

# Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ?

## *How to develop advanced practice nursing in complex health care systems?*

Dan Lecocq<sup>1</sup>, Yves Mengal<sup>1</sup>, Magali Pirson<sup>1</sup>

### ↳ Résumé

Depuis plusieurs dizaines d'années, les infirmiers de pratique avancée (IPA) s'investissent dans de nouveaux rôles au sein des systèmes de soins de santé et cette tendance va en s'amplifiant. Formés au cours d'un deuxième cycle universitaire, les IPA interviennent en contact direct avec la personne – entendue au sens de l'individu et de sa famille – dans de nombreux champs de pratique et dans un esprit de collaboration avec leurs collègues infirmiers et les autres professionnels de santé.

Les bénéfices potentiels des interventions de l'IPA ont été démontrés dans de nombreux domaines. L'IPA est notamment un acteur de santé publique susceptible de participer à la réponse interdisciplinaire dans l'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques.

Mais développer la pratique infirmière avancée (PIA) au sein d'un système de soins de santé complexe nécessite une approche systémique en harmonie avec les différents niveaux de formation des praticiens infirmiers et les autres professionnels de santé. C'est là un effort indispensable pour permettre à l'IPA de s'investir dans de nouveaux rôles en pleine aptitude (habilitation légale, formation de haut niveau et orientée, modalités de collaboration, etc.).

Pour aboutir à une plus-value pour les patients, pour le système en termes de résultats de santé et garantir des conditions d'exercice adéquates, les auteurs soulignent l'importance de développer la PIA de façon structurée. Les auteurs proposent de passer par une phase d'éveil comportant l'adoption d'un modèle conceptuel de PIA et l'établissement d'un cadastre structuré des pratiques infirmières existantes pour se préparer à une stratégie d'implantation méthodique.

**Mots-clés :** Pratique infirmière avancée ; Rôle de l'infirmier ; Santé publique ; Maladie chronique.

### ↳ Summary

*Over the last few decades, advanced nursing practitioners (ANP) have developed new roles in health care systems and this tendency is continuing to grow.*

*Postgraduate trained ANP interact directly with the person, i.e. the individual and his/her family - in many fields of practice and in a context of collaboration with fellow nurses and other health care professionals.*

*The potential benefits of ANP interventions have been demonstrated in many fields. In particular, ANP are public health actors, able to participate in the interdisciplinary response to supportive care of patients with chronic diseases.*

*However, the development of advanced practice nursing (APN) in a complex health care system requires a systemic approach coordinated with the various levels of training of nursing practitioners and other health care professionals. This is an essential prerequisite to allow ANPs to develop new roles adapted to their capacities (legal qualification, high level, specialist training, modalities of collaboration, etc.).*

*To achieve an added value for patients, for the health care system in terms of results and to ensure adequate nursing conditions, the authors emphasize the importance of structured development of APN and propose an awareness phase comprising adoption of a conceptual model of APN and the establishment of a structured list of existing nursing practices in order to prepare a methodical implementation strategy.*

**Keywords:** Advanced practice nursing; Nurse's role; Public health; Chronic disease.

<sup>1</sup> Université Libre de Bruxelles – École de Santé Publique – Centre de recherche en économie de la santé, gestion des institutions de soins et sciences infirmières – CR1 – Route de Lennik 808 – 1070 Bruxelles – Belgique.

Correspondance : D. Lecocq  
dan.lecocq@ulb.ac.be

Réception : 29/04/2014 – Acceptation : 06/10/2014

## Introduction

Les affections chroniques non-transmissibles, les maladies comme le VIH/Sida, l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement associé de la population provoquent une complexification et une demande accrue de soins chroniques suivis aussi bien en institution de soins qu'à domicile.

