Conférence Schering 2004

16^e Conférence annuelle de l'ACIO- Parrainée par Schering Canada

L'avenir des infirmières de pratique avancée (IPA) est-il assuré? Les IPA dans le contexte de l'oncologie

Par Krista Lachance

Je me sens extrêmement honorée que l'on m'ait demandé de faire une présentation dans le cadre de la Conférence 2004 de l'ACIO sur un sujet qui me tient tant à cœur : « L'avenir des infirmières de pratique avancée (IPA) est-il assuré? Les IPA dans le contexte de l'oncologie ». Le domaine des soins infirmiers en oncologie est l'une de mes passions. Je suis persuadée que dans la vie, si l'on veut quelque chose, il faut y croire passionnément. Chères collègues, si je suis parmi vous ce soir, c'est en raison de ma passion insatiable envers les soins infirmiers et les soins de pratique avancée. Je lance le défi à chacune d'entre vous de trouver sa passion dans les soins infirmiers. Il n'est pas obligatoire que vous vous passionniez pour les soins de pratique avancée, mais je crois que nous avons la responsabilité de nous soutenir mutuellement dans nos activités souvent complexes.

Lorsque j'ai commencé à examiner la documentation portant sur mon sujet, je me suis dit que cette présentation devrait s'intituler : « Les soins de pratique avancée à la lumière des écrits : avons-nous accompli quoi que ce soit de bien? Et, si nous avons fait tant de choses de la mauvaise manière, pourquoi le système fonctionne-t-il? » Ma présentation d'aujourd'hui porte sur les objectifs suivants :

- Comprendre plus concrètement le travail des IPA;
- Examiner l'expérience du Cross Cancer Institute en ce qui a trait à l'intégration des IPA et à l'évolution de leur rôle;
- Présenter la rétroaction du personnel et des patients relativement à leurs expériences avec les IPA;
- Discuter des orientations futures en ce qui a trait à l'intégration des IPA dans les soins en oncologie.

Toutes les infirmières ne travaillent pas avec des IPA; j'ai donc pensé que je devrais commencer par me présenter. Malheureusement, les infirmières de pratique avancée ont trop de titres, dont infirmière clinicienne spécialisée (ICS), infirmière praticienne (IP), infirmière de pratique avancée (IPA), infirmière de fonctions étendues, infirmière associée, assistante médicale et adjointe au médecin. Outre ces titres officiels, nous avons reçu d'autres noms moins officiels tels que pionnières et précurseurs. Je reconnais que la plupart de ces expressions ne sont que des titres de poste et qu'elles ne fournissent pas de détails sur le rôle réel de l'infirmière. Toutefois, la liste de titres permet d'illustrer deux points : 1) il existe probablement une certaine confusion quant au rôle exact des IPA; 2) en raison du nombre élevé de titres professionnels (au moins huit), la documentation est dispersée et peut s'avérer difficile à situer (Brown et Draye, 2003; Association des infirmières et des infirmiers du Canada, 1997; McDermott-Blackburn, 1998; Murphy-Ende, 2002).

Qu'est-ce qu'une infirmière de pratique avancée (IPA)? Le terme désigne toute une gamme de pratiques infirmières se situant à la frontière des soins infirmiers qui est en expansion. La pratique avancée

demeure fondée sur les connaissances liées aux théories et aux valeurs des sciences infirmières et intègre d'autres fondements théoriques et les travaux de recherches appartenant à des disciplines telles que la médecine, la psychologie et la sociologie. Les IPA maximisent l'utilisation d'aptitudes et de connaissances approfondies en soins infirmiers (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2002).

Chaque province est responsable de la réglementation des IPA; par conséquent, les règlements concernant la pratique varient d'une région à l'autre du Canada. En Alberta, l'étendue de la pratique comprend le diagnostic et le traitement, ainsi que l'autorisation de prescrire et de réaliser des analyses de laboratoire, des tests diagnostiques, et d'en interpréter les résultats. Les IPA ont le droit de prescrire les médicaments énumérés dans l'Annexe de médicaments 1, à l'exception des analgésiques narcotiques. Les infirmières qui travaillent comme IPA doivent y être autorisées par la Alberta Association of Registered Nurses (AARN) et ont un répertoire particulier de tâches. L'autorisation de l'AARN étend la pratique des infirmières de façon à inclure les éléments que j'ai mentionnés ci-dessus. Pour obtenir l'autorisation de pratiquer à titre d'IPA, il faut détenir un B.Sc.Inf., avoir pratiqué comme infirmière pendant au moins trois ans et avoir réussi un programme de formation agréé des infirmières praticiennes (IP). En Alberta, il en existe deux, dont l'un est offert à l'Université de l'Alberta et l'autre, à l'Université de Calgary.

