

Université de Montréal

Modélisation systémique d'une pratique infirmière d'interface en contexte de
vulnérabilité sociale

par

Lauralie Richard

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue de
l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* en sciences infirmières

Septembre, 2013

© Lauralie Richard, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :
Modélisation systémique d'une pratique infirmière d'interface en contexte de
vulnérabilité sociale

présentée par :
Lauralie Richard

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jacinthe Pepin
Président-rapporteur

Sylvie Gendron
Directrice de recherche

Chantal Cara
Co-directrice

Lucie Richard
Membre du jury

Mélanie Lavoie-Tremblay
Examinatrice externe

Céline Bellot
Représentante du doyen de la FESP

Résumé

Dans les services de première ligne des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec, les infirmières sont des acteurs clés des programmes destinés à des populations vulnérables. Ces programmes créent des opportunités pour les infirmières de développer une pratique à l'interface du CSSS et des ressources de la communauté afin d'agir pour réduire la vulnérabilité sociale. Des infirmières commencent d'ailleurs à se mobiliser au-delà de leurs frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles pour s'engager dans l'environnement de personnes vulnérables, ce que nous désignons ici comme pratique infirmière d'interface. Aucune étude n'a toutefois été repérée en regard de cette pratique infirmière en émergence. Fondée sur une perspective constructiviste et systémique, de même qu'une analyse des conceptions de théoriciennes infirmières sur la pratique, notre recherche doctorale avait pour but de modéliser la pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale. Elle a également constitué un cas à partir duquel contribuer aux savoirs théoriques sur le concept de pratique en sciences infirmières.

Une étude qualitative exploratoire a été entreprise dans trois CSSS d'une région urbaine. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec quinze infirmières. La pratique d'interface de deux infirmières a ensuite fait l'objet d'une année d'observation directe et participante, ce qui a permis de procéder à des entretiens informels avec des gestionnaires ainsi que des membres des équipes interprofessionnelles et communautaires. Une analyse de documents programmatiques et gouvernementaux a complété notre description du contexte de la pratique d'interface. Une analyse thématique amorcée en cours de collecte de données ainsi que la méthode de modélisation systémique de Le Moigne ont permis de soutenir la démarche interprétative et de rendre compte des résultats.

Quatre thèmes inter-reliés qualifient la pratique infirmière d'interface. Le premier met en évidence une finalité d'autonomie qui se traduit comme exigence de conformité sociale à l'endroit des personnes vulnérables. Le second porte sur

des processus d'engagement relationnels des infirmières pour créer des liens et mettre en relation la clientèle et les acteurs du milieu. Le troisième thème est celui de l'action stratégique de l'infirmière. Enfin, le quatrième fait état d'un espace contradictoire à l'intérieur duquel se déroule la pratique d'interface, lequel comporte un processus de (re)configuration identitaire pour les infirmières.

Une réflexion approfondie sur nos résultats, appuyée sur des savoirs disciplinaires en sciences infirmières et en sciences sociales, souligne des dimensions essentielles à considérer pour poursuivre le développement du concept de pratique en sciences infirmières. Spécifiquement, notre thèse permet de réfléchir les concepts centraux de soin et d'environnement en sciences infirmières, en plus d'explicitier le caractère fondamental de deux autres composantes à intégrer dans nos conceptions disciplinaires de la pratique, soit les savoirs et les projets. Cette thèse démontre la pertinence de contribuer à la création d'un « réseau de savoirs » avec d'autres disciplines pour soutenir notre capacité de théoriser la pratique et de renforcer l'intervention en contexte de vulnérabilité sociale.

Mots-clés : pratique infirmière d'interface, services de première ligne, populations vulnérables, vulnérabilité sociale, modélisation systémique, recherche qualitative.

Abstract

Primary care nurses are key actors in programmes that are dedicated to vulnerable populations within Health and Social Service Centers (HSSC) in Québec. Such programmes provide opportunities to develop a nursing practice at the interface of an HSSC and community resources in order to reduce social vulnerability. Some nurses are now crossing their disciplinary, organisational and sectoral boundaries to engage in what we refer to here as interface nursing practice. Yet, to our knowledge, no study has documented this unfolding practice. Through a constructivist perspective, and building upon an analysis of nursing theorists' conceptions of practice, the objective of this doctoral study was to produce a systemic model of interface nursing practice in the context of social vulnerability. This research also provides a case to reflect on the theory of practice in nursing science.

A qualitative exploratory study was undertaken in three urban HSSCs. Fifteen primary care nurses participated in semi-structured interviews, followed by one year of direct and participant observation of the interface practice of two nurses. During this time, informal interviews with administrators, interprofessional teams and community actors, as well as an analysis of programme and governmental documents, were conducted to further our understanding of the context of interface nursing practice. Thematic analysis was initiated during data collection, whereas Le Moigne's systemic modelling methodology was instrumental throughout the interpretive process of qualitative analysis and for the representation of our study results and further theoretical elaboration.

Four inter-related themes qualify interface nursing practice. First, this practice is guided by a *goal* that is articulated as a social obligation for vulnerable populations, that of becoming autonomous. Second, *relational processes* are central as nurses interconnect vulnerable individuals with various actors and resources in the community. The third theme depicts interface nursing practice as *strategic action*. Finally, the fourth theme highlights opposing or contradictory processes that are experienced by nurses

engaged in interface practice and that appear to change their sense of *professional identity*.

Further examination of our results, at the intersection of nursing knowledge and social science theories, underscores fundamental dimensions of the concept of practice that are essential to consider in nursing theory development: the central concepts of *care* and *environment*, in addition to those of *knowledge* and *projects*. This thesis demonstrates the relevancy of creating coherent linkages with knowledge from various disciplines to strengthen our capacity to theorize nursing practice as well as intervention in the context of social vulnerability.

Keywords: interface nursing practice, primary care, vulnerable populations, social vulnerability, systemic model, qualitative research.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Résumé | iii |
| Abstract | v |
| Table des matières | vii |
| Liste des tableaux | xiv |
| Liste des figures | xv |
| Liste des abréviations | xvi |
| Dédicace | xvii |
| Remerciements | xviii |
| Avant-propos | xxi |
| | |
| Chapitre 1: Problématique de recherche | 1 |
| | |
| Intervenir en contexte de vulnérabilité sociale : des possibilités d'action à l'interface | 2 |
| Le développement de la pratique infirmière d'interface : des opportunités en CSSS | 5 |
| L'état des connaissances sur la pratique d'interface | 9 |
| La notion d'interface dans la recherche | 10 |
| L'interface : un espace pour le développement potentiel d'un agir collectif pour la santé | 12 |
| Pistes pour la recherche future | 13 |
| But de la recherche | 16 |
| | |
| Chapitre 2 : Points de repère conceptuels | 17 |
| | |
| Positionnement paradigmatique : le constructivisme selon Jean-Louis Le Moigne | 18 |

| | |
|---|--------|
| Les considérations épistémologiques | 20 |
| Les considérations ontologiques | 21 |
| Les considérations méthodologiques | 21 |
| Les considérations téléologiques | 22 |
| Le concept de <i>pratique</i> comme point d’ancrage disciplinaire | 23 |
| Article théorique | 25 |
| Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe : une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières | 25 |
| Questions de recherche | 49 |
| Chapitre 3 : Recension des écrits | 50 |
| Méthode de recension des écrits | 51 |
| La notion d’interface en santé | 54 |
| Objets d’étude | 56 |
| Devis de recherche et repères théoriques | 57 |
| Résultats des recherches | 57 |
| Trois études empiriques sur l’interface qui impliquent des infirmières | 58 |
| Résultats sur la pratique d’interface issus de recherches en santé | 62 |
| Pistes pour la recherche future | 63 |
| Synthèse et constats critiques | 64 |
| Les pratiques infirmières en promotion de la santé | 65 |
| Objets d’étude | 65 |
| Devis de recherche et repères théoriques | 66 |
| Résultats des recherches | 67 |
| Pistes pour la recherche future | 69 |

| | |
|---|-----------|
| Synthèse et constats critiques | 70 |
| Les pratiques collectives pour la santé | 71 |
| Objets d'étude | 72 |
| Devis de recherche et repères théoriques | 73 |
| Résultats des recherches | 73 |
| Pistes pour la recherche future | 76 |
| Synthèse et constats critiques | 77 |
| Constats transversaux formulés au terme de la recension des écrits | 77 |
| Chapitre 4 : Considérations méthodologiques | 80 |
| Mise en place de l'étude | 81 |
| Devis de recherche : une étude qualitative exploratoire multicentrique .. | 81 |
| Stratégie d'échantillonnage et échantillon | 82 |
| Description des participantes | 86 |
| Description des milieux de recherche | 88 |
| Description des programmes | 89 |
| Services généraux : le Programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) | 90 |
| Programmes d'intervention des Services spécifiques | 92 |
| Programmes Itinérance Jeunesse, Adulte et services spécifiques connexes | 92 |
| Programme des services de Santé au travail | 93 |
| L'entrée dans les milieux | 94 |
| Description des processus de recrutement, gestion et accompagnement des infirmières | 95 |
| Processus encourus pour l'approbation éthique du projet | 97 |
| Opérationnalisation des paramètres de l'étude | 98 |

| | |
|---|------------|
| Processus itératif de la recherche qualitative | 98 |
| Dispositif d'accompagnement | 99 |
| Méthodes de collecte de données | 100 |
| Entretien semi-dirigé | 101 |
| Questionnaire sociodémographique | 102 |
| Observation directe et participante | 103 |
| Analyse documentaire | 105 |
| Journal de bord | 106 |
| Préparation des données et gestion du matériel de recherche | 107 |
| Préparation des données en vue de l'analyse | 107 |
| Gestion du matériel de recherche | 108 |
| Analyse des données | 109 |
| La modélisation comme support interprétatif | 112 |
| Critères et procédures de qualité de la recherche | 113 |
| Critères épistémiques | 114 |
| Crédibilité | 115 |
| Transférabilité | 116 |
| Confirmabilité | 117 |
| Imputabilité procédurale | 117 |
| Critères d'authenticité | 118 |
| Intégrité | 118 |
| Réciprocité | 118 |
| Chapitre 5 : Résultats de notre recherche | 120 |
| Thème 1 : Le projet de conformité à une norme sociale d'autonomie | 122 |
| Thème 2 : Des processus d'engagement relationnels | 124 |

| | |
|--|-----|
| Un engagement avec la clientèle au travers de dynamiques de confiance et d'empathie | 125 |
| Un engagement auprès des acteurs du milieu au travers de processus d'appropriation | 128 |
| Thème 3 : L'action stratégique de l'infirmière | 130 |
| La stratégie de la contrainte douce et habile | 131 |
| La stratégie de mise à profit d'atouts professionnels | 133 |
| La stratégie de protection de sa marge de manœuvre | 135 |
| La stratégie d'influence des rapports de force entre la clientèle et les acteurs du milieu | 138 |
| Thème 4 : Un espace contradictoire de (re)configuration identitaire | 139 |
| Un espace marqué par la contradiction | 139 |
| Un espace de (re)configuration identitaire | 143 |
| Chapitre 6 : Discussion des résultats | 147 |
| Discussion : les quatre thèmes de l'étude | 148 |
| Thème 1 : Le projet de conformité à une norme sociale d'autonomie | 149 |
| Thème 2 : Processus d'engagement relationnels | 156 |
| « Être avec » la personne | 157 |
| Mettre en relation des personnes vulnérables avec les ressources de la communauté | 164 |
| Apprivoiser les acteurs du milieu | 165 |
| Thème 3 : L'action stratégique de l'infirmière | 168 |
| Facette offensive de l'action stratégique | 169 |
| Facette défensive de l'action stratégique | 170 |
| Les relations d'influence en sciences infirmières | 171 |
| Exercer un rapport de force sur autrui | 172 |