Outre l'indispensable action à mener sur le champ des déterminants sociaux de santé [1], les systèmes de soins de santé doivent s'adapter, notamment en termes de ressources humaines et de formation des personnels de santé [2]. Ainsi, en Belgique, une note d'orientation récente propose une vision intégrée des soins aux malades chroniques [3] basée sur le *Chronic care model* du *McColl Institute*. Ce modèle insiste sur la nécessité d'une coordination des soins et d'un suivi actif des patients pour garantir de meilleurs résultats de santé [4].

Dans ce contexte, l'infirmier de pratique avancée (IPA) peut jouer un rôle important [5].

Il intervient sur le champ de la promotion de la santé, de la prévention, dans la prise en charge thérapeutique et dans l'accompagnement des patients nécessitant des soins complexes, individuellement ou en groupe, ainsi qu'auprès de leur entourage.

Il conseille ses collègues infirmiers de pratique générale et/ou spécialisée en élaborant et diffusant les guides de bonnes pratiques cliniques basés sur des données scientifiques probantes.

Il initie et réalise des recherches cliniques, fondement même de l'élaboration et de l'actualisation des guides de bonnes pratiques, et en tant que leader professionnel, il promeut les résultats de ces recherches auprès des responsables politiques en charge des soins infirmiers et de la santé publique [6].

La question n'est donc plus « *pourquoi un infirmier de pratique avancée* » mais bien « *comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ?* ».

Car l'introduction d'un nouvel acteur au sein du système de soins de santé doit se faire de façon réfléchie et structurée pour apporter une réelle plus-value pour les patients en termes de résultats de santé.

## Définition de l'infirmier de pratique avancée

Depuis le milieu des années 60, au départ des USA, les IPA s'investissent dans de nouveaux rôles au sein des

systèmes de soins de santé et cette tendance s'est amplifiée au fil du temps [7, 8].

Cependant, de multiples définitions de l'IPA existent dans la littérature, ce qui entretient un certain flou autour du concept [9].

Ces définitions sont généralement contextuelles : elles décrivent l'IPA aux USA, au Canada, au Royaume-Uni, etc. Importer un concept d'IPA ne semble dès lors pas pertinent. Une telle tentative se heurte d'emblée aux différences qui existent entre le pays d'origine et le pays importateur : formation, système de soins de santé, législation en vigueur, etc.

Dans un but de clarification et d'harmonisation, le Conseil international des infirmières (CII) propose une définition générale de l'IPA et situe celui-ci dans la hiérarchie des titres et fonctions infirmières (figure 1). La Fédération européenne des associations infirmières (EFN) promeut cette hiérarchie pour les pays européens [10, 11]. Il convient d'y ajouter les fonctions d'encadrement : infirmier chef d'unités de soins, responsable d'un ensemble d'équipes ou de l'ensemble du département infirmier.

## Rôles et bénéfices des interventions de l'IPA

Deux grands types de rôle mutuellement non exclusifs sont attribués à l'IPA [12, 13] :

- il se substitue au médecin et prend en charge le diagnostic et le traitement de certaines affections de santé ;
- il endosse la responsabilité de rôles nouveaux, que ce soit dans la prise en charge de patients chroniques ou nécessitant des soins complexes, ou en travaillant à l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients au sein comme en dehors des établissements de santé.

Des expériences de substitution complète du médecin par des IPA ont été réalisées. En général, ces mesures sont décidées en raison de pénurie de main-d'œuvre médicale. Elles sont efficaces à court terme mais s'avèrent parfois coûteuses pour la société, voire dangereuses pour le patient, à long terme.

Il est donc suggéré de promouvoir plutôt la complémentarité professionnelle et d'éventuelles substitutions partielles, en y intégrant toujours des professionnels de santé qualifiés correspondant aux responsabilités et compétences requises pour aboutir à un *skill mix* adapté [14, 15]. Un travail interdisciplinaire de qualité est dès lors possible.

