

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

11 décembre 2024

898-2

PRATIQUES INFIRMIÈRES AVANCÉES

LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE: UNE RÉPONSE AUX DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Pratique infirmière spécialisée:
cadre légal vaudois

Le rôle d'infirmière praticienne
spécialisée

Infirmiers-ères de pratique spécialisée
et soins de première ligne

Infirmière praticienne spécialisée:
implantation en première ligne

Infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es
en hospitalier

Pratique infirmière avancée et santé
communautaire

Infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es:
leadership et recherche pour les soins

Infirmières et infirmiers cliniciens
spécialisés et monde politique suisse

Consultations aux urgences après
chirurgie du pied ou de la cheville

Volume 20, 2321-2364

ISSN 1660-9379

M.H
MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS

SMSR
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE



GEORG

Laurent Tatu

UNE BRÈVE HISTOIRE DE LA TOXINE BOTULINIQUE

De la découverte d'un poison à son utilisation thérapeutique

Préface de Julien Bally

UNE BRÈVE HISTOIRE DE LA TOXINE BOTULINIQUE

De la découverte d'un poison à son utilisation thérapeutique

Laurent Tatu
Postface de Julien Bally

GEORG

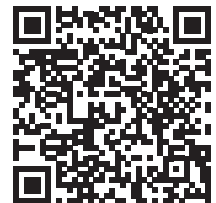
UNE BRÈVE HISTOIRE DE LA TOXINE BOTULINIQUE

Le botulisme est une maladie infectieuse grave liée à la consommation d'aliments mal conservés. La découverte de la cause de cette maladie s'est étalée sur plusieurs siècles mais nous savons aujourd'hui que le botulisme est la conséquence de l'action d'une puissante toxine agissant par blocage de la transmission entre les nerfs et les muscles.

La toxine botulinique s'est révélée comme le plus puissant des poisons connus mais son histoire est l'histoire paradoxale d'un poison possédant des vertus thérapeutiques. Ses applications esthétiques pour la réduction des rides, très médiatisées, font parfois oublier que ce produit est surtout utilisé quotidiennement pour soigner de nombreuses maladies neurologiques.

Cet ouvrage, basé sur des sources archivistiques et bibliographiques primaires, présente les grandes étapes historiques de ces découvertes progressives.

COMMANDE



Je commande :

___ ex. de **UNE BRÈVE HISTOIRE DE LA TOXINE BOTULINIQUE**

CHF 12.- / 10 €

Frais de port pour la Suisse : 3 CHF.- ; autres pays : 5 €

En ligne : www.georg.ch

e-mail : commande@medhyg.ch

tél : +41 22 702 93 11

ou retourner ce coupon à :

Georg Editions | Médecine & Hygiène

CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....
.....

Date et signature

.....

PRATIQUES INFIRMIÈRES AVANCÉES

- 2323 ÉDITORIAL** La pratique infirmière avancée: une réponse aux défis du système de santé. *J. Gentizon, S. Colomer-Lahiguera, C. Mabire, M. Eicher et L. Robatto*
- 2327** Cadre légal de la pratique infirmière spécialisée dans le Canton de Vaud. *T. Gyuriga Perez et C. Peguet*
- 2331** Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée au CHUV. *A. Serena, F. Ninane et I. Lehn*
- 2335** Les infirmiers-ères de pratique spécialisée pour renforcer les soins de première ligne. *J. Pellet, I. Levasseur et C. Mabire*
- 2339** Infirmière praticienne spécialisée: une expérience d'implantation en première ligne. *I. Levasseur, L. Bouche, C. Grandchamp, P. Staeger et N. Grasset*
- 2343** Pratique des infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es en milieu hospitalier. *M.-J. Roulin, L. Bochud, C. Lecoultré et P. Teixeira Machado*
- 2346** Pratique infirmière avancée dans la santé communautaire suisse. Partage d'expériences. *J. Wicht et J. Ribaut*

- 2350** Infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es: leadership, entrepreneuriat et recherche pour les soins. *M. Bana, S. Kropf-Staub et M. Eicher*
- 2354** Infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés et monde politique suisse. *D. Wenger*
- 2325** Résumés des articles

ORTHOPÉDIE

- 2358** Consultations aux services d'urgences après chirurgie du pied ou de la cheville. *S. Soares, R. Garibaldi et A. Seidel*

ACTUALITÉ

- 2362** **Lu pour vous.** *Magic mushrooms*: une nouvelle option pour la dépression. *J. Muradbegovic*
- 2362** **Carte blanche.** Négociation: mission possible? *A. Perret Morisoli*
- 2363** **Zoom.** Oxygénothérapie à domicile au long cours: «less is good». *C. Seydoux*

CORTEX

- 2364** Soutenir la médecine par l'éthique: opportunités suisses. *R. J. Jox*

Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Gravière 16 | CP 475, 1225 Chêne-Bourg | Tél. 022 702 93 11 | www.revmed.ch

ÉDITION

Médecine et Hygiène,
société coopérative;
www.medhyg.ch
Président du Conseil d'administration:
Dr Bertrand Kiefer
Directeur: Michael Balavoine
Directrice adjointe: Marion Favier

RÉDACTION

Rédacteurs-trices en chef: Pre Carole
Clair (Unisanté), Dre Melissa
Dominicé Dao (HUG), Dre Sanae
Mazouri (Centre Médical Terre-Bonne),
Pr Omar Kherad (Hôpital de la Tour)

et Pr Nicolas Senn (Unisanté)
Rédacteur en chef adjoint:
Dr Pierre-Alain Plan
Secrétaires de rédaction:
Chantal Lavanchy (resp.) et
Joanna Szymanski
E-mail: redaction@revmed.ch
Publicité: Michaela Kirschner (resp.)
Tél. publicité: 022 702 93 41
E-mail: pub@medhyg.ch
Responsable web: Marion Favier
E-mail: webmaster@revmed.ch
Préresse: Frédéric Michiels
Impression: AVD Goldach AG

ABONNEMENTS RMS

Tél.: 022 702 93 11
E-mail: abonnement@revmed.ch
Suisse: Papier + numérique: CHF 250.-
100% numérique: CHF 170.-;
Étudiants: 100% numérique
(sur justificatif): CHF 80.-
Étranger: Papier + numérique: 290 €
100% numérique: 150 €
Étudiant: 100% numérique
(sur justificatif): 75 €
Institutions: Contactez
marketing@medhyg.ch ou appelez le
+41 22 702 93 41 afin d'obtenir une
offre sur mesure.

Organe officiel de la Société médicale
de la Suisse romande (www.smsr.ch)
Revue officielle de la Société suisse
de médecine interne générale
La Revue Médicale Suisse bénéficie
d'un soutien de la FMH (Fédération
des médecins suisses)

Indexée dans:

- MEDLINE/PubMed
 - EMBASE/Excerpta Medica
 - EMCare
 - Scopus
- Médecine et Hygiène édite aussi
le site de santé grand public:
www.planetesante.ch

Janet Medforth, Linda Ball, Angela Walker,
Sue Battersby, Sarah Stables

MANUEL OXFORD EN SCIENCES SAGE-FEMME

3^E ÉDITION ADAPTÉE PAR LA FILIÈRE
SAGE-FEMME DE LA HAUTE ÉCOLE
DE SANTÉ VAUD

1168 pages / 11.5 x 18.5 cm / 69 CHF ISBN: 9782880495152
© 2024

Janet Medforth, Linda Ball, Angela Walker,
Sue Battersby, Sarah Stables

MANUEL OXFORD EN SCIENCES SAGE-FEMME

3^E ÉDITION

ADAPTATION PAR LA FILIÈRE SAGE-FEMME
DE LA HAUTE ÉCOLE DE SANTÉ VAUD

C. de Labrusse, A. Abderhalden-Zellweger, M. Caldelari,
P. Perrenoud, M. Picavet, P. Thomas, J. Flohic, M. Schmied,
D. Waller, C. Kaech, L. Pomar, M. Bonzon, M. Pretalli,
C. Haydar, F. Schläppy, M.-P. Politis Mercier, L. Floris,
F. Salamin, B. Michoud, Y. Meyer et H. Thorn-Cole

TRADUCTION DE GHISLAIN BAREAU

RMS
EDITIONS

HESAV
HAUTE ÉCOLE
DE SANTÉ VAUD

Hes-so

RMS
EDITIONS

HESAV
HAUTE ÉCOLE
DE SANTÉ VAUD

Hes-so

MANUEL OXFORD EN SCIENCES SAGE-FEMME

Le *Manuel Oxford en sciences sage-femme* est une ressource unique, qui fournit aux sages-femmes tout ce dont ils et elles ont besoin dans leur pratique. Il réunit des informations concises, pratiques et spécialisées sur tous les aspects du rôle de sage-femme, allant des conseils pré-conceptuels à l'examen postnatal final de la mère et du bébé.

Cette version traduite a été adaptée à la francophonie au niveau des actes, de la médication et des rôles des soignants, coordonnée par Claire de Labrusse et Alessia Abderhalden-Zellweger, et validée par la Filière Sage-femme de la Haute École de Santé Vaud.

COMMANDE



Je commande:

_____ ex. de **MANUEL OXFORD EN SCIENCES SAGE-FEMME**

CHF 69.-

Fais de port: 3.- pour la Suisse (offerts dès 30.- d'achat);
autres pays: 5 €

En ligne: www.revmed.ch/livres

e-mail: commande@medhyg.ch

tél: +41 22 702 93 11

ou retourner ce coupon à:

RMS Editions | Médecine & Hygiène

CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

Date et signature

Je désire une facture



La pratique infirmière avancée: une réponse aux défis du système de santé

Dre JENNY GENTIZON, Dre SARA COLOMER-LAHIGUERA, Pr CÉDRIC MABIRE,
Pre MANUELA EICHER et LAURENCE ROBATTO

Rev Med Suisse 2024; 20: 2323-4 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.898-2.2323

Articles publiés
sous la direction de

MANUELA EICHER

CORALIE PEGUET

Institut universitaire
de formation et de
recherche en soins

Faculté de biologie et
de médecine, Centre
hospitalier
universitaire vaudois
et Université de
Lausanne

Longtemps considéré parmi les meilleurs systèmes de santé au monde, le système suisse montre des signes d'essoufflement, notamment en raison de la pression démographique, du vieillissement, de l'augmentation des maladies chroniques et de la complexification des soins. Pour répondre à cette situation, explorer de nouveaux modèles de soins devient impératif. L'intégration des infirmier-ères de pratique avancée (IPA) dans des modèles de prise en soins offre une perspective novatrice et représente un levier stratégique pour revitaliser le système. Aujourd'hui, en Suisse, les IPA se déclinent en deux rôles distincts et complémentaires (**figure 1**): les infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es (ICLS) et les infirmier-ères praticien-nes spécialisé-es (IPS).

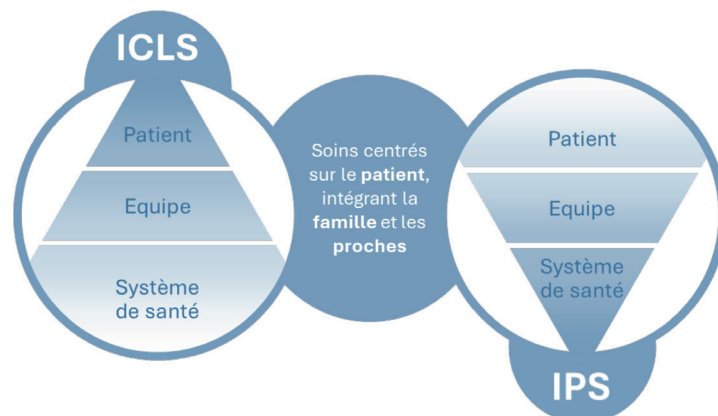
Tout en gardant une activité clinique, les ICLS sont des leaders dans l'implantation de

pratiques de soins fondées sur des données probantes et dans l'accompagnement des équipes soignantes. Ils et elles peuvent identifier les patient-es nécessitant des soins complexes, élaborer des plans de soins personnalisés et renforcer la coordination des soins en collaboration avec les équipes, les patient-es et leur famille. Leur influence s'exerce à la fois au niveau micro (patient-es), méso (équipes et institutions) et macro (politiques de santé), en étroite collaboration avec les dirigeant-es des institutions, contribuant ainsi à un système de santé plus efficient.

Les IPS, quant à eux-elles, sont formé-es pour dispenser des soins directs aux patient-es en mettant l'accent sur la promotion de la santé et le soutien à l'autogestion, mais aussi pour prescrire des tests diagnostiques et des médicaments. En partenariat avec les méde-

FIG 1 La complémentarité des rôles de l'ICLS et de l'IPS

ICLS: infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es ; IPS: infirmier-ères praticien-nes spécialisé-es.



cins, les IPS apportent une alternative pour de nombreuses interventions, optimisant l'accès aux soins auprès de certaines populations, ou dans certaines régions où la pénurie de médecins est problématique par exemple, et en réallouant les compétences médicales là où elles sont le plus nécessaires.

Les expériences menées, entre autres, aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni et en Scandinavie montrent l'efficacité des modèles de soins intégrant les IPA, en termes d'accessibilité, qualité de vie, gestion des symptômes et réduction des coûts. De plus, l'introduction des IPA en Suisse permet une valorisation des compétences et de la contribution des soins infirmiers. La création d'opportunités de carrière attractives est essentielle pour lutter contre la pénurie de personnel soignant.

Cette implantation des IPA dans le système des soins ne doit pas être envisagée comme une substitution à d'autres professionnel-les,

mais en complémentarité avec eux. Comme le montrent les articles dans cette édition spéciale, les modèles de soins intégrant les IPA s'inscrivent dans une évolution vers des soins plus intégrés et centrés sur les patient-es. Ces exemples illustrent la polyvalence des IPA dans différents contextes en Suisse.

L'adoption des IPA en Suisse est une nécessité pour relever les défis actuels et futurs de notre système de santé. Leur formation est déjà bien établie en Suisse romande, avec deux programmes de Master proposés par l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins UNIL-CHUV, en collaboration étroite avec la HES-SO, qui préparent les ICLS depuis 2009 et les IPS depuis 2018 à leur entrée en pratique.

Dans le contexte politique actuel de préparation de la réglementation nationale des IPA, il nous semble pertinent de dédier cette édition spéciale à ce sujet crucial pour l'avenir de notre système de santé. Bonne lecture!

Rev Med Suisse 2024; 20: 2339-42

Infirmière praticienne spécialisée: une expérience d'implantation en première ligne

I. Levasseur, L. Bouche, C. Grandchamp, P. Staeger et N. Grasset

L'augmentation et l'évolution continue des besoins en soins, liées notamment au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques, ont incité le Canton de Vaud à promouvoir des modèles de soins innovants et de nouveaux profils professionnels, entre autres par la reconnaissance du rôle d'infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS). Unisanté s'investit activement dans la promotion et l'intégration de ce rôle, avec le soutien du canton. Un programme de formation postgrade pour les IPS en soins de première ligne est en cours de développement et l'ouverture d'un centre de santé novateur a permis d'implanter ce rôle dans la pratique de la médecine générale. Le récit de cette expérience met en lumière les multiples enjeux auxquels les différents partenaires ont été confrontés durant les dix premiers mois d'activité.

Rev Med Suisse 2024; 20: 2331-4

Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée au CHUV

A. Serena, F. Ninane et I. Lehn

Il est reconnu que l'intégration du rôle d'infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS) dans des nouveaux modèles de soins peut avoir des effets positifs en termes de résultats patients et sur le système de santé (ex. augmentation de l'accès aux soins). Le canton de Vaud est dans une phase initiale de développement des rôles d'IPS. Actuellement, le CHUV compte quinze IPS dans différents services cliniques et plusieurs projets de développement de leur rôle sont en cours. La solide formation académique des IPS, leur précieuse alliance avec les médecins partenaires et leur présence à long terme dans la spécialité clinique où ils/elles exercent les positionnent comme des acteurs fiables et compétents tant pour les patient-es que pour les médecins, infirmier-ères et autres professionnel-les.

Rev Med Suisse 2024; 20: 2346-9

Pratique infirmière avancée dans la santé communautaire suisse

Partage d'expériences

J. Wicht et J. Ribaut

L'évolution des maladies chroniques et le vieillissement de la population augmentent la demande de soins spécialisés pour les services de soins ambulatoires et stationnaires. En 2019, le Service d'aide et de soins à domicile de la Sarine a introduit une infirmière clinicienne spécialisée (ICLS) afin d'accompagner les équipes et la direction dans l'analyse systémique de la pratique clinique. Le modèle INTERCARE, développé par des infirmier-ères de pratique avancée (IPA), a été introduit dans certains établissements médicaux-sociaux (EMS). Avec des infirmier-ères spécialement formé-es, ce modèle a réduit les hospitalisations non planifiées et augmenté la satisfaction du personnel. La pratique infirmière avancée peut apporter une valeur ajoutée au système de santé suisse en répondant aux exigences croissantes de la santé communautaire.

Rev Med Suisse 2024; 20: 2350-3

Infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es: leadership, entrepreneuriat et recherche pour les soins

M. Bana, S. Kropf-Staub et M. Eicher

Les infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es (ICLS) sont des infirmier-ères titulaires d'un Master. Leurs compétences clés comprennent le leadership, l'entrepreneuriat et la recherche. En prenant l'exemple du programme Symptom Navi, nous montrons l'importance des ICLS dans le développement d'un projet innovant et leur rôle de leadership pour l'implantation du programme dans la pratique. Les résultats de l'évaluation du programme Symptom Navi sont également présentés.

Rev Med Suisse 2024; 20: 2343-5

Pratique des infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es en milieu hospitalier

M.-J. Roulin, L. Bochud, C. Lecoultré et P. Teixeira Machado

Les infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es ont pour mission de fournir des soins spécialisés aux personnes présentant des problèmes de santé complexes, ainsi que de soutenir les soignant-es et les institutions en proposant des soins fondés sur des preuves. En milieu hospitalier, ils et elles interviennent à différents niveaux dans les institutions: dans les services, dans des rôles transversaux axés sur des problématiques spécifiques comme la gestion de la douleur, et dans le suivi longitudinal des patient-es, assurant la continuité entre l'hospitalisation, les soins ambulatoires et le domicile. Grâce à leur expertise clinique ancrée dans les milieux de soins et à leur démarche systématique d'amélioration des pratiques, les ICLS occupent une place unique en tant que contributeurs essentiels au sein du système de santé.

Rev Med Suisse 2024; 20: 2327-30

Cadre légal de la pratique infirmière spécialisée dans le Canton de Vaud

T. Gyuriga Perez et C. Peguet

La pratique infirmière spécialisée existe depuis plusieurs décennies à l'international, et la littérature scientifique a démontré une amélioration de l'accès aux soins, de la sécurité des patient-es et de leur bien-être. Pour faire face aux défis sociodémographiques de santé publique et à la pénurie de professionnel-les de soins et de santé, le Canton de Vaud est le premier en Suisse à avoir élaboré un cadre légal définissant les responsabilités et les exigences du rôle d'infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS), permettant ainsi l'implantation de cette profession dans le système de santé vaudois. L'intégration des IPS dans le contexte hospitalier présente des résultats prometteurs. Toutefois, l'absence de normes fédérales en matière de financement constitue un frein au développement des IPS, notamment dans le contexte communautaire.

Rev Med Suisse 2024; 20: 2354-7

Infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés et monde politique suisse

D. Wenger

À l'image du reste de l'Europe, le système de santé suisse est confronté à des défis majeurs. La demande en prestations de santé augmente en raison du vieillissement de la population, des maladies chroniques et des besoins numériques, tandis que l'offre souffre d'une pénurie de professionnel-les. Pour répondre à ces défis, le système de santé doit intégrer des modèles de soins innovants et inter-professionnels. La cohérence de ce développement nécessite la collaboration de tous les acteur-rices du système de santé. Le rôle d'agent de changement des infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés et leur connaissance du système de santé en font des interlocuteurs privilégiés. Dans ce contexte, il importe que ceux-ci entretiennent une vision holistique du système de santé avec pour objectif, la qualité et l'efficacité des soins et la sécurité des patient-es.

Rev Med Suisse 2024; 20: 2335-8

Les infirmiers-ères de pratique spécialisée pour renforcer les soins de première ligne

J. Pellet, I. Levasseur et C. Mabire

La Suisse fait face à une demande croissante en soins de première ligne. Les infirmiers-ères praticien-nes spécialisé-es (IPS) peuvent jouer un rôle clé pour répondre aux enjeux actuels du système de santé en participant à de nouveaux modèles de prise en charge. Les études internationales soutiennent cette solution, en montrant que les IPS améliorent l'accès aux soins, réduisent les coûts et augmentent la satisfaction des patients. En Suisse, l'implantation des IPS dans les soins de première ligne est émergente et soulève des enjeux politiques, législatifs et économiques. Les projets pilotes en cours et les évaluations de l'impact des IPS permettront d'informer les patient-es, les professionnel-les, les décideur-euses et les financeur-euses de la plus-value et de la complémentarité du rôle d'IPS dans le système de soins actuel.

Cadre légal de la pratique infirmière spécialisée dans le Canton de Vaud

TERESA GYURIGA PEREZ^a et CORALIE PEGUET^b

Rev Med Suisse 2024; 20: 2327-30 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.898-2.2327

La pratique infirmière spécialisée existe depuis plusieurs décennies à l'international, et la littérature scientifique a démontré une amélioration de l'accès aux soins, de la sécurité des patient-es et de leur bien-être. Pour faire face aux défis sociodémographiques de santé publique et à la pénurie de professionnel-les de soins et de santé, le Canton de Vaud est le premier en Suisse à avoir élaboré un cadre légal définissant les responsabilités et les exigences du rôle d'infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS), permettant ainsi l'implantation de cette profession dans le système de santé vaudois. L'intégration des IPS dans le contexte hospitalier présente des résultats prometteurs. Toutefois, l'absence de normes fédérales en matière de financement constitue un frein au développement des IPS, notamment dans le contexte communautaire.

Legal framework for nurse practitioners in the Canton of Vaud

Nurse practitioners (NPs) have existed internationally for several decades, with scientific literature demonstrating improved access to care, patient safety, and well-being. To address the sociodemographic challenges of public health and the shortage of healthcare professionals, the Canton of Vaud was the first in Switzerland to develop a legal framework that defines the responsibilities and requirements of the NP role in order to integrate them into the healthcare system. The integration of NPs into the hospital setting has shown promising results. However, the lack of adequate financing models and federal standards is hampering the development of NPs, particularly in the community setting.

INTRODUCTION

Le système de santé suisse est confronté à des défis croissants: le vieillissement de la population et, en conséquence, l'augmentation des besoins en soins, la numérisation et le changement sociétal concernant le rôle des patient-es dans le système de soins nécessitent des adaptations pour maintenir la qualité, la sécurité et l'accessibilité des soins.

Alors que la pratique infirmière avancée se développe depuis peu en Suisse, elle existe depuis plusieurs décennies à l'international, avec deux rôles distincts: l'infirmier-ère clinicien-ne spécialisé-e (ICLS) et l'infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS). La littérature scientifique démontre des bénéfices pour les patient-es, les professionnel-les et le système de santé

lui-même.¹ Les IPS, formé-es à un niveau Master, combinent des compétences à la fois en soins infirmiers et en soins médicaux et exercent de manière autonome, en partenariat avec un-e médecin. Leur approche holistique des soins leur permet de répondre aux besoins complexes des patient-es et de leur famille, en favorisant les soins centrés sur la personne et les soins intégrés. Souvent, les IPS sont intégré-es à des équipes interprofessionnelles et facilitent la coordination des soins entre les différent-es interlocuteur-rices.² L'intégration des IPS a ainsi été identifiée comme l'une des réponses aux défis démographiques du système de santé.

Fort de ce constat, le Canton de Vaud est le premier en Suisse à avoir créé un cadre légal permettant d'intégrer les IPS, exerçant de manière autonome, tout en veillant sur la qualité et la sécurité des soins. Cet article détaille les étapes de la législation qui définissent les modalités de la pratique infirmière spécialisée. En quelques années, cette démarche a mené à l'implantation des IPS dans le contexte hospitalier, avec des résultats prometteurs tant pour les patient-es que pour les équipes interdisciplinaires. Des projets sont en cours pour intégrer les IPS dans le contexte communautaire, mais une mise à jour des politiques de santé et de financement cantonales et fédérales est nécessaire pour permettre un développement optimal du rôle.

CADRE LÉGAL VAUDOIS

La Direction générale de la santé du Canton de Vaud a défini des politiques en faveur du vieillissement en bonne santé, et la pratique infirmière avancée a été identifiée comme l'une des réponses aux défis démographiques. Ce faisant, le canton est parvenu à intégrer les IPS dans le système de santé en quelques années seulement (figure 1). Les synergies entre les représentant-es de l'Etat, les expert-es scientifiques, les institutions et les professionnel-les de santé ont joué un rôle essentiel dans ce processus. Chaque étape de la législation permet de délimiter les modalités du rôle, ses responsabilités et ses exigences.

Première officialisation du rôle

En novembre 2017, le Grand Conseil vaudois a adopté à l'unanimité l'introduction du nouvel article 124b dans la Loi sur la santé publique vaudoise (LSP; BLV 800.01) (figure 2).

Un Master ès Sciences en pratique infirmière spécialisée (MScIPS) de 2 ans (120 crédits ECTS) a été créé dès 2018 au sein de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) de la Faculté de biologie et de médecine (FBM) UNIL-CHUV. La formation est axée sur la physiopathologie,

^aInfirmière cantonale, Direction générale de la santé, Département de la santé et de l'action sociale, Canton de Vaud, 1018 Lausanne, ^bInstitut universitaire de formation et de recherche en soins, Faculté de biologie et de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1010 Lausanne

teresa.gyuriga@vd.ch | coralie.peguet@chuv.ch

FIG 1 Historique du cadre légal des infirmier-ères praticien-nes spécialisé-es dans le Canton de Vaud

ASI Vaud: Association suisse des infirmières et infirmiers du canton de Vaud; FBM: Faculté de biologie et de médecine; LSP: Loi sur la santé public vaudoise; REPS: Règlement vaudois sur l'exercice des professions de la santé.