| | |
|--|-----|
| S'interposer dans des rapports de force à la défense de personnes vulnérables | 173 |
| Thème 4 : L'espace contradictoire de (re)configuration identitaire | 175 |
| Mise en perspective des résultats | 185 |
| Les limites de l'étude | 185 |
| Réflexion critique sur notre pratique de recherche | 186 |
| Chapitre 7 : Retombées de la recherche | 190 |
| Retombées pour la théorie sur la pratique en sciences infirmières | 191 |
| Implications pour la pratique infirmière | 200 |
| Implications pour la formation en sciences infirmières | 202 |
| Pistes pour la recherche future | 204 |
| Conclusion | 206 |
| Références | 210 |
| Appendices | 255 |
| Appendice 1 : Exemple d'une lettre d'invitation à collaborer à notre projet de recherche | 256 |
| Appendice 2 : Formulaire d'information et de consentement pour les entretiens de recherche : Programme des SIPPE | 260 |
| Appendice 3 : Formulaire d'information et de consentement pour les entretiens de recherche : Programmes spécifiques et services connexes | 271 |
| Appendice 4 : Résumé du guide d'entretien : Programme des SIPPE ... | 282 |
| Appendice 5 : Résumé du guide d'entretien : Programmes spécifiques et services connexes | 288 |
| Appendice 6 : Formulaire d'information et de consentement pour la collecte de données par observation : Programme des SIPPE | 292 |

| | | |
|----------------|---|-----|
| Appendice 7 : | Formulaire d'information et de consentement pour la collecte de données par observation : Programmes spécifiques et services connexes | 303 |
| Appendice 8 : | Entente de confidentialité | 314 |
| Appendice 9 : | Questionnaire auto-administré : Programme des SIPPE | 317 |
| Appendice 10 : | Questionnaire auto-administré : Programmes spécifiques et services connexes | 321 |
| Appendice 11 : | Grille d'observation | 325 |
| Appendice 12 : | Extraits de notes d'observation | 328 |
| Appendice 13 : | Exemple de synthèse validée d'un entretien de recherche | 333 |
| Appendice 14 : | Représentation générale du processus d'analyse de données | 338 |
| Appendice 15 : | Extrait du lexique de codes | 340 |
| Appendice 16 : | Diagramme synthèse du regroupement des codes pour la création des thèmes issus de l'analyse de données | 342 |
| Appendice 17 : | Exemples d'exercices analytiques | 344 |
| Appendice 18 : | Exemples de modèles utilisés comme supports interprétatifs | 348 |

Liste des tableaux

Article théorique

| | | |
|-----------|---|----|
| Tableau 1 | Formulation de questions à partir des composantes du modèle de Le Moigne (2006) | 32 |
| Tableau 2 | Agencement des thèmes aux composantes du modèle de Le Moigne (2006) | 36 |
| Tableau 1 | Composition de l'échantillon et critères de sélection | 85 |

Liste des figures

| | | |
|-------------------|--|-----|
| Figure 1 | Les quatre champs constitutifs d'un paradigme (Gendron, 2001) .. | 20 |
| Article théorique | | |
| Figure 1 | La pratique infirmière comme système complexe, selon les composantes du modèle de Le Moigne (2006) | 30 |
| Figure 2 | Recension des écrits : méthode | 34 |
| Figure 3 | Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe | 43 |
| Figure 2 | Questions de recherche pour appréhender la pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale | 49 |
| Figure 3 | Méthode de repérage des écrits | 53 |
| Figure 4 | Expérience professionnelle des participantes | 86 |
| Figure 5 | Scolarité des participantes | 87 |
| Figure 6 | Groupes d'âge des participantes | 88 |
| Figure 7 | Rangs de défavorisation matérielle et sociale des milieux de recherche | 89 |
| Figure 8 | Les quatre thèmes des résultats de notre analyse de données qualitative | 121 |
| Figure 9 | Modélisation de la pratique infirmière d'interface comme système complexe | 184 |
| Figure 10 | Conception théorique de la pratique infirmière comme système complexe | 197 |

Liste des abréviations

| | |
|---------|---|
| ACIISC | Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire |
| ADRLSSS | Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux |
| ASI | Assistant au supérieur immédiat |
| ASPC | Agence de la santé publique du Canada |
| ASSS | Agence de la Santé et des Services sociaux |
| CAU | Centre affilié universitaire |
| CCNDS | Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé |
| CEF | Création d'environnements favorables |
| CÉR | Comité d'éthique à la recherche |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CPE | Centre de la petite enfance |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| DM | Défavorisation matérielle |
| DS | Défavorisation sociale |
| DSP | Direction de la santé publique |
| EFJ | Enfance-Famille-Jeunesse |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| MELS | Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PSJP | Programme de soutien aux jeunes parents |
| RLS | Réseau local de services |
| SIPPE | Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance |

*À Maman et Papa,
qui m'ont offert un univers de possibilités absolues.*

*À grand-maman Murielle,
source d'inspiration, d'émerveillement et de réconfort.*

Remerciements

Cette thèse résulte de l'expérience de six années de travail parsemées d'apprentissages multiples et enrichissants, de réflexions stimulantes, ainsi que de moments exigeants et riches en émotions. Ces années ont été particulièrement marquées par des rencontres passionnantes et des personnes qui, de par leur participation à ce projet, de près ou de loin, ont fait de mon cheminement doctoral une aventure humaine unique, intense et transformatrice. Avant de présenter le fruit de ma trajectoire doctorale, je tiens à remercier les personnes ainsi que les organismes qui m'ont offert un soutien indispensable à la poursuite de mes études.

Je tiens d'abord à exprimer ma plus profonde gratitude à ma directrice de thèse, Docteure Sylvie Gendron, dont l'acuité et la rigueur intellectuelles, de même que la réflexivité critique, constructive et créatrice inspirent au dépassement de soi et ont su éclairer les avenues parfois sinueuses que j'ai cherché à défricher durant mon parcours. L'accompagnement engagé et humain dont j'ai eu le privilège de bénéficier durant mes études m'a permis de me réaliser et m'a profondément transformée. Chère Sylvie, j'ai été remarquablement soutenue, inspirée par la femme exceptionnelle que tu es ainsi qu'enrichie par tes enseignements qui, à tous les égards, ont laissé place à l'expression de ma singularité. Je te remercie infiniment pour la confiance que tu m'as témoignée dès « les premiers pas » de notre collaboration, pour la complicité et la réciprocité partagées, et nos si riches univers de sens co-construits. Cette aventure doctorale, je ne l'aurais pas envisagée sans ta présence à mes côtés.

Ma reconnaissance s'adresse également à ma codirectrice de thèse, Docteure Chantal Cara, pour ses questionnements et commentaires judicieux qui m'ont permis de développer ma pensée et ma propre voie, en dialogue avec les savoirs de la discipline infirmière. Les pistes de réflexion suggérées ont alimenté mon cheminement et m'ont amenée à approfondir certains aspects de ma thèse.

Je souhaite aussi remercier, sincèrement, les membres du jury pour le temps consacré à la lecture de cette thèse. Vos commentaires me permettront de poursuivre les réflexions entamées. Des remerciements particuliers se destinent, par ailleurs, aux professeurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal qui ont contribué à ma formation. Les enseignements multiples partagés généreusement, la diversité des perspectives valorisée et le recours à des approches pédagogiques dynamiques m'ont permis de développer mon autonomie comme apprenante et m'ont bien préparée pour entreprendre ma formation doctorale.

Mon appréciation se tourne aussi vers les milieux qui m'ont reçue comme étudiante-chercheuse. Je désire tout particulièrement remercier chacune des infirmières ayant pris part à ce projet, pour leur générosité à témoigner de leur pratique et de leurs expériences d'intervention en contexte de vulnérabilité sociale. De plus, je remercie, chaleureusement, les responsables de la mission de recherche et d'enseignement des CSSS, les gestionnaires des différents programmes, les membres des équipes interprofessionnelles ayant participé aux séances d'observation, les responsables des ressources et les intervenants communautaires rencontrés en entretiens informels. Merci pour le temps précieux accordé, pour votre intérêt envers mon projet ainsi que votre confiance. Sans chacun d'entre vous, ce projet n'aurait pu voir le jour.

Je tiens également à remercier le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), le Ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports (MELS), la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal (FESP), le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR) du Montréal métropolitain, ainsi que la Fondation Gracia pour l'octroi de bourses de recherche et d'excellence, lesquelles m'ont permis de me consacrer à plein temps à la réalisation de ma thèse.

Je remercie infiniment mes précieux amis pour leur soutien indéfectible, leur présence et leurs paroles réconfortantes dans les périodes de doutes, ainsi que les moments passés ensemble qui ont été source de motivation positive et de persévérance.

Ma vie est jalonnée d'amitiés extraordinaires, et j'en suis extrêmement privilégiée. Pour sa présence à mes côtés depuis le tout début de ce parcours doctoral, dans chacun des projets que j'ai entrepris au courant des dernières années, ainsi que pour son aide attentionnée pour la mise en page et le dépôt de ma thèse à distance, un merci tout particulier s'adresse à ma très chère amie, Geneviève. Ton amitié me donne des ailes!

À mes parents, ainsi qu'à ma famille, je les remercie pour tout leur amour, leurs encouragements et le soutien inconditionnel offert pour la poursuite de ce doctorat et la réalisation de mes rêves depuis que je suis toute petite! Maman et Christian, pour vos innombrables marques d'affection et de réconfort, pour avoir toujours cru en moi, cela peu importe le chemin sur lequel je m'engageais, et pour avoir trouvé votre place dans ce projet doctoral qui était si cher à mes yeux : merci! Papa, pour ton intérêt engagé, les nombreux témoignages de fierté exprimés, l'ensemble de tes délicates attentions et les « boules d'énergie » transmises d'un hémisphère à l'autre afin que je puisse trouver la force d'avancer et de mener à terme mon projet: merci! Enfin, un dernier remerciement s'adresse à mon conjoint, Pierre, qui m'a entourée d'amour et d'affection, m'a soutenue et encouragée sans limite, et a fait preuve d'une compréhension et d'une patience inouïes durant toutes ces années. Pierre, mon amour, tu es une source inépuisable d'inspiration et tu illumines ma vie. À tes côtés, j'ai le sentiment que tout est possible. Du fond du cœur, je te remercie.

Avant-propos

Le désir d'entreprendre des études doctorales est apparu lorsque je me suis engagée dans une pratique auprès de jeunes adultes itinérants, il y a de cela bientôt huit ans. Cette expérience professionnelle en CSSS a profondément transformé ma façon d'envisager ce qu'est d'être une infirmière, le développement de ma pratique et le devenir du monde.

Intervenant aux limites du « connu » et suivant des trajectoires parfois « incertaines », je découvrais un univers de pratique aux possibilités multiples pour tenter de répondre aux besoins de personnes vulnérables et marginalisées de notre société. Confrontée quotidiennement aux réalités vécues par les jeunes de la rue, marquées par la souffrance et l'exclusion sociale, l'évidence de devoir « faire différemment » s'est imposée d'elle-même dans ma pratique. La rue, les organismes communautaires, les services d'aide à l'emploi et de la justice, les stations de métro, les commerces de quartier, voilà autant d'espaces que je croyais devoir investir, en tant qu'infirmière, pour transformer le visage de la vulnérabilité sociale. L'appropriation de ces lieux d'intervention différents a néanmoins été « déstabilisant » et a suscité un ensemble de questionnements sur ma pratique : Quelles sont les diverses formes possibles du soin? Quelles sont mes frontières d'action? Quelle est la gamme des acteurs avec lesquels m'engager pour déployer ma capacité d'intervention en contexte de vulnérabilité sociale? C'est devant le peu de repères sur lesquels m'appuyer pour répondre à ces questionnements ainsi que la légitimité encore fragile de cette pratique « marginale » que j'expérimentais, que s'est concrétisée la teneur du projet d'études que je souhaitais entreprendre. J'ai eu le privilège de partager ces réflexions avec quelques infirmières dont cette pratique particulière marquait le quotidien depuis un certain temps, ce qui en retour, m'a permis de dresser les contours de ma recherche à même certaines de leurs préoccupations.