On peut se demander pourquoi il est important d'inclure des IPA dans les équipes d'oncologie. La réponse est toute simple : les patients en bénéficient. La recherche continue de démontrer que les IPA améliorent l'accès du public à des soins de haute qualité et entraînent moins de dépenses pour le système de santé (Feldman, Ventura et Crosby, 1987; Kinnnersley et al., 2000; McGrath, 1990; Mundinger, 1994; Mundinger et al., 2000). Un personnel qui comprend une IPA est en mesure d'offrir un accès plus rapide à des soins spécialisés aux personnes atteintes de cancer. Les patients n'ont pas tous besoin d'être examinés par un oncologue médical ou un radio-oncologue à chaque visite. Les IPA peuvent travailler dans un milieu partiellement structuré; les règles et les protocoles sont des éléments communs. Notre travail est à la fois guidé par les protocoles et fondé sur des données probantes, ce qui nous permet d'offrir à nos patients des soins normalisés. Ce type de prestation des soins permet

C'est depuis 2003 que Krista Lachance, RN, BScN, CSIO(C), MN, travaille à titre d'infirmière de pratique avancée au Cross Cancer Institute d'Edmonton, Alberta, où elle se spécialise dans les soins des patients atteints de tumeurs gastrointestinales et mammaires. Elle a obtenu son baccalauréat en sciences infirmières et sa maîtrise en soins infirmiers de l'Université de l'Alberta. Krista accueille volontiers les commentaires de ses collègues; on peut la joindre à kristala@cancerboard.ab.ca.

aux IPA de voir certains patients de façon autonome. La recherche indique que la présence d'IPA au sein du personnel se traduit par la perception d'une plus grande continuité au niveau des soins, ce qui a une incidence positive sur la satisfaction des patients et de leur famille quant à leur expérience du système de santé (Cunningham, 2004; Knaus, Felten, Burton, Fobes et Davis, 1997; Spross et Heaney, 2000).

Il est important de souligner que l'intention des IPA n'est pas de remplacer d'autres professionnels de la santé mais plutôt de combler certaines lacunes qui existent actuellement dans notre système de santé. Nous sommes ici pour améliorer les services existants et pour relever le niveau de connaissances en soins infirmiers au sein des équipes pluridisciplinaires. Une analyse parue dans le **New England Journal of Medicine** a conclu que bien que les médecins et les IPA traitent souvent des maladies particulières de la même façon, ils évaluent les maladies différemment. Les IPA mettent davantage l'accent sur la prévention, l'éducation et la promotion de la santé (Mundinger, 1994). Dans leur recherche, Shah, Bruttomesso, Sullivan et Lattanzio (1997) ont démontré que les IPA sont généralement accessibles aux infirmières de chevet, ce qui permet aux médecins de se concentrer sur des questions de soins complexes. Leur recherche a révélé que les IPA manifestent d'excellentes aptitudes et connaissances cliniques et qu'elles peuvent ainsi fonctionner de façon autonome, en combinant médecine et soins infirmiers dans un paradigme holistique. On pourrait d'ailleurs se demander si les IPA dispensent des soins infirmiers ou des soins médicaux. Je crois que nous devons nous rappeler le fait que nos interventions quotidiennes de soin, de guérison et d'aide ont beaucoup en commun avec la médecine. Les soins de pratique avancée et les soins médicaux partagent de nombreuses fonctions. La profession de chacun ne se définit pas par le transfert de fonctions d'un membre à l'autre d'une équipe de soins. C'est plutôt l'application de connaissances avancées qui fait de notre pratique une discipline avancée (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2002; Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1997; Magdic et Rosenzweig, 1997). La recherche confirme les avantages d'inclure des IPA dans un personnel, mais la question du besoin demeure. La Société canadienne du cancer estime qu'en moyenne, 2 798 personnes seront diagnostiquées d'un cancer chaque semaine en 2004. Cette dernière année, au Cross Cancer Institute, nous avons examiné 6 500 patients dans nos cliniques pour tumeurs gastro-intestinales et 6 700 patients dans nos cliniques de dépistage des maladies du sein. Les patients ont-ils tous besoin de consulter un oncologue? Je crois que les données indiquent que les patients n'ont pas tous besoin de conseils d'oncologues médicaux ou de radio-oncologues à chaque visite. Je vous propose d'explorer le processus qui a mené à la mise en œuvre du rôle des IPA dans notre établissement.

L'expérience du Cross Cancer Institute

C'est en 1988 que les dirigeantes des soins infirmiers au Cross Cancer Institute ont proposé, pour la première fois, d'intégrer le rôle d'IPA dans le milieu clinique. Le Alberta Cancer Board a rejeté la proposition, et l'entrain s'est dissipé. Les raisons du refus étaient multiples : le mauvais moment, le manque de soutien pour le poste et le manque de fondement législatif. Toutefois, au début de 2001, les dirigeantes ont fait une deuxième tentative. Elles ont commencé en demandant conseil à Mme Esther Green, ancienne présidente de l'ACIO. Mme Green avait joué un rôle clé dans la création d'un programme semblable à l'hôpital Princess Margaret dans les années 1993-1995.

Les leaders des soins infirmiers savaient que la recherche avait démontré que les IPA pouvaient représenter un moyen économique de dispenser des soins de haute qualité. En même temps, le gouvernement demandait au Alberta Cancer Board de trouver des façons créatives de réduire ses dépenses tout en continuant de répondre à une demande sans cesse croissante en matière de soins

spécialisés aux personnes atteintes de cancer. Les conditions étaient parfaites. Le gouvernement de l'Alberta effectuait alors des modifications législatives dans sa Health Act (loi sur la santé) afin de desserrer les contraintes auxquelles les IPA étaient soumises dans le cadre de leur travail. Évidemment, l'Association canadienne des infirmières en oncologie, de même que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et la Alberta Association of Registered Nurses étaient favorables à tout changement susceptible de permettre aux IPA de travailler dans des contextes auxquels elles n'avaient pas eu accès jusqu'alors.

