

## Analyse du besoin et évolution des rôles

# Advanced Practice Nurse (APN) en soins médicaux de base

Hanna Burkhalter<sup>a</sup>, Regula Wyss-Hänecke<sup>b</sup>, Markus Ruch<sup>b</sup>, Monique Sailer Schramm<sup>c</sup>, Christine Wyss<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Département Pflege und Fachsupport, Pflegeentwicklung, Kantonsspital Graubünden, Chur, Schweiz; <sup>b</sup> MediZentrum Burgergut Steffisburg AG, Steffisburg, Schweiz;

<sup>c</sup> MediZentrum Täuffelen AG, Täuffelen, Schweiz; <sup>d</sup> MediZentrum Schüpfen AG, Schüpfen, Schweiz

Les soins de santé sont confrontés à un nombre croissant de patientes et patients (PAT) qui, à cause de différentes limitations, ne sont plus en mesure de se rendre au centre interprofessionnel des soins médicaux de base (CISMB) et ont donc besoin d'une prise en charge à domicile ou bien dans un établissement médico-social (EMS).

Un CISMB fait face à ce besoin croissant et, sur la base des cinq premières étapes du modèle cadre PEPPA (Participatory, Evidence-informed, Patient-centered Process for Advanced practice), développe un rôle APN (Advanced Practice Nurse) pour les soins de santé et la prise en charge à domicile ou dans un EMS. Le CISMB dispose d'une base d'environ 13 000 PAT, dont 396 (402 consultations et 316 heures facturables) ont été identifiés comme pouvant être pris en charge par ce nouveau rôle. Après conversion, cela est équivalent à 3% de la patientèle, ce qui correspond au besoin d'un poste à 60%.

## Introduction

Le nombre de PAT qui, à cause de différentes limitations, ne sont plus en mesure de se rendre au CISMB et ont donc besoin d'une prise en charge à domicile ou bien dans un EMS, ne cesse d'augmenter. Il s'agit souvent de maladies non transmissibles ou de maladies chroniques (par ex. affections cardiovasculaires et respiratoires, cancer, diabète) qui, en l'absence de continuité et de coordination des soins, peuvent s'avérer très chronophages pour toutes les parties ou entraîner des hospitalisations évitables. Cela implique des consultations répétées et très limitées dans le temps au CISMB. Afin de répondre aux besoins des PAT et de leurs proches et d'offrir un traitement proche du domicile, sans long trajets éprouvants, et afin de couvrir le besoin médical évident, le CISMB a envisagé d'élargir l'équipe en intégrant une infirmière qualifiée APN. Les

infirmières qualifiées APN [1] exercent des activités de soins de façon indépendante et, au besoin, exercent des activités médicales sous délégation ou supervision [2]. Dans la publication d'un CISMB en 2019, il est décrit à titre d'exemple à quoi peut ressembler une prise en charge en tandem par le médecin de famille (MF) et l'APN [3]. L'infirmière qualifiée APN

est en charge du cas dans les situations stables au long cours, tandis que le MF intervient en cas de nouveaux problèmes aigus, mais reste responsable du cas sur toute son évolution. Au début de la prise en charge en tandem, l'objectif thérapeutique à atteindre est déterminé conjointement. En fonction du niveau de formation et de l'expérience de l'infirmière quali-

## Encadré 1: Développement du rôle APN sur la base du modèle PEPPA.

### Étape 1: Définition de la population cible.

Ébauche et description des soins et de l'état actuels de la prise en charge de cette population de patients.

### Étape 2: Identification de tous les groupes d'intérêts impliqués pour vérifier les lacunes de soins, et complément des processus actuels et de leurs lacunes de soins.

Les discussions avec les personnages clés ont été consignées par écrit et ont été résumées de façon analytique selon Kuckartz [5].

Afin d'évaluer le volume de la population cible, les cas potentiels ont été identifiés entre octobre 2020 et février 2021.

### Étape 3: Analyse des forces et des faiblesses du modèle de soins actuel afin d'identifier les améliorations de prise en charge requises pour cette population de patients.

Des discussions sont menées avec les médecins, les assistantes médicales et la directrice. De plus, des discussions ont lieu avec la direction des soins de l'EMS, le responsable d'établissement et l'équipe soignante.

### Étape 4: Définition de priorités au niveau des lacunes de soins identifiées.

Sur la base des besoins et problèmes des étapes 1-2 ainsi que des forces et faiblesses du modèle de soins actuel (étape 3), des objectifs et mesures prioritaires ont été définies pour un nouveau modèle de soins.

### Étape 5: Définition du nouveau modèle de soins et du rôle de l'APN.

Le fondement du rôle de l'APN se base sur le modèle de Hamric [6], avec les compétences clés d'une infirmière qualifiée APN.

