auprès des patients, élément le plus important du rôle d'IPSPL. Il inclut l'évaluation physique, mentale, familiale et sociale du patient ainsi que l'élaboration et le suivi d'un plan de traitement, en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle. Le soutien de niveau clinique aux IPSPL dans de petites équipes de première ligne accueillant leur première IPSPL repose beaucoup sur la collaboration des médecins partenaires. Toutefois, les données empiriques semblent montrer que la rémunération principalement à l'acte des médecins partenaires et leur présence à temps partiel dans les cliniques complique le soutien à la pratique clinique des IPS. Pour cette raison, certaines DSI ont favorisé l'implantation des IPSPL dans des milieux ayant des contextes plus favorables comme des CLSC ou des UMF. À terme, au fur et à mesure que le plan de déploiement des IPSPL au Québec avancera, les fonctions de soutien clinique pourront aussi échoir à des IPSPL d'expérience déjà intégrées aux équipes.



Le pouvoir de prescrire et l'autonomie décisionnelle sont deux facteurs déterminant du plein déploiement du rôle de l'IPSPL. L'expérience acquise dans d'autres provinces et d'autres pays converge avec les données de nos études de cas au Québec à savoir que certaines IPSPL ne peuvent déployer pleinement leur rôle. Les IPSPL font face à des problèmes pratiques sur le plan de la prescription de médicaments, d'examen diagnostiques et sur le retour des rapports de consultation. Ces problèmes sont parfois liés à des dysfonctionnements administratifs et parfois à l'opposition de certains professionnels comprenant mal ce rôle. Le soutien aux IPSPL doit permettre d'aplanir ces difficultés ce qui est souvent la compétence du CSSS. Les IPSPL doivent être soutenues dans la négociation sur deux niveaux, clinique et systémique, surtout auprès des partenaires de soins, et ce dans le but d'établir leur champ de pratique à sa pleine étendue. Des suivis doivent être faits pour aplanir les difficultés rencontrées et nous y reviendrons plus loin.

L'optimisation du potentiel des IPSPL passe aussi par le développement et la capacité à mettre en pratique l'application optimale du jugement clinique et de l'autonomie décisionnelle de l'IPSPL. Il s'agit là de compétences qui se développent avec le temps et reposent sur la qualité de la collaboration interprofessionnelle (voir la fiche sur [www.ipspl.info](http://www.ipspl.info)) et sur la cohérence du modèle de suivi de la clientèle (voir la fiche sur [www.ipspl.info](http://www.ipspl.info)). De même, l'accès à des activités de formation continue est un aspect important du développement d'une pratique clinique de qualité, tant pour les IPSPL que pour les médecins ou les autres professionnels. Il n'y a pas de consensus concernant les heures de formation continue requises pour soutenir la pratique des IPSPL mais les écrits identifient le manque de disponibilité de formations spécifiques, les difficultés à se libérer du travail et la distance à parcourir pour se rendre à une formation comme des obstacles importants. L'accès à la formation en ligne peut être une solution envisagée.

Selon les données recueillies dans les cas, on dénote une grande variabilité dans le déploiement du rôle d'IPSPL. Dans les milieux où l'étendue de pratique de l'IPSPL est plus large et où on peut voir une progression dans la définition du rôle on constate plusieurs déterminants : une vision de la part du CSSS et de sa DSI à propos du potentiel des IPSPL comme catalyseur d'optimisation de la première ligne, des rencontres conjointes entre la DSI et le médecin partenaire, une vision commune et négociée du rôle d'IPSPL, l'utilisation de l'expertise complémentaire des membres de l'équipe de soins et un travail en collaboration avec les infirmières cliniciennes, un accompagnement soutenu de la part de la DSI pour la pratique des IPSPL et les projets qu'elles souhaitent développer. De plus, on remarque que le pouvoir de prescription et l'autonomie des IPSPL ont été discutés et clarifiés auprès de l'ensemble de l'équipe de soins incluant l'équipe médicale.



### *Le soutien de l'équipe*

Il existe des preuves robustes dans la littérature à l'effet qu'un leadership fort et un soutien cohérent aux équipes de première ligne favorisent l'émergence d'un modèle performant de suivi de la clientèle (voir la fiche sur [www.ipspl.info](http://www.ipspl.info)). Les données tirées de nos cas confirment cette idée. Par ailleurs, nos analyses de cas montrent une très grande variabilité dans les structures administratives en place et dans la mobilisation des intervenants (ex. responsable de clinique; infirmier-chef d'unité; ASI; médecin responsable de la clinique; DSI, etc.). Il n'existe que



rarement des lignes claires pour répartir les responsabilités des gestionnaires des différents niveaux hiérarchiques. D'après la littérature, les caractéristiques des équipes de première ligne (petit groupe de professionnels, forte autonomie des participants, centralisation du pouvoir au niveau des opérations) favorisent un fonctionnement peu formalisé et des structures peu hiérarchisées. Ce type de structure donne de bons résultats quand il existe une vision consensuelle des buts et des valeurs de l'organisation. Un leadership positif d'une ou de quelques personnes clés qui cumulent une légitimité forte et une idée claire des fins doit être présent. À l'inverse, les risques inhérents à ces structures sont que des processus de travail sous-optimaux peuvent s'installer et que personne ne se sente imputable de s'impliquer pour résoudre les problèmes.