Au niveau local, les dirigeantes en soins infirmiers ont formé un groupe de travail afin de déterminer les changements qui seraient requis dans notre établissement pour intégrer ce nouveau rôle. Le groupe a adopté la vision « relever les défis qui accompagnent une demande sans cesse grandissante au niveau des besoins des patients en ajoutant à l'équipe de soins en oncologie des infirmières de pratique avancée ». Cette vision a servi à la fois de guide vers l'objectif final et d'outil permettant d'aider divers intervenants à comprendre le besoin d'intégrer des IPA. Le groupe s'est chargé de décrire de façon conceptuelle la place qu'occuperait ce nouveau poste au sein de la structure organisationnelle existante. Les modèles de pratique peuvent aider à déterminer le rôle des IPA dans un organisme. Dans la documentation, les chercheurs décrivent principalement les trois modèles suivants (Bush et Watters, 2001; Cummings, Fraser et Tarlier, 2003; Hamric, 1996; Magdic et Rosenzweig, 1997; Richmond et Keane, 1996) :

1. Modèle de pratique médicale
2. Modèle de pratique infirmière
3. Modèle de pratique en collaboration

Dans le modèle de la pratique médicale, une IPA se joint à un groupe existant de médecins qui travaillent dans une pratique déjà établie. L'IPA rend compte à un médecin, ce qui peut éventuellement l'isoler du milieu infirmier. Outre le potentiel d'isolement, il se peut que les médecins se perçoivent en tant que superviseurs des IPA et non en tant que partenaires. Une telle situation peut évidemment créer des tensions; il conviendrait donc que les deux parties (service médical et service infirmier) discutent de leurs perceptions du rôle de l'IPA et de qui détiendrait « le pouvoir » de décider en quoi devrait consister le poste d'IPA. Il se peut que les IPA qui travaillent dans un modèle de pratique médicale soient perçues comme des adjointes aux médecins et non comme des infirmières possédant des compétences avancées et des connaissances spécialisées. Néanmoins, de nombreuses IPA réussissent très bien dans le cadre d'un tel modèle.

Dans le modèle de pratique infirmière, l'IPA rend compte à une directrice des soins infirmiers. Traditionnellement, ce genre de modèle est celui qui correspond aux infirmières cliniciennes spécialisées. Il peut éventuellement mener à une collaboration réduite entre l'équipe médicale et l'IPA si les médecins constatent que l'IPA ne rend des comptes qu'au service des soins infirmiers. Les partisans du modèle de pratique infirmière soutiennent que le poste d'IPA relève des soins infirmiers. Évidemment, à mesure que les IPA continuent d'étendre la portée de leur pratique et de leurs compétences, les liens avec les soins infirmiers sont essentiels si l'on souhaite que la profession conserve son caractère particulier. En l'absence de liens étroits avec les soins infirmiers, les IPA risquent de ne pas être perçues comme des infirmières.

Le troisième modèle de pratique est souvent décrit dans la documentation comme le modèle de pratique en collaboration. Dans ce modèle, les IPA et les médecins se partagent l'autorité de façon égale en ce qui a trait à la prestation de soins dans leurs aires de compétences respectives. Ce modèle met l'accent sur le concept d'interdépendance, puisque l'IPA rend compte à la fois à la direction médicale et à la direction des soins infirmiers. Normalement, les résultats de santé liés à la gestion médicale relèvent de la direction médicale tandis que la pratique professionnelle, le développement des programmes et les améliorations systémiques sont des responsabilités

qui reviennent à la directrice des soins infirmiers. Ce modèle permet aux IPA de se réclamer de la profession infirmière et de participer à ses activités tout en établissant un lien d'égalité avec les membres de l'équipe médicale. Ce modèle est celui qui facilite le plus la coordination des soins et l'intégration des services dans des milieux institutionnels complexes (Cummings et al., 2003; King, Parrinello et Baggs, 1996; Mick et Ackerman, 2000).

En novembre 2003, le Cross Cancer Institute a engagé sa première IPA. Les services médicaux et infirmiers ont décidé conjointement que les champs de travail assignés à l'IPA seraient ceux comportant la plus lourde charge clinique. Bien que ces champs de travail concernaient des tumeurs particulières (du sein et gastro-intestinales), ils présentaient chacun des caractéristiques et structures cliniques différentes. Dès le début, on a établi que l'IPA aurait besoin de ses propres cliniques pour soigner les patientes atteintes d'une tumeur du sein, mais que dans le domaine des tumeurs gastro-intestinales, elle effectuerait un travail de collaboration dans le cadre des cliniques des médecins. Vu la nouveauté du poste, nous avons décidé d'établir une période d'orientation d'une durée de trois mois au cours de laquelle l'IPA travaillerait successivement dans les diverses cliniques pour tumeurs du sein et pour tumeurs gastro-intestinales, afin de lui donner l'occasion de rencontrer tous les oncologues et de se familiariser avec leur philosophie en matière de traitement. Cette approche a également permis aux membres de l'équipe médicale d'apprendre à connaître le niveau de compétences d'une IPA débutante et de déterminer le type d'orientation et d'encadrement dont elle aurait besoin initialement. Cette orientation a également permis à l'IPA de se familiariser avec les procédures avancées qu'elle serait amenée à exécuter dans le cadre de sa pratique.