### Étapes 6-9: Planification de la stratégie d'implémentation (étape 6), introduction et mise en œuvre (étape 7), évaluation (étape 8), surveillance au long cours (étape 9).

fiée APN ainsi que du niveau de confiance déjà établie entre le MF et l'APN, cette dernière prend des décisions plus ou moins en autonomie. La communication entre MF et APN est également aménagée de façon individuelle, et s'oriente en fonction du besoin du MF responsable du cas. La formation étendue des APN également dans le domaine de l'examen physique et de l'interprétation des analyses de laboratoire leur permet, en cas de changement de l'état général, de collecter des observations avec lesquelles le MF peut adapter le traitement sans avoir besoin de voir lui-même la patiente ou le patient.

L'objectif de ce travail est de décrire le développement d'un rôle APN dans un CISMB sur la base des cinq premières étapes du modèle cadre [4].

## Méthodologie

Le développement du rôle se fait de façon progressive et systématique. Les étapes du modèle PEPPA sont listées dans l'encadré 1.

## Résultats

L'élaboration des étapes 1 à 5 du modèle cadre PEPPA a eu lieu entre septembre 2020 et juillet 2021. Les étapes 6-9 sont actuellement en cours. Leur description et évaluation sortirait du cadre de cet article.

### Étape 1: définition de la population cible

La population cible se compose de PAT qui, à cause de différentes limitations, ne sont plus en mesure de se rendre au CISMB et ont donc besoin d'une prise en charge à domicile ou bien dans un EMS. En Suisse, 2,7 millions de personnes souffrent d'une maladie chronique [7]. En 2014, afin de surmonter ces défis, la Suisse a ancré la promotion des soins médicaux de base – et en particulier de la médecine de famille – dans la Constitution (art. 117a) dans le cadre d'un arrêté fédéral [8]. Il a été prouvé que le bon fonctionnement des soins médicaux de base et une surveillance des maladies chroniques permettent d'éviter les hospitalisations [9]. Le développement du rôle a eu lieu au sein d'un CISMB en présence de six médecins de famille, dont quatre hommes et deux femmes. L'établissement dispose d'une patientèle composée d'environ 13 000 PAT. Selon la moyenne de la population suisse, 25% d'entre eux (= 3 250 PAT) seront touchés par une affection chronique; parmi cette part, on estime qu'une prise en charge à domicile ou dans un EMS sera de rigueur chez 300 à 400 PAT. Un médecin de l'établissement suit 140 résidents de l'EMS, avec une visite d'une heure et demie deux fois par semaine. En rai-

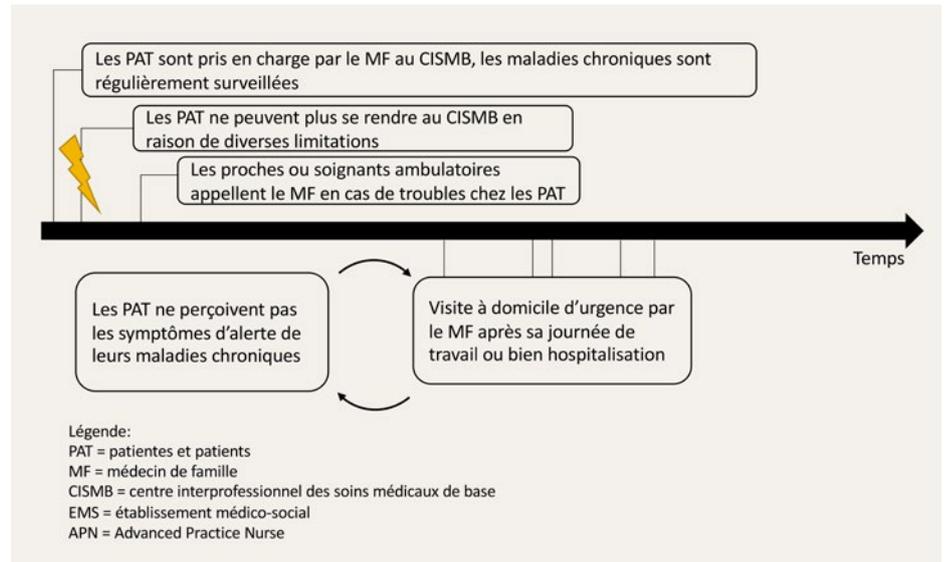


Figure 1: Modèle de soins actuel.