Pour favoriser l'émergence et le maintien d'une vision commune des objectifs et des valeurs au sein de l'équipe, l'élément central est de se doter de mécanismes de communication efficaces. La communication doit reposer de manière équilibrée à la fois sur des mécanismes formels (réunions d'équipe, discussions thématiques, identification de responsables par problématique) et sur l'existence d'opportunités d'échanges informels. Dans le contexte de l'introduction d'une IPSPL, des personnes doivent être en mesure de jouer un rôle intégratif entre les disciplines médicale et infirmière (en anglais le terme est "*boundary spanning role*"). Dans certaines équipes, c'est une personne de la DSI du CSSS qui assume ce rôle, dans d'autres équipes c'est le médecin partenaire. Ici encore il n'existe pas de bases solides pour défendre une opérationnalisation spécifique, mais plusieurs sources de données crédibles suggèrent que le principe lui-même est important.

De la même manière, il doit y avoir un équilibre entre des communications directes (par exemple, une discussion entre deux professionnels pour améliorer un processus de travail sous-optimal) et des communications indirectes (par exemple, transmettre à la personne responsable d'un dossier spécifique des suggestions sur des améliorations possibles). En effet, selon les personnes, les sujets et les contextes, les communications directes ou indirectes sont plus ou moins appropriées. Dans un processus de changement, les tensions et les divergences dans les préférences et les opinions sont normales. Dans certains cas, les tensions se règlent mieux par une discussion en personne. Résoudre des désaccords directement au sein de l'équipe fait partie du processus de création de la dynamique d'équipe. Toutefois, la possibilité de pouvoir compter sur l'intervention neutre d'une tierce partie est un atout. Le soutien d'une personne dont le mandat est de conserver une vision d'ensemble des processus de travail, du modèle de suivi de la clientèle et des buts de l'équipe semble déterminant. Un des rares articles qui traite spécifiquement des modèles de gestion nécessaires pour soutenir l'introduction des IPSPL décrit une telle perspective comme une vue du balcon par opposition au fait d'être absorbé par les contraintes du quotidien (Dans leurs mots: "an effective managerial strategy is to observe the team as if the manager is looking from a balcony" (Reay, Golden-Biddle & Germann 2003 p.402). Ici encore il existe probablement plusieurs alternatives possibles pour l'attribution de cette fonction. Ce qui importe est de pouvoir compter sur une personne qui aura à la fois la légitimité, la capacité et la motivation de jouer ce rôle. À ce sujet, bien que sur le plan formel, l'IPSPL relève



souvent directement de la direction des soins infirmiers, nos résultats montrent que le niveau d'implication des DSI varie considérablement. Certaines DSI semblent réticentes à s'ingérer dans les activités du milieu clinique et il est probablement pertinent qu'il y ait une réflexion collective sur son rôle et sa contribution au soutien de l'équipe. D'après nos données, l'implication des DSI semble favoriser le déploiement de l'étendue du champ de pratique, la mise en œuvre des compétences infirmières en première ligne tout en favorisant les innovations dans le suivi des patients et l'optimisation de la prise en charge d'équipe et du rôle de chacun de ses membres.

Au final, ce qui caractérise les meilleures pratiques dans le soutien et le leadership au niveau des équipes c'est d'une part l'existence de plusieurs canaux de communication possibles facilement mobilisables en fonction des besoins et, d'autre part, l'implication active de gestionnaires ou de responsables exerçant un leadership actif pour soutenir le changement. De même, l'accessibilité des mécanismes de communication à tous les membres de l'équipe et une vision de l'équipe interdisciplinaire sont des principes fondamentaux. Enfin, des discussions d'équipe incluant les IPSPL et non seulement les médecins favorisent l'intégration et plus largement, contribuent au développement d'une pratique optimale.