Après l'orientation, nous avons commencé à assigner du travail clinique à l'IPA. Malheureusement, comme nous ne pouvions pas compter sur l'expérience d'autres organismes dotés d'une structure et de besoins cliniques semblables, nous avons été obligées d'estimer ce qu'était une charge de travail clinique appropriée. Conjointement avec l'équipe médicale, les dirigeantes des soins infirmiers et l'IPA, nous en sommes arrivées à une charge consistant en cinq demi-journées de clinique par semaine. Dans trois de ces cliniques, l'IPA travaillerait avec des femmes qui recevaient des traitements de chimiothérapie adjuvante pour un cancer du sein, et les deux autres cliniques seraient consacrées aux tumeurs gastro-intestinales. L'objectif consistait à diviser la charge de travail de façon à ce que l'IPA passe 75 % de son temps en clinique et 25 % en recherche et en éducation. De plus, on a décidé que, sur demande des oncologues médicaux, l'IPA rencontrerait les patients présentant des problèmes urgents. L'IPA serait aussi responsable de réaliser certaines procédures, comme la paracentèse, la thoracentèse et le retrait de cathéters centraux.

Les patients appartenant aux deux groupes (tumeurs du sein et tumeurs gastro-intestinales) présentaient des besoins distincts en termes de soins. Chaque groupe exigeait de l'IPA qu'elle adopte un style de pratique distinct. Dans le cas des tumeurs du sein, on a décidé que l'IPA examinerait chaque femme ayant besoin d'un traitement de chimiothérapie adjuvante. On a choisi cette population en partie parce que notre établissement a mis en place des protocoles de traitement fondés sur les données probantes pour tous les stades du cancer du sein. Une fois la chimiothérapie terminée, nous renvoyons habituellement les femmes chez leur médecin de famille. Étant donné que les soins de suivi de routine après un traitement de cancer du sein sont minimes et que les soins dispensés pendant la chimiothérapie suivent des protocoles de traitement, nous avons déterminé qu'il serait sécuritaire et efficace que ces femmes reçoivent leurs soins d'une IPA. Les dirigeants des services médicaux et infirmiers avaient déjà décidé qu'il serait approprié que les IPA voient les patients en cours de traitement, mais que les oncologues médicaux s'occuperaient de la consultation initiale avec les patients récemment diagnostiqués d'un cancer et des décisions concernant les types

d'agents chimiothérapeutiques à utiliser. On a décidé d'assigner à chaque cas un oncologue médical qui serait la personne-ressource de l'IPA. Cependant, une fois réalisée la consultation initiale, l'IPA serait responsable de la gestion des soins cliniques prodigués aux patients nécessitant un traitement de chimiothérapie adjuvante. On a conçu ces cliniques gérées par une IPA de façon à ce qu'elles soient autonomes et que l'oncologue médical soit accessible à des fins de consultation, au besoin. Il est à la fois bénéfique et pratiquement essentiel pour une IPA débutante que la clinique dont elle a la charge soit dotée de protocoles de traitement. Nous présentons ci-dessous un diagramme de la structure des cliniques gérées par les IPA :

Contrairement aux cliniques pour tumeurs du sein, qui étaient gérées de façon autonome par l'IPA, on a donné aux cliniques pour tumeurs gastro-intestinales une structure coopérative. La charge de travail auprès des personnes atteintes de cancer gastro-intestinal (GI) était beaucoup plus importante en raison de l'ajout de nouveaux traitements destinés aux cas de cancer métastatique. Pour cette raison, l'équipe des tumeurs GI savait que le soutien d'une IPA serait indispensable. Toutefois, notre équipe de traitement des tumeurs GI avait déjà établi des cliniques gérées par des infirmières pour des patients recevant une chimiothérapie adjuvante. Une des leçons que nous avons acquises relativement aux cliniques gérées exclusivement par les infirmières est que le soutien dans ces cliniques est essentiel. Le fait qu'un patient ait rendez-vous avec l'infirmière n'implique pas qu'il n'aura besoin que de soins infirmiers. Nous avons décidé qu'une IPA serait sans doute apte à répondre à une bonne partie des questions et des préoccupations des patients qui surviendraient dans les cliniques gérées exclusivement par les infirmières. Nous avons donc proposé une approche coopérative de gestion des cliniques pour tumeurs GI. On organise des cliniques pour tumeurs GI deux fois par semaine. Ces jours-là, l'IPA détermine quels sont les patients qui peuvent tirer profit de ses interventions. Une partie importante du travail de l'IPA consiste en l'examen des résultats des tomodensitogrammes et en l'évaluation de l'effet des traitements que reçoivent les patients qui suivent une chimiothérapie pour un cancer du côlon métastatique. Nous avons estimé qu'il n'incombait pas à l'IPA de proposer de nouvelles options de traitement, si bien que l'IPA s'occupait généralement des patients qui affichaient de bons résultats de tomodensitogramme. Les patients en chimiothérapie qui

présentaient des résultats de tomodensitogramme stables ou améliorés étaient normalement suivis par l'IPA. Toutefois, les patients dont les tomodensitogrammes indiquaient une progression de la maladie recevaient les soins d'un oncologue médical. En mon for intérieur, je me suis demandé si les patients en viendraient à voir en l'IPA un signe de bon augure. Nous présentons ci-dessous un diagramme de la structure des cliniques pour tumeurs GI :

