



Plusieurs modèles de suivi mais aucune recette toute faite

Le modèle de pratique des IPSPL de première ligne au Québec, tel qu'il est décrit dans les documents officiels et les règlements, est un modèle où l'IPSPL et son médecin partenaire prennent collectivement en charge les besoins des patients. Cependant les modalités précises à travers lesquelles ce suivi est mis en œuvre peuvent prendre différentes formes.



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. 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.



Une typologie des modèles de suivi de la clientèle.

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 nommerons ici "modèle de suivi conjoint" et un second appelé "modèle de suivi consultatif". 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. Par exemple, un même patient pourra être vu à la fois par l'IPSPL et le médecin lors d'une visite ou encore être vu par l'IPSPL lors d'une visite et par le médecin lors d'une visite subséquente. 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, l'analyse des cas permet trois constats généraux sur les modèles de suivi implantés. Premièrement, les modèles mis en place par les équipes ne sont généralement pas le produit d'un choix explicite. Le modèle implanté semble plutôt émerger par essai et erreur. Deuxièmement, les données empiriques 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. Finalement, dans les cas analysés le suivi consultatif semble nettement plus fréquent que le suivi conjoint.



Les modèles doivent être adaptés aux équipes

Ni les données tirées de la revue de la littérature ni l'analyse des cas empiriques ne permettent de suggérer qu'il existe un modèle de suivi qui soit, en lui-même, supérieur aux autres. En revanche, il existe des preuves convergentes qui soutiennent l'idée que 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'IPSPL, 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 complètement 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'IPSPL et le nombre de médecins partenaires.

L'élément le plus important à prendre en compte dans le choix du modèle de suivi est la nature et la lourdeur de la clientèle suivie par l'IPSPL. La définition du champ de pratique des IPSPL au Québec, l'éventail limité des tests diagnostiques et des médicaments pouvant être prescrits par l'IPSPL ainsi que les procédures pour la référence de leurs patients auprès de médecins spécialistes, compliquent le suivi de clientèles lourdes par l'IPSPL. En pratique, le suivi par l'IPSPL de clientèles lourdes selon un modèle consultatif entraîne un besoin constant de faire appel au médecin partenaire ce qui se traduit par une duplication du suivi et des frustrations de part et d'autre. Dans les équipes qui favorisent un modèle de suivi consultatif, il est donc fondamental d'établir des paramètres à propos des caractéristiques de la clientèle confiée à l'IPSPL et de s'assurer qu'il est possible pour celle-ci de répondre à la majorité des besoins de cette clientèle à l'intérieur de son champ de pratique. Il est aussi important de comprendre que ceci signifie potentiellement un alourdissement de la complexité moyenne des patients suivis par le médecin partenaire. Les cliniques dont les nouveaux patients sont principalement issus des guichets d'accès régionaux doivent anticiper une clientèle lourde dont le suivi autonome à l'intérieur de son champ de pratique par une IPSPL travaillant selon un modèle de pratique de suivi consultatif pose des défis importants.

Le second élément à prendre en compte est donc l'expérience et les préférences de l'IPSPL. La littérature montre de manière convaincante que la première année de pratique d'une IPSPL nouvellement diplômée est une année de transition vers l'occupation de son plein champ de pratique et le développement de son autonomie. De même, les données empiriques montrent que la lourdeur des cas qu'une IPSPL est capable de suivre efficacement varie considérablement en fonction de son niveau d'expérience. Le modèle de suivi doit donc tenir compte de la lourdeur de la clientèle et de l'expérience de l'IPSPL simultanément. Il est aussi important que le modèle de suivi puisse évoluer au fur et à mesure que l'IPSPL gagne en expérience et qu'il permette à la personne qui occupe ce poste de pratiquer à pleine étendue de pratique. Par ailleurs, un peu à



l'image de la très grande variabilité des profils de pratique des médecins omnipraticiens, les préférences et les habiletés de la personne qui occupe le poste d'IPSPL et du médecin partenaire doivent jouer un rôle dans l'élaboration du modèle de suivi. Sur le terrain, nous observons que la pratique de l'IPSPL est souvent définie en complémentarité avec celle des médecins ou selon les préférences personnelles de celle-ci en fonction des besoins identifiés par le médecin partenaire ou le CSSS. Ici encore, il apparaît important que ces paramètres restent ouverts et puissent être redéfinis avec le temps.

Le troisième élément à considérer est le nombre de médecins partenaires. Même si la littérature est peu spécifique sur le nombre optimal de médecins partenaires pour une IPSPL, l'analyse des cas suggère qu'il existe probablement un nombre optimal entre 2 et 4. Un seul médecin partenaire pose des défis logistiques lors de l'absence de ce dernier. À l'inverse, plus il y a de médecins partenaires, plus cela demande de l'adaptation à l'IPSPL, le lien de confiance se construisant lentement et de manière inégale entre chaque personne. Ainsi, l'analyse des cas indique que le temps requis pour les questions de l'IPSPL diminue au fur et à mesure que le lien de confiance entre le médecin et l'IPSPL se renforce et avec l'expérience acquise par l'IPSPL. Il est par ailleurs plausible de croire que le modèle de suivi conjoint demande une collaboration plus poussée entre l'IPSPL et le médecin et que le nombre optimal de médecins partenaires devrait être restreint. Finalement, il est fondamental que les modalités de communication entre l'IPSPL et les médecins partenaires soient cohérentes avec le modèle de suivi mis en place.