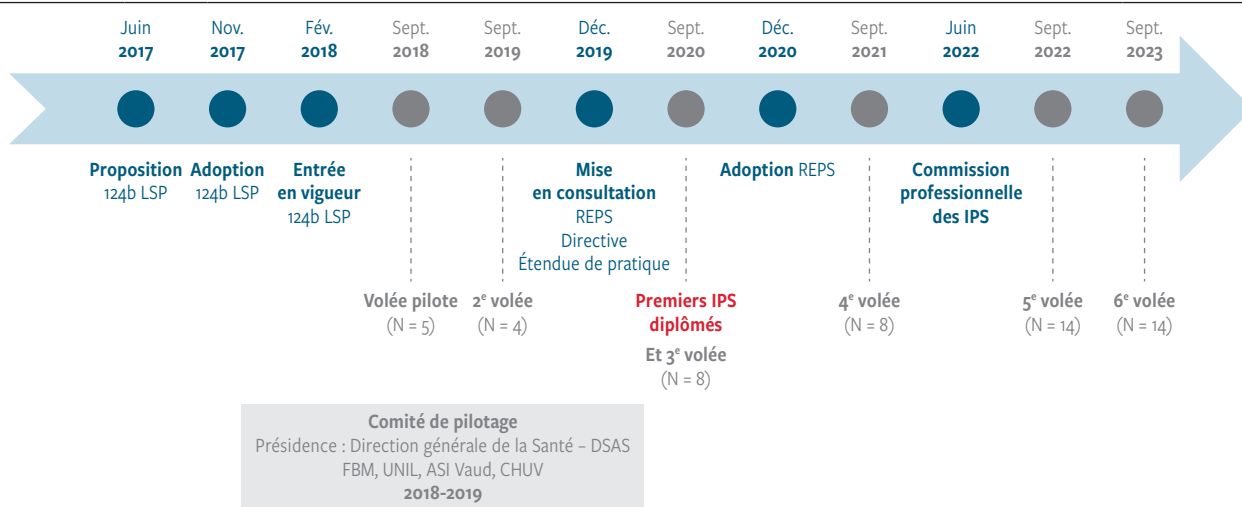


FIG 2 Article de la Loi sur la santé publique introduisant les infirmier-ères praticien-nes spécialisé-es dans le Canton de Vaud

Art. 124b Infirmiers praticiens spécialisés

¹ L'infirmier praticien spécialisé est une personne dont la formation, de niveau master, lui permet d'assumer, dans son champ de compétences et de manière autonome, les responsabilités médicales suivantes:

- prescrire et interpréter des tests diagnostiques;
- effectuer des actes médicaux;
- prescrire des médicaments et en assurer le suivi et les ajustements.

² L'infirmier praticien spécialisé pratique en principe à titre dépendant, au sein d'un établissement sanitaire ou d'une organisation de soins. Il peut toutefois également pratiquer à titre indépendant, dans le cadre d'une convention passée avec un médecin autorisé à pratiquer à titre indépendant.

³ L'infirmier praticien spécialisé assume la responsabilité pénale des actes qu'il effectue en application de l'alinéa 1. Le règlement précise les limites des responsabilités civiles énumérées à l'alinéa 1. Les organisations professionnelles concernées sont consultées sur le règlement.

la pharmacologie et l'examen physique, avec des cours et des exigences identiques à ceux du cursus des étudiant-es en médecine, et inclut plus de 500 heures de stage en pratique clinique, suivant ainsi les normes internationales.

Concrétisation du rôle

En décembre 2020, soit quelques mois après que la première promotion d'IPS soit diplômée, l'article 124b LSP a été précisé par le Conseil d'État vaudois par l'introduction de six nouveaux articles (49b-49f) dans le Règlement vaudois sur l'exercice des professions de la santé (REPS; BLV 811.01.1). Le REPS définit plus concrètement le champ de pratique des IPS dans le Canton de Vaud.

Orientation et point fort cliniques

L'IPS est habilité-e à prodiguer des soins dans l'une des quatre orientations suivantes:

- Soins primaires communautaires.
- Soins aux adultes en milieu hospitalier.
- Soins pédiatriques en milieu hospitalier.
- Soins en santé mentale quel que soit le lieu de soins.

Ces orientations sont choisies dès l'inscription aux études de Master. Le point fort clinique, quant à lui, est acquis par la formation et par la pratique clinique, et constitue le domaine de soins dans lequel l'IPS exerce (**tableau 1**).

Champ de pratique

L'IPS effectue des activités de soins et des activités médicales, incluant les tâches suivantes:

- Procéder à l'évaluation de l'état de santé général.
- Prescrire des examens diagnostiques.
- Prescrire et administrer des traitements.
- Prescrire l'intervention d'autres professionnel-les de la santé.
- Délivrer des certificats médicaux.

Autonomie et partenariat avec un-e médecin

L'IPS exerce sous sa propre responsabilité professionnelle et assume la responsabilité pénale de ses actes. Il ou elle travaille avec un-e médecin partenaire. Les modalités de la collaboration sont décrites dans la convention, qui est signée entre l'IPS et le médecin. Cette collaboration est bel et bien un partenariat, et non une délégation, en ce sens que l'IPS peut travailler en toute autonomie, avec un suivi consultatif du médecin. Chacun-e peut ainsi exercer dans des lieux distincts. L'IPS sollicite l'avis du médecin partenaire lorsque:

- Les soins requis dépassent ses compétences.
- Les résultats escomptés du traitement ou l'objectif thérapeutique ne sont pas atteints.
- La convention le prévoit.

Exigences d'accès à la formation

Les IPS assument des responsabilités jusqu'ici réservées aux médecins et font face à des situations complexes requérant un niveau élevé de connaissances théoriques et de compétences pratiques.

TABLEAU 1 Orientation et points forts cliniques des premier-ères IPS vaudois-es

IPS: infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e.

Date du diplôme	Orientation clinique	Point fort clinique
18.01.2011 (Université de Montréal)	Soins primaires	Médecine générale
19.08.2020	Soins primaires	Urgence
27.08.2020	Soins aux adultes	Oncologie
28.08.2020	Soins aux adultes	Neuroscience clinique – Centre de la mémoire
28.08.2020	Soins pédiatriques	Endocrinologie pédiatrique
02.09.2020	Soins aux adultes	Gériatrie et réadaptation gériatrique
22.11.2021	Soins aux adultes	Soins palliatifs et de support
14.12.2021	Soins pédiatriques	Urgences pédiatriques
30.05.2022	Soins pédiatriques	Urgences pédiatriques
01.06.2022	Soins aux adultes	Oncologie
17.08.2022	Soins aux adultes	Urgences
19.08.2022	Soins aux adultes	Chirurgie viscérale
19.08.2022	Soins aux adultes	Cardiologie
24.08.2023	Soins aux adultes	Chirurgie colorectale
25.08.2023	Soins aux adultes	Centre de l'obésité
25.08.2023	Santé mentale	Psychiatrie générale adulte
01.09.2023	Soins aux adultes	Maladie osseuse

L'art. 124b LSP impose donc de suivre un MScIPS. Dans le canton de Vaud, l'IUFRS propose cette formation depuis 2018, aux conditions suivantes:

- Être titulaire d'un Bachelor ès Sciences en soins infirmiers.
- Disposer d'une expérience professionnelle en soins infirmiers d'au moins 2 ans.
- Avoir signé un accord de partenariat avec un-e médecin référent-e.

Commission professionnelle

Le Département de la santé et de l'action sociale nomme la Commission professionnelle des IPS afin, notamment, de tenir un registre cantonal dédié aux IPS, de s'assurer du suivi des formations continues, d'effectuer un contrôle périodique des conventions et des cahiers des charges pour d'éventuelles adaptations de la profession et d'effectuer la reconnaissance des titres.

Les IPS doivent être titulaires d'une autorisation de pratique délivrée par le canton pour pouvoir exercer, que ce soit à leur propre compte ou de manière dépendante.

INTÉGRATION DES IPS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ VAUDOIS EN PRATIQUE

La législation vaudoise a permis l'intégration des IPS dès 2020. Le CHUV a été le premier lieu d'implantation des IPS, principalement dans les soins aux adultes et les soins pédiatriques (tableau 1). Afin de développer le rôle et de l'évaluer, le CHUV

suit le cadre "Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practice nursing role development, implementation, and evaluation Framework (PEPPA framework)",³ qui est déjà reconnu et utilisé à l'international. Selon les premiers retours des médecins partenaires et des IPS, la collaboration médico-infirmière se déroule de manière très favorable, tout comme les interactions avec les patient-es et les équipes interdisciplinaires.⁴ Aucun évènement indésirable n'a été rapporté aux autorités de la Direction de la santé et de l'action sociale, et une réelle valeur ajoutée a été notée en termes de continuité et de coordination des soins.

À la lumière de ce constat, il existe aujourd'hui une volonté politique et institutionnelle de développer ce profil au sein de la communauté, notamment dans les établissements médico-sociaux, les permanences, les soins à domicile ou les cabinets de médecins généralistes. Des projets pilotes sont développés en Suisse romande⁵ afin d'évaluer l'implantation des IPS dans la communauté.

DÉFIS ET PERSPECTIVES

L'introduction des IPS dans le Canton de Vaud et en Suisse romande est une avancée prometteuse pour les soins de santé, mais des obstacles subsistent pour assurer une intégration optimale de ce rôle dans le système de santé suisse. Plusieurs défis, notamment législatifs et structurels, doivent être surmontés pour garantir l'efficacité et la pérennité des IPS.⁶

La mise en place d'une législation nationale est essentielle pour clarifier les responsabilités des IPS et permettre leur mobilité à l'échelle fédérale. La Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan) de 2016 ne reconnaît pas encore sur le plan national la pratique infirmière avancée au niveau Master, limitant ainsi la pleine reconnaissance des IPS. La deuxième phase de l'initiative «Pour des soins infirmiers forts» devra traiter cette question légale, ainsi que la mise en place de modèles de financement adaptés. Il est indispensable de développer des mécanismes de rémunération qui valorisent les prestations des infirmier-ères de pratique avancée, notamment les IPS et les ICLS, afin de garantir la reconnaissance de leur expertise et la viabilité économique de ces nouvelles pratiques dans le système de santé suisse. Dans d'autres pays, différents modèles ont été mis en place, comme celui de la rémunération basée sur la valeur (avec un socle fixe et des primes liées aux résultats).⁷ En Suisse, de nombreuses pistes peuvent être explorées: par exemple, une modification de l'OPAS, en intégrant les prestations offertes par les infirmier-ères de pratique avancée, ou un financement par capitation qui permettrait une meilleure adaptation aux besoins d'une population donnée, favorisant ainsi la prévention et renforçant les soins à domicile. Ces réflexions nécessitent de réunir toutes les parties prenantes: institutions, politiques, et assureurs. Des travaux sont également menés par l'Office fédéral de la santé publique.

En outre, les restrictions nationales actuelles en matière de prescription limitent l'autonomie des IPS, les empêchant d'exercer pleinement leurs compétences. Une réglementation élargie sur la prescription et la reconnaissance des actes

médicaux fournis par les IPS, en particulier en termes de prévention et de promotion de la santé, est nécessaire pour améliorer leur impact.

Ainsi, le modèle tarifaire de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ne reconnaît pas encore les prestations des IPS, ce qui constitue un frein majeur à leur développement. La clarification des mécanismes de facturation et de remboursement des médicaments est essentielle pour permettre aux IPS de répondre efficacement aux besoins des patient-es. Des réformes sont donc cruciales pour actualiser les politiques de santé, harmoniser les normes de formation au niveau *Master ès Sciences* et mettre en place une certification postgraduée. Parallèlement, il est nécessaire de réviser les modèles de financement pour reconnaître et rémunérer les prestations des IPS et autres professionnel-les de pratique avancée.

CONCLUSION

En quelques années, le Canton de Vaud a su mettre en place un cadre légal favorisant l'intégration des IPS dans le système hospitalier, avec des résultats positifs: une amélioration notable de la satisfaction des patient-es et des équipes de santé est observée, ainsi qu'une meilleure continuité et coordination des soins. Ces succès ouvrent la voie à une extension du rôle des IPS dans la communauté, notamment pour faire face aux défis démographiques croissants. Des projets pilotes sont en cours pour fournir des données concrètes sur l'efficacité des IPS et ajuster les modèles de soins aux réalités du terrain.

Pour répondre aux besoins en matière de santé de la population, il est essentiel que les politiques de santé fédérales évoluent. Cela implique de légiférer clairement au niveau national concernant la pratique des IPS, notamment afin de leur permettre de facturer leurs prestations, de sorte à assurer le déploiement complet de leurs compétences au sein du système de santé suisse.

Conflit d'intérêts: Teresa Gyuriga Perez, en tant qu'infirmière cantonale, déclare faire partie de la Direction générale de la santé du Canton de Vaud. Coralie Peguet déclare faire partie de l'IUFRS, institut responsable de la formation des infirmier-ères praticien-nes spécialisé-es.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- En quelques années, le Canton de Vaud est parvenu à créer un cadre légal et à intégrer les infirmier-ères praticien-nes spécialisé-es (IPS) dans son système de santé.
- L'intégration des IPS dans le contexte hospitalier vaudois a donné des résultats prometteurs: amélioration de la continuité et de la coordination des soins, ainsi que satisfaction des patient-es et des équipes de santé.
- Dans le Canton de Vaud et ailleurs en Suisse, il y a une forte volonté institutionnelle d'intégrer les IPS dans la communauté, pour répondre aux enjeux démographiques et à la pénurie de professionnel-les.
- Les politiques de santé fédérales et les modèles de financement doivent être mis à jour afin d'assurer un cadre légal plus global permettant aux IPS de déployer leur plein potentiel.

1 *Kilpatrick K, Tchouaket E, Savard I, et al. Identifying indicators sensitive to primary healthcare nurse practitioner practice: a review of systematic reviews. *PLoS One*. 2023 Sep 7;18(9):e0290977.

2 Gentizon J, Colomer-Lahiguera S, Mabire C, et al. Editorial: La pratique infirmière avancée : une réponse aux

défis du système de santé. *Rev Med Suisse*. 2024;20(898-2):2323-4.

3 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.

4 Serena A, Ninane F, Lehn I. Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée au CHUV. *Rev Med Suisse*. 2024;20

(898-2):2331-4.

5 Pellet J, Levasseur I, Mabire C. Les infirmier-ères de pratique spécialisée pour renforcer les soins de première ligne. *Rev Med Suisse*. 2024;20(898-2):2335-8.

6 **Adomeit P, Brenner G, Gaylord J, et al. Développement d'un profil professionnel d'«infirmier praticien/

infirmière praticienne». *Médecine universitaire Suisse*. 2023.

7 Mjaset C, et al. Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems. *NEJM Catalyst*. 10 novembre 2020. DOI: 10.1056/CAT.20.0530.

* à lire

** à lire absolument

Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée au CHUV

ANDREA SERENA^a, FRANÇOISE NINANE^b et ISABELLE LEHN^c

Rev Med Suisse 2024; 20: 2231-4 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.898-2.2331

Il est reconnu que l'intégration du rôle d'infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS) dans des nouveaux modèles de soins peut avoir des effets positifs en termes de résultats patients et sur le système de santé (ex. augmentation de l'accès aux soins). Le canton de Vaud est dans une phase initiale de développement des rôles d'IPS. Actuellement, le CHUV compte quinze IPS dans différents services cliniques et plusieurs projets de développement de leur rôle sont en cours. La solide formation académique des IPS, leur précieuse alliance avec les médecins partenaires et leur présence à long terme dans la spécialité clinique où ils/elles exercent les positionnent comme des acteurs fiables et compétents tant pour les patient-es que pour les médecins, infirmier-ères et autres professionnel-les.

The role of nurse practitioner at the University hospital of Lausanne

It is recognized that integrating the role of nurse practitioners (NPs) into new care models can positively impact patient outcomes and the healthcare system. The Canton of Vaud is currently in the initial phase of developing this role. The University Hospital of Lausanne currently employs 15 NPs across various clinical departments, and several initiatives to further develop NP roles are in progress. The rigorous academic training of NPs, their valuable partnerships with physicians, and their long-term presence in the clinical specialties where they practice establish them as reliable and highly skilled professionals for patients, physicians, nurses, and other healthcare providers.

INTRODUCTION

Au niveau mondial, les systèmes de santé sont confrontés à de multiples défis tels que le vieillissement de la population, la limitation des ressources financières et matérielles à disposition et la pénurie de certains professionnels comme les médecins de famille.^{1,2} Afin d'y répondre, plusieurs pays cherchent à renforcer l'efficacité de leurs prestations de santé, en développant et en testant de nouveaux modèles organisationnels de soins incluant une adaptation partielle des rôles des différents professionnels de la santé, y compris les infirmier-ères.² Cela implique de redéfinir les responsabilités des médecins et des infirmier-ères au sein des groupes professionnels et d'accepter certains déplacements de compétences. Un modèle de transfert de tâches (Task shifting) des médecins vers des

infirmier-ères praticien-nes spécialisé-es (IPS) a été identifié comme l'une des stratégies pour atténuer la pénurie des médecins dans le domaine des soins primaires et améliorer l'accessibilité et l'efficacité des soins pour la population.¹⁻⁴

L'IPS est un-e infirmier-ère dispensant, selon une approche holistique, des soins infirmiers et des soins médicaux répondant aux besoins complexes des patient-es et de leur famille, dans un domaine de spécialité tenant compte de leur expérience en matière de santé. Pour ce faire, elle doit posséder l'expertise liée à un domaine clinique spécialisé, qui repose à la fois sur une expérience solide dans le domaine et sur une formation de niveau Master.⁵

Depuis la deuxième moitié du 20^e siècle, le rôle d'IPS a été introduit dans plusieurs systèmes de santé à l'international et poursuit son développement.^{2,4} Les études montrent en effet que l'introduction de ce rôle dans des nouveaux modèles de soins peut avoir des effets positifs en termes de résultats patients (par exemple, une meilleure gestion des symptômes pour les patient-es souffrant de maladie chroniques, une satisfaction des patient-es par rapport aux soins reçus ou encore une diminution du fardeau des proches aidants), et sur le système de santé (une augmentation de l'accès aux soins, une stabilisation, voire une diminution des coûts de la santé).^{3,4,6}

En 2017, le canton de Vaud a été le premier en Suisse à se doter d'une loi permettant l'exercice autonome de l'IPS.⁷ Les cinq premier-ères IPS ont terminé leur formation académique en 2020 et ont été intégrés dans les équipes soignantes du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Le présent article traite du développement actuel du rôle de l'IPS au CHUV. Deux vignettes cliniques sont présentées en illustration.

VIGNETTE CLINIQUE 1

Consultations IPS à domicile dans le domaine de la gériatrie

Situation 1

L'IPS va chez M. S, 89 ans, car l'infirmière référente des soins à domicile l'a contacté pour l'informer que celui-ci avait de la difficulté à respirer. Après avoir procédé à l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse, il procède à l'examen physique, strictement superposable à la dernière consultation médicale, hormis la présence d'une mycose inguinale.

En discutant avec l'épouse, l'IPS apprend que M. S. ne prend plus ses aérosols car l'ordonnance est arrivée à échéance. Il/elle renouvelle donc le traitement et s'assure que M. S. sait comment les utiliser. Étant donné les difficultés du patient

^aPhD, Infirmier praticien spécialisé, Centre coordonné d'oncologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bDirectrice adjointe des soins, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cDirectrice des soins, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
andrea.serena@chuv.ch

pour l'emploi des aérosols constatées, l'IPS préconise l'usage d'une chambre d'inhalation et réalise l'enseignement pertinent pour cette situation.

L'IPS prescrit un antimycotique topique pour la mycose inguinale et renouvelle les prescriptions pour les aiguilles à insuline et les bandelettes de contrôle glycémique. Il/elle profite également de régler le Sintrom suite à la prise de sang du matin même et prescrit le prochain contrôle. Enfin, il/elle transmet ces ajustements à l'équipe des soins à domicile et au médecin traitant.

Situation 2

Dans la matinée, l'IPS reçoit un appel de M^{me} F., 78 ans, qui s'est blessée au niveau du bras et se rend chez elle. Suite à l'évaluation, il/elle décide de réaliser trois points de suture et prescrit le matériel pour la réfection des prochains pansements pour les collègues infirmières.

Situation 3

Nouvelle patiente de 68 ans. L'IPS effectue un premier bilan de santé ainsi qu'un dépistage des syndromes gériatriques. Il/elle met, entre autres, en évidence un souffle aortique abdominal ainsi qu'une masse pulsatile abdominale. L'IPS contacte de suite son médecin partenaire pour définir avec lui, les suites à donner.

VIGNETTE CLINIQUE 2

Consultations IPS dans le contexte de l'unité d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique

Situation 1: 1^{re} consultation ambulatoire

L'IPS prend en charge le suivi d'un enfant de 8 ans, N., diagnostiqué et traité pour un diabète depuis l'âge de 3 ans en France. Suite au transfert de son suivi médical en Suisse, l'IPS collabore étroitement avec l'infirmière de santé publique afin de faciliter la communication avec l'école. De plus, un rendez-vous est coordonné avec l'assistante sociale pour gérer les aspects administratifs propres au système de soins suisse.

Lors des échanges avec la famille, celle-ci exprime une forte crainte des hypoglycémies, en particulier nocturnes. La famille mentionne également qu'elle n'a jamais eu l'occasion d'échanger avec d'autres parents d'enfants diabétiques.

Face à ces préoccupations, une discussion est initiée sur la possibilité de changer de traitement, en envisageant l'utilisation d'une pompe à insuline, avec ou sans système automatisé, afin d'améliorer la gestion des glycémies et de réduire les inquiétudes nocturnes.

Lors de l'examen clinique, l'IPS diagnostique une otite séreuse et prescrit le traitement approprié. Elle constate également une lipodystrophie au niveau des sites d'injection, ce qui conduit à renforcer l'enseignement thérapeutique sur la technique d'injection et la rotation des sites, réexpliqués à la famille et à l'enfant.

Situation 2: consultation trimestrielle

Lors d'une consultation trimestrielle avec S., un patient de 17 ans suivi en diabétologie pédiatrique depuis l'âge de 10 ans,

ce dernier se plaint de plusieurs symptômes somatiques, notamment de la fatigue, des sueurs, de l'agitation, des palpitations et une perte de poids malgré un bon appétit. En réponse, l'IPS prescrit un bilan thyroïdien, qui révèle des signes évocateurs d'une maladie de Basedow. Un traitement freinateur est immédiatement initié par l'IPS, après concertation avec son médecin partenaire, et un plan de traitement est élaboré en collaboration. Une surveillance clinique étroite, assurée par l'IPS, est prévue au cours des trois mois suivants.

Situation 3: reprise de suivi

C., une adolescente de 13 ans avec un indice de masse corporelle (IMC) de 26, vit avec un diabète de type 1 depuis quatre ans. Jusqu'à récemment, elle le gère avec des injections basal/bolus. Cependant, son HbA_{1c}, supérieur à 10%, révèle un mauvais équilibre métabolique. C. traverse également une période difficile sur le plan émotionnel, présentant des signes de dépression. La situation familiale est compliquée: ses parents sont divorcés, et elle voit peu son père. C. connaît également des difficultés scolaires et ne pratique que rarement des activités sportives.

Depuis 12 mois, C. montre une mauvaise observance de son traitement, ce qui inquiète sa mère, qui se plaint de la complexité du suivi et du manque de continuité en raison du tournus des médecins assistants. Elle déplore une anamnèse répétée à chaque rendez-vous, sans vision à long terme, rendant chaque rencontre frustrante.

En décembre 2023, C. rencontre l'IPS pour la première fois. Un suivi intensif est mis en place, comprenant cinq rendez-vous répartis sur sept mois. Ensemble, ils travaillent sur l'autonomisation de C. dans la gestion de son traitement, incluant le réapprentissage du comptage des glucides. Un rendez-vous avec une diététicienne est organisé pour l'aider à mieux équilibrer son alimentation. De plus, un suivi avec un psychologue scolaire est instauré pour l'accompagner dans ses difficultés émotionnelles et scolaires.

DÉVELOPPEMENT STRUCTURÉ DU RÔLE D'INFIRMIER-ÈRES PRATICIEN-NES SPÉCIALISÉ-ES

L'implantation d'un nouveau rôle d'IPS est un processus dynamique complexe requérant un cadre pour guider avec succès le développement et l'évaluation du rôle.⁸ Le cadre «*Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practice nursing role development, implementation, and evaluation Framework (PEPPA framework)*»⁸⁻⁹ a été choisi par le CHUV pour développer le rôle de façon structurée, identifier et lever les principales barrières lors de son implantation et préparer son évaluation.¹⁰ En effet, le PEPPA framework aborde les problématiques spécifiques à la mise en œuvre des rôles des IPS. De plus, il met un accent particulier sur l'engagement des parties prenantes pour identifier les priorités et établir une vision commune du rôle d'IPS. Ce cadre est également reconnu et utilisé au niveau international, ce qui renforce sa pertinence et son applicabilité dans divers contextes.⁹

En suivant les différentes phases du PEPPA Framework, le CHUV a développé le rôle d'IPS non pas dans un but de substitution médicale, mais de manière à viser un modèle de soins

innovant pour répondre aux actuels besoins en santé de la population. Pour chaque rôle d'IPS développé et intégré dans les services cliniques, un groupe de travail interdisciplinaire (infirmier-ères et médecins, mais aussi d'autres professionnel-les de la santé si pertinent) est constitué. Les étapes principales sont les suivantes: a) déterminer les besoins en santé des patient-es et de leurs familles qui ne sont pas encore satisfaits par le modèle de soins actuel; b) définir le rôle d'IPS pour répondre aux besoins recensés pour une population cible; c) définir la collaboration entre l'IPS et le médecin partenaire ainsi qu'au niveau intra et interdisciplinaire et d) planifier une stratégie de mise en œuvre du rôle.