Ce projet s'inscrit donc dans ma trajectoire et je m'y suis engagée avec l'intention d'apporter un éclairage sur cette pratique encore méconnue, parfois remise en doute et souvent invisible, mais à laquelle je crois sincèrement. Le doctorat se présentait comme une opportunité unique de poursuivre mes réflexions sur la pratique infirmière

en contexte de vulnérabilité sociale et de développer des connaissances qui puissent soutenir son déploiement ainsi qu'appuyer sa reconnaissance. Ces intentions à la source de ma recherche doctorale sont indispensables à expliciter étant donné la perspective constructiviste dans laquelle je m'inscris, qui implique que les connaissances développées dans ce projet sont inévitablement teintées de ce que je suis et des finalités que je poursuis.

Chapitre 1
Problématique de recherche

Intervenir en contexte de vulnérabilité sociale : des possibilités d'action à l'interface

Dans notre société contemporaine, malgré une abondance relative de ressources, des personnes vivent toujours dans des conditions de précarité, d'exclusion et d'isolement social, qui réduisent leur capacité de réaliser pleinement leur potentiel de santé (Frohlich, De Koninck, Demers, & Bernard, 2008; MSSS, 2008b; OMS, 2008; Raphael, 2006). Les infirmières¹ ont un rôle à jouer auprès de ces personnes, familles ou groupes qui se retrouvent en situation de vulnérabilité sociale (ACIISC, 2008; Reutter & Kushner, 2010; Smith, 2007).

De manière générale, la vulnérabilité sociale renvoie à un ensemble de trajectoires et de réalités caractérisées par des expériences vécues d'exclusion (Appleton, 1994; Castel, 1994; Delor & Hubert, 2000; Gendron, 2001; Rogers, 1997). Ces expériences se caractérisent, par ailleurs, par l'incapacité qu'ont les personnes d'exercer un contrôle sur leur vie, de relever des défis et de mobiliser des ressources pour composer avec des conditions qui ont, notamment, une incidence sur la santé (Châtel & Roy, 2008; Châtel & Soulet, 2003; Delor & Hubert, 2000; Gendron, 2001; Holmes & Perron, 2006; Spiers, 2000).

Plusieurs stratégies sont suggérées afin de réduire la vulnérabilité sociale des personnes. Parmi celles-ci, notons :

- l'allocation de moyens financiers, matériels et organisationnels pour développer, renforcer, de même qu'assurer la pérennité de ressources de soutien dans une localité (par exemple : cafés-rencontres, ateliers de cuisine collective, aide à l'emploi, dépannage alimentaire, services de répit, transport adapté) (ASSS de Montréal, 2012; Morin, 2007);
- la création de réseaux qui mobilisent des intervenants de sphères d'activités variées afin qu'ils agissent ensemble pour le développement des communautés

¹ Afin d'alléger la lecture et compte tenu de la prédominance de femmes au sein de la profession infirmière au Québec, nous utilisons le terme *infirmière* pour la rédaction de cette thèse. Il est entendu que cette désignation n'est nullement restrictive et qu'elle englobe également les infirmiers.

(Bourque, 2008; Bourque, Comeau, Favreau, & Fréchette, 2007; Bourque & Favreau, 2005);

- l'élaboration et l'implantation de politiques publiques (familiales, culturelles, économiques, ou encore, dans les secteurs de l'éducation, de l'alimentation, du transport et de l'urbanisation) qui affichent l'inclusion sociale et la réduction des inégalités sociales de santé pour valeur phare, que ce soit au niveau local, régional ou national (Gagnon, Turgeon, & Dallaire, 2008; Kickbusch & Buckett, 2010; Morin, 2007);
- le soutien à la réinsertion sociale et la lutte à la discrimination dans les milieux de vie (Castel, 1994; Châtel & Roy, 2008; Châtel & Soulet, 2003; Gendron, 2001; Godin, Lévy, & Trottier, 2002);
- la défense des droits de personnes stigmatisées et marginalisées de la société en regard de l'accès à des soins et services, afin de promouvoir la justice sociale (Holmes & Perron, 2006);
- la valorisation de la participation citoyenne pour la conception, l'implantation et l'évaluation de projets d'intervention communautaire (Baum, Sanderson, & Jolley, 1997; Boyce, 2001; Fournier & Potvin, 1995; Potvin, Cargo, McComber, Delormier, & Macaulay, 2003).

Dans l'ensemble, ces stratégies visent le renforcement de la capacité d'agir de personnes ou de groupes, de même que des actions ayant pour cible l'environnement, en vue de créer des ressources et des réseaux d'aide qui soutiennent le développement de conditions de vie favorables à la santé. Selon l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire (2008), les infirmières qui interviennent en contexte de vulnérabilité sociale devraient être impliquées dans de telles initiatives.

Règle générale, les stratégies visant la réduction de la vulnérabilité sociale suggèrent un certain décloisonnement des services, des champs d'intervention et de leurs acteurs, de même que l'ouverture des frontières entre différents secteurs d'activités de la société comme ceux de la santé, de l'éducation, de la justice, de l'emploi ou du communautaire (Levesque & Bergeron, 2003), pour trouver de nouvelles solutions

collectivement aux besoins des populations, en agissant simultanément sur une multitude de déterminants de la santé (Hills, Carroll, & Vollman, 2006; Mallinson, Popay, & Kowarzik, 2006; OMS, 2008; White, Jobin, McCann, & Morin, 2002). Ces nouveaux paramètres de l'intervention en santé publique caractérisent désormais ce que l'on nomme la « nouvelle santé publique » (Kickbusch, 2003, 2007), laquelle est basée sur une compréhension globale des dynamiques qui créent, maintiennent et protègent la santé des populations. Les planificateurs en santé publique convient d'ailleurs les intervenants à traverser leurs frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles pour s'engager dans des approches novatrices en promotion de la santé et en prévention de la maladie, notamment selon une optique populationnelle et de réseaux intégrés de services (Breton, Lévesque, Pineault, Lamothe, & Denis, 2008; Mallinson et al., 2006). Cet espace d'interconnexion qui se crée entre des acteurs, des institutions (leurs programmes et services) et des territoires sert désormais à qualifier l'« interface » à l'intérieur de laquelle opère un ensemble de pratiques (Clavier, 2009; Nay & Smith, 2004; Williams, 2002) pour agir en contexte de vulnérabilité sociale.

L'« interface » est donc un espace d'action à considérer pour les infirmières qui interviennent dans les services de première ligne², d'autant plus que pour agir auprès de populations vulnérables *dans* leur environnement, elles sont exposées au décloisonnement de services et à l'ouverture de leurs frontières d'activités. Dans cette recherche, nous avons recours à la notion d'« interface » pour réfléchir des processus de création de liens qui opèrent dans cet espace où se rencontrent des acteurs du système de la santé et des services sociaux, des acteurs d'autres secteurs d'activités de la société civile issus d'univers socioprofessionnels et institutionnels distincts, de même que différents territoires d'action et réseaux d'aide pour les personnes vulnérables (Clavier, 2009; Lamoureux & Lesemann, 1989; Nay & Smith, 2004; Williams, 2002). En particulier, nous privilégions la terminologie « pratique d'interface » pour qualifier la pratique des infirmières qui agissent hors des murs de l'institution de services de santé, en relation avec une diversité d'acteurs et de ressources de la communauté, dans un

² Dans cette thèse, nous utilisons la terminologique « services de première ligne » pour désigner les services offerts dans les établissements de CSSS qui correspondent antérieurement aux CLSC.

contexte d'intervention en situation de vulnérabilité sociale. Pour contribuer à réduire la vulnérabilité sociale dans le cadre de cette pratique encore peu élaborée, il apparaît indispensable d'appréhender la pratique d'interface qui prend forme et se déroule dans cet espace d'interconnexion. Dans cette recherche, nous verrons qu'une perspective systémique (Le Moigne, 1999, 2006) s'avère particulièrement pertinente dans la mesure où elle permet de réfléchir la pratique d'interface comme système ouvert, à l'intérieur duquel les infirmières sont non seulement en interaction avec d'autres acteurs, mais occupent un espace d'action aux frontières partagées, pour agir en situation de vulnérabilité sociale³.

Le développement de la pratique infirmière d'interface : des opportunités en CSSS

Dans les services de première ligne des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec, des programmes de santé publique⁴ dont l'intervention est destinée à des populations qui vivent en situation de vulnérabilité sociale ont été identifiés comme des domaines d'action propices au développement de nouveaux rôles et de nouvelles pratiques pour les professionnels de la santé, notamment pour les infirmières (Beaudet, Richard, Gendron, & Boisvert, 2011; Gebbie & Turnock, 2006; Richard et al., 2010). Par exemple, le programme des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) qui s'adresse à des familles vulnérables (MSSS, 2004), les programmes qui ciblent des clientèles itinérantes (MSSS, 2008a), ou encore, l'initiative de l'« approche École en santé » (MELS, 2005) qui vise le développement des jeunes via leur réussite éducative, offrent de multiples opportunités pour l'élaboration de pratiques infirmières innovantes en promotion de la santé et en prévention de la maladie. De plus, de tels programmes incluent des axes d'intervention qui suggèrent d'agir au-delà des frontières du CSSS, notamment pour favoriser la création d'environnements favorables (CEF) à la santé de personnes vulnérables. Ainsi, ces programmes invitent à

³ Les points de repères conceptuels qui servent de fondement à l'élaboration de notre projet de recherche, à sa mise en œuvre ainsi qu'à l'interprétation de nos résultats sont explicités au chapitre suivant.

⁴ Nous référons ici à des programmes développés par des instances régionales de santé publique qui s'adressent à des populations ciblées et qui sont implantés localement dans les CSSS.

l'émergence d'une « pratique infirmière d'interface »⁵, tout particulièrement afin de contribuer à l'intervention en contexte de vulnérabilité sociale.

Bon nombre d'écrits (Benson & Latter, 1998; Maben & Macleod Clark, 1995; Morgan & Marsh, 1998; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) indiquent d'ailleurs que les infirmières occupent une position privilégiée pour agir à l'interface de l'institution de services de santé et de la communauté, notamment en raison des liens de proximité qu'elles entretiennent avec les clientèles qu'elles soignent et de leur connaissance des conditions dans lesquelles elles vivent (Halbert et al., 1993). De surcroît, étant donné la diversité de leurs compétences, les infirmières seraient en mesure d'occuper une variété de rôles inhérents à des pratiques de promotion de la santé dont les actions se déroulent *dans* l'environnement de personnes vulnérables (Benson & Latter, 1998; Brocklehurst, 2004; Pender et al., 2002; Salazar & Primomo, 1994; Whitehead, 2003, 2006b, 2009), tel que le requiert une pratique infirmière d'interface.