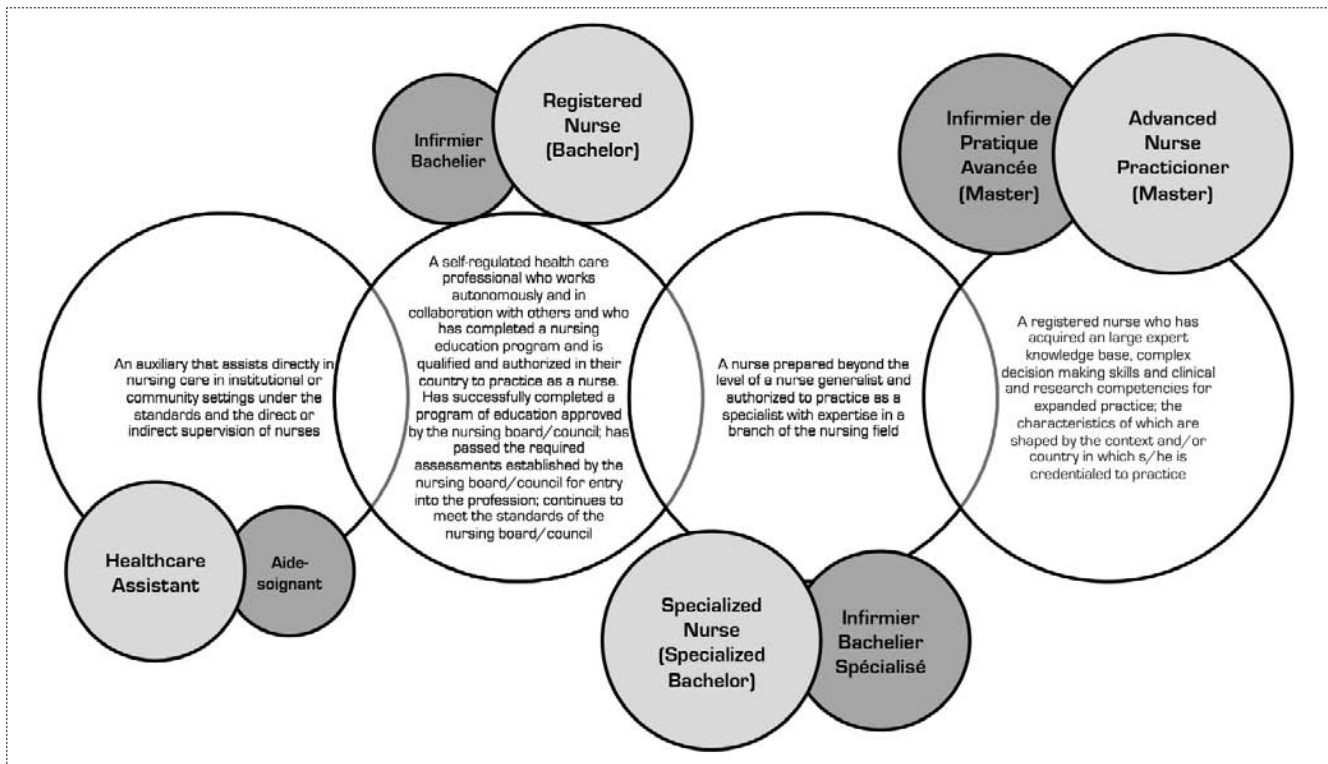


Figure 1 : Hiérarchie des titres et fonctions infirmières [11]

Plusieurs types d'IPA peuvent donc être envisagés au sein d'un système de soins de santé, avec des rôles différenciés. Ainsi, aux Pays-Bas, den Engelsen *et al* [16] recommandent-ils aux médecins généralistes de collaborer avec les IPA. Suivant un protocole de soins basé sur les recommandations du Collège néerlandais de médecine générale, les visites trimestrielles et la visite annuelle de contrôle chez les patients diabétiques sont déléguées aux IPA. Sur la base de leurs observations, ils proposent des adaptations de traitement, validées ultérieurement par le médecin généraliste. Cette intervention a produit des résultats significatifs en termes de diminution de l'hémoglobine glyquée, de la cholestérolémie et de la tension artérielle chez les patients souffrant de diabète de type 2.