Tous les rôles d'IPS ont fait l'objet d'une analyse approfondie des besoins dans le processus de prise en soins des patient-es, analyse menée conjointement par les cadres infirmiers et médicaux du service concerné.

La collaboration entre l'IPS et le ou les médecins partenaires est définie par une convention écrite. Ce document définit le champ de pratique de l'IPS et les modalités de collaboration avec le médecin partenaire, notamment les rôles et responsabilités assumés par l'un et l'autre.

Le CHUV collabore avec la Commission professionnelle des infirmières et infirmiers praticiens spécialisés du canton Vaud. Cette Commission est garante du respect du cadre légal entourant la pratique de ces professionnelles et professionnels.¹⁰

La Direction des soins soutient les groupes de travail dans les différentes phases du processus et s'assure que le nouveau modèle de soins apporte une plus-value en répondant à un besoin réel, et que le rôle d'IPS mobilisera sa pleine étendue de pratique, telle que décrite dans la loi.

Au CHUV, les IPS sont placés sous la responsabilité hiérarchique d'un-e cadre infirmier-ère supérieur-e (en général infirmier-ère chef-fe de service) tout en maintenant un lien fonctionnel fort avec le ou la médecin partenaire. Les IPS travaillent en binôme avec les collègues infirmier-ères dans un modèle de collaboration interprofessionnelle similaire à celui entre médecin assistant et infirmier-ère.

Les quinze IPS du CHUV travaillent dans des contextes cliniques variés (**tableau 1**). Plusieurs projets de développement du rôle d'IPS sont en cours dans différents services cliniques du CHUV.

TABLEAU 1	Contextes cliniques d'implantation des IPS au CHUV
------------------	---

- Centre de la mémoire
- Équipe mobile extrahospitalière de gériatrie
- Oncologie
- Urgences adultes
- Urgences pédiatriques
- Soins palliatifs et de support
- Endocrinologie et diabétologie pédiatrique
- Chirurgie viscérale
- Cardiologie
- Centre médicochirurgical de l'obésité
- Centre de l'ostéoporose
- Psychiatrie communautaire

Deux vignettes cliniques illustrant l'activité effectuée par des IPS dans le domaine de la gériatrie et de la diabétologie pédiatrique sont exposées respectivement dans les vignettes cliniques 1 et 2.

FACILITATEURS ET DÉFIS FUTURS POUR LE DÉVELOPPEMENT DU RÔLE D'IPS

Le CHUV est encore dans une phase initiale de développement des rôles d'IPS. Il est à souligner que plusieurs éléments ont facilité le développement du rôle, notamment la vision commune entre le CHUV et le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud, et l'étroite collaboration entre la Direction des soins et la Direction médicale du CHUV.¹⁰

Le contenu du cursus académique du «Master ès Sciences en pratique infirmière spécialisée» de 120 crédits ECTS, délivré par l'Université de Lausanne est conforme aux directives internationales. La qualité de la formation académique permet d'intégrer des IPS novices, capables d'assurer la sécurité et la qualité des soins dès le début de leur activité clinique. La direction des soins du CHUV effectue un monitoring interne au sein des équipes interprofessionnelles qui témoigne que le nouveau rôle est bien accepté par les équipes. Les retours informels de la part de patients et des proches témoignent d'une globale satisfaction des soins offertes par les IPS.

Il est intéressant de souligner que l'IPS reste dans son poste potentiellement pour plusieurs années, ce qui lui permet de développer des compétences spécifiques et d'être une ressource pour les équipes (médicales et infirmières) pour la formation continue (formelle et informelle) interne au service. La stabilité du rôle dans les équipes permet aussi d'assurer une continuité des soins pour les patient-es atteint-es d'une maladie chronique.

Le domaine de la facturation des prestations en soins et médicale est géré par une loi au niveau de la Confédération suisse (LAMal). Actuellement, les IPS sont régités par un droit de pratique se référant à une loi cantonale. Des travaux entre le canton de Vaud et la Confédération sont en cours pour trouver un modèle de financement de ce nouveau rôle.⁷

Il sera aussi important d'établir un consensus au niveau national concernant la définition et le champ de pratique de l'IPS. Ceci est fondamental afin que le rôle soit réglementé au niveau fédéral, dans le but d'éviter une hétérogénéité du champ de pratique de l'IPS entre les différents cantons. D'autres cantons romands ont ou sont en train d'élaborer une loi cantonale spécifique aux IPS. Le CHUV collabore étroitement avec les cantons et leurs institutions pour partager l'expérience acquises durant les quatre dernières années.

En termes de recherche, il est prioritaire de développer et d'effectuer des projets de recherche visant l'évaluation de l'efficacité et l'efficience des modèles de soins intégrant le rôle d'IPS dans le contexte de la Suisse romande.

CONCLUSION

Le rôle d'IPS s'est progressivement déployé au CHUV depuis 2020. Chaque création de poste fait l'objet d'une analyse préalable des besoins et la mise en œuvre est structurée avec méthode. L'hôpital universitaire constitue à ce titre un cadre sécuritaire pour le développement de ce rôle, nouveau dans le contexte suisse. La solide formation académique des IPS, leur précieuse alliance avec les médecins partenaires et leur présence à long terme dans la spécialité clinique où elles exercent les positionnent comme des acteur-rices fiables et compétent-es tant pour les patient-es que pour les médecins, infirmier-ères et autres professionnel-les. Dans le contexte actuel, l'IPS apparaît comme le chaînon manquant d'un système de santé soumis à la forte demande de soins générée par la démographie et l'incidence des maladies chroniques. Sa plus-value en termes d'accès aux soins, de résultats patients et d'efficience, démontrée à l'international, devra également être formellement évaluée dans le contexte suisse. Enfin, le cadre législatif fédéral devra évoluer de manière à réglementer la facturation des prestations de l'IPS et garantir un développement harmonieux de ce profil professionnel à l'échelle nationale.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements:

Nous remercions pour la rédaction des vignettes clinique: Mme Sabrina Urbinati (IPS, Unité d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique, CHUV) et M. Christophe Nakamura (IPS, Service de gériatrie, CHUV)

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'introduction du rôle d'infirmier-ères praticien-nes spécialisé-es (IPS) dans des nouveaux modèles de soins peut avoir des effets positifs en termes de résultats patients et sur le système de santé.
- Le développement d'un nouveau rôle d'IPS est un processus dynamique complexe requérant une approche structurée. Le PEPPA framework peut être un outil pour guider le développement, l'implantation et l'évaluation de ce nouveau rôle.
- La collaboration entre les IPS et les médecins partenaires est jugée très satisfaisante par les acteur-rices concerné-es. Plusieurs projets de développement du rôle d'IPS sont en cours dans différents services cliniques du CHUV.

1 **Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health*. 2016 Dec;26(6):927-34.

2 *Delamare M, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries: OECD iLibrary [En ligne]. 2010. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>

3 **Laurant M, Reeves D, Hermens R, et al. Substitution of doctors by nurses in

primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD001271.

4 **Chavez KS, Dwyer AA, Ramelet AS. International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2018 Feb;78:61-75.

5 *Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. AIPSQ [En ligne]. Disponible sur: www.aipsq.ca

6 *Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, et al. Cost-effectiveness of

nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015 Jun 8;5(6):e007167.

7 **Gyuriga Perez T, Peguet C. Le cadre légal et l'implantation de la pratique infirmière spécialisée dans le Canton de Vaud. *Rev Med*. 2024.

8 *Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs*. 2004 Dec;48(5):530-40.

9 **Boyko JA, Carter N, Bryant-Luko-

sus D. Assessing the Spread and Uptake of a Framework for Introducing and Evaluating Advanced Practice Nursing Roles. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016 Aug;13(4):277-84.

10 Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J, et al. Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *J Nurs Scholarsh*. 2016 Mar;48(2):201-9.

* à lire

** à lire absolument

Les infirmiers-ères de pratique spécialisée pour renforcer les soins de première ligne

JOANIE PELLET^a, ISABELLE LEVASSEUR^{b,c} et Pr CÉDRIC MABIRE^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 2335-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.898-2.2335

La Suisse fait face à une demande croissante en soins de première ligne. Les infirmiers-ères praticien-nes spécialisés-es (IPS) peuvent jouer un rôle clé pour répondre aux enjeux actuels du système de santé en participant à de nouveaux modèles de prise en charge. Les études internationales soutiennent cette solution, en montrant que les IPS améliorent l'accès aux soins, réduisent les coûts et augmentent la satisfaction des patients. En Suisse, l'implantation des IPS dans les soins de première ligne est émergente et soulève des enjeux politiques, législatifs et économiques. Les projets pilotes en cours et les évaluations de l'impact des IPS permettront d'informer les patient-es, les professionnel-les, les décideur-euses et les financeur-euses de la plus-value et de la complémentarité du rôle d'IPS dans le système de soins actuel.

Strengthening primary care in Switzerland: the contribution of nurse practitioners

Switzerland is facing a growing demand for primary care services. Nurse practitioners (NP) could play a key role in addressing the current challenges in the healthcare system by participating in new models of care. International studies support this approach, showing that nurse practitioners improve access to care, reduce costs, and increase patient satisfaction. In Switzerland, the implementation of nurse practitioners is still emerging and raises political, legislative and economic challenges. Despite these hurdles, ongoing pilot projects and evaluations of NPs' impact will help inform patients, professionals, policymakers, and funders about the added value and complementarity of NPs' role within the current healthcare system.

CONTEXTE

La Suisse est confrontée à une transition démographique entraînant une demande croissante en soins de première ligne, dans un contexte de pénurie de médecins généralistes et d'augmentation des coûts. Ce déséquilibre entre la demande en soins et l'offre disponible devrait s'accroître au cours des deux prochaines décennies. Cette évolution requiert le développement de modèles de soins novateurs et inter-professionnels, dans lesquels les infirmier-ères de pratique

avancée peuvent jouer un rôle central. Les infirmiers-ères praticien-nes spécialisés-es (IPS) se sont profilé-e-s depuis une cinquantaine d'années dans plusieurs pays comme une réponse efficace pour améliorer l'accessibilité aux soins de qualité, tout en montrant des résultats cliniques similaires ou améliorés en comparaison aux modèles sans IPS.¹⁻⁴ L'étendue de pratique des IPS permet de renforcer les soins de base en assurant de manière autonome le suivi de patient-es chroniques, en partenariat avec les médecins et d'autres professionnel-les de la santé.

En Suisse, de nombreuses opportunités existent pour implanter les IPS dans les soins de première ligne, notamment en EMS, dans les soins à domicile et en maison de santé.

INFIRMIERS-ÈRES PRATICIENS-NES SPÉCIALISÉS-ES DANS LES EMS

Le vieillissement démographique en Suisse impliquera d'augmenter massivement le volume de lits d'EMS d'ici 2040, et donc le nombre de professionnel-les médico-soignants.⁵ Face à ces défis croissants et à la complexité accrue des soins gériatriques, les IPS peuvent jouer un rôle crucial en prenant en charge des situations cliniques complexes et en assurant le suivi des résident-es atteints de maladies chroniques, en étroite collaboration avec les médecins et l'équipe soignante. Une analyse des coûts conduite sur un an dans six EMS ayant implanté des IPS au Québec a montré par exemple une diminution statistiquement significative des escarres (-79,1%), des chutes (-52,6%), ou encore des médicaments consommés (-21,9%) entre le premier et le deuxième trimestre.⁶ La réduction de ces indicateurs sensibles aux IPS représentent une économie de 61823 CAD à 107926,4 CAD pour les escarres et de jusqu'à 196094 CAD pour la réduction du temps d'administration des médicaments.⁶ Le manque de clarification des rôles et des responsabilités de chacun et une autorisation limitée de prescription des traitements courants restent toutefois des freins majeurs à l'implantation du rôle d'IPS.⁷

En Suisse romande, le projet pilote «IPS en EMS» soutenu par le Département de la santé et de l'action sociale dans le cadre de la politique «Vieillir 2030» vise à évaluer et à développer le rôle des IPS dans ces établissements. Selon les résultats, ce projet pourrait servir de modèle pour d'autres cantons et contribuer à une reconnaissance plus large du rôle des IPS dans le système de santé suisse (**encadré 1**).

^aFaculté de biologie et médecine, Université de Lausanne, Institut universitaire de formation et de recherche en soins, 1010 Lausanne, ^bCoresponsable de la formation continue, Institut universitaire de formation et de recherche en soins, 1010 Lausanne, ^cInfirmière de pratique spécialisée, Centre de santé Blécherette, Unisanté, 1018 Lausanne
joanie.pellet@unil.ch | isabelle.levasseur@chuv.ch | cedric.mabire@unil.ch

INFIRMIERS-ÈRES PRATICIENS-NES SPÉCIALISÉS-ES DANS LES SOINS À DOMICILE

Le nombre de bénéficiaires des soins à domicile augmentera de 52% d'ici 2040,⁸ nécessitant une hausse de 19% du besoin en personnel soignant.⁹ Le rôle d'IPS a le potentiel d'offrir une réponse innovante et efficace pour les client-es comme pour le système de santé. En effet, une récente étude menée au Canada a montré que les soins à domicile dispensés par les IPS et planifiés dans le cadre d'un suivi régulier seraient associés à une diminution de 5,8% des hospitalisations et visites aux urgences en comparaison une prise en charge standard.¹⁰ A l'inverse, lorsque les interventions des IPS à domicile ne sont pas planifiées mais se déroulent à la suite de l'apparition de nouveaux symptômes ou d'une détérioration de l'état de santé, le risque d'hospitalisation et de visites aux urgences augmente de 10,7 fois.¹⁰ Les auteurs font l'hypothèse que dans ces situations les IPS sont mobilisées trop tardivement pour stabiliser la situation à domicile, pour des patients complexes et nécessitant des services uniquement disponibles à l'hôpital.¹⁰

En Suisse, les institutions de soins à domicile des cantons de Vaud et Genève reconnaissent le besoin et la plus-value de l'implantation des IPS. Un projet tripartite entre l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins, l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) et l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), soutenu par la Fondation Leenaards, vise à tester l'implantation d'IPS dans les équipes de soins de ces institutions (encadré 2).

IPS DANS LES CENTRES DE SANTÉ ET CABINETS MÉDICAUX

Les maisons et centres de santé ont le potentiel d'offrir une réponse concrète à la fragmentation des soins en favorisant l'interprofessionnalité et la coordination des soins. L'implantation des IPS dans ces structures se révèle bénéfique tant pour les patient-es que pour l'efficacité des services de santé. Les prises en charge cogérées par des IPS et des médecins généralistes montrent des résultats cliniques généralement équivalents, voire améliorés.⁴ Les résultats d'un essai clinique randomisé ont montré par exemple que les patients suivis par une équipe médecin-IPS ont connu des améliorations significatives de l'HbA1c (-0,7%, p = 0,02) et des niveaux de HDL-c (+2,6 mg/dl, p = 0,02) en comparaison aux patients suivis seulement par un médecin généraliste.¹¹ Le recours aux IPS pourrait diminuer également les coûts. Une analyse des dossiers de bénéficiaires d'assurance maladie aux Etats-Unis a montré que le coût des soins par des IPS était inférieur de 34% à celui des médecins généralistes pour le groupe des patients à faible risque, et inférieur de 28% et 21% dans les groupes à risque moyen et élevé.¹² Dans le groupe à faible risque par exemple, 24% de la différence de coût était lié au volume de services prescrits (laboratoires, tests diagnostiques, imagerie etc.).¹²

En novembre 2023, Unisanté a inauguré le centre de santé de la Blécherette (CSB), en y implantant dès l'ouverture une IPS senior.¹³ À Genève, la maison de santé Meinier, un projet coconstruit entre la Pre Johanna Sommer et l'IMAD, a ouvert également ses portes en novembre dernier et implantera une IPS dès l'été 2025.

Encadré 1: Perspectives des directions d'EMS

Nous avons interrogé M. Eric Mennen, Directeur des soins de la Fondation Pré-Pariset et Mme Nishalini Gunalingam, infirmière cheffe de la Fondation Belle-Saison, qui sont les sites pilotes du projet «IPS en EMS».

Quelles raisons vous ont incité à implanter prochainement des IPS dans vos équipes de soins?

«Nous voyons dans l'engagement d'une IPS une opportunité pour augmenter la qualité des prestations offertes à nos résidents. Nos attentes principales sont de réduire les hospitalisations en urgence et de mieux prévenir des incidents en anticipant les dégradations de l'état de santé des résidents» indique Eric Mennen. Nishalini Gunalingam partage cette vision et souligne également que la réactivité des IPS face aux situations critiques permet de «répondre de manière plus rapide et adaptée aux besoins des résidents et de leurs familles». De plus, la présence des IPS dans les EMS représente une opportunité pour le développement des compétences des équipes infirmières et s'avère donc bénéfique non seulement pour la qualité des soins dispensés, mais également pour le développement des équipes de soins.

Comment envisagez-vous le rôle de l'IPS au sein de vos établissements et quelles sont les principales considérations pour son intégration

«Le rôle de l'IPS dans nos établissements devra encore être précisé en concertation avec le médecin, la clinicienne et le directeur des soins. Nous voyons ces fonctions comme complémentaires plutôt que concurrentielles» indique Eric Mennen. Nishalini Gunalingam abonde en ce sens, soulignant l'importance d'éviter la duplication des responsabilités pour optimiser la synergie interprofessionnelle. Tous deux ajoutent que le financement des IPS reste une question cruciale, qu'il faudra résoudre pour pérenniser leur rôle dans le système de soins. Pour Eric Mennen, l'implantation des IPS offre des perspectives de carrière enrichissantes, contribuant également à valoriser davantage la profession d'infirmière dans les EMS. Pour faciliter leur implantation, Nishalini Gunalingam indique qu'il est important de sensibiliser l'ensemble des professionnel-les à la collaboration interprofessionnelle: «la mise en place d'espaces d'échange et de formation continue favoriserait le partage d'expertise et la reconnaissance des compétences des IPS. De plus, une évaluation continue de leur intégration, via des indicateurs tels que le taux d'hospitalisation ou la satisfaction des résident-es permettra d'apprécier leur impact et d'identifier des pistes d'amélioration» conclut Nishalini Gunalingam.

CONCLUSION

Les IPS peuvent renforcer les soins de première ligne qui font face à une demande croissante, contribuant ainsi à répondre aux défis actuels du système de santé. L'implantation des IPS pourrait permettre d'augmenter l'accès aux soins et d'améliorer la coordination tout en maintenant une qualité des soins optimale. Le développement de projets pilotes et l'évaluation continue de la valeur ajoutée des IPS en Suisse sont essentiels pour une adoption plus large et systématique de ce modèle. Mais des défis subsistent, notamment en matière de régulation, de reconnaissance professionnelle et de financement. Pour bénéficier pleinement du potentiel des IPS, il sera crucial conduire des études pour évaluer la plus-value de l'introduction de ce rôle en Suisse pour les patients et le système de santé, d'adapter les politiques de santé, de renforcer la formation spécialisée et communiquer sur ce rôle auprès des professionnel·les de santé, de la population et des décideur·euses politiques. La reconnaissance et l'extension des rôles des IPS, notamment en matière de prescription et d'autonomie clinique, pourraient transformer positivement le paysage des soins en Suisse, garantissant un accès équitable et efficace à des soins de qualité pour la population.

Conflit d'intérêts: les auteur·es déclarent être responsable de la formation des infirmières praticiennes spécialisées.

ORCID ID:

J. Pellet: <https://orcid.org/0000-0001-9511-3355>

C. Mabire: <https://orcid.org/0000-0003-2666-8300>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'implantation des infirmiers·ères praticiens·nes spécialisés·es (IPS) dans les soins de première ligne en Suisse, bien qu'émergente, a le potentiel de contribuer à une meilleure utilisation des ressources du système de santé et d'augmenter l'accessibilité aux soins, dans un contexte de vieillissement démographique et d'augmentation des maladies chroniques.
- Pour maximiser ces bénéfices, les enjeux sont de clarifier le rôle des IPS dans les différentes institutions de soins, de leur donner l'autonomie de pratique conforme aux cadres législatifs cantonaux, et de poursuivre les efforts pour un changement législatif fédéral permettant la facturation de leurs prestations.
- L'évaluation continue des modèles pilotes est également essentielle pour faciliter une adoption plus large des IPS dans le système de santé suisse.

Encadré 2: Perspectives des directions d'organisation d'aide et de soins à domicile

Mme Marie Da Roxa, directrice générale de l'IMAD et M. Thierry Penseyres, directeur du Service Développement des pratiques professionnelles de l'AVASAD, nous offrent un aperçu des motivations et des attentes liées à cette évolution, tout en mettant en lumière les défis à relever pour une implantation réussie.

Quelles raisons vous ont incité à implanter prochainement des IPS dans vos équipes de soins?

Pour Thierry Penseyres, «l'engagement des IPS a été motivé par la complexité croissante des soins nécessitant des prises en charge plus globales, et le besoin de renforcer la continuité des soins, dans un contexte de vieillissement de la population et du virage communautaire que l'on voit s'initier, après le virage ambulatoire qui s'est opéré au sein des hôpitaux.» Marie Da Roxa ajoute que «l'explosion des maladies chroniques nous invite à repenser notre vision des soins pour une approche axée avant tout sur la prévention et la promotion de la santé». Tous deux relèvent que la diminution des durées de séjours hospitaliers reporte une partie des soins vers le domicile, ce qui est une bonne chose pour les patient·es, mais «la coordination avec les médecins traitants et la réactivité des soins deviennent des enjeux majeurs que l'IPS peut grandement renforcer» indique Thierry Penseyres. «Les IPS sont formées pour gérer des soins complexes, adapter les traitements rapidement et assurer une continuité de prise en charge en l'absence de médecins. Cette expertise permettra de réduire les réhospitalisations et d'offrir un soutien plus spécialisé aux patient·es.» À Genève, la pénurie de médecins traitants et la diminution de la couverture médicale s'ajoutent à une évolution des besoins de la population, qui appellent à de nouveaux modèles de soins dont les IPS seront un élément majeur selon Marie Da Roxa.

Comment se prépare l'arrivée des IPS?

Marie Da Roxa souligne que «l'implantation des IPS représente une transformation majeure de notre approche globale de la santé, impliquant un changement culturel profond pour les professionnel·les des soins à domicile, le système de soins dans son ensemble et la population.» L'accompagnement au changement est l'une des clefs du succès, il ne s'agit pas de réunir les parties prenantes en séances, mais de véritablement y consacrer du temps et de l'énergie. Elle ajoute qu'il est également indispensable «d'adopter une approche d'évaluation rigoureuse, à la fois quantitative et qualitative, pour mesurer et communiquer sur la plus-value de l'implantation des IPS au niveau des patients, des professionnels, et de l'efficacité du système de santé.»

1 *McMenamin A, Turi E, Schlak A, Poghosyan L. A Systematic Review of Outcomes Related to Nurse Practitioner-Delivered Primary Care for Multiple Chronic Conditions. *Med Care Res Rev.* 2023 Dec;80(6):563-81.

2 Geller DE, Swan BA. Recent evidence

of nurse practitioner outcomes in a variety of care settings. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2021 Oct 1;33(10):771-5.

3 Contandriopoulos D, Brousselle A, Breton M, et al. Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform. *Health Policy.*

2016 Jun;120(6):682-9.

4 *Norful AA, Swords K, Marichal M, Cho H, Poghosyan L. Nurse practitioner-physician comanagement of primary care patients: The promise of a new delivery care model to improve quality of care. *Health Care Manage Rev.* 2019 Jul/

Sep;44(3):235-45.

5 Statistiques Vaud. Estimation des besoins en lits pour les EMS. Période 2015-2040. Canton de Vaud. Lausanne: Département des finances et des relations extérieures, 2016.

6 **Tchouaket É, Kilpatrick K, Jab-

bour M. Effectiveness for introducing nurse practitioners in six long-term care facilities in Québec, Canada: A cost-savings analysis. *Nurs Outlook*. 2020 Sep-Oct;68(5):611-25.

7 Kilpatrick K, Jabbour M, Tchouaket É, et al. Implementing primary healthcare nurse practitioners in long-term care teams: A qualitative descriptive study. *J Adv Nurs*. 2019 Jun;75(6):1306-15.

8 Pellegrini S, Dutoit L, Pahud O, Dorn M. Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. *Prognosen bis 2040*

(Obsan Bericht 03/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2022.

9 Merçay C, Grünig A, Dolder P. Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève (Obsan Rapport 03/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé, 2021.

10 **Savard I, Jabbour M, Tchouaket E, Gauthier N, Kilpatrick K. Evaluating the influence of primary healthcare nurse practitioners' interventions in home care

on hospitalizations and emergency department transfers. *J Eval Clin Pract*. 2024 Apr;30(3):440-52.

11 Litaker D, Mion L, Planavsky L, et al. Physician – nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *J Interprof Care*. 2003 Aug;17(3):223-37. DOI: 10.1080/1356182031000122852.

12 *Razavi M, O'Reilly-Jacob M, Perloff J, Buerhaus P. Drivers of Cost Differences Between Nurse Practitioner and Physician

Attributed Medicare Beneficiaries. *Med Care*. 2021 Feb 1;59(2):177-84.

13 Levasseur I, Bouche L, Grandchamp C, Staeger P, Grasset N. Infirmière praticienne spécialisée: une expérience d'implantation en première ligne. *Rev Med Suisse*. 2024.

* à lire
 ** à lire absolument

Infirmière praticienne spécialisée: une expérience d'implantation en première ligne

ISABELLE LEVASSEUR^a, LAURENCE BOUCHE^b, CHANTAL GRANDCHAMP^c, Dr PHILIPPE STAEGER^d et Dr NICOLAS GRASSET^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 2339-42 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.898-2.2339

L'augmentation et l'évolution continue des besoins en soins, liées notamment au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques, ont incité le Canton de Vaud à promouvoir des modèles de soins innovants et de nouveaux profils professionnels, entre autres par la reconnaissance du rôle d'infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS). Unisanté s'investit activement dans la promotion et l'intégration de ce rôle, avec le soutien du canton. Un programme de formation postgrade pour les IPS en soins de première ligne est en cours de développement et l'ouverture d'un centre de santé novateur a permis d'implanter ce rôle dans la pratique de la médecine générale. Le récit de cette expérience met en lumière les multiples enjeux auxquels les différents partenaires ont été confrontés durant les dix premiers mois d'activité.