À quoi ressemble la journée typique d'une IPA? Habituellement, l'IPA passe au moins la moitié de la journée à voir des patients en clinique. En général, on prévoit les actes médicaux pour les heures où l'IPA n'est pas dans la clinique. Hors des heures de clinique, un médecin peut demander à l'IPA de voir des patients dont le cas est préoccupant et urgent. Il se peut aussi que l'IPA fasse un suivi auprès d'autres patients qui présentent des difficultés. Le reste du temps est dédié a) à la tenue des dossiers, b) à la lecture d'études de recherche, c) à la réalisation de recherches documentaires en vue de répondre à des questions relatives à la pratique ou d) au travail sur des présentations ou des publications. Toutefois, nous nous sommes aperçues que malgré le déroulement relativement harmonieux des activités quotidiennes, la mise en œuvre d'un nouveau poste présente d'autres défis que l'on devra aborder avec diligence.

Les enjeux dans notre établissement

On dit que le temps fait changer les choses, mais en réalité, il faut les changer soi-même – Andy Warhol
Les choses ne changent pas; c'est nous qui changeons
 – Henry David Thoreau

Le processus de mise en œuvre du poste d'IPA a fait ressortir beaucoup d'enjeux que nous devons aborder et résoudre. Parmi eux, un des plus fréquents au début était celui du « qui fait quoi? ». L'arrivée d'une IPA au sein d'une équipe peut bouleverser les routines établies. Soudain, l'équipe comprend un nouveau membre avec qui il faut communiquer et négocier; il faut également établir les démarcations entre les rôles. Il est clair que les médecins et les IPA doivent déterminer qui fait quoi. Toutefois, les mêmes négociations doivent avoir lieu entre les infirmières et les IPA en vue d'établir les limites de la pratique de chaque membre de l'équipe. La recherche indique que l'arrivée d'une IPA requiert souvent que les infirmières réfléchissent à leur rôle au sein de l'équipe et le redéfinissent (Reay, Golden-Biddle et Germann, 2003). Une partie de ce processus comprend la réflexion quant à la façon dont interagissent les membres

de l'équipe. Pour nous les IPA, l'interaction au sein de l'équipe présente des défis tout particuliers. Avant de devenir IPA, j'avais été infirmière dans cet établissement pendant de nombreuses années. On pourrait penser que cela faciliterait la transition. Loin de là, il a souvent fallu que j'explique au personnel que j'avais maintenant un nouveau rôle et des responsabilités aussi bien différentes qu'additionnelles.

Tout changement dans la chaîne de prestation de soins a une incidence successive sur tous les membres de l'équipe (Golden-Biddle et Hinings, 2004; Irvine et al., 2000). Ces effets peuvent s'avérer positifs ou négatifs, selon un certain nombre de facteurs, dont :

1. La mesure dans laquelle on a défini le rôle avant sa mise en œuvre;
2. La mesure dans laquelle les services infirmier et médical, de même que l'organisme, sont engagés à soutenir le nouveau rôle;
3. La mesure dans laquelle l'organisme peut effectuer des changements au moment opportun;
4. La mesure dans laquelle on explique le changement proposé aux patients et aux membres de leur famille.

Examinons maintenant ces facteurs en détail. Le premier facteur, relatif à la définition des rôles, n'est pas souvent élucidé de façon suffisamment détaillée. En réalité, les définitions sur papier ne constituent qu'une partie du processus. En fait, au Cross Cancer Institute, la définition des rôles a débuté lorsque des étudiantes en soins infirmiers de pratique avancée terminaient leur préparation clinique avec les oncologues. Longtemps avant l'embauche d'une IPA au Cross Cancer Institute, les infirmières et les médecins cliniciens demandaient souvent aux IPA en cours de formation de leur expliquer en quoi consisterait le rôle d'IPA. Évidemment, il n'existait aucun modèle puisque le personnel ne comprenait encore aucune IPA. Cela signifie que les IPA en cours de formation et la première IPA embauchée ont dû s'occuper de la plus grande partie de la définition des limites du rôle et de son évolution. Dans une grande proportion, c'est l'IPA qui devait décider si les patients avaient besoin d'une évaluation de la part d'un oncologue médical ou d'une IPA. Une définition claire du rôle facilite grandement la transition pour le personnel.