Cela rejoint les conclusions d'autres études démontrant que les bénéfices principaux de l'intervention d'IPA en termes de résultats pour le patient dans des domaines et contextes très variés [12, 17, 18] sont potentiellement :

- une amélioration de l'accès aux services, notamment par la réduction des temps d'attente ;
- une qualité de soins comparable à celle des médecins pour ce qui ressort de la prise en charge d'une affection mineure et le suivi de routine de patients atteints d'affections chroniques ;

- une satisfaction accrue des patients attribuée au plus grand temps de consultation accordé par les IPA aux patients par comparaison avec les médecins.

L'impact économique des IPA est pour sa part variable et contextuel en fonction des scénarios adoptés [14, 19, 20].

Il apparaît donc fondamental de définir *a priori* et de façon explicite les objectifs et les non-objectifs de l'introduction d'IPA et de prévoir une méthode d'évaluation en définissant *a priori* des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, économiques et de santé.

### Conserver un sens à sa pratique

Tout en s'intégrant dans une politique de santé publique qui étend son rôle, l'IPA doit conserver son approche holistique [21, 22]. Celle-ci est constitutive de son identité professionnelle infirmière. Elle apporte une plus-value avérée pour les patients par rapport à une approche exclusivement biomédicale [23, 24].

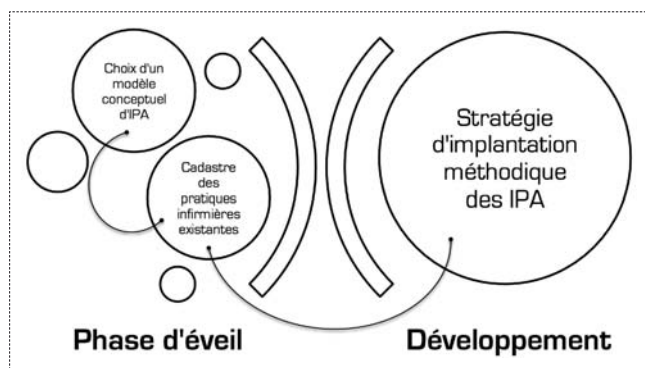


Figure 2 : Approche en trois temps pour développer la PIA

### Introduire l'IPA au sein d'un système de soins de santé complexe

Dès lors, nous proposons une approche en trois temps (figure 2) pour développer de façon adéquate et contextualisée la pratique infirmière avancée :

- une phase d'éveil débutant par l'adoption d'un modèle conceptuel de PIA ;
- se poursuivant par l'établissement d'un cadastre structuré des pratiques infirmières existantes ;
- avant de considérer une stratégie d'implantation méthodique d'IPA.

### Adopter un modèle conceptuel d'IPA

Adopter un modèle conceptuel d'IPA permet aux acteurs du système de soins de santé de clarifier cette notion et de la contextualiser.

Selon le modèle conceptuel proposé par le D<sup>r</sup> Ann Hamric [17], des conditions cumulatives s'appliquent pour définir l'IPA. Elles reprennent des **critères primordiaux** (A) sans lesquels on ne peut parler d'IPA, une formation axée sur la **pratique au chevet du patient** (B) qui développe des **compétences jugées incontournables** (C) et des **éléments environnementaux critiques** (D) affectant sa pratique et qui doivent être considérés concomitamment au développement de l'IPA (figure 3). Ce modèle précise encore la définition de l'IPA proposée par l'EFN (voir supra).