Nurse practitioner: experience of implementation in primary care

The growth and continuing evolution of care needs, linked in particular to the aging of the population and the increase in chronic illnesses, have prompted the Canton of Vaud to promote innovative care models and new professional profiles, including recognition of the role of nurse practitioner (NP). Unisanté is actively involved in promoting and integrating this new role, with the support of the canton. A postgraduate training program for primary care NPs is currently being developed, and the opening of an innovative health center has made it possible to establish this role in the primary care medical practice. This account of our experience highlights the many challenges faced by the various partners during the first ten months of operation.

HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE

Le rôle d'infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS) a vu le jour aux États-Unis au cours des années 1960,^{1,2} puis au Canada³⁻⁵ et en Europe^{6,7} pour répondre à une pénurie de médecins. Au Québec, le rôle d'IPS et son champ de pratique

ont beaucoup évolué ces dernières années afin de mieux répondre aux besoins de la population, mais aussi afin d'harmoniser ce rôle à travers le Canada. Actuellement, le Québec compte près de 2000 IPS, dont la majorité exerce en soins de première ligne au sein de cliniques médicales interdisciplinaires.⁸

Le Canton de Vaud a été précurseur en Suisse en introduisant en 2017 dans la Loi sur la santé publique (art. 124b) le rôle d'infirmier-ère de pratique avancée (IPA) et, plus spécifiquement, celui d'IPS.⁹ La Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, par l'intermédiaire de son Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS), a déployé un Master ès Sciences en pratique infirmière spécialisée dès 2018. D'autres cantons suivent le mouvement,¹⁰ comme Neuchâtel qui a légiféré en 2023 et le Valais qui s'y prépare.

Au niveau fédéral, une série de mesures visant à renforcer les soins infirmiers est en cours d'élaboration. Celles-ci prévoient notamment la formalisation d'un registre national et l'intégration du rôle d'IPA dans la Loi sur les professions de la santé.

INCUBATEUR DE NOUVELLES PRATIQUES EN SOINS COMMUNAUTAIRES

En novembre 2023, le Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne (Unisanté) a ouvert au nord de la ville une nouvelle structure sanitaire: le Centre de santé Blécherette (CSB). La création de ce centre constitue une réponse aux préoccupations des médecins généralistes locaux ayant anticipé le risque potentiel d'une couverture médicale insuffisante après leur départ à la retraite, dans une zone qui a vu émerger un nouvel écoquartier qui est appelé à accueillir 10 000 personnes à l'horizon 2030. Elle est le fruit d'une collaboration entre Unisanté et les autorités cantonales et communales, qui ont perçu non seulement le besoin local en termes d'accès aux soins mais aussi la dimension innovante du projet en Suisse et son orientation en faveur de la relève médico-soignante.

Le CSB propose à la population du nouveau quartier et des quartiers voisins des consultations de médecine interne générale ambulatoire, avec ou sans rendez-vous. Ce centre est novateur, étant la première structure cantonale à compter, parmi ses collaborateurs, des IPS spécialisés-e-s dans le

^aIPSPL, Centre de santé Blécherette, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1018 Lausanne, ^bDirectrice des soins infirmiers, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne, ^cSoutien stratégique et juridique, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne, ^dDépartement urgences et santé communautaires, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne
isabelle.levasseur@chuv.ch | laurence.bouche@unisante.ch
chantal.grandchamp@unisante.ch | philippe.staeger@unisante.ch
nicolas.grasset@unisante.ch

domaine des soins de première ligne et intégrant, dans un cadre universitaire, la formation des étudiant-e-s en médecine, des médecins assistant-e-s en formation postgraduée de médecine interne générale, des IPS, ainsi que des assistant-e-s médicaux-ales. Dans le cadre de visites à domicile, les médecins et IPS du CSB collaborent avec les infirmier-ère-s des centres médico-sociaux (CMS). Ces médecins et IPS assurent également des consultations pour les résident-e-s de différents établissements médico-sociaux (EMS) du quartier dont le CSB assume la responsabilité médicale. Cette organisation facilite l'accès aux soins et aux services pour la population locale et renforce les possibilités de formation des professionnel-le-s de la santé exerçant au CSB.

INTÉGRATION DU RÔLE D'INFIRMIER-ÈRE PRATICIEN-NE SPÉCIALISÉ-E À UNISANTÉ

Afin d'implémenter le nouveau rôle d'IPS spécialisée en soins de première ligne, une IPS disposant de plus de dix années d'expérience acquise au Québec a intégré le CSB à son ouverture, en même temps que l'ensemble des autres professionnel-le-s. Au préalable, plusieurs rencontres préparatoires ont servi à présenter les activités et définir les modalités du partenariat IPS-médecin. Pour permettre une bonne compréhension de ce nouveau rôle, le champ d'activité de l'IPS a été détaillé à l'ensemble des membres de l'équipe. Par la suite, des rencontres régulières ont permis à chacun-e d'exprimer ses craintes, de clarifier les responsabilités, de déterminer le type de patientèle pris en charge et de consolider le fonctionnement du partenariat. L'arrivée d'une IPS expérimentée a grandement facilité la compréhension du rôle par les autres professionnel-le-s de santé et a permis d'accompagner les IPS novices.

RETOUR DE L'EXPÉRIENCE MENÉE AU CENTRE DE SANTÉ BLÉCHERETTE

Lors de la mise en route du partenariat, les rôles de chacun ont d'abord été définis. Les premières consultations ont ensuite été organisées en binôme médecin-IPS, pour créer un lien de confiance entre les deux partenaires. Afin de travailler en synergie en combinant les compétences de chacun, le suivi des patients a parfois été effectué en alternance ou en

complémentarité, selon le modèle de soins partagés ou celui du modèle de suivi consultatif (figure 1). Dans le modèle de soins partagés, l'IPS et le médecin suivent la même cohorte de patient-e et assurent un suivi conjoint en alternance, selon les besoins des patients. Dans le modèle de suivi consultatif, l'IPS a sa propre cohorte de patient-e. Elle demande l'intervention du médecin partenaire de manière ponctuelle selon ses besoins. Dans ce cas, le binôme doit planifier du temps pour discuter et échanger à propos des patient-e-s lors d'intervention.

En début de pratique c'est le modèle de soins partagés qui est utilisé. Dès que l'IPS a plus d'expérience, on bascule généralement vers le modèle de suivi consultatif. Selon la littérature, c'est ce deuxième modèle qui est le plus efficace. L'aménagement d'un bureau pour l'IPS près des médecins partenaires a également permis de fluidifier les échanges quotidiens.

Il est apparu que l'IPS en soins de première ligne pouvait prendre en charge tout type de problème de santé, tout comme un médecin généraliste et, en plus des consultations et des suivis médicaux qu'elle assure, elle utilise des compétences de pratique infirmière qu'elle apporte dans sa prise en charge. Actuellement, l'IPS (présente à 50%) s'occupe d'une cohorte d'environ 120 patient-e-s et assure la prise en charge conjointe de 30 résident-e-s en EMS avec le médecin responsable (figure 2). Elle s'implique aussi dans la formation continue du personnel infirmier et des assistant-e-s médicaux-ales des différents départements d'Unisanté, ainsi que dans l'encadrement et la supervision des stagiaires IPS. Lors des consultations, tous les patient-e-s, quel que soit leur âge et leur situation de santé, ont très bien accueilli ce nouveau rôle. Aucun-e n'a refusé d'être pris-e en charge par une IPS, l'important pour eux étant d'avoir un-e soignant-e compétent-e à l'écoute de leurs problèmes et capable d'apporter des solutions. Les retours obtenus des patient-e-s lors de discussions en fin de consultation nous montre qu'ils-elles sont satisfait-e-s de la prise en charge réalisée par l'IPS.

GARANTIR UN ENCADREMENT ADÉQUAT POUR LA PRISE DE FONCTION EN PREMIÈRE LIGNE

Dans le Canton de Vaud, le Règlement sur l'exercice des professions de la santé (REPS, art. 49f al. 4) prévoit l'obligation, entre autres, d'établir une convention de partenariat entre l'IPS et le médecin partenaire et de suivre des formations continues pour l'IPS.³ Cependant, il ne formalise pas l'encadrement nécessaire à la prise de fonction à l'issue du Master afin de faire évoluer les IPS du statut de novice à celui d'expert-e dans les milieux cliniques, ce rôle incombant aux institutions. Du fait du champ de pratique particulièrement large des IPS en première ligne, un encadrement structuré et spécifique est nécessaire pour accompagner la prise d'autonomie de ces professionnel-le-s et garantir un niveau élevé de qualité et de sécurité des soins.

Conscient de ces enjeux, Unisanté a mis en place un programme spécifique d'intégration et de formation continue, encadré par une équipe composée d'une IPS expérimentée et de médecins de première ligne. L'objectif est de définir un cursus postgrade et d'en formaliser les prérequis, les

FIG 1 Modèles d'organisation du travail dans le partenariat MD-IPS

IPS: infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e; MD: médecin.

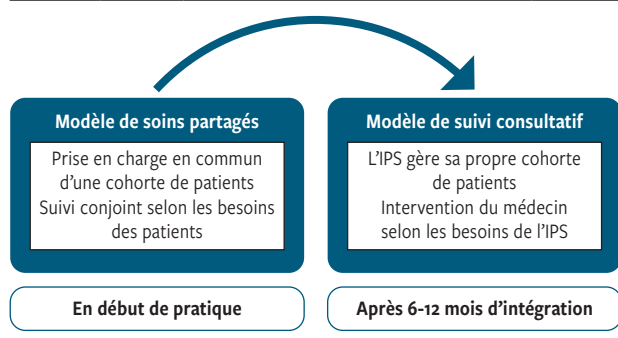
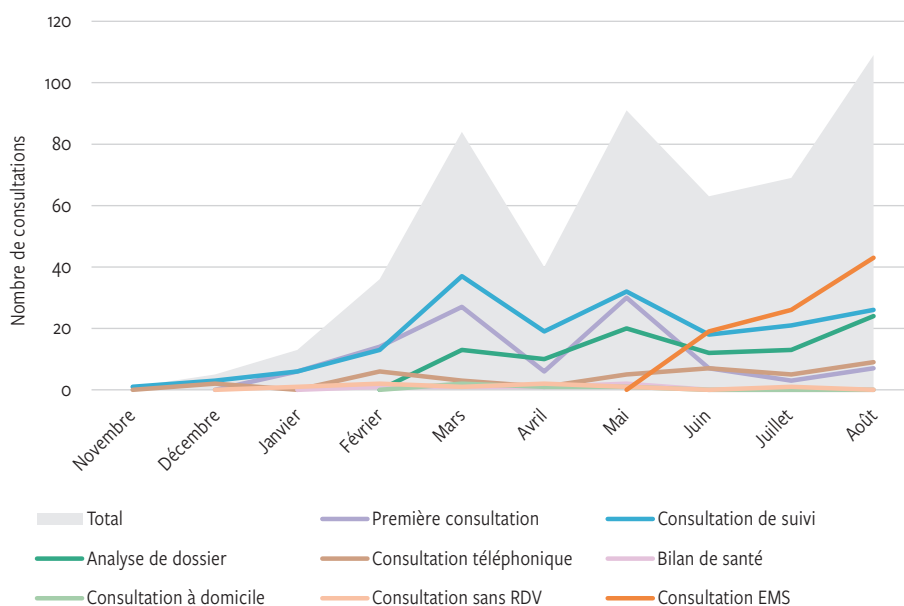


FIG 2 Types de consultations d'IPS au CSB de novembre 2023 à août 2024

CSB: Centre de santé Blécherette; EMS: établissement médico-social; IPS: infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e; RDV: rendez-vous.



exigences, le contenu et les objectifs, en cohérence avec la formation de Master mise en place par les universités et les hautes écoles, et en collaboration avec ces dernières.

Cette innovation organisationnelle au sein d'un cursus de formation, une fois testée et éprouvée sur le terrain, pourrait être prise comme modèle au niveau cantonal, voire national, afin de favoriser et soutenir l'implantation du rôle d'IPS en première ligne. Dans cette optique, l'IUFRS, la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) et Unisanté collaborent actuellement à la mise en œuvre d'un projet visant d'une part, à répondre au besoin de modéliser une formation postgrade et, d'autre part, à élaborer un guide d'implantation du rôle d'IPS afin de soutenir et de faciliter son intégration en première ligne.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Unisanté est une institution pionnière dans l'intégration du rôle d'IPS en soins de première ligne, dans le canton de Vaud et en Suisse. L'engagement d'un-e IPS senior permet, d'une part, d'expérimenter l'intégration et le développement du rôle d'IPS dans le contexte des soins communautaires et, d'autre part, d'offrir un encadrement idéal pour former les IPS de première ligne venant de terminer leur Master.

Le CSB offre une plateforme idéale pour développer un tel rôle, car il permet d'envisager des développements prometteurs du rôle d'IPS au sein de la communauté, mais aussi d'explorer l'intégration du rôle dans les soins à domicile, les EMS et les réseaux de santé.

Dès septembre 2024, de nouveaux-elles IPS sortant de Master seront intégrés-e-s au sein du CSB pour expérimenter leur rôle

durant une année, bénéficiant d'un encadrement par une IPS senior et des médecins déjà acquis à ce partenariat.

Par ailleurs, l'IUFRS, la HES-SO et Unisanté collaborent à un projet d'élaboration d'un guide d'implantation de la pratique d'IPS en première ligne de soins, l'objectif étant de soutenir les différentes structures de soins communautaires souhaitant intégrer une compétence d'IPS à leur pratique pour le bénéfice de leurs patient-e-s.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les infirmier-ère-s praticien-ne-s spécialisé-e-s (IPS) répondent aux besoins variés des patient-e-s. Leur approche holistique, combinée à de nouvelles connaissances et à des compétences élargies, leur permet de réaliser des actes médicaux tout en conservant leur identité infirmière, apportant ainsi une réelle plus-value dans la prise en charge des soins de première ligne.
- Les IPS peuvent soulager les médecins de premier recours (MPR) de nombreuses activités dans le cadre d'un modèle de partenariat clairement établi, posant les responsabilités et répondant aux principes de l'interprofessionnalité.
- Les MPR peuvent ainsi se consacrer à leurs patient-e-s dans le cadre de consultations plus complexes, où leur compétence est une plus-value.

- 1 American Association of Nurse Practitioners. Nurse Practitioner and AANP History [En ligne]. (Cité le 29 octobre 2024). Disponible sur: www.aanp.org/history
- 2 Hooker RS. Physician assistants and nurse practitioners: the United States experience. *Med J Aust.* 2006 Jul 3;185(1):4-7.
- 3 Benoît M, Pilon R, Lavoie AM, Pariseau-Legault P. Chevauchement, interdépendance ou complémentarité? La collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario: Sante Publique. 2017 Dec 5;29(5):693-706.
- 4 Bowen D, Bryant-Lukosius B, Byres D, et al. Les soins infirmiers en pratique avancée: un cadre pancanadien. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2019.
- 5 Schober M, Lehwaldt D, Rogers M, et al. Guidelines on advanced practice nursing. Huddersfield: University of Huddersfield, 2020.
- 6 de Leede-Brunsveld SF, Bleijenberg N, Verhoef J, Holtkamp C, Van Vught JA. Nurse Practitioners in Community Health Care: A Rapid Scoping Review of their Role, Tasks, Responsibilities, and Implementation in Northwest Europe. *Health Soc Care Community.* 2023 Aug;2023(6):1-18.
- 7 Unsworth J, Greene K, Ali P, Lillebø G, Mazilu DC. Advanced practice nurse roles in Europe: implementation challenges, progress and lessons learnt. *Int Nurs Rev.* 2024 Jun;71(2):299-308.
- 8 Infirmières et infirmiers praticiens – Association des infirmières et infirmiers du Canada [En ligne]. (Cité le 29 octobre 2024). Disponible sur: www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee/infirmieres-et-infirmiers-praticiens
- 9 Gyuriga T, Peguet C. Le cadre légal et l'implantation de la pratique infirmière spécialisée dans le Canton de Vaud. *Rev Med Suisse.* 2024.
- 10 Arsever S, Tchernin E. Interprofessionality in primary care medicine: overview and challenges for Switzerland. *Rev Med Suisse.* 2018 Sep 26;14(620):1700-3.

Pratique des infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es en milieu hospitalier

Pre MARIE-JOSÉ ROULIN^{a,b}, LAURA BOCHUD^c, CLAUDIA LECOULTRE^d et PATRICK TEIXEIRA MACHADO^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 2343-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.898-2.2343

Les infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es ont pour mission de fournir des soins spécialisés aux personnes présentant des problèmes de santé complexes, ainsi que de soutenir les soignant-es et les institutions en proposant des soins fondés sur des preuves. En milieu hospitalier, ils et elles interviennent à différents niveaux dans les institutions: dans les services, dans des rôles transversaux axés sur des problématiques spécifiques comme la gestion de la douleur, et dans le suivi longitudinal des patient-es, assurant la continuité entre l'hospitalisation, les soins ambulatoires et le domicile. Grâce à leur expertise clinique ancrée dans les milieux de soins et à leur démarche systématique d'amélioration des pratiques, les ICLS occupent une place unique en tant que contributeurs essentiels au sein du système de santé.

Practice of clinical nurse specialists in a hospital setting

Clinical nurse specialists provide specialized care to individuals with complex health issues, while also supporting healthcare professionals and institutions in delivering evidence-based care. In hospital settings, they work at various levels within the organization: in a ward-based role, in transversal focused on specific issues such as pain management, and in the longitudinal follow-up of patients, ensuring continuity between hospitalization, outpatient care, and home care. With their clinical expertise deeply rooted in care environments and their systematic approach to practice improvement, clinical nurse specialists hold a unique position as key contributors within the healthcare system.

INTRODUCTION

Les infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es (ICLS) se concentrent sur des soins infirmiers spécialisés dans une approche combinant des soins directs aux patient-es, un appui au personnel de soins pour qu'il fournisse des soins basés sur les meilleures preuves et un soutien aux changements au sein des institutions.¹ Les ICLS disposent de compétences acquises grâce à une formation d'un niveau Master et s'inscrivent dans un rôle de pratique avancée. En Suisse romande, on retrouve des ICLS sous différents titres: infirmier-ère clinicien-ne spécialisé-e (ICLS) dans les cantons

de Fribourg, Jura, Neuchâtel et Vaud; infirmier-ère spécialiste clinique (ISC) à Genève et Valais.

INFIRMIER-ÈRE CLINICIEN-NE SPÉCIALISÉ-E EN MILIEU HOSPITALIER

Selon la dernière enquête réalisée en Suisse,² il y a plus d'une centaine d'ICLS représentant 49% des infirmier-ères de pratique avancées. Ils et elles sont surtout employées dans des hôpitaux (90%) et essentiellement dans les domaines de la médecine, de la chirurgie et en oncologie. Ceci s'explique par le fait que les hôpitaux sont des prestataires de soins et qu'ils ont une certaine liberté dans la définition des processus de prise en charge. Ils peuvent ainsi bénéficier de professionnel-les avec des profils variés pour assurer les soins aux patient-es en raison du paiement par forfait lié aux DRG (Diagnostic Related Groups). C'est pourquoi, l'absence de réglementation de la pratique des ICLS et de tarification spécifique pour les infirmier-ères de pratique avancée a moins d'impact en milieu hospitalier que dans les soins domiciliaires ou ambulatoires. D'autre part, les hôpitaux universitaires ont pour mission de développer les pratiques de soins, raison pour laquelle ils ont été des précurseurs dans l'introduction des ICLS.

La spécialité des ICLS en milieu hospitalier peut être centrée sur une population donnée (par exemple, des patient-es avec un diabète ou une insuffisance cardiaque), une problématique de soins (par exemple, la douleur, l'incontinence ou les plaies) ou sur un milieu clinique (par exemple, les soins intensifs ou la psychiatrie).¹ Le **tableau 1** synthétise les caractéristiques de chacun de ces rôles.

1. Les ICLS centrées sur une population prennent en charge des personnes atteintes de maladies chroniques avec des besoins en santé complexes tout au long de leur parcours hospitalier. Ils et elles accompagnent la transition entre l'hôpital et la communauté. Grâce à leurs compétences en pratique avancée et leurs connaissances spécifiques de la pathologie, ces ICLS peuvent avoir un impact positif sur les résultats de santé en améliorant la gestion des symptômes et l'adhésion thérapeutique, influençant ainsi la qualité de vie des personnes.^{3,4} On peut citer l'exemple des personnes avec une insuffisance cardiaque pour lesquelles la transition entre l'hôpital et le domicile est critique. L'insuffisance cardiaque est la première cause d'hospitalisation chez les plus de 65 ans et avec 13,2% de réadmission dans les 30 jours.⁵ Pour assurer la continuité de la prise en

^aDirection des soins, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bInstitut et Haute école de la santé La Source, 1004 Lausanne, ^cDirection générale, Établissements hospitaliers du Nord vaudois, 1400 Yverdon-les-Bains, ^dDirection des soins, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
marie-jose.roulin@hug.ch | laura.bochud@ehv.ch | claudia.lecoultre@chuv.ch
patrick.teixeiramachado@hug.ch

TABLEAU 1 Caractéristiques des activités des infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es en fonction de la spécialité

ICLS: infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es.

	ICLS centré sur une population	ICLS centré sur un problème de soins	ICLS rattaché à un service ou une unité de soins
Population d'intérêts	Patient-e avec une pathologie spécifique	Patient-e avec un problème de soins quelle que soit la pathologie	Patient-e hospitalisé-e dans le service de rattachement
Exemples	Insuffisance cardiaque, diabète, transplantation, etc.	Escarres, incontinence, douleurs, addiction, etc.	Soins intensifs, néonatalogie, psychiatrie unité AVC, etc.
Lieu d'activité principal	Hôpital stationnaire et ambulatoire, domicile	Hôpital stationnaire et ambulatoire	Hôpital stationnaire ou ambulatoire
Spécificités	Activité longitudinale dans le parcours de soins, continuité relationnelle avec le patient et systémique Coordination	Activité transversale à l'institution, établissement de standard de pratique, chef de file dans son domaine	Activité au sein du service, proximité avec l'équipe de soins et les cadres médico-soignants
Activités auprès des patient-es	Évaluation, éducation à la gestion des symptômes et du traitement	Évaluation et interventions hautement spécialisées	Évaluation et mise en place d'intervention soignante adaptée à la situation
Activités auprès des soignant-es	Guidance, consultation, formation continue	Consultation, guidance, formation, continue	Mentorat, accompagnement, guidance, consultation, formation continue
Activités de développement des soins	Mise en place de processus basés sur les preuves et évaluation du modèle de soins	Mise en place de standard de soins adaptés aux contextes et suivi d'indicateurs de qualité	Mise en place de standard de soins adapté au service
Activités liées à la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer et intégrer les données issues de la recherche dans sa pratique • Participer à des recherches dans le domaine des soins • Partager et diffuser les résultats issus de sa pratique, des projets de développement et des recherches • Contribuer aux réflexions des sociétés savantes 		

charge, des soins de transition peuvent être assurés par l'ICLS.³ Il ou elle évalue les symptômes et l'état clinique de la personne en utilisant des échelles validées et des examens physiques avancés, renforçant la surveillance infirmière tout au long du continuum hospitalo-domiciliaire. Il ou elle facilite la réconciliation médicamenteuse lors du retour à domicile et renforce les compétences d'autosoins du patient, comme sa capacité à surveiller ses symptômes, ainsi que ses connaissances de la maladie, limitant ainsi le risque de réhospitalisation et de visites médicales non programmées.⁶ Par ailleurs, l'ICLS adapte ses soins selon les données scientifiques en prenant en compte les objectifs fixés en partenariat avec le ou la patiente et ses proches. Grâce à l'utilisation d'outils d'évaluation validés et spécifiques, il ou elle permet aux autres professionnel-les un suivi objectif des symptômes et de l'état de santé du patient. L'ICLS coordonne son activité avec les médecins hospitaliers, le ou la cardiologue, le ou la médecin traitant, les physiothérapeutes, les diététicien-nes, les infirmier-ères de soins à domicile et tout autre professionnel-le impliqué-e dans la prise en charge. Finalement, l'ICLS évalue les résultats de ses interventions et du dispositif de prise en charge, contribuant ainsi à l'amélioration continue de la qualité des soins. Son activité s'appuie donc sur des résultats éprouvés et mesurables.³

2. Les ICLS, axées sur des problématiques de soins, occupent souvent des rôles transversaux au sein des institutions et travaillent en étroite collaboration avec la direction de l'établissement. Ils et elles pilotent et adaptent des programmes de soins grâce à leurs compétences en développement clinique, en gestion de projet ainsi que leur leadership. Ils et elles sont des cheffes de file dans leur domaine assurant des consultations aux patient-es, quel que soit le service, tout en menant des projets de développement des soins. On retrouve ce profil, par exemple, dans les domaines de la prévention des escarres ou des chutes, la gestion de la

douleur ou encore les processus médicamenteux.⁷⁻⁹ La spécificité du rôle s'ancre dans la coordination des projets de développement à travers des secteurs de soins différents en raison de la typologie des patient-es, mais aussi du type de prise en charge (stationnaire ou ambulatoire) ou de la qualification du personnel. On comprendra aisément que les stratégies pour garantir la fiabilité de la dispensation des médicaments sont différentes en soins intensifs ou en réadaptation gériatrique. Ces ICLS doivent donc être capables de collaborer dans des contextes différents et d'adapter leurs interventions tout en veillant à mettre en place des processus rigoureux, basés sur des données scientifiques. Au niveau des institutions, ils ou elles peuvent animer des communautés de pratique et gérer des sites intranet.⁹ Ils et elles sont aussi à l'origine de pages internet permettant de diffuser des informations à l'intention des patient-es et des professionnel-les liés à leur domaine de spécialité.^{9,10} Les ICLS travaillent en réseau contribuant à l'harmonisation des pratiques, la continuité des soins et à la mutualisation des ressources. Cette transversalité influence positivement les transitions entre les institutions, y compris le domicile, améliorant l'efficacité des soins.