En dépit de ces éléments qui laissent croire que les infirmières occupent de plus en plus d'espaces d'intervention, des entretiens informels⁶ réalisés durant la phase de problématisation de notre projet de recherche nous ont permis de constater que l'implication des infirmières en CSSS est surtout centrée sur l'intervention clinique auprès de personnes/familles vulnérables. Il s'avère que peu d'infirmières accompagnent ces clientèles à l'interface des établissements de soins et des ressources du milieu, et que peu d'entre elles participent à des tables de concertation où s'élabore la CEF. En fait, elles sont rarement interpellées directement pour agir dans cet espace d'action, hors des frontières du CSSS. Pourtant, les infirmières connaissent, de première main, l'expérience vécue ainsi que la réalité des clientèles vulnérables, et constituent donc,

⁵ À partir de ce point, la terminologie « pratique infirmière d'interface » est utilisée pour désigner la pratique qui constitue le centre d'intérêt de notre projet d'études.

⁶ Par l'intermédiaire de l'étude évaluative du volet Soutien aux jeunes parents (PSJP) des SIPPE dont notre directrice de thèse était chercheuse principale, nous avons rencontré cinq infirmières (cliniciennes et gestionnaires) pour la réalisation de courts entretiens informels non-enregistrés afin de contribuer à la phase de problématisation de notre projet. Les infirmières étaient invitées à se prononcer sur les leviers ainsi que les enjeux liés à la CEF à la santé de familles vulnérables; un volet d'intervention qui comporte des modalités d'agir à l'interface de l'institution de santé et de la communauté (MSSS, 2004).

sans aucun doute, des ressources légitimes à considérer pour agir à l'interface en vue de réduire la vulnérabilité sociale.

Ces constats sont d'ailleurs confirmés par des écrits (Bartley, 2004; Gebbie & Turnock, 2006; Grumbach, Miller, Mertz, & Finocchio, 2004; Whitehead, 2006b) qui indiquent que la participation des infirmières à des activités de création de liens avec les acteurs du milieu pour favoriser la mise en relation de personnes vulnérables avec les ressources de la communauté, au-delà de leurs frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles, demeure étroite. Un certain nombre de recherches (Casey, 2007b; Gendron et al., 2012; Grumbach et al., 2004; Irvine, 2007; Kulig, 2000; Richard et al., 2010; Runciman, Watson, McIntosh, & Tolson, 2006; Whitehead, 2006b) mettent également en évidence que la pratique infirmière en CSSS concerne principalement l'intervention individuelle auprès de personnes et de familles. Cela se traduit, notamment, par la réalisation de soins cliniques, d'enseignement, de même que par la formulation de références à d'autres professionnels du réseau institutionnel qui n'impliquent pas de franchir les frontières d'action du CSSS. De ce fait, peu d'infirmières occupent cet espace d'action à l'interface de l'institution des services de santé et des services sociaux, de la communauté et de leurs acteurs, avec l'objectif de contribuer à la réduction de la vulnérabilité sociale (Beaudet et al., 2011; Casey, 2007b; Grumbach et al., 2004; Jinks, Smith, & Ashdown-Lambert, 2003; Poulton, 2009; Richard et al., 2010; Schoenfeld & MacDonald, 2002; Whitehead, 2006b). Néanmoins, les infirmières que nous avons rencontrées en entretien informel ont souligné qu'elles arrivent progressivement à s'engager dans une pratique d'interface, notamment lorsqu'elles accompagnent leurs clientèles vers/dans diverses ressources de la communauté. Cette observation a également été documentée par Mendell (2006), qui a illustré comment des infirmières en CSSS en sont arrivées à agir *dans* l'environnement de personnes/familles vulnérables à travers leurs interventions déployées dans les ressources communautaires du réseau local de services (RLS). De plus, notre expérience à titre d'infirmière clinicienne dans un programme destiné à une clientèle itinérante nous a permis d'observer ces modalités d'agir particulières à l'intervention en contexte de vulnérabilité sociale. Il semble donc y avoir des opportunités pour les infirmières d'être

exposées, voire même, impliquées dans une pratique d'interface en émergence dans les services de première ligne en CSSS.

Plusieurs facteurs ont été identifiés pour expliquer que peu de pratiques permettent d'agir à l'interface. D'une part, une conception relativement étroite et une certaine confusion quant à ce que signifie la pratique infirmière en promotion de la santé (ses cibles, ses stratégies et ses lieux d'intervention) (Beaudet et al., 2011; Casey, 2007b; Grumbach et al., 2004; Irvine, 2007; Macleod Clark & Maben, 1998; Piper, 2008; Richard et al., 2010; Runciman et al., 2006; Walthew & Scott, 2012; Whitehead, 2002, 2006b, 2009, 2010) pourrait être en cause. Par ailleurs, les infirmières se sentent généralement plus confortables de travailler avec les individus plutôt qu'avec des groupes, elles manquent souvent de confiance en leurs capacités à l'égard de pratiques en promotion de la santé qui sortent du cadre de l'intervention clinique et elles ne se perçoivent pas suffisamment bien préparées pour exercer leur rôle directement dans le milieu de vie des populations (Bartley, 2004; Cohen, 2006; Gebbie, 2000; Grumbach et al., 2004; Richard et al., 2010; Schoenfeld & MacDonald, 2002). De plus, un manque d'espaces d'échange pour réfléchir la pratique et l'absence de formation spécifique pour soutenir le développement du rôle des infirmières dans la communauté ont été documentés (Bartley, 2004; Beaudet et al., 2011; Casey, 2007b; Chiverton, McCabe, & Tortoretti, 2003; Cohen & Gregory, 2009a, 2009b; Irvine, 2007; Richard et al., 2010; Walthew & Scott, 2012; Whitehead, 2003, 2010). Enfin, un ensemble de contraintes organisationnelles et de défis associés à l'implantation des réformes de santé qui ne favoriseraient pas l'implication des infirmières hors de la sphère des activités cliniques ont été proposés (Beaudet et al., 2011; Breton et al., 2008; Carr, 2007; Casey, 2007b; Koponen, Heliö, & Aro, 1997; Poulton, 2009; Wilhensson & Lindberg, 2007).

Somme toute, il semble y avoir un potentiel pour l'émergence et le développement d'une pratique infirmière d'interface en CSSS à l'intérieur de programmes destinés à des personnes vulnérables. Les infirmières occupent une position privilégiée auprès de ces clientèles en première ligne (Benson & Latter, 1998; Halbert et al., 1993; Maben & Macleod Clark, 1995; Morgan & Marsh, 1998; Pender et al., 2002)

et possèdent des compétences (Benson & Latter, 1998; Brocklehurst, 2004; Pender et al., 2002; Salazar & Primomo, 1994; Whitehead, 2003, 2006b, 2009) qui apparaissent, à priori, favorables à l'élaboration d'une telle pratique. À la lumière d'entretiens informels réalisés auprès d'infirmières et de notre expérience professionnelle, certaines infirmières commencent d'ailleurs à s'engager dans une pratique à l'interface des CSSS et des ressources de la communauté, notamment au travers de l'accompagnement de personnes/familles vulnérables. Néanmoins, les interventions que posent les infirmières *dans* le milieu de vie et les ressources destinées à des clientèles vulnérables demeurent peu documentées, malgré qu'il s'agisse d'une stratégie d'action reconnue en santé publique (Cohen & Reutter, 2007; Gebbie, 2000; Lynam, 2005; Reutter & Kushner, 2010; Smith, 2007; Villeneuve, 2008). L'implication encore limitée des infirmières dans cet espace d'action s'explique par un ensemble de facteurs professionnels et organisationnels, comme nous venons d'en faire mention. Toutefois, tant que la pratique infirmière d'interface ne sera pas documentée empiriquement, il s'avèrera toujours difficile d'en soutenir le déploiement et de contribuer à renforcer le mandat des infirmières en première ligne en CSSS vis-à-vis de la réduction de la vulnérabilité sociale.

L'état des connaissances sur la pratique d'interface

Cette section vise à démontrer la pertinence de réaliser cette recherche portant sur une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale. Elle se divise en trois sous-sections : la première rend compte de savoirs relatifs à la notion d'interface dans la recherche en sciences infirmières ainsi que dans le domaine de la santé; la seconde dresse le portrait des connaissances au sujet d'un d'agir collectif susceptible de se développer à l'interface; la dernière énonce des pistes à considérer pour la recherche future. Les deux premières sections font donc état de savoirs à propos de sujets qui peuvent nous aider à circonscrire l'objet de recherche central de cette thèse, alors que la dernière apporte un éclairage complémentaire au bilan des connaissances disponibles sur l'interface et renforcent l'importance d'entreprendre cette étude.

La notion d'interface dans la recherche

L'état des savoirs sur la notion d'interface, en soi, permet de constater le peu de connaissances scientifiques en sciences infirmières.

Les recherches empiriques ayant eu recours à la notion d'interface pour étudier cet espace d'interconnexion aux frontières partagées entre des acteurs, des organisations et divers lieux d'intervention de l'espace social permettent de discerner différentes façons d'aborder l'interface (Baracskey, 2012; Couillard & Côté, 1993; Davidson et al., 2012; Jbilou & Reinharz, 2006; Lamoureux & Lesemann, 1989; Paquette & Reinharz, 2009; Price & Williams, 2003; Robinson, 1999; Turnbull & Beese, 2000; Werrett, Helm, & Carnwell, 2001). Par exemple, notons 1) l'interface entre les services de santé de première et de deuxième ligne, abordée sous l'angle d'activités de référence pour assurer la continuité des soins (Price & Williams, 2003; Robinson, 1999; Werrett et al., 2001); 2) l'interface comme espace d'optimisation de la performance du système de santé entre programmes de santé publique et services médicaux (Jbilou & Reinharz, 2006; Paquette & Reinharz, 2009); ou encore, 3) l'interface comme espace de collaboration entre le réseau des services de santé et des services sociaux publics et le milieu communautaire (Couillard & Côté, 1993; Lamoureux & Lesemann, 1989). Vu autrement, l'interface a jusqu'ici principalement été abordée selon une perspective « macro », selon un point de vue organisationnel et politique, ce qui inclut le développement de nouveaux rôles et d'actions collectives pour la santé. Ceci dit, l'interface n'a pas été approchée sous l'angle « micro » de la pratique jusqu'à présent, ni même étudiée spécifiquement dans un contexte d'intervention en situation de vulnérabilité sociale (tel que nous l'envisageons dans cette thèse).

Par ailleurs, ce sont les facteurs qui influencent le développement d'une interface en santé qui constituent les principaux objets d'étude documentés à ce jour (Baracskey, 2012; Couillard & Côté, 1993; Davidson et al., 2012; Jbilou & Reinharz, 2006; Paquette & Reinharz, 2009; Robinson, 1999; Trent, Jennings, Waterfield, Lyman, & Thomas, 2009; Werrett et al., 2001). Quelques recherches permettent aussi de qualifier la nature

des rapports d'interface qui s'élaborent entre des acteurs du réseau public de la santé et des services sociaux ainsi que ceux du secteur d'intervention communautaire (Lamoureux & Lesemann, 1989; Paquette & Reinharz, 2009). Seulement trois études (Price & Williams, 2003; Robinson, 1999; Turnbull & Beese, 2000) ont été repérées qui ciblent particulièrement les infirmières. On y retrouve une description de l'expérience d'infirmières qui interviennent dans le domaine de la santé mentale vis-à-vis de l'expérimentation d'un nouveau rôle à l'interface du réseau de la justice (Turnbull & Beese, 2000); et deux autres études descriptives se rapportent à des activités de référence auxquelles s'adonnent des infirmières du secteur hospitalier à l'interface des services de santé de première et de deuxième ligne pour favoriser l'accès à des services médicaux spécialisés pour leurs clientèles (le cas des infirmières praticiennes) (Price & Williams, 2003), ainsi que pour la planification du congé et le transfert inter-établissement (pour des patients âgés requérant des soins de santé aigus) (Robinson, 1999).