### *Le soutien systémique*

Au-delà de leur fonctionnement interne, les équipes de première ligne sont aussi intégrées dans des systèmes de soins plus larges. Que ce soit les politiques concernant la facturation, l'inscription des nouveaux patients, les règles du guichet d'accès pour les clientèles orphelines (GACO), les références pour des tests ou des soins spécialisés, le fonctionnement des équipes de première ligne est fortement structuré par l'environnement dans lequel elles pratiquent. L'introduction d'une IPSPL, comme tout autre changement au mode de pratique, implique un ajustement et des communications entre l'équipe de première ligne et son environnement externe. C'est la troisième sphère de soutien dans le modèle présenté ici. Toutefois, le rôle des IPSPL est relativement nouveau et une partie de ce rôle est à l'interface entre la médecine et les soins infirmiers. Les IPSPL doivent pouvoir compter sur la collaboration des autres acteurs de l'environnement externe (médecins spécialistes, services diagnostiques, pharmaciens, etc.) pour remplir leurs responsabilités. C'est pourquoi la sphère de soutien systémique est particulièrement importante pour l'intégration d'une IPSPL au sein d'une équipe de soins.

#### *Le mandat de la Direction des Soins Infirmiers (DSI) du CSSS*

Au-delà de la variabilité des caractéristiques des milieux, un des invariants du modèle de déploiement au Québec est la centralité de la DSI dans le soutien aux IPSPL. Quel que soit leur lieu de pratique, les IPS de première ligne sont employées par un CSSS et le modèle de déploiement confie à la DSI un rôle central dans le développement du modèle de pratique et dans le soutien et l'encadrement de la pratique. Selon les règlements en vigueur, le mandat de soutien de la DSI doit se faire en collaboration avec les autres instances impliquées, entre autres avec les comités d'implantation régionaux et locaux pour l'identification des milieux de pratique le soutien aux équipes et les communications et avec le chef de département clinique et le CMDP pour ce qui est de la surveillance des activités médicales exercées par les IPS.



Le plan de déploiement des IPSPL en vigueur au Québec confie aux comités d'implantation régionaux et locaux le mandat d'élaborer un plan de communication pour s'assurer que les services diagnostiques, les pharmaciens et les autres ressources du CSSS soient au courant de l'arrivée d'une IPSPL. Ces communications visent aussi l'explication et l'appropriation du champ de pratique et des procédures en vigueur concernant l'IPSPL. Toutefois, même si un tel plan est élaboré et mis en œuvre, il faut anticiper que des difficultés pratiques se manifestent. Il est donc important que les équipes cliniques puissent compter sur un soutien systémique en mesure d'identifier les solutions appropriées et de s'assurer que les problèmes soient réglés. Certains de ces problèmes sont de niveau local, d'autres de niveau régional et d'autres encore de niveau provincial. Les personnes responsables du soutien systémique doivent donc remplir leur fonction en synergie avec les différents décideurs concernés.

Le plan de déploiement confie à la DSI (voir encadré) un rôle central. Pour être en mesure de remplir ce mandat, la DSI doit disposer de temps et d'une excellente connaissance du milieu local. C'est pourquoi en pratique, certaines DSI confient les fonctions d'encadrement immédiat à des responsables locaux et conservent la responsabilité du soutien systémique. D'après les données empiriques, il semble important que la personne désignée se sente investie d'un mandat afin d'être à même de négocier des compromis entre les différents acteurs touchés par le déploiement des IPSPL. Il s'agit donc d'avoir une vision long terme forte concernant le potentiel d'optimisation de la première ligne et du rôle infirmier des IPSPL et d'appliquer cette vision à l'échelle territoriale lors du plan de déploiement. La DSI est donc dans une recherche d'équilibre afin à la fois d'inspirer la mise en application de cette vision tout en l'adaptant aux besoins structures accueillant les IPSPL et en s'assurant du bien-être de ses dernières.

À travers ces trois sphères, 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. L'arrivée des IPSPL n'est pas un problème qui demande du travail, mais au contraire une partie de la solution aux problèmes de notre système de soins.



### En savoir plus:

OIIQ, & CMQ (2008). Soins de première ligne: Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Montréal: Document conjoint Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec et Collège des Médecins du Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2013). Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise. Retrieved March 21st 2013 from <http://www.oiiq.org/sites/default/files/3385-Memoire-IPS.pdf>

Beaulieu, M.D., Haggerty, J., Tousignant, P., Barnsley, J., Hogg, W., Geneau, R. et al. (2013). Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. *Canadian Medical Association Journal*, 185(12), e590-e596. DOI:10.1503 /cmaj.121802





DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Donald, F., Kilpatrick, K., Carter, N., Abelson, J., Bourgeault, I., Kaasalainen, S., Harbman, P. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(Special Issue), 211-238.

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.

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.



### Citer le présent document

Projet IPSPL.info (2014). Fiche d'information sur le soutien à la pratique: Le soutien aux équipes qui intègrent des IPSPL. Montréal. (octobre 2014). [www.ipspl.info](http://www.ipspl.info)