Le rôle de l'IPA ne survivra pas sans le soutien des organismes en vue de permettre aux IPA d'exercer pleinement leur pratique. La mise en œuvre d'un nouveau rôle exige souvent des individus qu'ils « défendent leur cause ». La personne qui aide à effectuer les changements requis et qui appuie le plus le rôle est souvent une dirigeante d'expérience en soins infirmiers. Mais il peut arriver que la personne qui facilite le changement soit un directeur des services médicaux ou un membre de l'administration hospitalière. Ces personnes sont surtout responsables de la planification, de la mise en œuvre, de l'évaluation et de l'adaptation du rôle au sein de la structure organisationnelle. Malheureusement, pendant la semaine où l'on a institué le poste au Cross Cancer Institute, la directrice des soins infirmiers a quitté son poste. Trois mois plus tard, la gestionnaire avec le plus d'ancienneté après la directrice est également partie de l'établissement. Comme cela arrive dans n'importe quel établissement, l'embauche d'une nouvelle directrice des soins infirmiers a pris plus d'un an. Les autres dirigeantes des soins infirmiers seraient certainement d'accord pour dire que nous n'avions pas vraiment élaboré nos plans concernant la mise en œuvre du nouveau rôle au-delà de l'étape d'embauche. Les questions liées à la phase de transition, y compris les changements en matière de politiques, l'attribution des ressources et le soutien clinique feront inévitablement surface dans les étapes initiales de la mise en œuvre du rôle, et il faut les aborder. Il revient habituellement à une gestionnaire des soins infirmiers ou à une équipe d'infirmières d'expérience d'aborder les enjeux liés à la mise en œuvre du rôle et à la phase de transition. Dans notre cas, nous nous sommes aperçues qu'il est très exigeant pour une nouvelle IPA de participer aux négociations relatives aux changements, alors qu'elle devrait plutôt se

concentrer sur le développement de sa pratique clinique. Malheureusement, même lorsque les services médicaux et infirmiers, ainsi que l'organisme dans son ensemble, appuient l'arrivée de nouvelles IPA, il peut être difficile d'effectuer les changements au moment opportun. Dans notre cas, l'organisme a mis en place les changements rapidement et s'est bien débrouillé compte tenu que nous avons mis en œuvre un nouveau rôle dans une période où nous disposions d'un effectif réduit de gestionnaires infirmiers.

Nous estimions que les patients et les membres de leur famille avaient besoin de comprendre qui était leur professionnel de la santé en oncologie et que les soins de chaque patient seraient supervisés par un oncologue médical. Lors de la consultation initiale, les médecins ont expliqué aux patientes atteintes d'un cancer du sein qu'une IPA s'occuperait d'elles lors des rendez-vous subséquents et pour la prestation de soins primaires au cours des séances de chimiothérapie. Nombre de patientes ne connaissaient pas les termes « IPA » et « infirmière praticienne ». En vue de clarifier ces termes, les infirmières de la clinique et moi-même avons régulièrement expliqué aux familles qui j'étais et ce que je faisais. Au départ, les patientes se montraient souvent préoccupées lorsqu'elles apprenaient que les consultations suivantes ne seraient pas avec un médecin. Dans ces cas, il était important que je rassure mes patientes en leur rappelant que l'oncologue médical était à notre disposition à des fins de consultation et de soutien en cas de questions ou de difficultés que je ne pourrais résoudre moi-même. Selon mon expérience, les patientes ou les membres de leur famille étaient initialement préoccupés. Ils croyaient sans doute qu'une IPA ne serait pas en mesure de répondre adéquatement à leurs questions. En dépit de cette réticence initiale, après le premier rendez-vous, les patientes se disaient habituellement satisfaites. Je terminais souvent mes rendez-vous en demandant à mes patientes si j'avais abordé toutes leurs préoccupations. J'ai constaté que cette approche permettait aux patientes et aux proches d'exprimer toute question non réglée.

Opinions des patients et du personnel concernant le travail des IPA et les soins qu'elles dispensent

Globalement, le personnel et les patients ont exprimé des opinions positives au sujet de l'ajout d'une IPA à l'équipe de soins. Les membres du personnel ont été sondés de manière informelle et ils ont déclaré que le rôle d'IPA soutenait bien les efforts de l'équipe de soins de santé. Selon nombre d'infirmières, la présence d'une IPA au sein du personnel mettait à leur disposition une nouvelle ressource de soutien. Certaines d'entre elles étaient d'avis que l'IPA était plus accessible qu'un médecin. Les infirmières ont fait valoir que lorsqu'elles discutaient avec une IPA de certaines questions concernant les patients, elles sentaient que l'IPA prenait « au sérieux » ces préoccupations parce que l'IPA adoptait un paradigme de soins holistique. La documentation reflète également ces opinions. Toutefois, dans notre expérience, nous avons également conclu que l'adaptation du personnel au nouveau rôle se faisait plus facilement en raison du fait que l'IPA avait travaillé avec les médecins dans le cadre des stages cliniques de ses cours de maîtrise. Cette expérience clinique rehaussait le niveau de confiance que témoignaient les médecins envers les aptitudes cliniques des IPA. Bush et Watters (2001) ont observé que les médecins ont souvent des difficultés à partager avec les IPA leur « autorité » quant aux soins aux patients. Dans notre travail clinique partagé, certains des oncologues étaient d'accord avec ce constat. Le sondage que nous avons mené auprès de nos médecins a révélé que certains d'entre eux exprimaient toujours des préoccupations concernant la responsabilité juridique en cas de complications avec un patient. Les infirmières, quant à elles,

avaient de toutes autres inquiétudes. Elles se disaient préoccupées par le fait que l'IPA était inondée de travail clinique, ce qui faisait d'elle un « mini-médecin ». Bien que les infirmières savaient que leur première année de pratique à titre d'IPA mettait l'accent sur l'acquisition de connaissances cliniques, elles se disaient préoccupées que leur rôle n'évoluerait pas de façon à inclure les composantes importantes que sont la recherche et l'éducation.