3. L'ICLS centrée sur un milieu clinique intervient dans un domaine pour lequel il ou elle dispose d'une expertise approfondie comme les soins intensifs, la psychiatrie ou l'oncologie. Son action est ciblée sur des services spécifiques, avec des interventions aussi bien auprès des patient-es, des proches, que des équipes de soins.¹¹⁻¹³ Au quotidien, il y a une collaboration étroite avec les cadres infirmiers et médicaux de son service. Ses interventions découlent des besoins des patient-es non couverts ou des demandes d'équipes confrontées à des situations qu'elles ne maîtrisent pas, telles qu'un nouvel équipement, une chimiothérapie, la gestion d'un delirium ou d'une ventilation mécanique complexe. Ces activités ont lieu dans les

soins avec le ou la patient-e, sa famille ou en interface avec eux. Dans ces cas, l'ICLS partage son expertise avec les équipes par le coaching, la guidance ou la démonstration.^{1,12} Ils ou elles participe à l'amélioration des soins en qualité de facilitateur-trice ou chef-fe de projet. Il ou elle soutient le changement en utilisant le mentorat, la formation, les protocoles, la recherche et l'évaluation des pratiques.^{1,11} Par exemple, pour les soins aux personnes intubées, l'ICLS s'inspire des pratiques externes, consulte la littérature scientifique, élabore des protocoles et des plans de formation et d'évaluation. On retrouve aux soins intensifs, des ICLS mettant en place des mesures pour la gestion des accès vasculaires, la prévention des infections nosocomiales ou des escarres, ainsi que la prise en soins et la prévention du delirium.¹²

Quelle que soit la spécialité des ICLS, ils et elles rédigent des guides pratiques pour les équipes de soins. Plusieurs hôpitaux mettent ces recommandations à disposition sur leur site internet, contribuant ainsi à la diffusion des savoirs auprès des infirmier-ères et autres professionnel-les de santé comme les physiothérapeutes ou les médecins.¹⁴ De plus, avec leur formation académique, les ICLS collaborent à des projets de recherche, contribuant ainsi à l'évolution des soins dans leur domaine de spécialité. Les ICLS participent à des groupes de travail où ils et elles représentent la spécificité de leur domaine d'activité et des commissions institutionnels, telles que les commissions d'éthique ou concernant le choix du matériel. Ils et elles sont aussi actif-ves dans de nombreuses sociétés savantes, ce qui leur permet d'échanger sur les pratiques, de se tenir informé-es des nouveautés et de représenter la perspective infirmière dans leur domaine. Notons, par exemple, que la première présidente «soins» de la Société suisse de médecine intensive était une ICLS bâloise.

CONCLUSION

Dans un contexte en perpétuelle évolution avec une accélération du flot des connaissances, des difficultés croissantes au

niveau du financement des hôpitaux et une pénurie annoncée de professionnel-les de la santé, les ICLS sont des actrices clés pour optimiser les processus de soins, prévenir les complications et mettre en place des pratiques fondées sur des données probantes. L'alliance entre une expertise clinique ancrée dans les milieux de soins et une démarche systématique d'amélioration des pratiques, positionne les ICLS comme des contributeur-rices uniques dans le système de santé et spécialement en milieu hospitalier. Dans le domaine des soins infirmiers, ils et elles sont un pont entre les nouvelles données scientifiques et la pratique des soins. Ils et elles contribuent aux innovations dans le domaine de la santé, mais aussi dans le développement de nouveaux modèles de soins et d'organisation.

Finalement, on commence à trouver en milieu hospitalier le pendant des ICLS dans le domaine de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de la diététique, auprès des sage-femmes, hommes sage-femmes et des technicien-nes en radiologie médicale.

Conflit d'intérêts: les auteures n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

M.-J. Roulin: <https://orcid.org/0000-0003-3242-2788>

L. Bochud: <https://orcid.org/0009-0000-7999-5263>

C. Lecoultré: <https://orcid.org/0009-0005-9037-6777>

P. Teixeira Machado: <https://orcid.org/0009-0001-1776-2656>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Plusieurs études tendent à prouver l'efficacité des infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es dans l'amélioration des soins au sein des hôpitaux.
- L'alliance entre une expertise clinique solidement ancrée dans les milieux de soins et une démarche systématique d'amélioration des pratiques positionne les infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es comme des acteur-rices importants dans le système de santé, en particulier en milieu hospitalier.

1 **Conseil international des infirmières. Directives sur la pratique avancée 2020 [En ligne]. [Brochure]. Genève. 2020. (cité le 19 septembre 2024). Disponible sur: www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_APN%20Report_FR_WEB_0.pdf

2 *Beckmann S, Schmid-Mohler G, Spichiger E, et al. Mapping advanced practice nurses' scope of practice, satisfaction, and drivers of role performance. *Pflege*. 2024 Feb 14. Sous presse. DOI: 10.1024/1012-5302/a000980.

3 *Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2015 Oct;21(5):763-81. DOI: 10.1111/jep.12401.

4 Anderson AJ, Anderson JM, Cengiz A, Yoder LH. Key Factors to Consider When

Implementing an Advanced Practice Registered Nurse-Led Heart Failure Clinic. *Mil Med*. 2023 Nov 10;189(Suppl 1):57-63. DOI: 10.1093/milmed/usad367.

5 Foroutan F, Rayner DG, Ross HJ, et al. Global Comparison of Readmission Rates for Patients With Heart Failure. *J Am Coll Cardiol*. 2023 Aug 1;82(5):430-44. DOI: 10.1016/j.jacc.2023.05.040.

6 Wu X, Li Z, Tian Q, Ji S, Zhang C. Effectiveness of nurse-led heart failure clinic: A systematic review. *Int J Nur Sci*. 2024 Apr 18;11(3):315-29. DOI: 10.1016/j.ijnss.2024.04.001.

7 McCray S, Donaldson A. Early Identification, Intervention, and Prevention of Hospital-Acquired Pressure Injuries Using a Nurse-Driven Pressure Injury Prevention Program. *Clin Nurse Spec*. 2024 Sep-Oct;38(5):210-20. DOI: 10.1097/nur.0000000000000840.

8 Pate K, Rutledge SR, Belin L. Clinical Nurse Specialists Using Evidence-Based Practice to Prevent Falls. *Clin Nurse Spec*. 2024 Jan-Feb;38(1):18-24. DOI: 10.1097/nur.0000000000000791.

9 Kupferschmid S, Bollondi-Pauly C, Merkli S, et al. Leadership infirmier dans la prise en charge de la douleur: l'exemple du Réseau douleur des Hôpitaux universitaires de Genève. *Douleur Analg*. 2017;30(1):29-34. DOI: 10.1007/s11724-016-0464-1.

10 Hôpitaux universitaire de Genève. Résocontinence Genève [En ligne]. 2021. (Cité le 19 septembre 2024). Disponible sur: www.hug.ch/programme-resocontinence

11 Egerod I, Kaldan G, Nordentoft S, et al. Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. *Nurse Educ Pract*. 2021 Jul;54:103142. DOI: 10.1016/j.nepr.2021.103142.

12 *Gabbard ER, Klein D, Vollman K, et al. Clinical Nurse Specialist: A Critical Member of the ICU Team. *Crit Care Med*. 2021 Jun 1;49(6):e634-e41. DOI: 10.1097/ccm.00000000000005004.

13 Tracy MF. Demonstrating the value of clinical nurse specialists in acute and critical care. *AACN Adv Crit Care*. 2015 Jan-Mar;26(1):33-4. DOI: 10.1097/NCI.0000000000000069.

14 Centre hospitalier universitaire vaudois. Méthodes de Soins Lausanne [En ligne]. 2023. (Cité le 20 septembre 2024). Disponible sur: www.chuv.ch/fr/dso/dso-home/pratique-clinique/methodes-de-soins

* à lire
** à lire absolument

Pratique infirmière avancée dans la santé communautaire suisse

Partage d'expériences

JUSTINE WICHT^a et Dre JANETTE RIBAUT^b

Rev Med Suisse 2024; 20: 2346-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.898-2.2346

L'évolution des maladies chroniques et le vieillissement de la population augmentent la demande de soins spécialisés pour les services de soins ambulatoires et stationnaires. En 2019, le Service d'aide et de soins à domicile de la Sarine a introduit une infirmière clinicienne spécialisée (ICLS) afin d'accompagner les équipes et la direction dans l'analyse systémique de la pratique clinique. Le modèle INTERCARE, développé par des infirmier-ères de pratique avancée (IPA), a été introduit dans certains établissements médicaux-sociaux (EMS). Avec des infirmier-ères spécialement formé-es, ce modèle a réduit les hospitalisations non planifiées et augmenté la satisfaction du personnel. La pratique infirmière avancée peut apporter une valeur ajoutée au système de santé suisse en répondant aux exigences croissantes de la santé communautaire.

Advanced nursing practice in Swiss community health Sharing experiences

The development of chronic diseases and the aging of the population are increasing the demand for specialized nursing care in both outpatient and inpatient services. In 2019, the Sarine outpatient care service introduced a Clinical Nurse Specialist (CNS) to support the teams and management in systematically analyzing clinical practice. In some nursing homes, the INTERCARE model, developed by Advanced Practice Nurses (APNs), has been implemented. With specially trained nurses, this model has reduced unplanned hospitalizations and increased staff satisfaction. Advanced Nursing Practice (ANP) can add value to the Swiss healthcare system by meeting the rising demands in community health.

INTRODUCTION

Le système de santé suisse va devoir répondre au cours des prochaines années à une augmentation des demandes de soins.¹ Différents facteurs tels que l'augmentation des maladies chroniques, la multimorbidité et le vieillissement de la population contribuent à cette augmentation.² Les services d'aides et de soins à domicile, ainsi que les établissements médico-sociaux (EMS) sont des acteurs clés de la santé communautaire et ont un rôle à jouer dans cette nouvelle organisation.³

^aRéseau santé de la Sarine, 1700 Fribourg, ^bInstitut des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Bâle, 4056 Bâle
justine.wicht@santesarine.ch | janette.ribaut@unibas.ch

CONTEXTE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le recours aux services d'aide et de soins à domicile ne cesse d'augmenter depuis ces dernières années. La majorité de la clientèle a 80 ans et plus.⁴ Aide et Soins à domicile suisse (ASD) indique dans son dernier rapport annuel que la demande de la population entre 20 et 64 ans a également augmenté au cours des dix dernières années. Sur le terrain, nous observons des sorties d'hôpital de plus en plus précoces, des prises en charge de situations de soins complexes avec une augmentation des soins spécialisés comme les soins palliatifs, oncologiques ou encore les besoins en santé mentale.⁵ Concernant les EMS, des études de projection ont identifié une augmentation de plus de 69% des besoins en soins d'ici 2040.⁶

Pour répondre à ces défis, les directions et les équipes de soins doivent mettre à jour leurs compétences et leurs connaissances afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. La pratique infirmière avancée peut être un atout majeur tant pour les patient-es, que pour les équipes soignantes et les directions de soins.⁷

LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE ET LES SOINS À DOMICILE

Les infirmier-ères de pratique avancée (IPA), titulaires d'un Master of Science, sont divisé-es en deux rôles distincts: les infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es (ICLS) et les infirmier-ères praticien-nes spécialisé-es (IPS). Les ICLS contribuent au développement clinique à un niveau organisationnel, exercent un leadership transformationnel en accompagnant le changement selon les besoins du terrain et supervisent les équipes dans des situations complexes.⁷

Il existe peu de littérature sur le contexte des soins à domicile en Suisse et le développement de la pratique infirmière avancée dans ce domaine est récent.⁸ Depuis 2018, l'ASD a élaboré un document officiel visant à définir le rôle de l'IPA dans les soins à domicile.⁹ Malgré cela, il est parfois difficile pour les partenaires de santé des soins à domicile de se rendre compte de ce qui est concrètement réalisé sur le terrain par les IPA.

MISE EN PRATIQUE DU RÔLE D'UNE ICLS DANS UNE ORGANISATION DE SOINS À DOMICILE

Depuis 2019, le Service d'aide et de soins à domicile de la Sarine (SASDS) a intégré une ICLS. Ses interventions au sein

du SASDS sont guidées par les besoins cliniques des patient-es et de leurs familles tout en tenant compte de l'organisation et des équipes de soins.¹⁰ Au sein de cette organisation, elle travaille sur l'harmonisation de la pratique clinique entre les différentes antennes du SASDS (**figure 1**) afin de pouvoir maintenir la mission initiale tout en garantissant la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

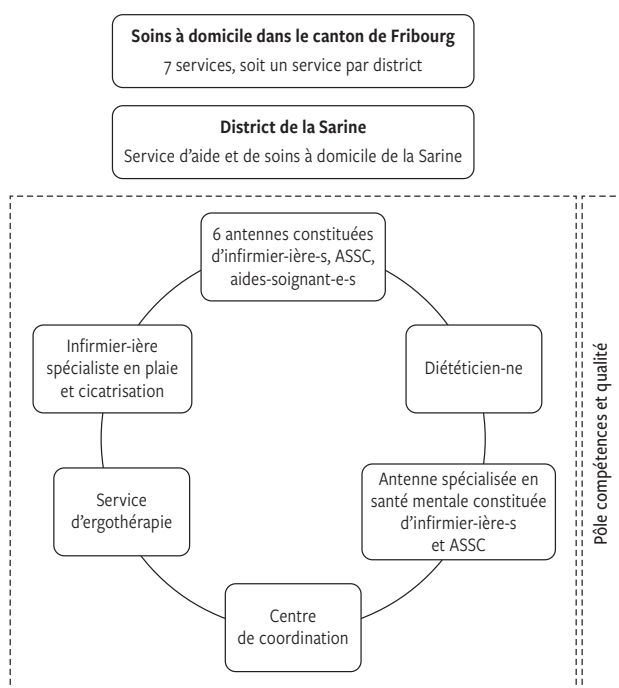
Rôle axé sur le développement de la pratique infirmière: application d'une démarche de soins systématique

L'un des rôles clés de l'ICLS est de garantir que la démarche de soins systématique respecte les bonnes pratiques. Elle forme les équipes aux outils d'évaluation spécifiques aux soins à domicile, basés sur la littérature, pour collecter des données rigoureuses, complètes et précises.¹¹ Des suivis individuels sont également effectués sur le terrain. Ce travail, réalisé en continu par l'ICLS, inclut également le coaching des équipes dans l'amélioration des transmissions, qu'elles soient écrites ou orales. En collaboration avec les équipes transverses constituées d'ergothérapeutes et d'une diététicienne, des outils ajustés au contexte sont utilisés dans la pratique clinique, tels que pour le dépistage de la dénutrition ou de risques de chute.

FIG 1

Présentation du Service d'aide et de soins domicile de la Sarine du canton de Fribourg

ASSC: assistante en soins et santé communautaire.



Principes d'action

Toute demande d'intervention fait l'objet d'une évaluation réalisée sous forme de prise de décisions partagées avec la personne, ses proches et en collaboration avec les partenaires du réseau médico-social

Rôle axé sur la structure et l'organisation des soins: gestion des nouvelles demandes

Au cours des dernières années, les demandes de soins ont augmenté, avec un délai de prise en soins restreint. Le SASDS s'est heurté à des difficultés quant à la gestion des entrées allant jusqu'au refus de prise en charge. Afin de répondre à cette problématique, l'ICLS a mis à profit ses compétences en gestion de projet et en leadership clinique, de manière à questionner la pratique tout en intégrant les besoins des équipes infirmières. Après avoir fait un état des lieux, elle a opté pour une approche participative avec des collaborateur-rices du terrain. En trois mois, cinq mesures ont été élaborées, puis appliquées au sein de toutes les antennes sur une durée de six mois. L'une d'entre elles est de développer le rôle d'«infirmière joker» dédiée à la gestion des entrées. Dans un premier temps, celle-ci était à disposition pour les six antennes. L'ICLS, en collaboration avec le groupe de travail, a mis en évidence les limites de cette approche, notamment le manque de suivi au long terme si l'entrée se faisait par une infirmière d'une autre antenne. Grâce à une phase pilote guidée par l'ICLS, la mesure a évolué vers la création d'un profil «infirmier joker» intégré à chaque antenne. Le SASDS a été capable d'accepter toutes demandes pour de l'aide ou des soins à domicile qui répondaient à sa mission. La mise en application de ce projet a ainsi eu un impact positif sur les patient-es et le système de santé lui-même.

Rôle de guidance auprès des équipes: gestion des situations complexes

Sur demande des équipes soignantes, l'ICLS apporte un soutien dans la gestion des situations complexes. L'identification de ces situations et le maintien de la continuité de la prise en soins entre les différent-es intervenant-es sont certains des défis auxquels font face les équipes. En janvier 2024, un projet pilote a débuté au sein d'une antenne, afin de mettre à disposition des équipes des outils permettant d'identifier les situations complexes.¹² La revue de littérature effectuée par l'ICLS a rapidement mis en lumière l'outil COMID, élaboré au sein de l'unité de recherche et de développement à l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD).¹² Afin d'accompagner l'implantation de cet outil au sein du SASDS, des formations vont être proposées aux équipes dès 2025 avec deux objectifs: améliorer l'identification des situations complexes et améliorer la coordination interprofessionnelle, notamment lors des réseaux avec les médecins. Ceci dans le but de faciliter les échanges et de répondre au mieux aux besoins des patient-es.^{10,13}

La pratique infirmière avancée s'est fait une place au sein du SASDS, sa plus-value ayant été identifiée par les équipes et la direction. Par conséquent, dès septembre 2024, un pôle compétence et qualité a été mis sur pied. Directement sous la direction Soins du Réseau de santé de la Sarine (RSS), le pôle est divisé en deux équipes d'ICLS: une équipe pour le milieu clinique des soins à domicile et une autre pour l'établissement médico-social (EMS) affilié au RSS.

Cette description repose sur l'expérience spécifique d'une seule ICLS, et ne peut donc être généralisée que de manière limitée. Toutefois, des modèles de soins similaires ont émergé

et continuent à se développer dans toute la Suisse ces dernières années, où des expériences comparables ont été faites.

INFIRMIER-ÈRES INTERCARE

Outre les soins à domicile, des soins sont aussi proposés en EMS. Pour garantir une haute qualité de ceux-ci, il est essentiel d'employer du personnel qualifié avec une expertise gériatrique. De nouvelles solutions sont nécessaires face à la pénurie de personnel, aux contraintes financières et au manque d'expertise gériatrique.¹⁴

Le modèle INTERCARE, développé par l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle avec la participation d'IPA, est une réponse possible. Il comprend six composantes: l'équipe interprofessionnelle, l'infirmier-ère spécialisé-e INTERCARE, la planification anticipée des soins (ACP), l'évaluation gériatrique multidimensionnelle, les outils basés sur les preuves et le développement de la qualité basé sur les données.¹⁵

Les infirmier-ères INTERCARE, avec un diplôme d'enseignement tertiaire et diverses formations continues, sont au cœur de ce modèle. Le Certificate of Advanced Studies (CAS) en «INTERCARE – Responsabilité clinique en gériatrie» est une option pour acquérir des compétences avancées, mais il n'est pas obligatoire. Ces infirmier-ères identifient et répondent aux besoins spécifiques des personnes âgées, coordonnent les soins et soutiennent le personnel dans leur expertise clinique. Les individus (par exemple, le coaching au lit du patient) ainsi que les équipes (par exemple, des discussions de cas) sont soutenus dans leur développement et se sentent capables de gérer des situations complexes. La responsabilité dépend de leur formation. Le CAS INTERCARE, co-supervisé par des IPA, aide aussi les EMS à appliquer le modèle INTERCARE. Des stratégies d'implémentation telles que le soutien continu du projet, les consultations, le coaching, l'audit et le feedback, sont utilisées.

L'évaluation d'INTERCARE via une étude sur l'efficacité et l'implémentation a montré que les probabilités de transferts non planifiés augmentaient d'environ 68% avant d'implémentation ($\beta_1 = 0,52$). Avec INTERCARE, la tendance a changé de manière significative ($\beta_2 = -0,52$; $p = 0,0001$), ce qui a conduit à un aplatissement du taux. Après d'implémentation, les probabilités de transferts non planifiés n'ont augmenté que de 0,4% par mois, ce qui indique une stabilisation. Les coûts du modèle INTERCARE étaient de 22.595 CHF par hospitalisation évitée, ce qui le rendait plus coûteux mais plus efficace que les soins habituels.¹⁶ Cela est dû au rôle central des infirmier-ères INTERCARE, qui appliquent l'ACP, coordonnent les soins, agissent en tant que principaux-pales interlocuteur-rices pour les situations complexes et collaborent étroitement avec les médecins.¹⁷ Selon des entretiens qualitatifs, certains médecins se sont sentis soulagés, tandis que d'autres n'ont pas constaté de changement. Ces différences s'expliquent notamment par la conception du modèle (par exemple, dans certains établissements, l'infirmier-ère INTERCARE a pris en charge la communication avec les médecins, renforçant ainsi l'expertise) et aux modalités de

la collaboration (l'infirmier-ère INTERCARE pouvait être l'interlocuteur-riche principal-e des médecins, ou soutenir l'équipe en arrière-plan, ce qui était moins perceptible pour les médecins). La communication améliorée et la compétence des infirmier-ères ont été particulièrement appréciées, ce qui a conduit à une meilleure continuité des soins et à des décisions médicales plus ciblées. Les médecins ont décrit la collaboration avec les infirmières comme étant partenariale et orientée vers les objectifs. Pour une collaboration réussie, le respect mutuel et la confiance sont essentiels, et certain-es médecins sont prêt-es à soutenir les infirmier-ères dans leur développement médical.¹⁸ Pour les stratégies d'implémentation, les cadres et infirmier-ères INTERCARE ont vu le soutien continu du projet comme la stratégie la plus importante.

Les infirmier-ères INTERCARE possèdent une expertise gériatrique approfondie et soutiennent les équipes dans leur développement, garantissant ainsi l'utilisation optimale du personnel qualifié pour assurer une haute qualité des soins dans les EMS.¹⁵

CONCLUSION

Le développement de la pratique infirmière avancée est essentiel pour faire face aux défis croissants dans le contexte des soins à domicile et des EMS. Les IPA, et en particulier les ICLS, apportent un soutien précieux en gérant efficacement les situations de soins complexes et en garantissant la qualité des soins et l'harmonisation des pratiques au sein d'une même institution. L'intégration de ces différents rôles est une étape prometteuse pour répondre aux exigences des soins de santé modernes et améliorer durablement la qualité de vie des patients-es.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

J. Ribaut: <https://orcid.org/0000-0003-0654-4052>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La pratique infirmière avancée apporte une plus-value même au sein d'organisation plus petite comparativement à des établissements médicaux ou des organisations cantonales.
- La plus-value de la pratique infirmière avancée peut être mise en avant à partir du moment où les compétences sont intégrées au niveau des directions et comprises par les équipes sur le terrain.
- Les compétences interprofessionnelles et de coordination des infirmier-ères de pratique avancée sont un complément pertinent aux compétences existantes au sein de l'équipe interprofessionnelle et permet d'avoir un impact positif sur les parcours de soins des patient-es, et ainsi sur le système de santé lui-même.

- 1 Observatoire suisse de la santé (Obsan). Recours aux soins à domicile [En ligne]. (Cité le 15 octobre 2024). Disponible sur: <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/recours-aux-soins-a-domicile>
- 2 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Fiche d'information. Évolution démographique et besoins en soins. 8 mai 2024.
- 3 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Modification de la LAMal: financement uniforme des prestations [En ligne]. 2024. (Cité le 30 juillet 2024). Disponible sur: www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/parlamentarische-initiative-finanzierung-der-gesundheitsleistungen-aus-einer-hand-einfuehrung-des-monismus.html
- 4 Office fédéral de la statistique. Aide et soins à domicile. 2023. (Cité le 30 juillet 2024). Disponible sur: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aide-soins-domicile.html
- 5 Aide et soins à domicile Suisse. Fait et chiffres 2022 sur l'aide et les soins à domicile. 10 novembre 2023. (Cité le 30 juillet 2024). Disponible sur: www.aide-soins-domicile.ch/Association/News/Faits-et-chiffres-2022-sur-laide-et-les-soins-a-domicile/oV50AY3X/P7sQ3/?lang=fr&m=0
- 6 Pellegrini S, Dutoit L, Pahud O, Dorn M. Bedarf an Alters-und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis. 2022;2040:2022-05.
- 7 *Morin D. La pratique infirmière avancée: vers un consensus au sein de la francophonie. Québec: Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone; 2018.
- 8 Martins T, Möckli N, Zúñiga F, et al. Coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile. Une étude nationale. Rapport national. Basel: Université de Bâle; 2023.
- 9 Aide et soins à domicile Suisse. Infirmière/infirmier de pratique avancée (Advanced Practice Nurse APN) dans le domaine des soins à domicile. 2018.
- 10 Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, et al. Advanced practice nursing: An integrative approach (5th ed.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014.
- 11 Doyon O, Longpré S, Rexhaj S. Évaluation clinique d'une personne symptomatique. Londres: Pearson; 2022.
- 12 **Busnel C, Marjollet L, Perrier-Gros-Claude O. Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. RFIRI. 2018 Juin;4(2):116-23.
- 13 Busnel C, Bridier-Boloré A, Marjollet L, et al. La complexité des prises en soins à domicile. Guide pour les professionnels de l'aide et des soins à domicile. Lancy: Institution genevoise de maintien à domicile; 2020. DOI: 10.26039/097C-6316.
- 14 Merçay C, Grünig A, Dolder P. in der Schweiz-Nationaler Versorgungsbericht. Neuchâtel: Obsan; 2021.
- 15 **Guerbaai RA, Serdaly C, Simon M, et al. Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen: Implementierung und Evaluation des INTERCARE-Modells. Basel: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel; 2024.
- 16 *Zúñiga F, Guerbaai RA, De Geest S, et al. Positive effect of the INTERCARE nurse-led model on reducing nursing home transfers: A nonrandomized stepped-wedge design. J Am Geriatr Soc. 2022 May;70(5):1546-57.
- 17 Guerbaai RA, DeGeest S, Popejoy LL, et al. Evaluating the implementation fidelity to a successful nurse-led model (INTERCARE) which reduced nursing home unplanned hospitalisations. BMC Health Serv Res. 2023 Feb 9;23(1):138.
- 18 Plácido S. Effects of a nurse-led model of care on the interprofessional collaboration between nurses and physicians in Swiss nursing homes. [Unpublished Master thesis]. In press 2021.