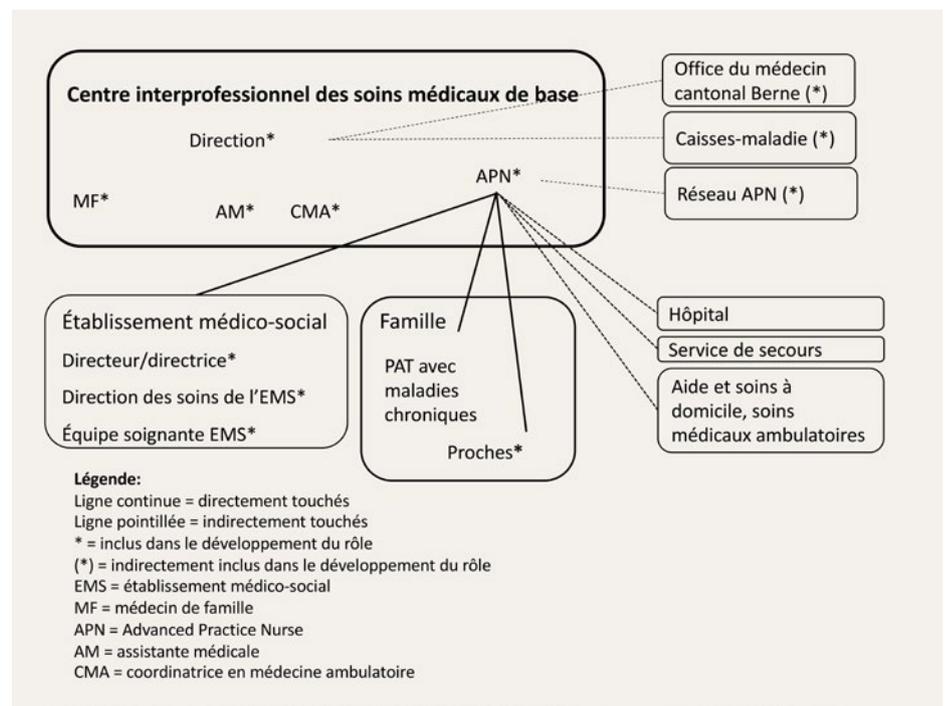


Figure 2: Identification des personnages clés directement ou indirectement concernés par un nouveau rôle d'experte en soins APN.

son du volume de travail élevé et des urgences, il y avait souvent des retards dans les visites, seuls les cas les plus aigus pouvant être suivis. Jusqu'ici, les visites à domicile en cas de dégradation de l'état des PAT étaient demandées par les proches, l'Aide et soins à domicile ou l'équipe soignante de l'établissement (fig. 1) et avaient lieu à la pause de midi ou bien après la journée de travail des médecins.

Afin de confirmer ce besoin, 165 PAT recevant un traitement à domicile ou en EMS ont été identifiés rétrospectivement entre

octobre 2020 et février 2021 grâce au système informatique du cabinet (estimation sur 12 mois: 396 PAT). Au total, cela correspondait à 402 visites à domicile, pour un total de 316 heures de service direct aux patients. Ces données sont requises pour le calcul des taux d'occupation d'un groupe professionnel (env. 60%) qui pourrait soulager le médecin de famille dans les visites en EMS et à domicile. De par sa formation, une infirmière qualifiée APN pourrait prendre en charge de telles tâches.

## Étape 2: identification des personnages clés

Toutes les personnes (et services) entrant directement ou indirectement en contact avec l'infirmière qualifiée APN ont été identifiées comme des personnages clés. Des discussions ont été menées avec les personnages clés marqués (fig. 2). Le résumé d'analyse de contenu a donné les besoins thématiques suivants pour la population cible:

- Besoin d'une personne fiable pour assurer la coordination et la communication avec les autres personnes assurant la prise en charge;
- Besoin d'un interlocuteur simple et d'un traitement en temps voulu à domicile ou en EMS;
- Besoin de confiance dans l'interlocuteur quant à la promotion et au respect de l'autodétermination des PAT.

## Étape 3: identification du besoin d'un nouveau modèle de soins

Les forces et faiblesses du modèle de soins actuel ont été présentées sous forme de tableau. Les forces sont les suivantes: les médecins du CISMB ont établi une relation de confiance sur plusieurs années avec les PAT, et disposent d'une très bonne collaboration interprofessionnelle et fonctionnelle de l'équipe propre au cabinet. Les faiblesses sont l'absence de discussions de coordination avec les autres prestataires de soins ambulatoires et les EMS, les malentendus dans les prestations de soins en raison de flux d'information non standardisés et de processus non institutionnalisés (mutuellement), ainsi que des consultations plus chronophages pour les médecins en raison des trajets pour rejoindre les PAT. Du point de vue des PAT, d'autres faiblesses étaient le sentiment de manipulation dû à un manque de compétences spécialisées et d'informations au sein de

l'EMS, ainsi qu'un important blocage quand il s'agit de poser aux médecins des questions d'ordre général sur les maladies chroniques.