En général, les études recensées mettent en évidence le défi de la complémentarité des services entre les acteurs du réseau de la santé et ceux du milieu communautaire, ainsi que la difficulté d'adapter les modes d'organisation de services de manière à favoriser des rapports d'interface. De plus, on rapporte que l'ouverture des frontières d'action entre les acteurs de différents secteurs d'intervention génère un certain inconfort, donne lieu à l'émergence de conflits de rôles, suscite de la réticence et comporte peu de dispositifs de soutien. Par ailleurs, on retrouve un très petit nombre d'études (Jbilou & Reinharz, 2006; Paquette & Reinharz, 2009) qui ont appréhendé l'interface en ayant recours à des cadres théoriques, et celles qui impliquent spécifiquement les infirmières ne prennent pas ancrage dans la théorie en sciences infirmières. La capacité de théoriser l'interface étant essentielle, à notre avis, pour soutenir les pratiques qui s'élaborent dans cet espace d'action, cette pénurie de balises conceptuelles rajoute au défi d'en appuyer l'émergence. Nous disposons ainsi de peu de repères empiriques, pratiques et théoriques pour soutenir les infirmières en vue qu'elles franchissent les limites de l'espace d'intervention clinique et qu'elles développent une pratique à l'interface des CSSS et de la communauté pour agir en contexte de vulnérabilité sociale.

L'interface : un espace pour le développement potentiel d'un agir collectif pour la santé

Considérant les processus d'interconnexion qui composent l'interface pour agir en contexte de vulnérabilité sociale, il existe un certain potentiel de développement de modalités d'agir collectif pour la santé⁷ (Mallinson et al., 2006). Sans recourir spécifiquement à la notion d'interface, plusieurs études ont documenté des actions collectives qui opèrent à la frontière d'acteurs, d'organisations variées et de secteurs d'intervention divers de la société (par exemple: Bilodeau, 2005; Bourdages, Sauvageau, & Lepage, 2003; Delaney, 1994; Deschesnes, 2000; Lebeau, Vermette, & Viens, 1996; Lock & McKee, 2005; Mannheimer, Lehto, et al., 2007; O'Neill, Lemieux, Groleau, Fortin, & Lamarche, 1997; Thurston, Scott, Horne, & Donner, 2003; Van Herten, Reijneveld, & Gunning-Schepers, 2001; Webb, Hawe, & Noort, 2001). Quoique la terminologie utilisée pour en rendre compte ne fasse pas consensus dans les écrits (par exemple : coopération, alliances pour la santé, concertation, collaboration, coalition, partenariat, travail en réseau), l'importance de déployer des actions collectives afin d'agir concurremment sur une gamme de déterminants de la santé, de lutter contre les inégalités de santé et de réduire la vulnérabilité sociale est, quant à elle, reconnue et affirmée au travers de la planification des services en santé publique, et cela tant aux paliers local, régional, national que mondial (ASPC, 2007; CCNDS, 2012; Kreisel & Von Schirnding, 1998; MSSS, 2008b; OMS, 1986, 2008; OMS & ASPC, 2008).

La recherche en ce domaine qui s'est, entre autres, penchée sur les expériences et les impacts d'actions collectives pour la santé sur les acteurs impliqués dans leur élaboration (Costongs & Springett, 1997; Deschesnes, 2000; Harpham, Burton, & Blue, 2001; Webb et al., 2001) et les populations visées (Bruzzese et al., 2006; Collie-Akers et al., 2007; Fazel, Doll, & Stein, 2009; Findley et al., 2006; Freeman, Oliver, Bunting, Kirk, & Saunderson, 2001; Hollar et al., 2010; Macnab, Rozmus, Benton, & Gagnon, 2008; Melvin, 2006; Metzel, Foley, & Butterworth, 2005; Sherring, Robson, Morris, Frost, & Tirupali, 2010; Wills, Morris, Hedley, Freer, & Morris, 2010). D'autres

⁷ Susceptibles de pendre forme à l'interface d'acteurs issus de secteurs et de territoires d'action variés, les actions collectives dont il est question ici se traduisent particulièrement selon des modalités intersectorielles.

recherches portent sur les facteurs qui influencent le développement de modalités d’agir collectif (Bourdages et al., 2003; Mitchell & Pattison, 2012), ou sur le déploiement d’interventions intersectorielles (Bailie, McDonald, Stevens, Guthridge, & Brewster, 2011; Cheadle et al., 2011; Clavier, Gendron, Lamontagne, & Potvin, 2012; Lawless et al., 2012; O’Neill et al., 1997; Pechter, Azaroff, Lopez, & Goldstein-Gelb, 2009; Peifer & Perez, 2011). Dans l’ensemble, les résultats qui en découlent, en termes de développement de projets intersectoriels, se révèlent souvent non concluants ou mitigés : le fait de franchir des frontières disciplinaires, organisationnelles ou sectorielles n’irait pas de soi (Clavier, Gendron, et al., 2012; Deschesnes, 2000; Mallinson et al., 2006; O’Neill et al., 1997; Potvin, 2012; Wills et al., 2010). On rapporte, par ailleurs, que des possibilités d’agir collectif au-delà des frontières du secteur de la santé existent, mais que celles-ci tiennent rarement compte des exigences et des contraintes du milieu clinique, ce qui restreint la capacité d’une variété de professionnels de la santé d’y participer (Mallinson et al., 2006).

Tout comme la recherche qui porte sur l’interface, les processus et les pratiques au sein desquels doivent prendre part les acteurs de la santé pour participer à des actions collectives (aux modalités intersectorielles) bénéficient de peu d’évidences scientifiques. De plus, les études publiées font rarement état des repères conceptuels utilisés (Clavier, Gendron, et al., 2012; Deschesnes, 2000; O’Neill et al., 1997; Pagliccia et al., 2010), ce qui limite, encore ici, les possibilités d’appuyer le développement de pratiques collectives intersectorielles. Enfin, considérant que l’implication des infirmières dans ces espaces d’action demeure marginale (Bartley, 2004; Gebbie & Turnock, 2006; Grumbach et al., 2004; Whitehead, 2006b), il n’est pas surprenant de constater que la perspective infirmière n’a pas été exposée, jusqu’ici, dans la recherche qui porte sur les actions collectives intersectorielles pour la santé.

Pistes pour la recherche future

Parmi les écrits consultés, des pistes sont suggérées pour la recherche future. Celles-ci appuient la pertinence du projet de recherche que nous proposons.

L'importance de documenter le développement de pratiques infirmières innovantes en promotion de la santé et en prévention de la maladie, notamment en ce qui a trait à des actions déployées *dans* l'environnement de personnes vulnérables (telle la pratique infirmière d'interface qui tient lieu d'objet d'étude dans cette thèse), est soulignée par un certain nombre d'auteurs (Bartley, 2004; Beudet et al., 2011; Bisailon et al., 2010; Gebbie, 2000; Reutter & Ford, 1998; Reutter & Kushner, 2010; Whitehead, 2006b). De plus, il est suggéré d'étudier l'interface sous l'angle de la pratique des acteurs (Bourret, 2010; Davidson et al., 2012; St-Pierre, Reinharz, & Gauthier, 2006), de manière à les accompagner dans les changements qui les invitent à intégrer d'autres espaces d'action hors des murs des établissements de soins. En particulier, les études devraient porter sur les processus et les stratégies qui permettent à des acteurs d'agir au-delà de leurs frontières traditionnelles et de s'engager dans des actions collectives pour la santé (Bourdages et al., 2003; Costongs & Springett, 1997; Harpham et al., 2001; Jbilou & Reinharz, 2006; O'Neill et al., 1997; Robinson, 1999). Le point de vue des infirmières et d'autres professionnels de la santé qui se retrouvent dans une position d'interface est considéré essentiel pour mettre en lumière une part de leur travail qui demeure encore parfois invisible en contexte de vulnérabilité sociale (Mallinson et al., 2006; Paquette & Reinharz, 2009; Price & Williams, 2003). Enfin, au plan théorique, des auteurs (Couillard & Côté, 1993; St-Pierre et al., 2006) ont proposé d'appréhender l'interface sous l'angle de la complexité, soit de considérer non seulement des facteurs d'influence, des activités ou des expériences d'acteurs, isolément du contexte, mais de prendre en compte l'agencement dynamique de ces multiples facettes inter-reliées. On souligne également l'importance de recourir à des cadres conceptuels et des théories sociales qui permettent de théoriser l'action et les processus de mise en relation des acteurs (Clavier, Gendron, et al., 2012; Potvin, Gendron, Bilodeau, & Chabot, 2005).

À notre avis, toutefois, il ne suffit pas de documenter empiriquement la pratique infirmière d'interface pour contribuer à son développement. Il est également primordial de poser les bases de ce que signifie la notion de pratique au plan conceptuel en sciences infirmières, afin de situer les savoirs empiriques sur la pratique d'interface dans le champ de nos savoirs disciplinaires. Fondamentale à la discipline infirmière, la pratique

mérite d'être réfléchi et conceptualisée au travers de la recherche, particulièrement lorsqu'elle en constitue l'objet central. Dès lors, notre projet de recherche doctoral, dont la pratique infirmière d'interface représente l'intérêt principal, constitue un cas à partir duquel nous entreprenons également un travail de réflexion théorique. Pour ce faire, les conceptions de théoriciennes infirmières sur la pratique constituent des points de repère essentiels sur lesquels nous élaborons cette recherche empirique (cf.⁸ Chapitre 2), qui aboutit à l'amorce d'une réflexion théorique sur le concept de pratique en sciences infirmières, au terme de la thèse (cf. Chapitre 7). Cet ancrage disciplinaire nous semble d'autant plus pertinent que nous visons à soutenir une pratique en émergence chez des infirmières et que les savoirs disciplinaires en sciences infirmières ne sont pas rapportés dans les recherches réalisées à ce jour en lien avec la pratique infirmière d'interface. Enfin, nous croyons aussi que les savoirs issus de la discipline infirmière revêtent une importance pour d'autres disciplines professionnelles.

En résumé, l'intervention en contexte de vulnérabilité sociale comporte le potentiel d'une pratique infirmière d'interface qui se déroule au-delà de ses frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles, pour agir *dans* l'environnement de personnes vulnérables et contribuer à leur santé. À l'ère de la « nouvelle santé publique », cela requiert le renouvellement des pratiques d'intervention auprès de personnes vulnérables pour sortir du mode expert et éviter des schèmes reproducteurs de pouvoir et d'inégalités. Dans ce contexte, la pratique d'interface en situation de vulnérabilité sociale prend toute son importance et se présente comme une opportunité pour les infirmières de contribuer à la promotion de la justice sociale et de l'équité en matière de santé pour des groupes défavorisés de la société. À notre connaissance, aucune étude ne s'est toutefois intéressée à documenter une telle pratique dans les services de première ligne en CSSS, malgré son élaboration imminente.

Nous proposons d'étudier une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale selon une perspective systémique, notamment pour faire du sens de l'agir complexe qui qualifie les processus d'interconnexion de cette pratique. De plus,

⁸ Pour l'ensemble de la thèse, nous avons recours à l'abréviation « cf. » pour signifier « reportez-vous à ».

nous prenons pour assises les conceptions de théoriciennes infirmières en regard de la pratique afin de situer cette recherche dans le champ des savoirs de la discipline infirmière et de contribuer à l'avancement de notre discipline aux plans théorique et pratique. En retour, cela renforce, selon nous, la portée des savoirs développés en sciences infirmières pour d'autres disciplines professionnelles.