Nous avons également mené un sondage informel auprès d'anciens patients dont le traitement avait été dirigé par une IPA. Nous leur avons demandé d'évaluer leur expérience des soins et d'indiquer s'il y avait, selon eux, une différence entre les soins dispensés par une IPA et ceux prodigués par un médecin. Globalement, la rétroaction fournie par les patients était positive. La plupart d'entre eux ont pu décrire la différence entre les IPA et les médecins en termes de prestation de soins, et nombre d'entre eux se montraient très positifs. Une jeune femme qui avait reçu un traitement pour un cancer du sein a affirmé : « J'ai eu droit au meilleur des deux styles de traitement. J'ai reçu beaucoup de renseignements scientifiques utiles de même que de la compassion des infirmières. Mon expérience a été très positive. » Une femme de 49 ans qui avait subi un traitement de chimiothérapie adjuvante a résumé ses sentiments en affirmant que « les IPA constituent l'avenir des soins de santé. J'ai eu droit à une expérience de soins globaux. J'ai apprécié l'approche holistique des IPA et je recommande fortement que l'on intègre ces infirmières à notre système de soins. »

Lorsque les patients et le personnel se disent satisfaits des soins prodigués par une IPA, nous devons déterminer la façon de nous assurer que le milieu de travail appuie l'intégration. La recherche indique qu'il existe un certain nombre de facteurs nécessaires à la réussite d'une intégration et à la création d'un milieu de travail favorable (Irvine et al., 2000). Les quatre principaux facteurs qui permettent aux équipes de soins d'intégrer avec succès les IPA dans le milieu de travail sont :

1. Un processus administratif efficace qui guide l'accès aux privilèges cliniques et qui prévoit des évaluations de rendement.
2. Un soutien institutionnel envers l'équipe pluridisciplinaire.
3. Un engagement organisationnel envers un modèle de gouvernance partagée.
4. Un processus partagé de prise de décisions et une communication formelle entre les hautes directions clinique et administrative qui serviront à orienter les IPA dans le cadre du développement de leur pratique.

Outre ces résultats de recherche, nous avons appris que notre organisme pourrait en faire davantage pour faciliter encore plus l'intégration du rôle d'IPA. L'amélioration de la communication entre les IPA et les médecins harmoniserait le processus de prestation de soins et stimulerait la croissance des IPA dans leur pratique. Selon nous, une des façons d'encourager la communication serait de situer les bureaux des IPA près d'où travaille le groupe médical. Une telle stratégie facilitera la communication informelle. De plus, cette proximité améliore l'accès au personnel de soutien tel que les adjoints administratifs.

Nous nous sommes également aperçues que lorsque les infirmières deviennent des IPA, elles appartiennent alors à deux différents groupes de collègues, à savoir les médecins et les infirmières, chacun doté de sa culture particulière. L'assignation d'un mentor formel à chaque IPA, pour la première année, faciliterait grandement l'adaptation au travail au sein de deux groupes de collègues (Arena et Page, 1999). Dans mon cas, j'avais besoin d'un tel mentor pour orienter l'acquisition de connaissances en recherche en oncologie. Chaque IPA devrait établir le type de mentorat dont elle a besoin, selon la base de connaissances qu'elle possède déjà. Certaines IPA estimeront peut-être avoir besoin d'un mentor clinicien. Dans mon expérience, mes questions relatives à la clinique avaient tendance à nécessiter une attention immédiate. Je recevais donc une orientation

de la part du médecin qui était disponible à ce moment. Je n'ai donc pas ressenti le besoin d'avoir un mentor clinicien formel. Toutefois, lorsque le stress initial lié au travail dans un milieu clinique avancé se sera dissipé, je crois que je bénéficierais de l'encadrement de mentors dans des domaines tels que le leadership et la recherche.

Le gouvernement se doit également de prendre des mesures permettant aux IPA de fournir des soins de façon rentable. En Alberta, le gouvernement doit aller de l'avant concernant l'adoption de la Health Professions Act (loi sur les professions de la santé). En outre, les gouvernements doivent témoigner leur appui en finançant des programmes pédagogiques et des bourses de développement. L'argent investi aujourd'hui pourrait entraîner des économies de millions de dollars en dépenses futures dans le système de santé. En aidant les IPA à s'intégrer au milieu de travail, l'ensemble des Canadiens en bénéficiera. Les spécialistes peuvent travailler là où l'on a besoin d'eux, tandis que les IPA peuvent offrir plus de soins aux patients dont le cas est moins grave.

Lorsqu'on me demande : « L'avenir des IPA est-il assuré? », je réponds « oui » avec confiance, parce que je suis très optimiste. Le système de santé continuera d'avoir besoin de plus d'IPA, et les IPA

auront de leur côté besoin de démontrer leur valeur. Tout comme les infirmières continuent de définir la portée de leur pratique et de faire leurs preuves auprès du public, les IPA doivent en faire autant. Nous devons souligner les contributions particulières des IPA non pas en tant que substituts du médecin mais plutôt en tant que praticiennes du système de santé qui rehaussent la valeur des services infirmiers et des soins aux patients. La recherche sur les soins prodigués par les IPA s'est surtout centrée sur l'efficacité; elle doit maintenant évoluer de façon à mesurer d'autres indicateurs essentiels tels que la satisfaction du patient, l'originalité du rôle d'IPA et l'efficacité des soins aux patients. Si l'on aborde ces questions, alors l'avenir des IPA est assuré.