## Étape 4: identification des problèmes prioritaires et détermination des objectifs

Dans la quatrième étape, le nouveau modèle de soins a été représenté sur la base des besoins sanitaires prioritaires de la population de patients. À l'aide des besoins identifiés à l'étape 2 et des forces et faiblesses de l'étape 3, trois mesures prioritaires ont été formulées pour le nouveau modèle de soins.

**Thème «Coordination et communication»:** L'infirmière qualifiée APN consigne systématiquement ses observations et informe le médecin de ses besoins. Pour atteindre les objectifs thérapeutiques, elle modifie de façon indépendante ou sous délégation le traitement à domicile ou dans l'EMS. L'APN fait ainsi office de plaque tournante pour la communication et la coordination des personnages clés impliqués.

### Thème «Un interlocuteur en tout simplicité»:

L'infirmière qualifiée APN rend régulièrement visite à domicile ou à l'EMS aux PAT qui, à cause de diverses limitations, ne peuvent se rendre au CISMB. Par cette régularité, elle assume également des tâches de coordination et agit comme interlocuteur primaire pour ces PAT et leurs proches.

### Thème «Autodétermination»:

L'infirmière qualifiée APN assume à l'EMS une partie de la visite médicale d'arrivée, avec anamnèse et antécédents. Les attentes en matière de prise en charge médicale sont formulées, et les axes centraux de la gestion des

maladies chroniques sont ensuite déterminés conjointement aux PAT et aux médecins de familles en charge.

## Étape 5: définition du nouveau modèle de soins et du rôle de l'APN

Dans la cinquième étape du cadre PEPPA, un accord a été trouvé au CISMB sur le nouveau modèle de prise en charge (fig. 3). Le développement de nouveaux rôles à l'interface entre personnel infirmier et médecins a comme objectif principal de soutenir les PAT souffrant d'une maladie chronique et leurs proches dans l'autodétermination. Les visites institutionnalisées régulières des APN auprès des PAT à domicile et dans l'EMS doivent soutenir l'autogestion [10] pour ainsi détecter tôt les exacerbations des maladies chroniques et réduire les hospitalisations.

## Discussion

L'élaboration d'un nouveau modèle de soins avec le modèle cadre a montré qu'une APN est la bonne personne spécialisée pour assurer une prise en charge coordonnée et continue de la population cible à domicile ou dans un EMS. L'infirmière spécialisée APN au CISMB ne fait pas de concurrence à la profession de médecin. Il s'agit d'un complément dans les soins médicaux, qui s'oriente en fonction de l'évolution des soins.

Cette description montre l'évolution d'un rôle d'APN dans un CISMB défini. Les résultats ne doivent donc pas être généralisés mais doivent soutenir d'autres cabinets de groupe dans un processus similaire.

Afin de contrôler l'implémentation et le bénéfice/succès d'un tel rôle au long cours, des projets consécutifs avec évaluation et adaptations du modèle de soins sont nécessaires et recommandés (étapes 6-9).

## Correspondance

Hanna Burkhalter  
 Departement Pflege und Fachsupport  
 Leitung Pflegeentwicklung  
 Kantonsspital Graubünden  
 CH-7000 Chur  
 hanna.burkhalter[at]ksgr.ch



## Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse [www.primary-hospital-care.ch](http://www.primary-hospital-care.ch).

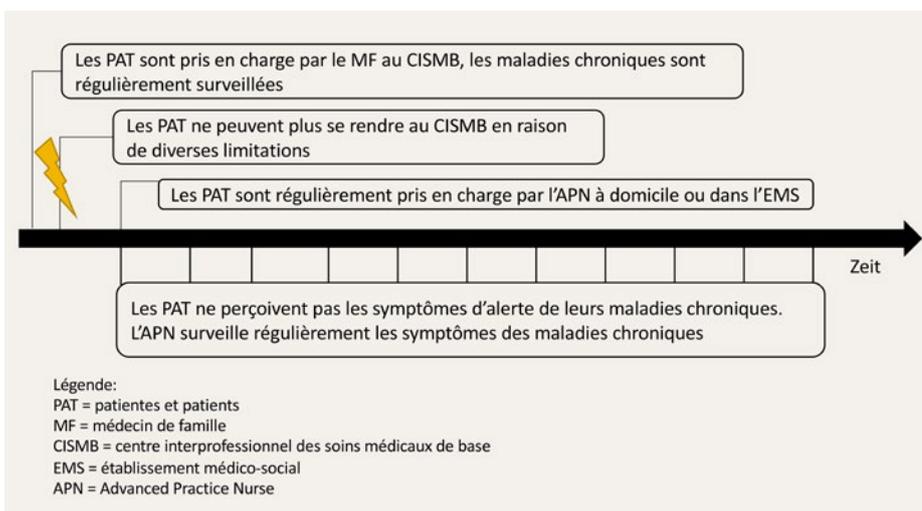


Figure 3: Nouveau modèle de soins élaboré.