But de la recherche

Le but de cette recherche doctorale consiste à modéliser, selon une perspective systémique de la complexité et à partir de conceptions de la pratique formulées par des théoriciennes en sciences infirmières, une pratique infirmière d'interface en émergence à l'intérieur des services de première ligne en CSSS destinés à des clientèles vulnérables.

Étant donné que la qualité et la valeur d'un travail de recherche se jugent, au moins en partie, par la cohérence entre ses référents conceptuels et sa méthode (Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1988), les questions de recherche ayant servi à structurer notre étude de la pratique infirmière d'interface sont présentées au chapitre suivant, au terme d'une explicitation des repères théoriques sur lesquels se fonde notre projet.

Chapitre 2
Points de repère conceptuels

Ce second chapitre traite des points de repère conceptuels de la thèse et se divise en deux sections. Dans un premier temps, nous explicitons le positionnement paradigmatique de la théorie de la connaissance sur laquelle se fonde notre projet d'études, soit le constructivisme (Le Moigne, 1994, 1995, 2001a, 2012). Dans un deuxième temps, une analyse des conceptions de théoriciennes infirmières à propos de la pratique est présentée, celle-ci tenant lieu d'ancrage conceptuel pour positionner notre recherche dans son contexte disciplinaire. Cette analyse sert aussi de fondement pour poursuivre nos réflexions quant au développement de la théorie sur la pratique en sciences infirmières, au terme de la thèse (cf. Chapitre 7). S'ensuivent les questions de recherche ayant structuré notre travail.

Positionnement paradigmatique : le constructivisme selon Jean-Louis Le Moigne

Un paradigme représente un cadre conceptuel général qui reflète un ensemble de valeurs et de croyances admis dans un ou plusieurs champs disciplinaires, à partir duquel les savoirs sont développés, évalués et raffinés (Gendron, 2001; Kuhn, 1983; Levy, 1994). À cet égard, le paradigme relève d'une préférence idéologique basée sur des convictions quant à un système de référence qui constitue pour le chercheur un support légitime à sa compréhension de l'action et du monde qui l'entoure (Levy, 1994; Lincoln & Guba, 1985).

La théorie de la connaissance privilégiée dans cette thèse s'inscrit dans le paradigme constructiviste que Le Moigne (1994, 1995) qualifie, par ailleurs, de « projectif ». Ce paradigme constitue le système de référence (Levy, 1994) à partir duquel nous formulons nos questions de recherche pour aborder le phénomène d'intérêt de la pratique infirmière d'interface, pour identifier et mettre en œuvre des méthodes à partir desquelles l'étudier, ainsi qu'attribuer un sens aux résultats obtenus dans notre étude. Le paradigme constructiviste est généralement admis comme repère légitime pour étudier la pratique en sciences infirmières (Sylvain, 2008), de même que pour concevoir et soutenir le développement de la pratique contemporaine en santé publique (Gendron, 1996, 2001; Labonte & Robertson, 1996; Levy, 1997; Lincoln, 1992).

Devant l'« archipel constructiviste » (Le Moigne, 1994, p. 19) qui prend forme depuis plus de quatre décennies, il importe toutefois de souligner les éléments distinctifs de la dimension projective de la perspective constructiviste qui sert de fondement au développement de savoirs dans notre recherche. Tout en prenant racine dans le substrat d'origine du paradigme constructiviste⁹ et son principe fondateur voulant qu'un sujet connaissant joue un rôle décisif dans le processus de développement des connaissances (Lincoln & Guba, 2000), le constructivisme dit projectif, développé dans la seconde partie du XX^e siècle, intègre une composante téléologique qui se traduit par la notion de « projet ». L'intégration de cette composante souligne l'intentionnalité inscrite dans le processus de développement des connaissances ou les finalités poursuivies par les « sujets connaissants » (Le Moigne, 1994, 1995, 2001a). Ainsi, les savoirs sont non seulement produits à travers la relation entre des sujets et des objets à connaître, mais ils se construisent à la jonction même de leurs projets respectifs (Gendron, 2001).

Afin d'explicitier sa position paradigmatique, Levy (1994) suggère que le chercheur prenne en compte quatre dimensions mutuellement interdépendantes, soit l'épistémologie, l'ontologie, la méthodologie et la téléologie. La Figure 1 (p. 20) sert à représenter le concept de paradigme et ses quatre champs constitutifs (Gendron, 2001). Dans ce qui suit, nous précisons la signification de chacun de ces champs ainsi que leur teneur selon la perspective constructiviste à laquelle nous adhérons. Cet exercice de clarification est important par souci de transparence et d'intelligibilité dans le cadre de la thèse. Plus fondamentalement, il s'avère essentiel pour situer la nature du projet entrepris et juger de la qualité du rapport de recherche qui est produit, notamment par la cohérence perçue entre les fondements conceptuels de l'étude et les paramètres selon lesquels elle a été opérationnalisée (Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1988).

⁹ Les multiples perspectives constructivistes qui se sont développées au fil des années ne sont pas considérées comme étant mutuellement exclusives : elles s'alimentent réciproquement (Le Moigne, 1995). Ainsi, le système de référence constructiviste est en permanente construction, toujours plus dense et plus diversifié, ce qui en constitue la richesse (Le Moigne, 1994).

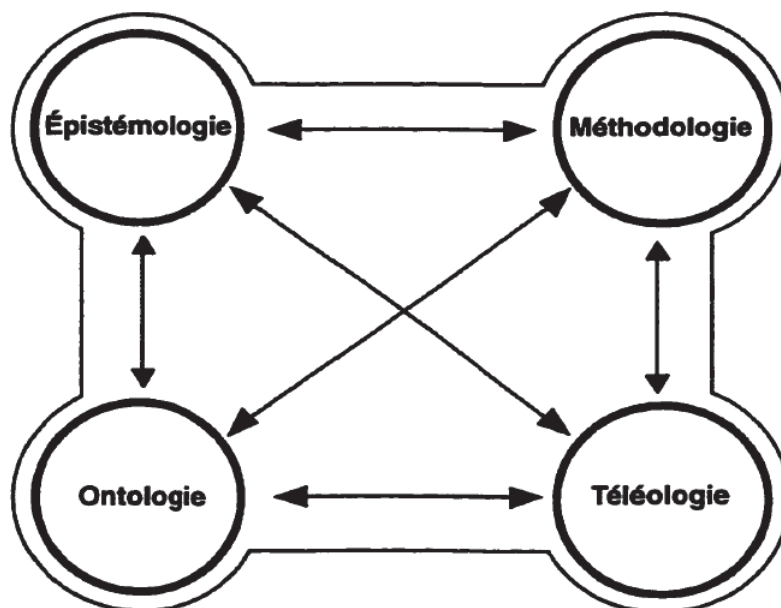


Figure 1. Les quatre champs constitutifs d'un paradigme (Gendron, 2001).

Les considérations épistémologiques

Le champ épistémologique renvoie à la théorie de la connaissance et aux critères à partir desquels évaluer les connaissances produites par rapport à un phénomène d'intérêt (Levy, 1994). Il qualifie, par ailleurs, le rapport du chercheur vis-à-vis de l'objet de recherche. L'épistémologie constructiviste projective est intersubjective et pragmatiste. D'une part, elle valorise la place de l'acteur dans le projet de connaissances (Le Moigne, 1994, 2001a, 2001b, 2012), où le chercheur est considéré comme un « sujet connaissant » capable d'accorder une valeur aux savoirs qui se construisent au travers de ses interactions avec d'autres « sujets connaissants » (Gendron, 2001). Dans cette recherche, il est donc entendu que nous participons activement au développement des connaissances, en relation avec les infirmières, et que nous ne pouvons prétendre, conséquemment, à l'objectivité et au détachement. Dès lors, les connaissances développées sont des représentations construites issues de nos « expériences créatrices et engagées » (Gendron, 2001, p. 39) au travers du processus de recherche. D'autre part, selon cette épistémologie, la valeur des connaissances réside dans la capacité du chercheur de soutenir le développement d'actions intelligibles (Gendron, 2001) et de

renforcer les acteurs dans la conduite de leurs pratiques (Avenier & Schmitt, 2007). C'est ainsi que les savoirs développés dans notre recherche se veulent au service de l'action (Avenier, 1992); un critère permettant d'ailleurs de juger de la qualité des résultats découlant d'études qui reposent sur une épistémologie intersubjective et pragmatiste.

Les considérations ontologiques

Le champ ontologique, composante métaphysique d'un paradigme, évoque la nature du monde vécu (Levy, 1994). Il renvoie aux entités qui existent et qui peuvent être étudiées au travers du processus de recherche. Dans cette recherche, l'ontologie est envisagée comme étant complexe et systémique (Le Moigne, 1999, 2001a). Elle se rapporte aux composantes constitutives d'un système complexe, soit à sa structure (ce qui l'organise), à ses activités (ce qui en qualifie le fonctionnement), à ses finalités (ce qui le mobilise dans l'action), à son environnement (l'espace au sein duquel il prend forme), de même qu'à son évolution (les processus qui concourent à son développement) (Le Moigne, 1990). Notre vision de la pratique infirmière d'interface en émergence (objet d'étude) s'inscrit donc dans cette conception de la réalité et est abordée en tant que système complexe, soit comme un ensemble de composantes en interaction (des acteurs, qui agissent en fonction de finalités, dans un environnement donné, qui change dans le temps) dont l'organisation, le fonctionnement et la transformation suivent des trajectoires imprévisibles et incertaines, mais néanmoins intelligibles (Le Moigne, 2001a, 2006).

Les considérations méthodologiques

Le champ méthodologique correspond aux méthodes, aux procédés ainsi qu'aux techniques jugés valables pour appréhender le monde vécu (Levy, 1994). Il s'agit donc des moyens mis en œuvre dans la recherche afin de développer les connaissances. Les méthodologies privilégiées dans le cadre d'un paradigme constructiviste reconnaissent généralement la signification que les sujets (incluant le chercheur) accordent à leurs

perceptions et leurs expériences (Gendron, 2001; Lincoln & Guba, 2000), d'où leur association à une gamme d'approches de recherche, notamment à des méthodes qualitatives et mixtes. Le recours à un devis de recherche qualitatif pour étudier la pratique infirmière d'interface nous donne ainsi la possibilité de prendre en considération la signification que les infirmières accordent à leur pratique, en contexte, particulièrement au travers d'entretiens et d'observations. De plus, afin de faire du sens de nos résultats de recherche, nous avons retenu une méthode de modélisation systémique élaborée par Le Moigne (1999), laquelle consiste en « l'action d'élaboration et de construction intentionnelle, par composition de symboles, de modèles susceptibles de rendre intelligible un phénomène perçu complexe, et d'en amplifier le raisonnement » (p. 5). Suivant l'ontologie précédemment décrite, cette méthode de modélisation systémique nous a permis d'organiser nos idées et nos résultats selon une perspective « reliante », pour appréhender la pratique infirmière en tant que système complexe.

Les considérations téléologiques

Le champ téléologique qualifie tout particulièrement le constructivisme selon Le Moigne (1990). Il renvoie à la reconnaissance de l'intentionnalité des sujets connaissant (Le Moigne, 1995, 2001a), laquelle souligne l'importance « d'identifier, d'interpréter et d'explicitier les multiples intentions, finalités et projets inhérents au processus de construction des connaissances » (Gendron, 2001, p. 40) dans la recherche. À l'amorce de cette thèse, nous avons d'ailleurs précisé les intérêts qui guident la réalisation de ce projet de recherche doctoral portant sur pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale, lesquels nous anime et nous mobilise pour le développement de savoirs permettant de soutenir son déploiement aux plans pratique et théorique.