En somme, j'aimerais conclure en citant Sandra Day O'Connor, la première femme juge à siéger à la Cour suprême des États-Unis. Ses paroles illustrent la collaboration qui sous-tend l'intégration des IPA dans le système de santé : « Dans ce monde, nous n'accomplissons rien seuls... Tout ce qui arrive est le résultat de la toile que nous tissons au fil du temps, et la création passe par l'enchevêtrement des fils de nos toiles individuelles avec ceux des toiles d'autrui. »

Références

- Arena, D.M., & Page, N.E. (1999). The imposter phenomenon in the clinical nurse specialist role. **Image: The Journal of Nursing Scholarship**, 24(2), 121-125.
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. **La pratique infirmière avancée : Cadre national (2002)**. Consulté en septembre 2004 à http://cnaaia.ca/CNA/practice/advanced/default_f.aspx
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. **La pratique infirmière de niveau avancée au premier plan - Zoom sur les soins infirmiers - Enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada - 1997** No. 2.
- Brown, M.A., & Draye, M.A. (2003). Experiences of pioneer nurse practitioners in establishing advanced practice roles. **Journal of Nursing Scholarship**, 35(4), 391-397.
- Bush, N.J., & Watters, T. (2001). The emerging role of the oncology nurse practitioner: A collaborative model within the private practice setting. **Oncology Nursing Forum**, 28(9), 1425-1431.
- Cummings, G.G., Fraser, K., & Tarlier, D.S. (2003). Implementing advanced nurse practitioner roles in acute care. **Journal of Nursing Administration**, 33(3), 139-145.
- Cunningham, R.S. (2004). Advanced practice nursing outcomes: A review of selected empirical literature. **Oncology Nursing Forum**, 31(2), 219-232.
- Feldman, M.J., Ventura, M.R., & Crosby, F. (1987). Studies of nurse practitioner effectiveness. **Nursing Research**, 36(5), 303-308.
- Golden-Biddle, K., Hinings, C.R. (2004). **Implementing change: The crucial role of middle managers**. Retrieved October 20, 2004, from <http://www.healthorgchange.com>.
- Hamric, A.B. (1996). A definition of advanced nursing practice. In A.B. Hamric, J.A. Spross, & C.M. Hanson (Eds.), **Advanced Nursing Practice: An Integrating Approach** (chap. 3, 42-56). Philadelphia: WB Saunders Co.
- Irvine, D., Sidani, S., Porter, H., O'Brien-Pallas, L., Simpson, B., McGillis Hall, L., et al. (2000). Organizational factors influencing nurse practitioners' role implementation in acute care settings. **Canadian Journal of Nursing Leadership**, 13(3), 28-34.
- King, K.B., Parrinello, K.M., & Baggs, J.G. (1996). Collaboration and advanced practice nursing. In Hickey, J.V., Ouimette, R.M., Venegoni, S.L. (Eds.), **Advanced Practice Nursing: Changing Roles and Clinical Applications** (chap. 10, 146-162). Philadelphia: Lippincott.
- Kinnersley, P., Anderson, E., Parry, K., Clement, J., Archard, L., Turton, P., Stainthorpe, A., et al. (2000). Randomized controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. **British Journal of Medicine**, 320, 1043-1048.
- Knaus, V.L., Felten, S., Burton, S., Fobes, P., & Davis K. (1997). The use of nurse practitioners in the acute care setting. **Journal of Nursing Administration**, 27(2), 20-27.
- Magdic, K., & Rosenzweig, M.Q. (1997). Integrating the acute care nurse practitioner into clinical practice: strategies for success. **Dimensions of Critical Care Nursing**, 16(4), 208-214.
- McDermott-Blackburn, K. (1998). Roles of advanced practice nurses in oncology. **Oncology**, 12(4), 591-603.
- McGrath, S. (1990). The cost-effectiveness of nurse practitioners. **Health Care Issues**, 15(7), 40-42.
- Mick, D.J., & Ackerman, M.H. (2000). Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: Application of the strong model of advanced practice. **Heart and Lung, The Journal of Acute and Critical Care**, 29(3), 210-221.
- Mundinger, M. (1994). Advanced practice nursing: Good medicine for physicians? **New England Journal of Medicine**, 330, 211-214.
- Mundinger, M.O., Kane, R.L., Lenz, E.R., Totten, A.M., Tsai, W., Cleary, P.D., et al. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: A randomized trial. **JAMA**, 283, 59-68.
- Murphy-Ende, K. (2002). Advanced practice nursing: Reflections on the past, issues for the future. **Oncology Nursing Forum**, 29(1), 106-111.
- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2003). Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. **Journal of Nursing Management**, 11, 396-403.
- Richmond, T.S., & Keane, A. (1996). Acute-care nurse practitioners. In Hickey, J.V., Ouimette, R.M., Venegoni, S.L. (Eds.), **Advanced Practice Nursing: Changing Roles and Clinical Applications** (chap. 19, 316-326). Philadelphia: Lippincott.
- Shah, H.S., Bruttomesso, K.A., Sullivan, D.T., & Lattanzio, J. (1997). An evaluation of the role and practices of the acute-care nurse practitioner. **American Association of Critical-Care Nurses**, 8(1), 147-155.
- Spross, J.A., & Heaney, C.A. (2000). Shaping advanced nursing practice in the new millennium. **Seminars in Oncology Nursing**, 16(1), 12-24.