Symptômes de modèles dysfonctionnels

Les analyses de cas que nous avons réalisées ont permis de constater que certaines caractéristiques des modèles de suivi implantés donnaient lieu à des dysfonctionnements pratiques. De tels dysfonctionnements sont des symptômes que le modèle de suivi implanté doit être revu et adapté. Par exemple, dans un modèle de suivi consultatif, si l'IPSPL ne peut suivre ses patients que lorsque le médecin au nom duquel ils sont inscrits est présent, ceci peut compliquer la prise de rendez-vous et sévèrement limiter l'efficacité du modèle alors même qu'il n'existe aucune obligation légale à ce paramètre. Dans certains milieux analysés, la constitution d'un *case load* satisfaisant de patients suivis par l'IPSPL était difficile, malgré la disponibilité de celle-ci. Ceci constitue un indice à prendre au sérieux que le modèle de suivi est sous-optimal. De même, dans certains des cas étudiés, une interprétation tatillonne des modalités de pratique de l'IPSPL rendait le fonctionnement quotidien d'un modèle de suivi consultatif très lourd et le transformait en un modèle où le médecin exerçait de facto une supervision de la pratique de l'IPSPL. Un tel modèle de supervision, où beaucoup du suivi se trouve dédoublé, n'est pas désirable et le CSSS peut alors être interpellé afin de contribuer à optimiser la situation.



Les caractéristiques des modèles performants

Il est possible de porter un jugement sur la désirabilité d'un modèle de suivi à l'aune de trois



caractéristiques désirables pour la pratique professionnelle. Ces caractéristiques sont une pratique *de groupe; interdisciplinaire et collaborative*. Ce que nous appelons pratique de groupe est caractérisé par la mise en commun à la fois des ressources et des responsabilités au sein de l'équipe. Nous utilisons le terme interdisciplinaire pour décrire le fait que le modèle de prise en charge repose sur la mise en commun des expertises complémentaires de chacun des professionnels (voir la fiche Définition des rôles sur www.ipspl.info). Finalement, nous décrivons comme collaboratives des modalités de communication et de partage des tâches qui optimisent l'efficacité et la qualité des soins (voir la fiche Collaboration sur www.ipspl.info .)

Il est ainsi important de réfléchir au modèle de suivi en ayant une vision collégiale de l'équipe au-delà des frontières professionnelles. Si seulement une partie des médecins de la clinique travaillent en collaboration avec l'IPSPL, quelles sont les relations entre l'IPSPL et ces autres médecins ? Peut-elle s'adresser à eux en cas de besoin ? Selon quelles modalités ? Quelles sont les modalités de collaboration entre l'IPSPL et les infirmières cliniciennes ou les autres professionnels ? Les cas analysés suggèrent que les liens entre les IPSPL et les infirmières cliniciennes ou les autres professionnels ne sont pas toujours clairs. Certaines IPSPL réfèrent des patients aux cliniciennes d'autres non. Certaines cliniciennes peuvent demander des conseils aux IPSPL pour améliorer l'étendue de leur propre pratique, mais à l'inverse l'IPSPL, surtout si elle est candidate, peut aussi apprendre des cliniciennes qui ont une spécialisation, et ainsi améliorer la complémentarité dans les suivis.



L'importance de définir un modèle de suivi

Le processus d'identification et de mise en œuvre d'un modèle de suivi devrait toujours rester centré sur les deux finalités ultimes de l'exercice que sont la qualité des soins et du suivi et l'accessibilité aux soins. Il existe toutefois un certain niveau de tension entre ces deux objectifs. Consacrer beaucoup de ressources à un petit nombre de patients peut maximiser la qualité, mais nuire à l'accessibilité tandis que d'assurer le suivi d'un grand bassin de patients avec peu de ressources va exercer la pression inverse. Le modèle de suivi devrait être centré sur l'idée de maximiser la qualité et l'accessibilité de manière équilibrée.

Les données sur l'analyse des conditions de succès de l'implantation d'infirmières praticiennes convergent sur l'importance de clarifier les grandes lignes du modèle de suivi. De manière générale, il est important pour les équipes d'être réflexifs et attentifs à la cohérence du modèle implanté avec les contraintes pratiques et d'optimiser les pratiques si cela est nécessaire. De même, il s'agit de s'assurer d'un consensus au sein de l'équipe et avec le CSSS sur ces grandes lignes et une cohérence des modes de pratique individuels avec le modèle de suivi. La cohérence dans la définition du modèle de pratique est un déterminant crucial de la qualité de la collaboration interprofessionnelle et de la capacité à établir une définition opérationnelle des rôles de chacun. Les données empiriques suggèrent que les milieux performants dans leur suivi sont des sources d'inspiration qui peuvent inciter de nouveaux milieux à intégrer le rôle d'IPSPL. Il existe aussi des données crédibles qui suggèrent que la définition d'un modèle de suivi



cohérent est un déterminant important de la satisfaction au travail dans les équipes interdisciplinaires de première ligne.



En savoir plus:

- DiCenso, A., & Matthews, S. (2007). Report on the Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario. Toronto, ON: Ministry of Health and Long Term Care.
- OIIQ, & CMQ. (2006). L'infirmière praticienne spécialisée: Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée. Montréal: Document conjoint Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec et Collège des Médecins du Québec.
- 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.
- Ontario Medical Association, & Registered Nurses Association of Ontario. (2003). The RN(EC)-GP relationship: A good beginning (pp. 1-40): Ontario Medical Association & Registered Nurses Association of Ontario.
- Thille, P., & Rowan, M. S. (2008). The Role of Nurse Practitioners in the Delivery of Primary Health Care: A Literature Review: Health Canada.



Citer le présent document

Projet IPSPL.info (2014). Fiche d'information sur le Suivi de la clientèle: Plusieurs modèles, aucune recette toute faite. Montréal. (octobre 2014). www.ipspl.info