En somme, le paradigme constructiviste tel que représenté par Le Moigne (1994, 1995) nous est apparu légitime pour concevoir, de manière intelligible, la pratique infirmière d'interface comme système complexe; construire des connaissances en appui à la pratique; déployer une méthodologie qualitative; de même qu'éclairer l'intentionnalité inscrite dans le processus de cette recherche.

Le concept de *pratique* comme point d'ancrage disciplinaire

Dans cette seconde portion du chapitre, nous présentons un article théorique rédigé en cours d'études doctorales, qui s'inscrit dans l'épistémologie constructiviste telle que décrite par Le Moigne. Puisque cette recherche étudie une pratique infirmière d'interface et que la notion de pratique y figure comme objet central, nous l'abordons comme un cas à partir duquel entreprendre une réflexion théorique sur le concept de pratique. Dans un premier temps, notre article propose un état des lieux ainsi qu'une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières à propos de la pratique. Ces référents conceptuels, qui agissent à titre de base pour notre travail, nous ont aussi permis de préciser nos questions de recherche. Par ailleurs, puisque cette thèse doctorale vise à contribuer à la théorie sur la pratique dans notre discipline, notre article tient lieu d'ancrage pour situer les résultats de notre recherche empirique dans le champ des savoirs en sciences infirmières (cf. Chapitre 7).

En résumé, cet article propose qu'une conception systémique de la pratique infirmière permet de l'appréhender dans sa complexité, tout particulièrement en tant qu'agir complexe. De ce point de vue, la complexité se situe non seulement au niveau du monde dans lequel intervient l'infirmière, mais qualifie sa pratique. De plus, cette conception systémique permet de cerner cinq pistes pour poursuivre le développement théorique du concept de pratique en sciences infirmières. Une perspective systémique nous amène à :

- 1) considérer le « soin », activité fondamentale de la pratique infirmière, comme l'une des dimensions selon lesquelles concevoir sa complexité;
- 2) identifier la diversité d'acteurs et de savoirs qui structurent la pratique, et ainsi, à aborder le concept de « personne » en sciences infirmières sous l'angle d'un réseau élargi d'acteurs (et non pas uniquement en tant que bénéficiaires du soin (patient-famille));
- 3) reconnaître l'intentionnalité de la pratique infirmière, soit les finalités qui sont poursuivies par ses acteurs dans l'action, cette dernière étant conçue non-neutre;
- 4) renouveler le concept d'« environnement » en sciences infirmières comme une composante constitutive de l'organisation, du fonctionnement et de la

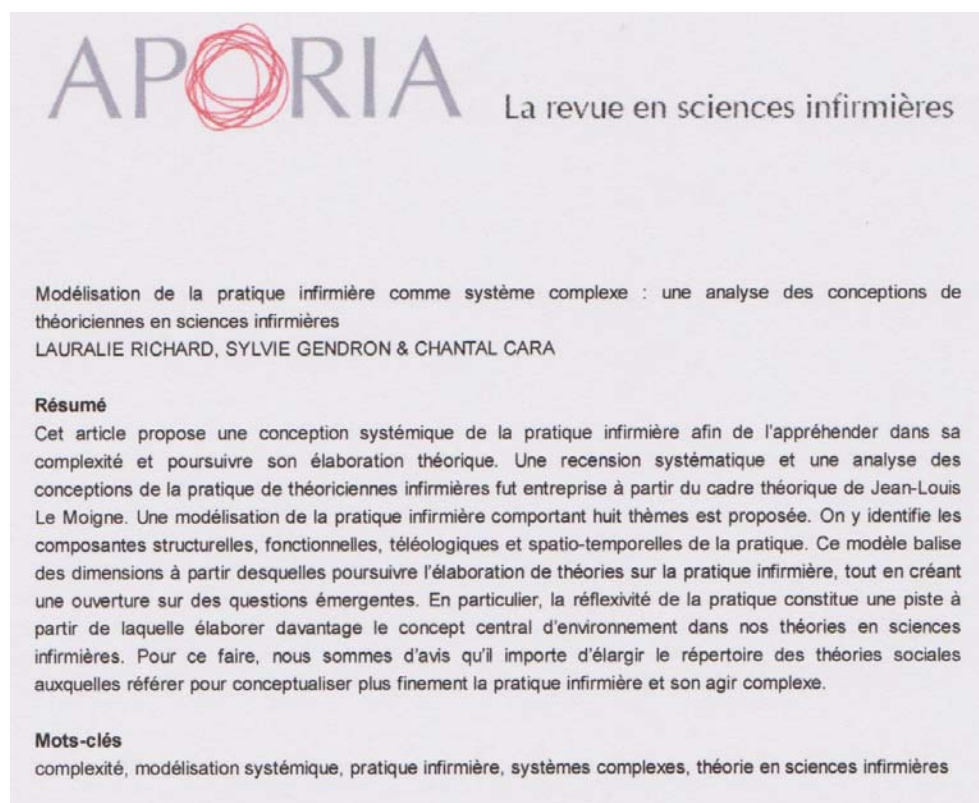
transformation de la pratique (plutôt qu'en tant qu'objet d'influence extérieur qui l'entoure);

- 5) souligner l'intérêt d'aborder la transformation de la pratique à partir de processus réflexifs qui participent à son développement et produisent du changement.

Article théorique

Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe : une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières

Cette analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières à propos du concept de pratique a fait l'objet d'une publication dans la revue *Aporia* en octobre 2012. L'article a obtenu l'approbation requise de l'éditeur ainsi que des co-auteurs pour sa publication dans la présente thèse. En ce qui a trait à la nature de la participation de chacune des auteures au manuscrit, précisons que la première auteure a rédigé le corps principal de l'article et qu'elle a procédé à l'analyse des données. La seconde auteure a soutenu la première auteure en offrant de l'accompagnement pour le processus d'écriture et d'analyse des données. La troisième auteure a été consultée en regard du contenu se rapportant spécifiquement à la théorie en sciences infirmières ainsi que lors du processus de révision de l'article. Voici la référence complète de l'article : Richard, L., Gendron, S., & Cara, C. (2012). Modélisation systémique de la pratique infirmière comme système complexe: une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières. *Aporia*, 4(4), 25-39.



Introduction

Que nous intervenions dans les domaines de la clinique, de la recherche, de la formation ou de la gestion, il nous arrive, comme infirmières, d'être confondues par l'infinie variété des interdépendances et des dynamiques qui transforment les expériences et les phénomènes qui nous préoccupent. Le monde dans lequel nous vivons est complexe et la pratique infirmière n'y échappe pas.

Les procédures et dispositifs de soins sont en changement constant (Lamothe, 2007), vue la transformation des savoirs dans le champ des sciences biomédicales. Les situations et expériences de soin, de même que la quantité d'informations que gèrent les infirmières au quotidien, se diversifient et se multiplient (Clancy & Delaney, 2005). Ceci exige de mobiliser et de mettre à jour une vaste gamme de connaissances et de compétences spécialisées (Goulet & Dallaire, 2002). De plus, les infirmières interviennent auprès d'individus et de familles vivant des problématiques de santé multiples et sont les témoins privilégiés de trajectoires de vie marquées par des inégalités sociales de santé et l'exclusion (Châtel & Roy, 2008; Châtel & Soulet, 2003). Par ailleurs, l'organisation des services dans laquelle agissent les infirmières comporte davantage de processus de collaboration (D'Amour, 2002; Gottlieb & Feeley, 2007; Sicotte, D'Amour, & Moreault, 2002), ce qui peut les amener à redéfinir leur rôle au-delà de ses frontières disciplinaires et à élargir le spectre des réseaux dans lesquels elles participent (Astier, 2007; Clément, Gélinau, & McKay, 2009; Paul, 2004). Dès lors se confrontent les exigences organisationnelles d'acteurs d'horizons variés. Dans ce contexte, il n'est donc pas surprenant que de plus en plus d'auteurs en sciences infirmières s'entendent à l'effet que la pratique infirmière se déroule dans un monde complexe (Chaffee & McNeill, 2007; Clancy, 2004; Clancy, Effken, & Pesut, 2008; Holden, 2005; Paley, 2007; Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010).

La complexité n'est donc pas étrangère à la pensée infirmière. Pour aborder cette complexité, des théoriciennes en sciences infirmières ont eu recours à une approche systémique (Chaffee & McNeill, 2007; Holden, 2005) ou à des théories des systèmes pour le développement de la théorie infirmière (Meleis, 2007; Pepin et al., 2010; Tomey

& Alligood, 2006). À cet égard, un nombre important de théoriciennes se sont particulièrement inspirées de la Théorie du système général (Bertalanffy, 1993) pour développer leurs conceptions de la pratique et pour élaborer les concepts centraux de la discipline. Cette tradition systémique en sciences infirmières se reflète principalement dans les travaux de Neuman (*Neuman's Systems Theory (Neuman, 1995)*), de Rogers (*Rogers's Theory of Unitary Human Being (Rogers, 1970, 1980, 1986, 1990)*), de Roy (*Roy's Adaptation Model (Roy, 1988; Roy, 1995; Roy, 1997a; Roy & Andrews, 1991, 1999)*), de King (*Imogene King's Theory of Goal Attainment (Gonot, 1989; Sieloff, 2006)*), d'Orem (*Orem's Self-Care Deficit Theory (Orem, 1987, 1995, 2006)*) et de Johnson (*Johnson's Behaviour Systems Model (Johnson, 1990)*) (Holden, 2005; Paley, 2007; Pepin et al., 2010). Dans l'ensemble, les travaux de ces théoriciennes contribuent à une conception renouvelée du monde dans lequel l'infirmière intervient. Toutefois, la théorie des systèmes a connu plusieurs développements et diverses formes de pensée systémique se sont succédées au courant du siècle dernier, certaines avec des orientations fort différentes (Checkland, 1981; Morin, 2005). En particulier, les approches systémiques cybernétiques desquelles se sont généralement inspirées les théoriciennes reposent sur une conception relativement *fermée* des systèmes (Paley, 2007). Dans un autre ordre d'idées, l'approche systémique de la complexité propose de concevoir les systèmes comme étant résolument *ouverts* (Checkland, 1981), donc imprévisibles et changeants. Vu de la sorte, ce ne serait donc pas que le monde complexe de la pratique qui est à considérer, mais la complexité de la pratique, en soi, comme système résolument ouvert. L'approche systémique de la complexité pose alors la question centrale de *l'agir complexe*.

Partant de ces constats, l'objectif de cet article est de proposer une modélisation systémique de la pratique infirmière à partir d'une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières et d'un cadre théorique qui permet de réfléchir l'agir complexe. Il s'agit de s'appuyer sur les écrits de théoriciennes infirmières pour contribuer au développement de la théorie de la pratique en sciences infirmières.

Appréhender la complexité de la pratique infirmière

Un intérêt croissant pour la complexité marque le XX^e siècle. On s'intéresse aux mécanismes qui créent et qui entretiennent la complexité, de même qu'aux méthodes permettant de la décrire, de l'analyser et de la comprendre (Simon, 2004). C'est ainsi que, suivant la trace de quelques grands pionniers et penseurs de la science des systèmes comme Giambattista Vico, Léonard de Vinci, Paul Valéry, Gaston Bachelard, Ludwig Von Bertalanffy et Edgar Morin, Jean-Louis Le Moigne s'attarde depuis une quarantaine d'années à développer des réflexions et à forger des concepts nous aidant à former nos intelligences de la complexité des systèmes (Genelot, 2011). Ce dernier est un auteur clé de la pensée systémique complexe fondée sur la notion de systèmes ouverts. De plus, il propose la méthode de la modélisation des systèmes complexes (Le Moigne, 1995, 1999, 2006) pour réfléchir et concevoir l'agir complexe. Cette méthode constitue notre point d'ancrage théorique pour définir et concevoir la pratique infirmière.