### Établir un cadastre structuré des pratiques infirmières existantes

Le modèle adopté peut alors être utilisé comme cadre de référence pour identifier les champs de pratique où des infirmiers experts se sont développés. Ce cadre permet de déterminer de façon systématique les conditions manquantes pour faire de l'infirmier « expert » un IPA. Ce cadastre de la pratique infirmière avancée est réalisé en dialogue avec les parties prenantes du secteur (associations professionnelles, employeurs, acteurs de formation, etc.), dans un esprit d'ouverture interdisciplinaire, en considérant les rôles des autres professionnels de santé et en intégrant le cadre légal et réglementaire contextuel.

### Développer une stratégie d'implantation méthodique d'IPA

Une fois le cadastre réalisé, une stratégie d'implantation consensuelle peut être envisagée. Nous préconisons de

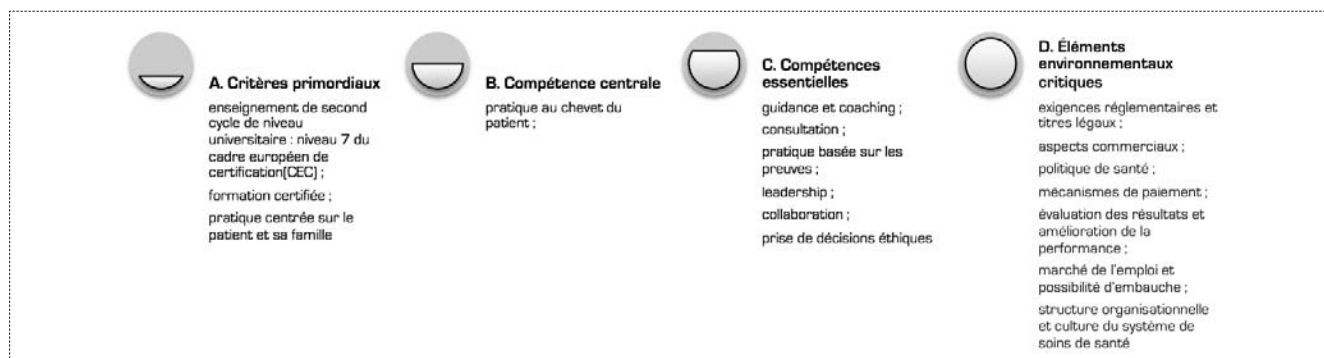


Figure 3 : Modèle conceptuel d'IPA selon Hamric

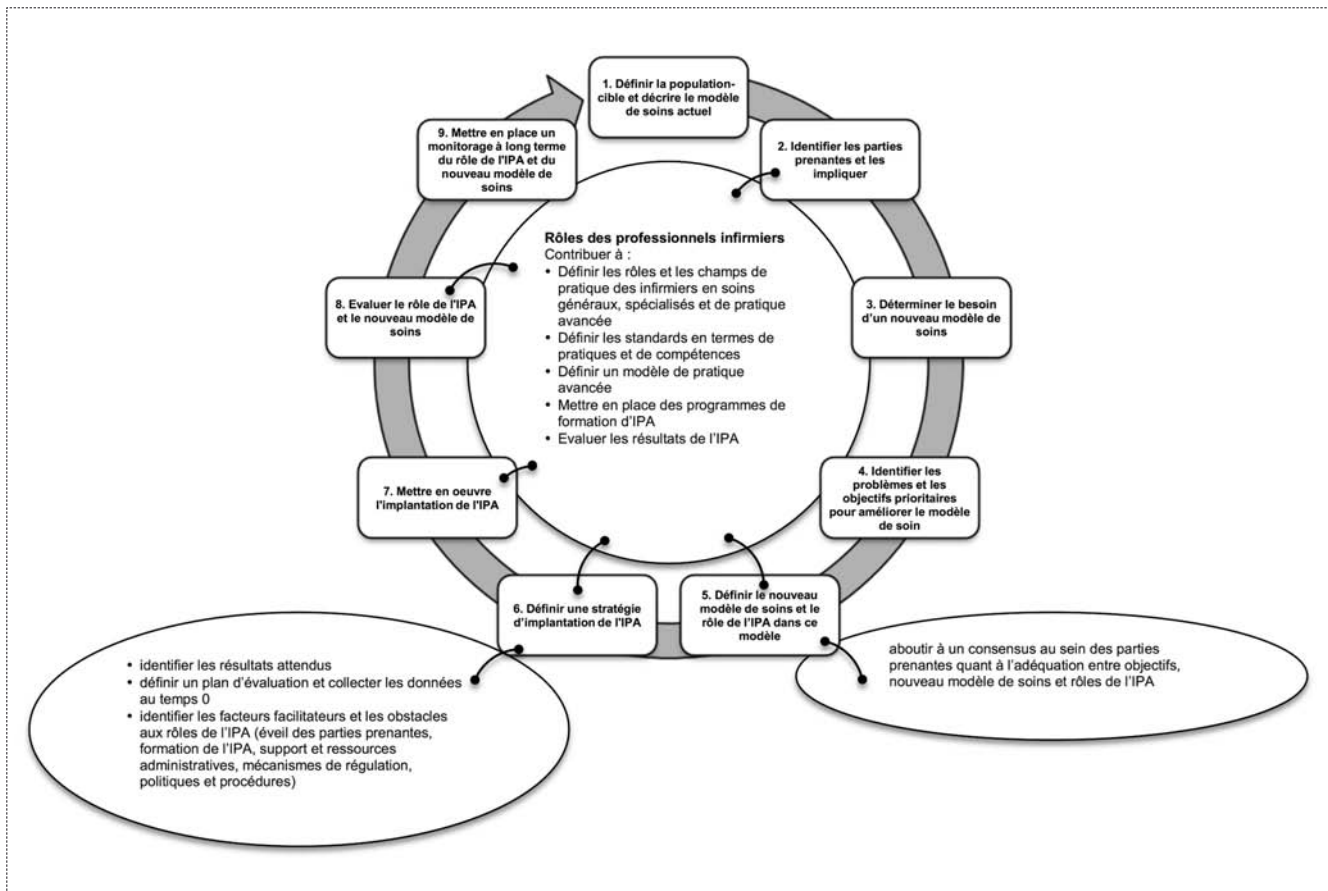


Figure 4 : Déclinaison francophone du schéma PEPPA [25]

respecter les neuf étapes du modèle « PEPPA » (« *participatory, evidence-based, patient-focused process for advanced practice nursing (APN) role development* ») (figure 4) de Bryant-Lukosius et Di Censo [25].

Si plusieurs types d'IPA sont envisagés, il convient de répéter ce processus.

Afin de mesurer l'impact de cette stratégie, il est essentiel de déterminer une série d'indicateurs en lien avec les objectifs poursuivis.

## Conclusion

L'IPA est un acteur de santé publique susceptible de participer à la réponse interdisciplinaire qui s'impose pour relever le défi des affections chroniques. Les preuves de l'efficacité de son action ont été démontrées.

Mais le développement de la pratique infirmière avancée est un processus long et complexe, qui nécessite une approche systémique. Nous suggérons d'adopter une méthode en trois temps en passant d'abord par une phase d'éveil comportant l'adoption d'un modèle conceptuel reconnu et l'établissement d'un cadastre structuré des pratiques infirmières existantes avant d'envisager une stratégie d'implantation méthodique prévoyant d'emblée une évaluation coût/efficacité par rapport à l'organisation existante des soins. Ce sont des facteurs-clés de succès qui permettent une définition claire des objectifs visés, garantissent une meilleure compréhension du rôle de l'IPA et une meilleure acceptation par l'ensemble des parties prenantes du système de santé. Cette approche assure également des conditions d'exercice suffisantes pour atteindre contextuellement les résultats de santé escomptés.