* à lire
** à lire absolument

Infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es: leadership, entrepreneuriat et recherche pour les soins

Pre MARIKA BANA^a, SUSANNE KROPF-STAU^b et Pre MANUELA EICHER^c

Rev Med Suisse 2024; 20: 2350-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.898-2.2350

Les infirmier-ères clinicien-nes spécialisé-es (ICLS) sont des infirmier-ères titulaires d'un Master. Leurs compétences clés comprennent le leadership, l'entrepreneuriat et la recherche. En prenant l'exemple du programme Symptom Navi, nous montrons l'importance des ICLS dans le développement d'un projet innovant et leur rôle de leadership pour l'implantation du programme dans la pratique. Les résultats de l'évaluation du programme Symptom Navi sont également présentés.

Clinical nurse specialists: leadership, entrepreneurship and research for healthcare

Clinical nurse specialists (CNS) are nurses with a Master in Science Nursing degree. CNS key competences include leadership, entrepreneurship and research. Using the Symptom Navi programme as an example, we show the importance of CNSs in developing an innovative project and their leadership role in implementing the programme into practice. We also present the results of the evaluation of the Symptom Navi programme.

INTRODUCTION

Les infirmier-ères de pratique avancée (IPA) en oncologie sont présent-es dans les pays à haut revenu depuis plus de 60 ans et se divisent en deux rôles distincts: infirmier-ère clinicien-ne spécialisé-e (ICLS) et infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS).¹ Pour les deux, une formation de niveau Master en Science axée sur la pratique est exigée au niveau international.² Ces deux rôles sont décrits sur un continuum: d'un côté, les modèles de rôles intégrés axés sur le développement et le leadership (ICLS), et de l'autre ceux axés sur les soins directs aux patients avec des compétences élargies (IPS). Il est important que les fonctions de l'IPA soient définies pour un contexte et une population de patient-es spécifiques, avec des tâches concrètes.²

En Suisse, par exemple, les IPA pour les patient-es atteints de cancer du poumon ont été introduit-es au CHUV.³ Une enquête menée auprès de 59 IPA en soins oncologiques en Suisse montre que leurs tâches varient fortement et qu'il n'est pas encore possible d'établir une distinction claire entre les ICLS

et les IPS dans la pratique.⁴ Aujourd'hui, de nombreuses IPA sont actives en oncologie, notamment dans le domaine de la consultation des personnes atteintes de cancer et du coaching du personnel infirmier. Dans cet article, à l'aide de l'exemple de l'introduction du programme Symptom Navi dans toute la Suisse, le leadership, l'esprit d'entreprise et les activités de recherche des IPA ayant un profil d'ICLS sont décrits.

DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME SYMPTOM NAVI

Grâce à l'amélioration des programmes de dépistage, des diagnostics et des thérapies, les chances de survie au cancer ont augmenté. Par conséquent, les personnes touchées par le cancer doivent apprendre à gérer la maladie à long terme: faire face à la maladie physiquement et émotionnellement, autogérer les symptômes, les thérapies, et les éventuelles adaptations des tâches quotidiennes induits par la maladie. L'autogestion englobe toutes les actions que les personnes concernées mettent en œuvre pour atténuer les effets indésirables des médicaments, les répercussions physiques, psychiques et sociales de la maladie et de ses thérapies.⁵ C'est là qu'intervient le programme Symptom Navi.

Depuis 2011, ce programme a été développé en plusieurs étapes. À l'initiative et sous la direction d'une ICLS spécialisée en oncologie, des dépliants sur les symptômes ont été développés en interprofessionnalité en 2011 à l'Hôpital du Lindenhof, à Berne. L'objectif du projet était de promouvoir l'autogestion des personnes atteintes de cancer pendant les thérapies ambulatoires. Des recommandations basées sur les preuves ont été formulées selon les principes de l'éducation thérapeutique des patient-es, pour les symptômes les plus fréquents en cas de cancer et sous traitement anticancéreux (figure 1). Sous la direction d'une chercheuse en soins infirmiers et en collaboration avec des ICLS, la Société académique d'oncologie, les Soins en oncologie suisse et des infirmières et des médecins de l'Hôpital cantonal de Fribourg, les dépliants ont été développés et leur utilité, leur compréhension et l'importance des recommandations ont été évalués sur plusieurs années. Par exemple, chaque recommandation a été formulée sur la base de la littérature, puis validée à l'aide de l'Item Content Validity Index (I-CVI) auprès de 48 experts (professionnel-le-s et patient-e-s).⁶

La mise en œuvre des dépliants Symptom Navi a été analysée du point de vue des personnes concernées et des professionnel-les. Lors des interviews, les personnes concernées ont confirmé leur

^aHaute école de santé Fribourg, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 1700 Fribourg, ^bService universitaire de neurochirurgie, Inselspital, Hôpital universitaire de Berne, 3010 Berne, ^cInstitut universitaire de formation et de recherche en soins, Faculté de biologie et de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1011 Lausanne
marika.bana@hefr.ch | susanne.kropf-staub@insel.ch | manuela.eicher@unil.ch

FIG 1 Exemple du dépliant Symptom Navi sur la fatigue

Recto et verso d'un dépliant en format A4, intérieur d'un flyer avec les recommandations d'autogestion.



Conseils

Physiothérapie

Le maintien d'une activité physique régulière est efficace pour réduire la fatigue. Un physiothérapeute peut vous aider à définir des exercices réguliers selon votre condition. La Ligue contre le cancer peut vous conseiller des cours collectifs sur le thème "Cancer et sport".

Diététicienne

Une anémie ou un déséquilibre nutritionnel peuvent aussi aggraver votre fatigue. Consultez une diététicienne pour faire un bilan de votre état nutritionnel.

Interventions psycho-oncologique

- Un psycho-oncologue peut vous aider à supporter le poids de la maladie sur le moral.
- La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace pour améliorer les comportements favorisant le sommeil et apprendre à réduire la fatigue.
- Des cours de réduction du stress basés sur la pleine conscience (MBSR) peuvent vous aider à vous relaxer.

D'autres informations à ce sujet

- «Fatigue et cancer», Ligue suisse contre le cancer
- «Activité physique et cancer», Ligue suisse contre le cancer

Épuisement (fatigue chronique, asthénie)

Bon à savoir

En parlant du cancer, on entend par épuisement une forte sensation de fatigue qui perdure. Elle diffère de la fatigue « normale » et on ne parvient pas à y remédier par le sommeil. L'épuisement entrave nettement les activités de la vie quotidienne.

L'épuisement peut être causé par la maladie ou par les traitements. L'anémie, les carences alimentaires, des troubles de la thyroïde, la douleur, les nausées, des troubles psychiques ou une consommation d'alcool et de drogues peuvent venir aggraver encore cet épuisement.

Cette fatigue doit être investiguée par un médecin pour en rechercher la cause et traiter tout facteurs contributifs. Si aucune cause n'est détectée, des mesures pour l'atténuer peuvent être mises en place.




La fatigue peut persister au-delà du traitement, elle n'indique cependant pas une progression de la maladie.



VFSM / Symptom Navi Program © 2023

Cette brochure a été rédigée en collaboration avec des patient·e·s et des expert·e·s. Vous trouverez de plus amples informations sur le site web.

Épuisement (fatigue chronique, asthénie)

Vous vous sentez...	Ou vous constatez...	Ce que vous pouvez faire vous-même...
	<ul style="list-style-type: none"> • Légère limitation des performances 	<ul style="list-style-type: none"> • Essayez de conserver vos activités. Ayez une activité physique régulière, p. ex. promenades (rapides), natation ou vélo. • En cas de besoin, prenez vos médicaments de réserve contre la douleur ou la nausée. Voir Symptom Navi : «Nausées et vomissements» et «Douleurs». • Organisez une aide pour les travaux ménagers. Voir Symptom Navi : «Soutien à domicile ». • Essayez d'avoir une occupation qui vous fait plaisir.
	<ul style="list-style-type: none"> • Nette limitation des performances • Troubles de la concentration • Troubles du sommeil • Essoufflement • Manque d'énergie • De plus en plus de difficultés à maintenir les activités quotidiennes 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour vous et vos proches, la fatigue chronique est difficile à gérer. Parlez-en avec eux. L'équipe soignante peut vous aider pendant cette phase. • Dans la journée, faites régulièrement des pauses, mais ne dormez pas plus de 45 minutes d'affilée pour ne pas perdre votre rythme de sommeil. • Essayez de bien répartir votre énergie. Prévoyez les activités fatigantes pour les heures de la journée où vous avez le plus de force et d'énergie. Établissez des priorités et prévoyez aussi des activités agréables. • Essayez des activités stimulantes comme écouter de la musique ou des exercices ciblés (relaxation musculaire progressive, exercices respiratoires, yoga). Faites-vous conseiller. • Utilisez une lampe de luminothérapie médicale 30 à 40 minutes le matin pour réguler vos cycles de sommeil. Ne pas l'utiliser avant de dormir. Cette lampe est contre indiqué en cas de pathologies oculaires
	<ul style="list-style-type: none"> • Très grande fatigue chronique • Aggravation des symptômes indiqués dans la partie jaune • Fièvre égale ou supérieure à 38 °C • Vous n'arrivez pratiquement plus à vous réveiller et à rester éveillé·e • Abattement durable, perte de la capacité à la joie et à la tristesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Contactez l'équipe soignante.

(Avec l'autorisation de l'association VFSM).

conviction que ces dépliants favorisent l'autogestion, mais ont également déclaré que les entretiens éducatifs avec les infirmier-ères approfondissent et consolident leur approche de l'autogestion.⁷ Ces dernières années, le nombre d'institutions souhaitant utiliser les dépliants a augmenté. Pour une introduction et une utilisation uniforme du programme, le déroulement des entretiens éducatifs a été défini et des formations d'introduction standardisées ont été développées pour les professionnel-les.⁸ C'est ainsi qu'un programme d'autogestion des symptômes, composé de dépliants, d'une éducation thérapeutique structurée des patients et d'un programme de formation à leur utilisation, a vu le jour sous la direction des ICLS (figure 2).

ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME SYMPTOM NAVI

Dans un deuxième temps, une étude pilote randomisée en grappes a été menée dans neuf services ambulatoires d'oncologie afin d'évaluer la mise en œuvre du programme Symptom Navi. L'objectif principal était d'évaluer l'implantation du programme dans sa globalité avec 134 participant-es (groupe interventionnel n = 42, groupe de contrôle n = 81) et 328 infirmier-ères. Cette étude a été menée sous la direction d'une chercheuse en soins infirmiers, en collaboration avec une ICLS qui a obtenu son doctorat dans le cadre de cette étude. L'application du programme n'a pas entraîné d'incidents indésirables dus aux dépliants et l'application des entretiens éducatifs par les infirmier-ères s'est faite selon le protocole de formation. 71% des infirmier-ères ont indiqué un taux d'adhésion de 90-100% (IC 95%: 58-82%), et 24% de 80-90% (IC 95%: 15-38%). L'application du programme n'a toutefois pas modifié la sévérité symptomatique des patient-es causées par les thérapies administrées. Le personnel soignant a appliqué les entretiens éducatifs selon le protocole et les participant-es ont pu appliquer des mesures d'autogestion.¹⁰ Le contexte de travail, avec des ressources en temps limitées et des locaux insuffisants dans les services ambulatoires, a cependant entravé la réalisation des entretiens d'éducation.¹¹ Par conséquent, un encouragement explicite à l'autogestion n'a pas pu être observé malgré une tendance d'amélioration de l'auto-efficacité.

Le programme Symptom Navi a alors été révisé à base de ces résultats en collaboration avec des ICLS en oncologie, en particulier en renforçant les techniques de promotion à l'autogestion dans la formation des infirmier-ères les consultations.

DIFFUSION DU PROGRAMME SYMPTOM NAVI EN SUISSE

Le programme Symptom Navi a reçu un soutien financier supplémentaire de la part de Promotion santé suisse. Cela a permis une diffusion plus large en Suisse romande et au Tessin et a conduit à la création de l'Association suisse pour la promotion à l'autogestion, qui vise l'implémentation large avec un auto-financement du programme, définit dans une stratégie. Aujourd'hui les personnes concernées et les professionnel-les de santé peuvent se renseigner en allemand, français et italien sur le programme (www.symptomnavi.ch/fr/). Le soutien à l'autogestion a été étendu à toutes les phases de la maladie et les thèmes des dépliants pour les proches, les survivant-es et les situations palliatives ont été élargis. En collaboration avec Roche et dans le cadre d'une étude pilote internationale (étude KAISER), les recommandations à l'autogestion de Symptom Navi ont été intégrées dans un outil de suivi numérique dans le cadre de licences pour leur utilisation entre l'association et Roche. Cette étude a montré que 71,2% des participant-es ont apprécié les recommandations à l'autogestion et 79,7% ont pu les appliquer facilement. Un tiers des participant-es ont indiqué que l'autogestion leur avait permis de retarder la prise de contact avec le centre traitant.¹² Pour atteindre l'auto-financement l'association distribue aujourd'hui le programme Symptom Navi dans toute la Suisse par le biais d'abonnements aux organisations tel que des hôpitaux et aux services ambulatoires d'oncologie. L'auto-financement n'est pas encore pleinement atteint, mais avec le soutien de 14 organisations membres en 2024, l'association est dans la cible de ses objectifs stratégiques.

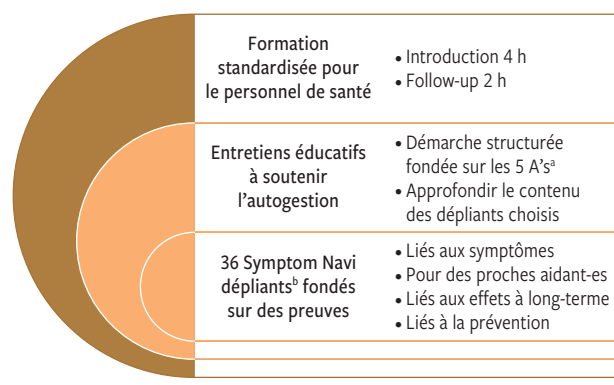
CONTRIBUTION DES INFIRMIER-ÈRES CLINICIEN-NES SPÉCIALISÉ-ES

Le développement du programme Symptom Navi met en lumière les compétences élargies des ICLS, issues de leur formation de niveau Master en Sciences: leadership clinique et entrepreneuriat, coaching et leadership, consultations thérapeutiques, recherche, prise de décision éthique et collaboration interprofessionnelle. Cet exemple illustre comment les infirmier-ères ayant un rôle d'ICLS peuvent développer des projets innovants et prendre la direction de leur mise en œuvre.¹ En outre, les ICLS sont des partenaires importants dans les projets de recherche: en effet, ils et elles représentent le point de vue clinique et sont des interlocuteur-rices clés-es pour la pratique.¹³

Les interventions complexes doivent être développées systématiquement, et leur introduction doit être accompagnée d'études scientifiques afin de pouvoir démontrer leurs efficacité et utilité.¹⁴ Dans le cas du programme Symptom Navi, les infirmier-ères ayant un rôle d'ICLS ont assumé des tâches importantes. Ils et elles ont dirigé le développement des

FIG 2 Le programme Symptom Navi

^aBasé sur Lawn & Schoo (2010)⁹; ^bVersion à l'été 2024.



dépliants et des formations, ont été responsables de créer des contenus basés sur les preuves, et ont mené les formations et les évaluations scientifiques.

TÂCHES DES INFIRMIER-ÈRES CLINICIEN-NES SPÉCIALISÉ-ES DANS LE PROGRAMME SYMPTOM NAVI

En Suisse, les infirmier-ères travaillent à différents niveaux de formation. La conduite d'entretiens éducatifs est enseignée dans la formation de base des infirmier-ères. Cependant, des compétences élargies, telles que le leadership et l'entrepreneuriat à large échelle, de l'innovation et des preuves, ne sont attendues des infirmier-ères du niveau Master. C'est pourquoi, il est important que les ICLS soient davantage présentes dans les soins oncologiques pour avancer la pratique au-delà des innovations au niveau opérationnel.

Les recommandations à l'autogestion du programme sont revues régulièrement et adaptées en fonction des nouvelles connaissances. Les infirmier-ères ayant un rôle ICLS encouragent une pratique basée sur les preuves en recherchant de manière autonome de nouvelles connaissances dans la littérature et en initiant des mises à jour des dépliants.

Lors des entretiens d'éducation thérapeutique, l'impact des symptômes devrait être évalué et documenté de manière standardisée à l'aide de mesures des résultats rapportées par les patients (PROM) et de l'expérience rapportée par les patients (PREM). Ces mesures favorisent une promotion ciblée et adaptée à l'autogestion, et aident les personnes concernées à évaluer si leurs symptômes s'améliorent. Les ICLS sont qualifiés pour mettre en place des PROM et PREM appropriés et validés ainsi que pour évaluer leur utilisation.¹⁵ Dans le cadre de cette tâche, ils et elles coachent les infirmier-ères

dans la conduite des entretiens d'éducation et promeuvent la qualité et la sécurité des soins.

CONCLUSION

Le développement et l'introduction du programme Symptom Navi n'ont été possibles que grâce à l'engagement des ICLS. Ils et elles ont généré les preuves pour le programme et ont pris la direction de la mise en œuvre. Les ICLS sont importants pour l'innovation et le leadership dans les soins. Dans un système de santé qui vise la qualité et la sécurité des soins, ils et elles sont indispensables.

Conflit d'intérêts: S. Kropf-Staub a initié le développement des dépliants et s'est engagée pour le programme jusqu'à 2022. M. Bana et M. Eicher s'engagent pour le programme Symptom Navi au sein de l'association «Schweizerischer Verein zur Förderung des Selbstmanagements». Le projet «Symptom Navi» est mené en collaboration avec le Soutien de projets Prévention dans le domaine des soins de Promotion santé suisse.

ORCID ID:

M. Bana: <https://orcid.org/0000-0002-9988-6299>

S. Kropf: <https://orcid.org/0009-0009-7636-2722>

M. Eicher: <https://orcid.org/0000-0002-7691-0719>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les infirmier-ères clinicien-nes spécialisées (ICLS) sont des infirmier-ères titulaires d'un Master en Science et d'une pratique infirmière élargie.
- Leur profil de tâches comprend le développement et l'introduction de projets innovants, la prise en charge de leadership, le coaching d'infirmières et le soutien de projets de recherche.
- Les ICLS ont ainsi contribué à faire avancer le programme Symptom Navi et à l'introduire dans toute la Suisse.

1 **Bryant-Lukosius D, Pape E, Dowling M. A Future-Oriented Perspective on Advanced Practice Nursing Roles in Cancer Care: Pushing the Boundaries to Promote Innovation and Achieve Equitable, Patient-Centered Care. *Semin Oncol Nurs*. 2024 Jun;40(3):151635.

2 Schober M, Lehwaldt D, Rogers M, et al. Guidelines on advanced practice nursing. Switzerland: International Council of Nurses; 2020.

3 Serena A, Castellani P, Fucina N, et al. The role of advanced nursing in lung cancer: A framework based development. *Eur J Oncol Nurs*. 2015 Dec;19(6):740-6.

4 **Geese F, Bryant-Lukosius D, Zwahlen S, Hahn S. Advanced Practice Nurses and Their Roles in Swiss Cancer Care: A Cross-Sectional Study. *Semin Oncol Nurs*. 2024 Jun;40(3):151626.

5 Howell D, Mayer DK, Fielding R, et al. Management of cancer and health after

the clinic visit: A call to action for self-management in cancer care. *J Natl Cancer Inst*. 2021 May 4;113(5):523-31.

6 Sailer Schramm M, Kropf-Staub S, Näf E, et al. Is the content of the Symptom Navi valid to support symptom self-management of cancer patients? *EONS 10, European Oncology Nursing Society*, 17-18 October; Ireland: Dublin, 2016.

7 Kropf-Staub S, Eicher M, Haslbeck J, Metzenthin P. Selbstmanagement bei Krebstherapien fördern: Das Symptom-Navi-Programm. *Pflege*. 2019;32(5):267-76.

8 *Bana M, Ribi K, Kropf-Staub S, et al. Development and implementation strategies of a nurse-led symptom self-management program in outpatient cancer centres: The Symptom Navi Programme. *Eur J Oncol Nurs*. 2020 Feb;44:101714.

9 Lawn S, Schoo A. Supporting self-management of chronic health conditions: common approaches. *Patient Educ Couns*. 2010 Aug;80(2):205-11.

10 *Bana M, Ribi K, Peters S, et al. Pilot Testing of a Nurse-Led Basic Symptom Self-management Support for Patients Receiving First-Line Systemic Outpatient Anticancer Treatment: A Cluster-Randomized Study (Symptom Navi Pilot Study). *Cancer Nurs*. 2021 Nov-Dec;44(6):E687-702.

11 Bana M. Implementation of the Symptom Navi© Program for cancer patients in ambulatory services: A cluster randomised pilot study (Symptom Navi Pilot Study) [Thesis by articles]. UNIL/CHUV: University of Lausanne, 2020.

12 Eicher M, Bana M, Ribi K, Schneider S, Ammann J. Use and value of self-management (SM) recommendations in a real-world evidence study evaluating digital patient monitoring (DPM) of

patients (pts) receiving cancer care. *J Clin Oncol*. 2023 Jun;41(16 suppl):1603.

13 Van Hecke A, Decoene E, Courtens A, et al. The Role of Researcher for Advanced Practice Nurses in Oncology: Challenges and Lessons Learned. *Semin Oncol Nurs*. 2024 Jun;40(3):151634.

14 Skivington K, Matthews L, Simpson SA, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021 Sep 30;374:n2061.

15 Drury A, Boland V, Dowling M. Patient-Reported Outcome and Experience Measures in Advanced Nursing Practice: What Are Key Considerations for Implementation and Optimized Use? *Semin Oncol Nurs*. 2024 Jun;40(3):151632.

* à lire

** à lire absolument

Infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés et monde politique suisse

DANIEL WENGER^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 2354-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.898-2.2354

À l'image du reste de l'Europe, le système de santé suisse est confronté à des défis majeurs. La demande en prestations de santé augmente en raison du vieillissement de la population, des maladies chroniques et des besoins numériques, tandis que l'offre souffre d'une pénurie de professionnel·les. Pour répondre à ces défis, le système de santé doit intégrer des modèles de soins innovants et interprofessionnels. La cohérence de ce développement nécessite la collaboration de tous les acteur·rices du système de santé. Le rôle d'agent de changement des infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés et leur connaissance du système de santé en font des interlocuteurs privilégiés. Dans ce contexte, il importe que ceux-ci entretiennent une vision holistique du système de santé avec pour objectif, la qualité et l'efficacité des soins et la sécurité des patient·es.

Clinical nurse specialists and Swiss politics

Like the rest of Europe, the Swiss healthcare system is facing major challenges. Demand for healthcare services is increasing due to an ageing population, chronic diseases and digital needs, while supply suffers from a shortage of professionals. To meet these challenges, the healthcare system must integrate innovative and interprofessional care models. The coherence of this development requires the collaboration of all stakeholders in the healthcare system. The role of clinical nurse specialists as agents of change and their knowledge of the health care system make them key stakeholders. In this context, it is essential that they maintain a holistic view of the healthcare system, focusing on quality of care and patient safety.

INTRODUCTION

Depuis son émergence en Suisse en 2000 à Bâle, le Master en sciences infirmières n'a cessé de gagner en importance dans le domaine de la formation en soins infirmiers. Au fil des ans, les infirmières et infirmiers de pratique avancée (IPA) se sont ainsi progressivement inscrits dans le système de santé suisse. Plus précisément, deux rôles se distinguent: infirmière ou infirmier clinicien spécialisé (ICLS) et infirmière ou infirmier praticien spécialisé (IPS). En dépit de l'engouement rencontré dans la pratique clinique, le monde politique s'est toutefois montré plus réservé à l'égard de ces titres de formation. Il a ainsi renoncé à une réglementation lors de la création de la Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan) en 2016, arguant un manque de clarté des profils professionnels d'IPA. À ce jour, plus de mille diplômés peuvent être dénombrés sur le territoire helvétique et exercent majoritairement en milieu

hospitalier. Aujourd'hui, l'essor des IPA et un système de santé en quête de renouvellement imposent le développement des modèles de soins innovants. Ainsi, le Conseil fédéral est à nouveau amené à se pencher sur une éventuelle réglementation.

Étant donné la compétence spécifique des ICLS à contribuer au développement des politiques de santé, le présent article traite exclusivement de ce rôle.¹ Il s'agit ainsi de dépeindre les enjeux d'une réglementation et de démontrer l'implication des ICLS dans un tel processus et dans le monde politique en général.

TRAJECTOIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE

La Commission européenne estime qu'en 2050, environ 30% de la population européenne sera âgée de plus de 65 ans. En revanche, la part des 15-29 ans observe une baisse importante et cela devrait se poursuivre dans le futur.² La Suisse ne fait pas exception à ces tendances.³

Tendances et attentes au sein de la population

La population suisse vieillit rapidement en raison du faible taux de natalité, de l'augmentation de l'espérance de vie et de la retraite des baby-boomers. En 2050, 2,7 millions de personnes auront 65 ans ou plus, entraînant une hausse des maladies chroniques touchant déjà 72,5% des 65 ans et plus.^{4,5} Cette situation complique la prise en charge des patient·es, souvent atteints de polyopathologies, et impose de repenser les modèles de soins en adoptant des approches innovantes et interprofessionnelles. Parallèlement, l'ère numérique pousse à une évolution des attentes en matière de santé, avec un intérêt grandissant pour les interfaces numériques et les soins personnalisés. L'accès accru à l'information incite la population à s'instruire davantage et à améliorer ses compétences en santé (health literacy), bien que la fiabilité de ces informations demeure parfois contestable.

Développement des professions de la santé

La demande croissante en prestations de santé en Suisse nécessite une adaptation de l'offre, mais le développement des professions de santé peine à suivre. En 2023, une grande partie des médecins suisses sont proches de la retraite et la Suisse dépend fortement de médecins formés à l'étranger.⁶ Les soins souffrent également d'une pénurie de personnel, avec une forte dépendance au personnel étranger et une utilisation accrue de personnel temporaire.⁷ En parallèle, de nouveaux rôles professionnels, tels que celui d'IPA, émergent,

^aSection Développement des professions de la santé, Office fédéral de la santé publique (OFSP), 3097 Liebefeld
daniel.wenger@bag.admin.ch

mais aux yeux des différents acteurs, leur potentiel de développement est freiné par l'absence de réglementations appropriées. Divers objets parlementaires et diverses initiatives, dont celle de l'Association suisse des infirmières et infirmiers, «Pour des soins infirmiers forts», visent non seulement, à remédier à ces défis et à garantir des soins sécuritaires et de qualité mais aussi à augmenter le nombre de diplômés en soins infirmiers.

INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS CLINIENS SPÉCIALISÉS ET MONDE POLITIQUE

Implication dans le processus de réglementation et dans le monde politique en général

La révision de la LPSan visant à réglementer le Master en sciences infirmières et la profession d'IPA est complexe, notamment en raison de la multiplicité des facteurs en présence (figure 1). De même, le système de santé évolue toujours plus vers le développement de modèles interprofessionnels. Dans ce contexte, il convient d'impliquer des représentants des

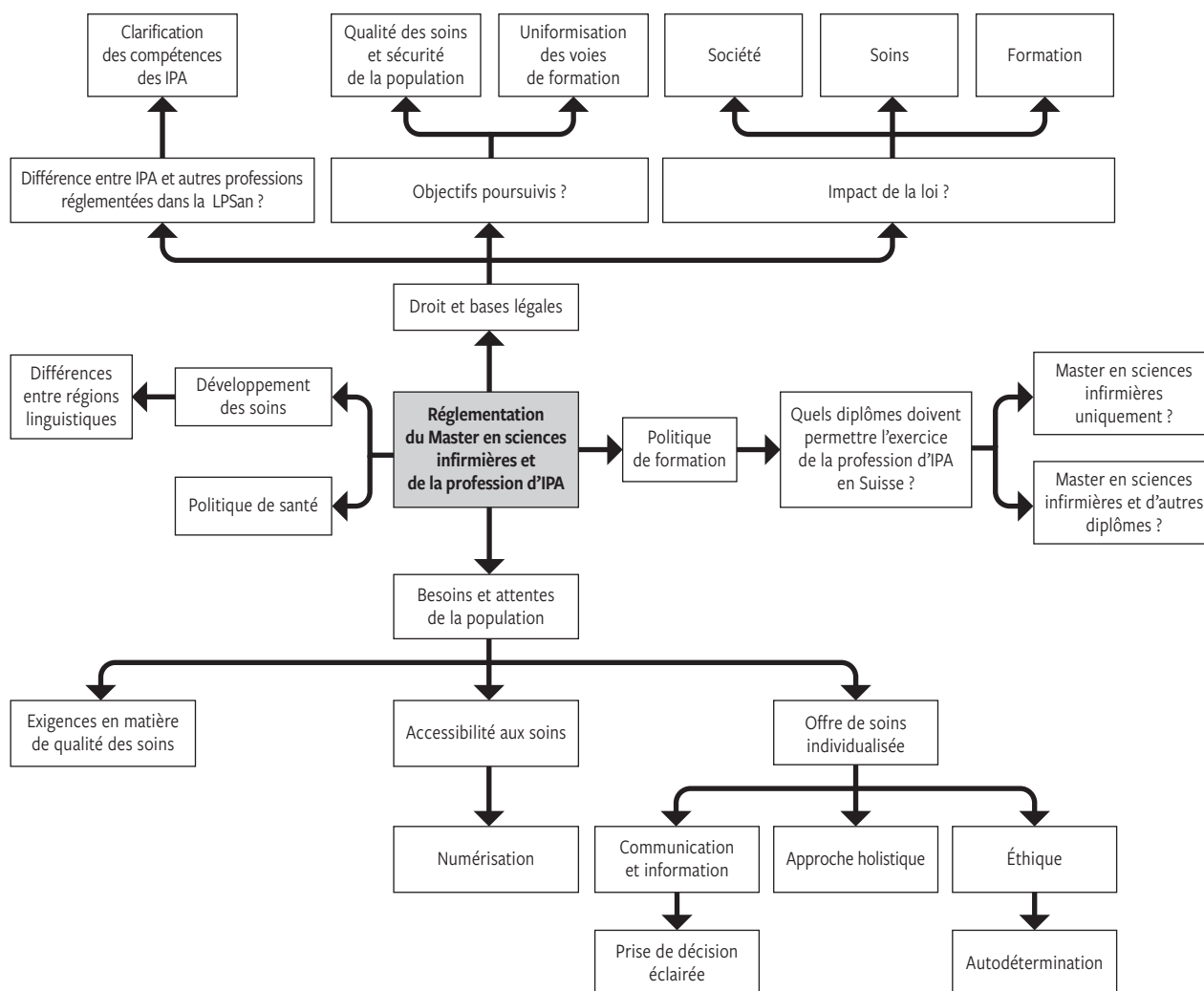
différentes professions et domaines afin de permettre une évolution cohérente du système de santé.

Dans le cadre de sa formation, l'ICLS est en outre formé à actualiser des protocoles de soins et à implanter des pratiques cliniques basées sur les preuves au sein des institutions de soins; il mène ainsi différents projets. En cette qualité d'agent de changement aussi bien au niveau institutionnel, que du système de santé, l'ICLS constitue un partenaire de choix dans les échanges en matière de politique de santé. Son activité clinique et son implication dans les rouages des institutions de santé lui confèrent une bonne connaissance des défis à relever dans la pratique. Le temps consacré aux patient-es et sa compétence dans la résolution de dilemmes éthiques lui permettent également d'identifier les besoins de la population en matière de santé et d'œuvrer à la création de modèles de soins prenant en compte les dimensions éthiques.

Outre la contribution importante de l'ICLS aux échanges en matière de politique de santé, il constitue également un interlocuteur de choix dans la mise en application concrète du

FIG 1 Facteurs d'influence dans le contexte d'une révision de la LPSan

IPA: infirmières et infirmiers de pratique avancée.



changement. Le système de santé doit évoluer pour répondre aux besoins de la population. La qualité et la sécurité des patients, dont la Confédération et les cantons sont garants, évoluent avec le temps. Le progrès médical confère de nouvelles opportunités de traitement et de soins. Ainsi, un soin réputé de qualité dans les années 2000, ne répond plus forcément aux normes actuelles. Il en est de même pour les professions, qui ne cessent d'évoluer. Les autorités doivent composer avec ces changements. Dès lors, l'implication d'acteurs, eux-mêmes initiateurs de changement au sein des institutions, peut être perçue comme un élément facilitateur. Ceux-ci sont à même de comprendre la nécessité du changement et d'y œuvrer de manière proactive.

Ainsi, si l'ICLS est en premier lieu, un porte-parole et un expert de la pratique clinique en soins, il détient en réalité une fonction bilatérale. En effet, la réussite d'un changement ne se mesure pas au simple choix de changer mais bien à la mise en application concrète de ce changement. Or, celle-ci nécessite généralement la compréhension préalable de son sens. Son rôle au sein de l'institution et son lien de confiance établi avec les équipes de soins doivent mener l'ICLS à jouer un rôle de facilitateur dans la pratique clinique, lors de l'implantation de changements décidés par une direction ou une autorité.

Être collaborateur scientifique à l'OFSP avec un Master ès science en sciences infirmières (MScSI)

La propre expérience de l'auteur en tant que collaborateur scientifique de la section développement des professions de la santé de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a montré que l'expertise acquise lors du MScSI peut également être mise à profit dans cet environnement. Toutefois, dans cette position, le rôle change et la perspective développée lors du MScSI constitue l'une des composantes d'une vision holistique du système de santé. Le cursus de formation académique des infirmières et infirmiers romands correspond aux normes développées à l'international ces dernières décennies, mais n'est pas un standard national. De même, la profession d'infirmière/infirmier n'est pas l'unique profession réglementée par la LPSan. Pour l'auteur, titulaire d'un MScSI à l'Université de Lausanne, cette réalité a imposé ainsi une prise de recul importante. À l'instar, du passage d'infirmier Bachelor à ICLS, l'activité de collaborateur à l'OFSP repose sur une vision globale du système. Celle-ci permet d'appréhender les relations entre les différentes professions. Il convient par exemple, d'étudier les enjeux qu'implique une réglementation des IPA dans la LPSan pour la profession médicale. De plus, en sa qualité d'office fédéral, l'OFSP a l'obligation légale, au nom de la Confédération, d'œuvrer au maintien d'une offre de soins médicaux de base et de soins infirmiers suffisante, sécuritaire et qualitative à la population suisse (Art. 117a et 117b de la Constitution fédérale).⁸ Dans ce contexte, il convient d'entretenir un point de vue neutre, objectif et critique sur l'évolution du système de santé, avec pour seul but, le bien-être et la sécurité de la population.

Les aptitudes requises pour atteindre ce but dépassent le cadre strict des soins. Il est ainsi nécessaire d'acquérir des connaissances en lien avec les bases légales en vigueur et avec les formations dans le domaine de la santé de manière

générale. L'expérience permet enfin d'aller à la rencontre du monde politique, d'identifier les parties prenantes concernées, de connaître leur position sur les thématiques traitées et de collaborer avec elles. Ces connaissances de plusieurs mondes en interaction amènent aussi au développement d'un rôle d'informateur ou de traducteur. Il s'agit là également d'une compétence clé pour l'ICLS, lequel doit apprendre à dialoguer avec différents acteurs au sein de l'institution. La mise en œuvre de certains projets peut ainsi nourrir différents enjeux selon les parties impliquées. La réussite du projet repose alors en partie sur une bonne communication et la transmission d'informations adaptées à chacun. Dans ce même sens, l'auteur devra, par exemple, informer les acteurs de la pratique clinique sur les difficultés rencontrées par les acteurs du monde juridique avec une réglementation. À l'inverse il peut être nécessaire d'informer les acteurs du monde juridique sur les enjeux d'une réglementation dans les milieux cliniques. Une compréhension mutuelle entre les acteurs permet alors le dialogue et des avancées majeures dans la concrétisation du projet.

CONCLUSION

La définition fructueuse du système de santé de demain implique nécessairement un travail de collaboration entre acteur-rices du système de santé et acteur-rices du monde politique. Cette collaboration doit contribuer à pérenniser l'offre de soins de qualité et sécuritaires. À ce titre, l'ICLS doit pouvoir aussi bien assumer un rôle de porte-parole pour les professions des soins, que veiller à la mise en application et au respect des décisions et des réglementations des politiques de santé dans la pratique clinique.

Conflit d'intérêts: l'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

D. Wenger: <https://orcid.org/0000-0001-9951-5466>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Aux yeux des acteurs, l'absence de réglementation freine le développement de nouveaux rôles professionnels susceptibles de pallier à l'offre insuffisante de prestations de santé en Suisse.
- L'infirmière ou infirmier clinicien spécialisé, au-delà de son rôle de porte-parole et d'expert clinique, doit pouvoir agir comme un facilitateur essentiel en assurant la compréhension et la mise en œuvre concrète des changements décidés par les autorités dans la pratique clinique.
- La définition du système de santé de demain nécessite une collaboration entre acteurs du système de santé et du monde politique et ce, afin de garantir une offre de soins de qualité et sécuritaires

1 Conseil international des infirmières (CII). Directives sur la pratique infirmière avancée 2020. Genève, 2020.
2 European Commission. The impact of demographic change – in a changing environment. Bruxelles, 2023.
3 Office fédéral de la statistique (OFS). La Suisse a poursuivi sa croissance démographique en 2022. 24 août 2023.

4 Office fédéral de la statistique (OFS). Évolution de la population de 2020 à 2050: croissance, vieillissement et concentration autour des grandes villes. 28 mai 2020.
5 Michael D. Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich.

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2023 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Obsan Bericht 10/2023. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2023.
6 FMH. Statistique médicale 2023 de la FMH: Forte dépendance de

l'étranger. Berne, 2024.
7 Merçay C, Grünig A, Dolder P. Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève (Obsan Rapport 03/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé, 2021.
8 Confédération suisse. Constitution fédérale. 12 septembre 1848.

Consultations aux services d'urgences après chirurgie du pied ou de la cheville

Dr SÉRGIO SOARES^{a,*}, Dr RICCARDO GARIBALDI^{a,*} et Dre ANGELA SEIDEL^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 2358-61 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.898-2.2358

Les chirurgies du pied et de la cheville traitent diverses pathologies, des blessures traumatiques aux difformités chroniques. Malgré des procédures optimisées pour minimiser les risques, des complications postopératoires peuvent entraîner des consultations aux urgences. Cet article examine les raisons de ces consultations et propose des stratégies pour les réduire, améliorant ainsi la qualité des soins et réduisant les coûts pour le système de santé. Les consultations non planifiées, souvent dans les 30 jours suivant l'opération, peuvent indiquer des complications graves ou des lacunes dans la gestion postopératoire, comme le contrôle de la douleur. Une approche proactive, axée sur l'éducation des patients, la gestion de la douleur, un suivi régulier et une coordination des soins, peut significativement réduire ces consultations.

Emergency department visits after foot and ankle surgeries

Foot and ankle surgeries treat a range of conditions, from traumatic injuries to chronic deformities. Despite optimized procedures to minimize risks, postoperative complications can lead to emergency department consultations. This article explores the reasons for these consultations and suggests strategies to reduce them, improving patient care and cutting healthcare costs. Unplanned consultations, often within the first 30 days post-surgery, may indicate severe complications or gaps in postoperative management, like pain control. A proactive approach, focusing on patient education, pain management, regular follow-ups, and coordinated care, can significantly reduce these consultations.

INTRODUCTION

Les chirurgies du pied et de la cheville sont des interventions courantes traitant une variété de pathologies et des blessures traumatiques aux difformités chroniques. Bien que ces procédures soient optimisées pour minimiser les risques, des complications postopératoires peuvent survenir, incitant les patients à recourir aux services d'urgences (SU) ou à leurs médecins traitants. De plus, ces visites augmentent la charge de travail des urgences et peuvent entraîner des coûts significatifs pour le système de santé. Les consultations aux

urgences après une chirurgie élective ont été examinées par de nombreuses institutions.^{1,2} Dans une étude multicentrique américaine, le taux de consultations aux SU dans les 30 jours suivant une chirurgie du pied ou de la cheville est de 51%.¹ La réadmission après une présentation aux urgences peut être motivée par des complications majeures après une chirurgie, mais qui peuvent être également causées par des problèmes bénins ne nécessitant ni de réhospitalisation ni de reprise chirurgicale, et pourraient potentiellement être évitées. Cet article indique les raisons de ces visites postopératoires non planifiées et propose aux médecins généralistes des stratégies pour les réduire, améliorant ainsi les soins aux patients et réduisant les coûts pour le système de santé.

COMPLICATIONS ET SOINS POSTOPÉRATOIRES

Les chirurgies du pied et de la cheville, comme toute intervention chirurgicale, comportent des risques de complications. Les consultations non planifiées aux SU après une chirurgie sont plus fréquentes dans les 30 premiers jours et peuvent indiquer des complications graves ou des lacunes dans la gestion postopératoire, telles que la gestion de la douleur.³ Les principales complications pouvant survenir après une chirurgie du pied et de la cheville et impliquer une visite aux SU sont:

- L'infection: le site chirurgical peut s'infecter, ce qui représente une complication grave pouvant nécessiter une prise en charge multidisciplinaire orthopédique, infectiologique et plastique. Le patient devrait être dirigé vers son chirurgien pour une évaluation clinique avant le début de toute antibiothérapie. Parfois une chirurgie supplémentaire (débridement chirurgical ± remplacement du matériel orthopédique) peut être envisagée. Les prélèvements superficiels ne doivent pas être effectués en raison de leur taux élevé de faux positifs, ce qui peut fausser les résultats microbiologiques et conduire à des traitements antibiotiques inappropriés.^{4,5} Comparés aux biopsies tissulaires profondes, qui sont plus fiables pour identifier les infections, les écouillons superficiels sont souvent contaminés par la flore cutanée, rendant leur utilisation trompeuse et non représentative des infections profondes.^{4,5}
- La maladie thromboembolique: thrombose veineuse profonde (TVP) ou embolie pulmonaire peuvent être la conséquence de l'immobilisation (plâtre ou autre), d'une mobilité réduite et d'une charge limitée après l'opération. Une fois une TVP confirmée, une anticoagulation à dosage thérapeutique doit être débutée et maintenue pour au moins 3 à 6 mois (cause connue et facteur de risque corrigé). Si le patient est instable, et donc avec une plus haute probabilité d'embolie pulmonaire, il doit pouvoir

^aService de chirurgie orthopédique et traumatologie, HFR - Hôpital fribourgeois, 1752 Villars-sur-Glâne
sergiojs@gmail.com | ricca.garibaldi@gmail.com | angelaseidel@gmx.com

*Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

bénéficier si nécessaire d'une thérapie complétée par une thrombolyse.⁶

- Les problèmes de cicatrisation des plaies: certains patients peuvent rencontrer des problèmes de cicatrisation pouvant être dus à une infection, à un état nutritionnel médiocre ou à des conditions médicales sous-jacentes comme le diabète et le tabagisme. Souvent ces patients sont suivis en consultation spécialisée de plaies. En présence d'une plaie chirurgicale déhiscente, encore ouverte après l'ablation des fils de suture ou de mauvaise évolution, un suivi rapproché par le chirurgien doit également être envisagé.
- La douleur: il est normal de ressentir une certaine douleur après une opération. En revanche, une douleur excessive non soulagée par une antalgie de premier, voire de deuxième palier, peut indiquer des complications telles qu'une infection ou une cicatrisation inappropriée. Celles-ci doivent être suspectées si le patient présente d'importantes douleurs même après une amélioration de l'antalgie.
- Les complications liées au matériel d'ostéosynthèse: si du matériel tel que des vis ou des plaques est utilisé pour fixer les os, il peut parfois y avoir des problèmes tels qu'un desserrage du matériel, une rupture ou des irritations liées au matériel. En cas de déplacement objectivé soit par le médecin généraliste, soit par le médecin urgentiste, le chirurgien doit être averti pour juger si ce déplacement est acceptable ou non.

La gestion de ces complications implique souvent une approche multidisciplinaire incluant les chirurgiens, les médecins de première ligne et parfois des spécialistes en chirurgie vasculaire, angiologie ou en maladies infectieuses. Les mesures préventives comme l'utilisation appropriée des antibiotiques dans la période postopératoire, ou pour prévenir la survenue de TVP et une surveillance postopératoire attentive sont essentielles pour réduire le risque de ces complications.

FACTEURS FAVORISANT LES VISITES AUX SERVICES DES URGENCES

Les principaux facteurs favorisant les visites aux urgences sont décrit ci-après. Il existe des stratégies d'atténuation pour tenter de limiter le nombre de consultations (**tableau 1**).

TABLEAU 1		Facteurs augmentant le risque de consultation aux urgences
------------------	--	---

Le tableau indique les stratégies pour atténuer les principaux facteurs modifiables favorisant les visites aux urgences.

Risques	Stratégies d'atténuation
Utilisation fréquente des services d'urgences	Renforcer le suivi régulier par des professionnels de santé et améliorer l'accès aux soins primaires
Facteurs médicaux du patient	Évaluation et optimisation de la santé mentale et de la glycémie, cessation tabagique avant la chirurgie pour adapter les soins postopératoires
Littératie en santé et compréhension des patients	Renforcer l'éducation des patients sur leur état de santé et les soins postopératoires, et améliorer la communication médicale

Utilisateurs réguliers des services d'urgences

Les patients utilisant les SU comme principale source d'accès aux soins médicaux sont plus susceptibles de s'y rendre à la suite de complications postopératoires, même mineures.

Facteurs liés à la chirurgie

Les interventions non programmées sont associées à des taux plus élevés de consultations postopératoires aux SU, en raison de la nature souvent plus complexe et imprévisible de ces interventions et de leurs conséquences. Les facteurs chirurgicaux, tels que la localisation du site opératoire, la durée et le type de chirurgie sont associés à un recours plus fréquent aux SU.^{2,7}

Facteurs liés au patient

Les facteurs médicaux liés au patient, tels que le diabète, la dépression, l'anxiété et le tabagisme sont également associés à une augmentation des consultations aux urgences.^{2,7} De nombreuses études ont démontré une corrélation entre la santé mentale préopératoire et les résultats postopératoires dans la chirurgie du pied et de la cheville.⁸ Non seulement les résultats postopératoires sont affectés de manière significative par l'état de santé mentale préopératoire, mais également les risques de complications, de réadmissions et de réinterventions chirurgicales sont plus élevés chez ces patients.⁸ Les conclusions de l'étude suggèrent que les cliniciens devraient systématiquement évaluer cet aspect avant l'opération pour mieux anticiper les résultats et aider à la gestion des attentes des patients, soulignant l'importance d'une prise en charge postopératoire particulièrement attentive pour les patients présentant un état dépressif, surtout dans le contexte d'une prise en charge en urgence.

Contexte asséurologique

Aux États-Unis, les patients avec une assurance limitée ou publique ont tendance à avoir moins d'options pour les soins de suivi et utilisent plus fréquemment les SU pour des complications postopératoires.⁹⁻¹¹ En Suisse, le système des assurances santé est différent. Avec la LAMal, qui garantit une couverture universelle des soins de santé de base, les patients disposent en principe des ressources nécessaires pour le suivi postopératoire. Cependant, le recours fréquent aux SU pour des complications postopératoires peut davantage être lié à des facteurs comme la littératie en santé et la compréhension des patients vis-à-vis de leur condition, des complications potentielles, et des instructions postopératoires. L'enjeu n'est donc pas tant l'accès aux soins, mais plutôt la capacité des patients à bien comprendre et appliquer les consignes médicales, ce qui souligne l'importance d'une éducation adéquate et d'une communication claire entre les prestataires de soins et les patients.

ÉDUCATION PRÉOPÉRATOIRE ET GESTION DES ATTENTES

La préparation des patients avant la chirurgie joue un rôle crucial dans la réduction des visites aux SU. Une éducation

approfondie sur les symptômes normaux et attendus après la chirurgie et ceux nécessitant une évaluation urgente permet de réduire les visites postopératoires non nécessaires. De plus, établir des attentes réalistes concernant la douleur postopératoire et le processus de guérison peut aider à prévenir la confusion et l'anxiété des patients.¹² L'éducation des patients sur leur état de santé et les soins postopératoires améliore les résultats cliniques.¹³ Les patients informés prennent de meilleures décisions concernant leur santé et présentent moins de complications postopératoires.¹³ L'utilisation de supports d'information multimédias (vidéos, brochures) a également montré une amélioration significative de la compréhension des patients et une diminution des consultations non nécessaires.¹⁴

GESTION DE LA DOULEUR

Une gestion efficace de la douleur est cruciale pour éviter les consultations non planifiées aux SU. Des protocoles personnalisés, combinant des médicaments et des thérapies non pharmacologiques, doivent être mis en place. L'application de glace est souvent recommandée après une chirurgie du pied pour réduire l'inflammation et soulager la douleur, tout en limitant les risques d'œdème et de saignement.¹⁵⁻¹⁷ Pour maximiser son efficacité et prévenir les dommages cutanés, il est conseillé de l'appliquer sur la zone opérée pendant des périodes ne dépassant pas 20 minutes. Il est conseillé de répéter l'application plusieurs fois par jour, selon les directives médicales de l'opérateur.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), bien qu'ils soient souvent utilisés pour contrôler la douleur, peuvent altérer la cicatrisation des plaies chirurgicales,¹⁸ ralentir le processus de réparation tissulaire et augmenter le risque d'infection, surtout dans les zones de faible vascularisation. Ainsi, ils doivent être utilisés avec prudence en phase postopératoire immédiate. Dans ces cas, des alternatives telles que le paracétamol ou une gestion multimodale de la douleur, incluant des opioïdes légers, peuvent être privilégiées pour éviter de compromettre la cicatrisation tout en assurant un contrôle adéquat de la douleur.

SUIVI POSTOPÉRAIRE ET COORDINATION DES SOINS

Le suivi régulier avec des évaluations postopératoires programmées permet de détecter et traiter les complications avant qu'elles ne deviennent des urgences. La mise en place de lignes de communication claires où les patients peuvent facilement obtenir des conseils permet également d'éviter des visites aux SU. Les soins coordonnés entre les chirurgiens, les médecins généralistes, et d'autres spécialistes sont essentiels pour assurer une gestion complète des soins.¹⁹

Des éléments de recherche indiquent que les programmes de rééducation, qu'ils soient à domicile ou en centre, offrent plusieurs bénéfices pour les patients postopératoires.²⁰ En effet, ils contribuent à une amélioration notable de la fonction physique, les études montrant que les patients bénéficiant d'une rééducation structurée récupèrent plus rapidement et affichent de meilleures performances fonctionnelles que ceux

qui n'y ont pas accès.²⁰ De plus, ces programmes jouent un rôle clé dans la gestion et la réduction de la douleur postopératoire, permettant ainsi une récupération plus confortable.²⁰ Enfin, la participation à des programmes de rééducation augmente la satisfaction des patients, qui se sentent mieux informés et soutenus tout au long de leur processus de rétablissement.²⁰ Ces avantages soulignent l'importance d'intégrer des stratégies de rééducation efficaces dans les soins postopératoires.

TRANSITION DES SOINS

Les programmes de transition de soins facilitant le retour des patients de l'hôpital au domicile jouent un rôle crucial dans la réduction des consultations aux SU et des réadmissions hospitalières. Ces programmes devraient inclure des évaluations complètes du bien-être du patient, des plans de gestion des médicaments postopératoires, et des instructions claires pour la surveillance à domicile.^{8,21} Ils devraient également offrir des ressources pour les soins à domicile, si nécessaire, pour s'assurer que les patients reçoivent un soutien adéquat pendant leur récupération.

CONCLUSION

Une approche proactive et intégrée de la gestion postopératoire, centrée sur l'éducation des patients, la gestion efficace de la douleur et une coordination rigoureuse des soins, peut considérablement réduire les consultations aux urgences et les réadmissions après une chirurgie du pied et de la cheville. Bien que cet article seul ne puisse influencer les politiques de santé, il souligne l'importance de réaliser des études d'intervention pour démontrer l'impact de ces stratégies. Cela permettrait de prouver leur efficacité en améliorant les résultats et en réduisant les coûts globaux des soins de santé.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

S. Soares: <https://orcid.org/0000-0001-7567-8201>

R. Garibaldi: <https://orcid.org/0000-0001-6380-2236>

A. Seidel: <https://orcid.org/0000-0002-7759-2011>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Éducation des patients: il faut informer les patients sur les symptômes postopératoires normaux et anormaux pour réduire les visites non nécessaires aux urgences.
- Gestion de la douleur: des protocoles de gestion personnalisée de la douleur pour prévenir les consultations inutiles doivent être mis en place.
- Suivi postopératoire: l'organisation de consultations régulières permet de détecter et traiter précocement les complications.
- Coordination des soins: la communication entre chirurgiens, médecins généralistes et autres spécialistes doit être favorisée.
- Études d'intervention: des recherches supplémentaires pour démontrer l'efficacité de ces stratégies en matière de réduction des coûts et d'amélioration des soins sont nécessaires.

- 1 *Sabbatini AK, Kocher KE, Basu A, Hsia RY. In-Hospital Outcomes and Costs Among Patients Hospitalized During a Return Visit to the Emergency Department. *JAMA*. 2016 Feb 16;315(7):663.
- 2 Shibuya N. Is Your Patient's First Post-Op Visit to Your Local ER? *J Foot Ankle Surg*. 2021 May-Jun;60(3):431.
- 3 FitzGerald RA, Sehgal AR, Nichols JA, McHenry CR. Factors Predictive of Emergency Department Visits and Hospitalization Following Thyroidectomy and Parathyroidectomy. *Ann Surg Oncol*. 2015 Dec 11;22(Suppl.3):707-13.
- 4 McCarroll TR, Jagers RR, Cagle RA, et al. The incidence and incubation period of false-positive culture results in shoulder surgery. *J Shoulder Elbow Surg*. 2021 Mar;30(3):538-43.
- 5 *Tedeschi S, Negosanti L, Sgarzani R, et al. Superficial swab versus deep-tissue biopsy for the microbiological diagnosis of local infection in advanced-stage pressure ulcers of spinal-cord-injured patients: a prospective study. *Clin Microbiol Infect*. 2017 Dec;23(12):943-7.
- 6 Ortel TL, Neumann I, Ageno W, et al. American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Blood Adv*. 2020 Oct 13;4(19):4693-738.
- 7 **Shibuya N, Patel H, Graney C, Jupiter DC. Factors associated with emergency room visits within 30 days of outpatient foot and ankle surgeries. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2018 Apr 11;31(2):157-60.
- 8 *Arshad Z, Haq II, Martins A, Bhatia M. The impact of pre-operative mental health on outcomes of foot and ankle surgery: A scoping review. *Foot Ankle Surg*. 2024 Apr;30(3):165-73.
9. Ginde AA, Lowe RA, Wiler JL. Health insurance status change and emergency department use among US adults. *Arch Intern Med*. 2012 Apr 23;172(8):642-7.
- 10 Pukurdpol P, Wiler JL, Hsia RY, Ginde AA. Association of Medicare and Medicaid insurance with increasing primary care-treatable emergency department visits in the United States. *Acad Emerg Med*. 2014 Oct;21(10):1135-42.
- 11 Finnegan MA, Shaffer R, Remington A, et al. Emergency Department Visits Following Elective Total Hip and Knee Replacement Surgery: Identifying Gaps in Continuity of Care. *J Bone Joint Surg Am*. 2017 Jun 21;99(12):1005-12.
- 12 Pazar B, Iyigun E. The effects of preoperative education of cardiac patients on haemodynamic parameters, comfort, anxiety and patient-ventilator synchrony: A randomised, controlled trial. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020 Jun;58:102799.
- 13 *Paterick TE, Patel N, Tajik AJ, Chandrasekaran K. Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2017 Jan;30(1):112-3.
- 14 Dekkers T, Melles M, Groeneveld BS, de Ridder H. Web-Based Patient Education in Orthopedics: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2018 Apr 23;20(4):e143.
- 15 Mac Auley DC. Ice therapy: how good is the evidence? *Int J Sports Med*. 2001 Jul;22(5):379-84.
- 16 Hubbard TJ, Denegar CR. Does Cryotherapy Improve Outcomes With Soft Tissue Injury? *J Athl Train*. 2004 Sep;39(3):278-9.
- 17 Bleakley C, McDonough S, MacAuley D. The use of ice in the treatment of acute soft-tissue injury: a systematic review of randomized controlled trials. *Am J Sports Med*. 2004 Jan-Feb;32(1):251-61.
- 18 Bennett G, Abbott J, Sussman G. The negative impact of medications on wound healing. *Cambridge Media Journals*. 2024 Mar;32(1):17-24.
- 19 Bodenheimer T, Pham HH. Primary care: current problems and proposed solutions. *Health Aff (Millwood)*. 2010 May;29(5):799-805.
- 20 Li D, Yang Z, Kang P, Xie X. Home-Based Compared with Hospital-Based Rehabilitation Program for Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty for Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Phys Med Rehabil*. 2017 Jun;96(6):440-7.
- 21 Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, et al. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004 May;52(5):675-84.

* à lire
** à lire absolument

LU POUR VOUS *Magic mushrooms: une nouvelle option pour la dépression*

La psilocybine est un psychédélique naturel, isolé à partir de champignons. Il a déjà démontré un effet antidépresseur rapide et persistant dans l'état dépressif sévère. Le but de cette étude anglo-saxonne de phase II, randomisée et contrôlée en double aveugle portant sur 59 participants, était d'évaluer la persistance de cet effet à 6 mois. Elle

a comparé l'effet de deux doses de psilocybine de 25 mg, données lors de deux sessions avec des psychiatres, associées à une psychothérapie, à celui d'un traitement d'escitalopram (10 mg/jour pour 3 semaines puis 20 mg/jour pour 3 semaines), associé à la même psychothérapie. Les analyses statistiques ont été effectuées en

suivant les tests χ^2 en y ajoutant des T-tests. Le critère de jugement principal était un changement dans l'échelle Quick Inventory Depressive Syndrom (QIDS-SR16) effectuée au début du suivi. Les résultats ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes à 6 mois (différence moyenne de 1,51 (IC 95%: de -1,35 à 4,38; $p = 0,311$)). Cependant, les issues observées secondaires, qui se basaient sur des questionnaires plus spécifiques, montrent une amélioration «fonctionnelle» plus importante, notamment dans la capacité à travailler (WSAS: -12,73 vs -5,26), à être connecté aux autres (WCS: 21,99 vs 10,95) ou à trouver un sens à sa vie (MLQ: 6,98 vs 2,12) en faveur du traitement par psilocybine.

Commentaire: les limites de cette étude restent l'utilisation de traitements «additionnels» durant le

suivi, jusqu'à 63% dans le groupe intervention, qui peuvent également avoir eu un effet sur les résultats précédemment cités. Par ailleurs, cette étude associait les traitements à une psychothérapie intensive (> 20 heures) pendant 6 semaines, ce qui n'est habituellement pas proposé avec les thérapies assistées par psychédéliques. Malgré tout, l'adjonction de la psilocybine à la psychothérapie semble faire ses preuves à court comme à moyen terme.

Dre Jennifer Muradbegovic

Unité des dépendances de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève

Coordination: Dr Jean Perdrix

Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Carhart-Harris R, et al. Trial of psilocybin versus escitalopram for depression. *N Engl J Med* 2021;384:1402-11.



© gettyimages/Yarphoto

CARTE BLANCHE**NÉGOCIATION: MISSION POSSIBLE?****Dre Annouk Perret Morisoli**

Mobile Anesthesia Care
Rue de Vevey 178
1630 Bulle
a.perret-morisoli@mobile-anesthesia-care.ch

J'ai longtemps cru que la négociation se résumait à un affrontement dans lequel chaque partie cherchait à imposer sa volonté. Ce n'est que lors d'un cours de négociation avancée donné dans le cadre d'un Master en business administration que j'ai découvert la finesse de cet art. La négociation est un processus où deux ou plusieurs parties

dont les objectifs sont divergents, voire conflictuels, explorent ensemble des solutions communément acceptables. On l'associe souvent aux grandes négociations politiques ou aux conflits armés, elle se pratique en réalité dans toutes les sphères de la société: politique interne, monde des affaires, travail, et même au sein de la famille. Une négociation réussie commence par une préparation rigoureuse: il est crucial d'en comprendre les enjeux, d'identifier la zone d'accord possible et de définir une alternative solide en cas d'échec. La personne qui négocie doit maîtriser ses propres déclencheurs émotionnels pour garder son calme en tout temps. Le respect, l'empathie et une vision positive sont indispensables pour bâtir un partenariat durable, en évitant

les joutes verbales, les débordements émotionnels et les débats inutiles.

Pendant la négociation, il est essentiel, bien que cela puisse sembler contre-intuitif, de pratiquer l'écoute active, qui permet à l'autre partie de se

sentir entendue, désamorce les tensions, et évite les excès verbaux. L'objectif doit être une solution gagnant-gagnant. Plutôt que de simplement partager le gâteau, il s'agit de trouver ensemble les moyens créatifs de l'agrandir. Prenons l'exemple



© gettyimages/SDI Productions

de deux sœurs qui se disputent une orange: ne parvenant pas à un accord, elles décident de la couper en deux. Mais après coup, elles se rendent compte que l'une voulait le zeste pour son gâteau, tandis que l'autre voulait en boire le jus. Une négociation réussie aurait permis à chacune d'obtenir exactement ce qu'elle voulait !

Cette approche me correspond, car je privilégie toujours la recherche de solutions communes, une attitude que j'ai cultivée à l'hôpital et que je continue d'appliquer dans le

monde du privé. Toutefois, cette vision idéaliste n'est pas partagée par tous. Certaines personnes voient la négociation comme un jeu de domination, et recourent aux menaces et au chantage pour arriver à leurs fins. Pour elles, l'interaction humaine n'est qu'une succession de rapports de force où la vulnérabilité est perçue comme une faiblesse, et non comme une force. Elles n'hésitent pas à exploiter chaque faille pour asseoir leur pouvoir, sans considération pour les valeurs ou l'éthique.

Face à ce type de comportement, il est primordial de faire preuve de sang-froid et de connaître ses propres limites. Contrairement à l'hôpital, dans le secteur privé, il est souvent possible de choisir ses partenaires. Lorsque des comportements toxiques empêchent un accord, il faut savoir s'appuyer sur ses propres valeurs et quitter la table des négociations. Pour nous, personnel soignant, habitué à la relation d'aide, l'exercice se révèle beaucoup plus difficile qu'il n'y paraît !

La morale de cette carte blanche,

c'est que la négociation n'est ni un affrontement ni une simple transaction; c'est l'art d'équilibrer nos intérêts et valeurs avec ceux des autres pour construire ensemble un terrain commun. Parce que, finalement, la véritable réussite réside moins dans la victoire que dans la création d'une relation solide et durable.

Jagodzinska K. *Financial Times Guides. High Impact Negotiation: a comprehensive guide for executing valuable deals and partnerships.*; New York: Ed. Pearson Business, 2022.

ZOOM

Oxygénothérapie à domicile au long cours: «less is good»

Depuis les années 1970, il a été démontré que l'oxygénothérapie (O₂-thérapie) au long cours chez les patients atteints d'une BPCO avec hypoxémie sévère permet une réduction de la mortalité. La durée d'O₂-thérapie doit être d'au moins 15 heures/jour, mais les études restent controversées quant au bénéfice supplémentaire d'une utilisation sur 24 heures. D'un autre côté, l'O₂-thérapie limite l'autonomie des patients. Le but de cette étude était d'analyser le bénéfice d'une O₂-thérapie de 24 heures/jour comparée à 15.

Méthode: étude suédoise randomisée, contrôlée, multicentrique, de non-infériorité, menée de mai 2018 à avril 2022. Inclusion: patient-es de > 18 ans ayant une indication à une O₂-thérapie au long cours (PaO₂ au repos < 55 mmHg ou PaO₂ < 60 mmHg si associée à une polycythémie ou à des signes d'insuffisance cardiaque ou SpO₂ à l'air ambiant < 88%). Exclusion: tabagisme actif, contact répété avec du feu, non-adhérence à une O₂-thérapie, absence de sécurité sociale suédoise. Patients randomisés 1:1 pour recevoir une O₂-thérapie 24 heures/jour ou 15 heures/jour (arrêt diurne de l'O₂ pendant 9 heures/jour). Issue primaire: délai jusqu'à une hospitalisation ou un décès, toutes causes confondues à 12 mois (critère d'évaluation composite). Issues secondaires: hospitalisations et/ou décès toutes causes confondues, de causes respiratoire ou cardiaque à 3 et 12 mois, ainsi que symptômes liés à l'hypoxémie (dyspnée, fatigue, bien-être). À noter que certains critères initiaux ont été modifiés en raison d'une

lenteur de recrutement (initialement, étude restreinte aux BPCO, issue primaire non composite et marge de non-supériorité changée de 0,83 à 0,67).

Résultats: total de 241 patients, dont 117 assignés au groupe 24 heures/jour (standard) et 124 au groupe 15 heures/jour (expérimental). L'âge moyen était de 76 ans avec 59% de femmes; 71% avec un diagnostic de BPCO et 14% de fibrose pulmonaire (le reste des diagnostics incluait une hypertension pulmonaire, une maladie thromboembolique chronique, des cardiopathies, autres). Le temps médian d'O₂-thérapie était bien respecté (23 heures dans le groupe standard et 15 dans le groupe expérimental). À 1 an, le taux d'événements pour l'issue primaire composite était de 124,7 par personnes-année dans le groupe 24 heures/jour et de 124,5 dans le groupe 15 heures/jour, avec toutefois des événements légèrement plus précoces dans le groupe 15 heures/jour (159 vs 168 jours pour le groupe 24 heures/jour). Une O₂-thérapie



© gctyimages/RECVISUAL

de 24 heures/jour n'était donc pas supérieure à 15 heures/jour, même après ajustement (pour l'âge et le sexe notamment). Cependant, chez les patients avec un diagnostic autre que la BPCO, l'intervalle de confiance franchissait la limite de non-infériorité. Le taux d'hospitalisation toutes causes confondues à 12 mois atteignait 57,3% dans les 2 groupes et le taux de décès 31,6% dans le groupe 24 heures/jour et 27,4% dans le groupe 15 heures/jour. Les symptômes rapportés étaient similaires dans les deux groupes.

Discussion et interprétation: compte tenu du nombre de patients au bénéfice d'une O₂-thérapie dans le monde, l'impact de ces résultats est significatif, permettant une amélioration de l'autonomie chez les patients oxygénodépendants, et relativisant une certaine non-adhérence des patients à leur O₂-thérapie. Les limitations de

l'étude résident en une adhérence très élevée à l'O₂-thérapie qui pourrait ne pas refléter la réalité, en des résultats limités à une période de 1 an, ainsi qu'en un nombre réduit de patients ayant rapporté leurs symptômes.

Conclusion: chez les patients hypoxémiques avec une indication à une O₂-thérapie au long cours, une durée de 24 heures/jour ne semble pas apporter de bénéfice supplémentaire par rapport à 15 heures/jour.

Dre Claire Seydoux

Avec la collaboration du groupe MIAjour, Service de médecine interne Centre hospitalier universitaire vaudois Lausanne

Ekström M, et al. Long-term oxygen therapy for 24 or 15 hours per day in severe hypoxemia. *N Engl J Med.* 2024 Sep 19;391(11):977-88. DOI: 10.1056/NEJMoa2402638

Soutenir la médecine par l'éthique : opportunités suisses

La médecine n'est guère une île. Au contraire, elle est intégrée dans la société, comme une grande place dans une ville où de nombreuses rues se croisent. Lorsqu'on franchit le seuil d'une clinique, on a certes parfois l'impression de se trouver dans un autre monde, avec ses propres règles et coutumes. Mais la médecine est faite par des personnes qui apportent leurs empreintes sociales. Le médecin allemand Virchow (1821-1902) disait même: «La médecine est une science sociale».

Les innombrables incertitudes et crises du monde actuel se reflètent dans la médecine. La question de la médecine écologiquement durable n'est que la pointe de l'iceberg. Dans notre monde globalisé, avec ses flux migratoires croissants, les hôpitaux s'interrogent qui ils peuvent traiter et comment. La société individualiste produit une pléthore de souhaits divers, par exemple en matière d'accompagnement en fin de vie. Et comme nous, les contemporains du 21^e siècle, sommes à la recherche permanente de notre identité, les professionnels de la santé sont confrontés aux questions quand ils doivent adapter les corps de personnes en bonne santé à leurs idéaux de beauté, s'ils doivent accepter les souhaits de stérilisation ou dans quelle mesure ils doivent aider les personnes à façonner leur identité sexuelle. La question non résolue de savoir comment l'humanité peut promouvoir de manière responsable l'intelligence artificielle n'épargne pas non plus la médecine.

Toutes ces évolutions sociétales amènent à des questions éthiques quotidiennes sur le terrain médical. Dans un hôpital comme le CHUV, cela est particulièrement évident: l'Unité d'éthique clinique est aujourd'hui trois fois plus souvent sollicitée pour des délibérations éthiques qu'il y a quelques années. De plus en plus de services cliniques introduisent des formations éthiques régulières. Là où des projets cliniques et des groupes de travail sont mis en place, on demande l'intégration d'un éthicien.

Le domaine professionnel du soutien d'éthique clinique remonte à 1962, lorsque le néphrologue Scribner a créé un comité d'éthique à Seattle afin de mieux étayer les

décisions concernant l'allocation de la nouvelle et coûteuse thérapie de dialyse. Aujourd'hui, 62 ans plus tard, le soutien éthique est établi dans chaque hôpital aux États-Unis. En Suisse, 60% des hôpitaux aigus et psychiatriques disposent de telles structures.¹ Leur objectif premier est de promouvoir une prise en charge des patients bien-fondée et responsable. À ceci se rajoutent 4 objectifs secondaires: a) sensibiliser éthiquement toutes les personnes concernées, les professionnels, mais aussi les patients et leurs proches (*health ethics literacy*); b) promouvoir la santé des collaborateurs en cherchant à éviter que des actes contraires aux convictions éthiques ne conduisent à une détresse morale, suivie d'un burnout et d'un absentéisme; c) désamorcer les querelles, les agressions et les procès alimentés par la morale; et enfin d) promouvoir un système de santé qui offre à tous des soins justes en termes de valeurs en utilisant les ressources limitées de manière sage. Des études indiquent que le soutien éthique peut accélérer les processus décisionnels et les orienter de manière à éviter des prestations insensées, économisant ainsi des coûts.^{2,3} La Société suisse d'éthique biomédicale élabore actuellement un curriculum et un modèle de certification national pour les personnes qui souhaitent être actives dans ce domaine.

Quel est le mécanisme d'action du soutien éthique dans le domaine de la santé? D'une part, l'éthique crée un espace pour des discussions communes, orientées vers des valeurs et centré sur les patients, d'autre part, elle offre une structure cognitive qui aide à identifier les options, à pondérer les arguments et à partager la responsabilité décisionnelle. Lors de décisions difficiles, la structure générique suivante a fait ses preuves: a) Il s'agit tout d'abord de rassembler des informations essentielles sur le patient et de guider les personnes concernées pour qu'elles comprennent les différentes perspectives. b) Ensuite, il faut identifier des options d'action réalisables et légales. c) Ces options d'action sont ensuite évaluées de manière comparative sur le plan éthique. Il est recommandé de se demander d'abord quelle option satisfait le mieux les

obligations envers le patient (surtout selon les principes de bienfaisance, de non-malfaisance et du respect de l'autonomie), puis quelle option réalise le mieux les obligations envers les tiers (par exemple, d'autres patients, proches, professionnels). d) Si les obligations favorisent des options divergentes, il convient de peser concrètement les raisons, sachant que plusieurs options peuvent être légitimes.

Le soutien éthique ne se limite pas aux situations hospitalières. Il est tout aussi adapté à la médecine extrahospitalière, aux cabinets médicaux, aux établissements médico-sociaux et aux soins communautaires. En Allemagne, il en existe déjà plus de 50 services de soutien éthique extrahospitalière (<https://aem-online.de/ausser-klinische-ethikberatung/>). La Suisse est encore à la traîne, mais si, dans les années à venir, elle transférera davantage de prestations de santé dans le secteur ambulatoire, cela sera l'occasion d'intégrer des structures de soutien éthique.

En 2025, ce développement pourrait prendre une énorme impulsion: du 4 au 7 juin 2025, Lausanne accueillera le Congrès mondial de soutien éthique dans le domaine de la santé (www.iccec2025.org). Les pratiques de différents pays y seront discutées et tous les professionnels de la santé de Suisse y seront les bienvenus. La question centrale sera de savoir comment le soutien éthique peut contribuer à tracer, en tant que société, une voie responsable vers la médecine du futur.

1 Zentner A, Porz RC, Ackermann S, Jox RJ. Éthique clinique en Suisse: stagnation avant la pandémie. *Bull Med Suisses*. 2022;103(3):54-8.

2 Chen YY, Chu TS, Kao YH, et al. To evaluate the effectiveness of health care ethics consultation based on the goals of health care ethics consultation: a prospective cohort study with randomization. *BMC Med Ethics*. 2014;15:1.

3 Gilmer T, Schneiderman LJ, Teetzel H, et al. The costs of nonbeneficial treatment in the intensive care setting. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24(4):961-71.

PR RALF J. JOX

Institut des humanités en médecine
Centre hospitalier universitaire vaudois
et Université de Lausanne
1007 Lausanne
ralf.jox@chuv.ch

OMAHA SYSTEM UNE TAXONOMIE STANDARDISÉE

HESAV
HAUTE ÉCOLE
DE SANTÉ VAUD

RMS
EDITIONS

Karen S. Martin

Traduction et adaptation de
Elsa Catarina Marques,
Valérie Grenier-Renoud et
Gina Sobral

35 CHF, 34 €

12.5 x 18.5 cm

ISBN 9782880494643

© 2021



OMAHA SYSTEM UNE TAXONOMIE STANDARDISÉE

**The Omaha System: A Key to Practice, Documentation,
and Information Management - Karen S. Martin**

Le *Omaha System* est une taxonomie standardisée permettant d'avoir une vision globale et une priorisation facile des actions à mettre en place en partenariat avec les patients. Utile aussi bien aux managers qu'aux soignants, cet outil répond aux besoins de suivi des patients ainsi qu'aux exigences des institutions de soins en matière de communication et d'information de la démarche soignante. Ce système mis au service de la pratique est interdisciplinaire, et fait le lien entre le diagnostic et la proposition de soins dont il permet une amélioration continue. Il a pour vocation non pas d'exprimer les valeurs des praticiens, mais de résumer les données objectives et subjectives relatives aux patients.

COMMANDE

Je commande :

___ ex. de **Omaha system, une taxonomie standardisée**

CHF 35.-/34 €

Frais de port offerts pour la Suisse.

Autres pays : 5 €

En ligne : boutique.revmed.ch

e-mail : livres@medhyg.ch

tél : +41 22 702 93 11, **fax :** +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à :

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg
Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....

.....

Date et signature

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa Eurocard/Mastercard

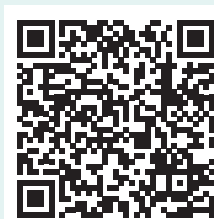
Carte N°

Date d'expiration:

Information santé
grand public



Pour commander:



Auteur

Dr Yoann Cantin

Prix

CHF 14.-

150 pages

12 x 17 cm

ISBN 9782889411313

© 2024

Prendre soin de ses dents, c'est important !

Comment préserver la santé bucco-dentaire de vos enfants
dès leur plus jeune âge

Brossage des dents insuffisant, dépendance au pouce, dents de travers, chocs... Autant de sources de stress et un défi au quotidien pour vous, parents, qui devrez gérer puis transmettre les bons gestes d'hygiène bucco-dentaire à votre enfant. La majorité des maladies buccales peuvent être évitées en adoptant quelques recommandations simples. Découvrez ici les bases de la médecine dentaire pédiatrique ainsi que les bons réflexes à avoir lors de certaines étapes clés, comme la poussée des dents, la première visite chez le dentiste ou encore les problèmes orthodontiques.

En retournant ce coupon à Planète Santé
Médecine et Hygiène - CP 475 - 1225 Chêne-Bourg :

Je commande :

___ ex. Prendre soin de ses dents, c'est important !

Adresse de livraison

Timbre / Nom Prénom _____

Adresse _____

E-mail _____

Date _____

Signature _____

Vous pouvez aussi passer votre commande par : E-mail : commande@medhyg.ch
Internet : boutique.revmed.ch / Tél. : +41 22 702 93 11

Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène

Frais de port pour la Suisse : 3.-, offerts des 30.- d'achat Autres pays : 5 €