*Aucun conflit d'intérêt déclaré*



## Références

1. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Organisation mondiale de la santé : Genève ; 2008 p. 40. Report No.: WHO/IER/CSDH/08.1.
2. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles [Internet]. [cité le 10 avril 2014]. Disponible sur : <<http://www.who.int/publications/list/9789241597418/fr/>>
3. Conférence nationale soins aux malades chroniques. Note d'orientation Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique. Institut national d'assurance maladie-invalidité : Bruxelles ; 2013.
4. The MacColl Institute for Healthcare Innovation GHRI (GHRI). The Chronic Care Model. Improving Chronic Illness Care. [Internet]. 2012 [cité 23 avril 2014]. Disponible sur : <[http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2)>.
5. Boville D, Saran M, Salem JK, Clough L, Jones RR, Radwany SM, *et al.* An innovative role for nurse practitioners in managing chronic disease. *Nurs Econ.* 2007;25(6):359-64.
6. Servir la collectivité et garantir la qualité : les infirmières à l'avant-garde des soins chroniques. Conseil international des infirmières : Genève ; 2010.
7. Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(3):204-11.
8. Poghosyan L, Lucero R, Rauch L, Berkowitz B. Nurse practitioner workforce: a substantial supply of primary care providers. *Nurs Econ.* 2012;30(5):268-74, 294.
9. Lowe G, Plummer V, O'Brien AP, Boyd L. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *J Adv Nurs.* 2012;68(3):677-85.
10. Définition et caractéristiques des infirmières expertes/pratiques professionnelles avancées [Internet]. Conseil international des infirmières ; 2002 juin. Disponible sur : [www.icn.ch/networks\\_ap.htm](http://www.icn.ch/networks_ap.htm).
11. Fédération Européenne des Associations Infirmières (EFN). Rapport et Minutes de l'Assemblée Générale. Skopje : EFN ; 2013.
12. Delamair ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. OCDE ; 2010 [cité 10 avril 2014] p. 1-119. Disponible sur : <<http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>>
13. Koskinen L, Mikkonen I, Graham I, Norman LD, Richardson J, Savage E, *et al.* Advanced practice nursing for enduring health needs management: a global perspective. *Nurse Educ Today.* 2012;32(5):540-4.
14. McGillis-Hall L, Buch E. La prise de décision en matière de mélange de compétences pour les soins infirmiers. Genève : Conseil international des infirmières ; 2009.
15. Conseil international des infirmières (CII). Les infirmières, une force pour le changement : une ressource vitale pour la santé. Genève : CII ; 2014.
16. Den Engelsen C, Soedamah-Muthu SS, Oosterheert NJA, Ballieux MJP, Rutten GEHM. Improved care of type 2 diabetes patients as a result of the introduction of a practice nurse: 2003-2007. *Prim Care Diabetes.* 2009;3(3):165-71.
17. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady, Eileen. Advanced practice nursing: an integrative approach. Philadelphia (USA): Saunders, 5 edition; 2014.
18. Ter Maten-Speksnijder A, Grypdonck M, Pool A, Meurs P, van Staa AL. A literature review of the Dutch debate on the nurse practitioner role: efficiency vs. professional development. *Int Nurs Rev.* 2014; 61(1):44-54.
19. Brooten D, Youngblut JM, Hannan J, Guido-Sanz F, Neff DF, Deoisres W. Health Problems and APN Interventions in Pregnant Women with Diabetes. *Pac Rim Int J Nurs Res.* 2012;16(2):85-96.
20. Path-Theta Collaboration. Optimizing chronic disease management mega-analysis: economic evaluation. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013;13(13):1-148.
21. Fawcett J, Watson J, Neuman B, Walker PH, Fitzpatrick JJ. On Nursing Theories and Evidence. *J Nurs Scholarsh.* 2001;33(2):115-9.
22. Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs.* 2004;48(5):519-29.
23. Rashotte J. Knowing the nurse practitioner: dominant discourses shaping our horizons. *Nurs Philos.* 2005;6(1):51-62.
24. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. Philadelphia (USA): FA Davis; 2005.
25. Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs.* 2004;48(5):530-40.