Pour Le Moigne (1995, 1999, 2006), la complexité se caractérise comme suit. Il s'agit d'un ensemble d'éléments et d'événements qui sont en relation à travers des actions, qui sont organisés en fonction de finalités et qui se transforment dans l'espace et le temps. Ce faisant, la complexité comporte, à la fois, des processus émergents, indéterminés et irréductibles, qui donnent lieu à des changements (Le Moigne, 2006; Morin, 2005; Rosnay, 1975; Simon, 2004). La complexité est une propriété qui est attribuée par des acteurs à propos de phénomènes qu'ils se représentent comme étant complexes (Le Moigne, 2006). Il s'agit donc, en quelque sorte, d'une lentille pour appréhender les phénomènes et notre monde vécu. C'est dans cette optique que Le Moigne (2006) propose un modèle à base de cinq composantes pour appréhender la complexité. L'alliance de ces cinq composantes représente un système qui est suffisamment formalisé pour être communicable et intelligible (Le Moigne, 2006). Les cinq composantes du modèle sont la structure, les activités, les finalités, l'environnement et l'évolution. Voici une brève description de chacune d'elles.

La première composante du modèle proposé par Le Moigne est la **structure**. Elle réfère aux éléments en interaction qui constituent le système et qui contribuent à son organisation. Plus particulièrement, il s'agit des acteurs vivants et non-vivants, tels les intervenants d'une équipe, ou encore, des propriétés inhérentes aux acteurs comme leurs savoirs, leurs valeurs, leurs outils de travail ou de communication. Les **activités** représentent l'aspect fonctionnel du système, lequel constitue le champ des actions et des processus. Les **finalités** renvoient aux intentionnalités du système et de ses acteurs. Elles correspondent, par exemple, aux projets qui mobilisent les acteurs, qui à leur tour, se transforment et contribuent à l'organisation du système. Ce faisant, le fonctionnement du système et son organisation sont intimement liés aux finalités poursuivies. Un système complexe étant ouvert, il importe également de réfléchir ses interactions avec son **environnement**, qui correspond à l'espace à l'intérieur duquel le système s'organise, fonctionne et se transforme. L'**évolution**, la dernière composante du modèle de Le Moigne, nous invite à considérer la trajectoire développementale des phénomènes complexes et la dimension temporelle des transformations émergentes et organisatrices du système. L'environnement et l'évolution constituent la dimension spatio-temporelle dans laquelle le système change et produit du changement.

La Figure 1 (p. 30) présente ces cinq repères que nous retenons pour appréhender la pratique infirmière en tant que système complexe. La pratique est donc ici définie comme un système qui comporte des acteurs vivants et non-vivants en interaction, qui poursuit des actions et processus selon des finalités, et qui s'organise, évolue et se transforme à travers un environnement. Dans ce qui suit, nous présentons la méthode que nous avons employée pour produire une modélisation systémique permettant de réfléchir l'agir complexe de la pratique infirmière.

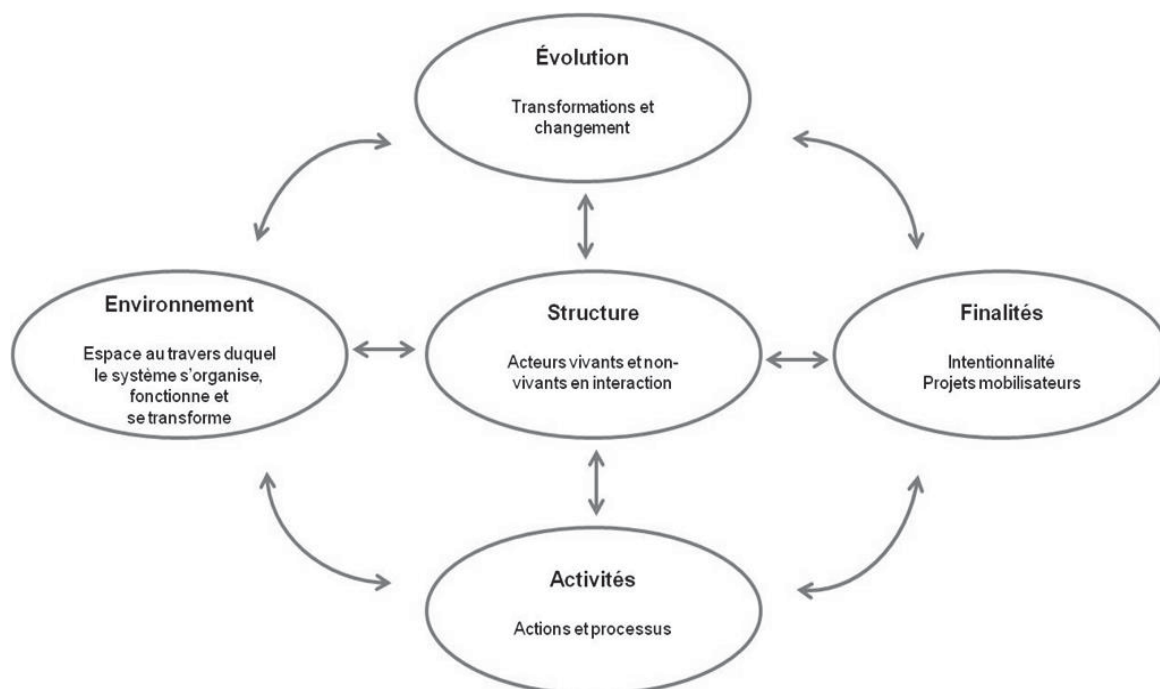


Figure 1. La pratique infirmière comme système complexe, selon les composantes du modèle de Le Moigne (2006).

Méthode

Ayant situé notre horizon théorique, nous avons procédé à une synthèse systématique des écrits portant sur les conceptions de théoriciennes infirmières au regard de la notion de *pratique infirmière*. Précisons ici que l'appellation « théoriciennes infirmières » correspond à la fois aux auteures qui ont contribué à l'élaboration du métaparadigme infirmier (les méta-théoriciennes), de même qu'à celles dont les travaux ont porté sur les concepts centraux de la discipline. Il s'agit donc de prendre appui sur ces écrits afin de contribuer au dialogue contemporain portant sur la théorie de la pratique infirmière.

Nous avons retenu une approche de synthèse des écrits qui privilégie le recours à un cadre théorique ou un modèle désigné a priori. Cette approche permet d'aiguiser la capacité interprétative en cours d'analyse (Mays, Pope, & Popay, 2005; Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2005). Un cadre présélectionné sert ainsi de repère pour

mettre en relation des éléments des écrits répertoriés et pour identifier des hypothèses de même que des pistes de réflexion et de développement théorique à poursuivre concernant le sujet à l'étude (Becker, 2001). Dans cet article, le modèle présenté à la Figure 1 constitue le point de repère permettant d'organiser la recension et l'analyse des écrits portant sur les conceptions de la pratique en sciences infirmières.

En particulier, des questions ont été formulées à partir des composantes du modèle de Le Moigne (2006) afin de guider notre démarche. Tel que l'indique le Tableau 1 (p. 32), une question a été formulée pour chaque composante du modèle et chaque écrit retenu pour cette recension a été examiné à la lumière de ces questions. En ce qui a trait à la *dimension structurelle* du système, il s'agissait d'identifier les acteurs vivants et non-vivants constitutifs de la pratique infirmière, selon leurs attributs. La dimension fonctionnelle, soit les *activités*, a permis de cerner les actions et processus de la pratique infirmière. Toujours selon les propos des théoriciennes en sciences infirmières, les *finalités* ont été examinées en termes d'intentions et de projets poursuivis à travers la pratique infirmière. L'*environnement* renvoie généralement aux contextes particuliers dans lesquels la pratique se déroule. Enfin, les éléments nous renseignant sur la capacité évolutive et transformationnelle de la pratique infirmière dans le temps ont été répertoriés sous la rubrique intitulée *évolution*. Ces questions ont permis l'organisation du contenu en vue de produire une modélisation systémique de la pratique infirmière comme agir complexe.

Tableau 1

Formulation de questions à partir des composantes du modèle de Le Moigne (2006)

| Composantes du modèle | Questions systémiques |
|------------------------------|---|
| Structure | Quels sont les éléments constitutifs de la pratique infirmière, en tant que système? Quels sont les acteurs vivants et non-vivants, quels sont leurs attributs? |
| Activités | Quelles sont les activités qui précisent le fonctionnement de la pratique infirmière? |
| Finalités | Quelles sont les projets et intentions poursuivis par les acteurs ou le système? |
| Environnement | Comment qualifier le contexte dans lequel se déroule la pratique infirmière? |
| Évolution | Quels éléments nous renseignent sur la capacité évolutive et transformationnelle de la pratique infirmière dans le temps? |

La Figure 2 (page 34) retrace le processus d'identification de documents ayant servi à cette recension. Premièrement, de récentes monographies utilisées en pédagogie en sciences infirmières et décrivant les travaux les plus marquants de théoriciennes de la discipline ont été consultées (par exemple: Chinn & Kramer, 2004, 2008; Kim & Kollak, 2006; McEwen & Wills, 2002; Meleis, 2007; Parker, 2006; Pepin et al., 2010; Tomey & Alligood, 2006). Deuxièmement, les bases de données Medline, Pubmed et CINAHL ont été explorées. La combinaison des mots-clés suivants, apparaissant dans les titres des articles publiés au cours des 50 dernières années (1960-2011), s'est avérée la plus productive: *nursing practice*, *nursing theory*, *nursing discipline*, *praxis+nursing*, *caring+nursing*. Ce parcours des bases de données a permis de recenser près de 6000 articles. Des critères de sélection ont ensuite été utilisés afin de cibler les documents à retenir : 1) les textes sélectionnés devaient offrir une définition claire de la pratique infirmière, proposer une conceptualisation de la pratique infirmière ou identifier des dimensions ainsi que des concepts à partir desquels elle est théorisée; et 2) lorsqu'un concept ou une idée avait changé à travers le temps, nous retenions que les propos les plus contemporains. Un critère d'exclusion a également été appliqué: les textes faisant principalement état d'une critique à l'égard de la contribution d'une théoricienne

infirmière ou d'une conception de la pratique, plutôt qu'une proposition, ont été exclus. Troisièmement, les listes de références des textes retenus furent examinées pour y repérer des documents supplémentaires correspondant aux critères de sélection. Enfin, une experte détenant une connaissance approfondie des théories en sciences infirmières a complété et validé la liste de références, ce qui a contribué à assurer l'exhaustivité des ouvrages portant sur la théorie de la pratique infirmière.

Ainsi, seuls des textes de nature théorique ont été retenus. À cet égard, il importe de préciser que nous avons pris appui sur la définition de Watson (1985) quant au concept de théorie : « une théorie est un regroupement imaginatif de savoirs, d'idées et d'expériences qui sont représentés symboliquement et qui visent à élucider un phénomène donné » (p. 1, traduction libre). Sachant que plusieurs théoriciennes en sciences infirmières n'ont pas nécessairement utilisé une démarche scientifique pour développer leurs théories (Cull-Wilby & Pepin, 1987), nos critères de sélection ont permis de composer avec des textes comportant une pluralité des modes de développement de savoirs en sciences infirmières.

Au total, 125 textes furent retenus, résumés, puis classés à l'aide d'une base de données bibliographique *Endnote*. Chaque texte a fait l'objet d'une analyse thématique, laquelle constitue la technique la plus courante pour extraire le sens d'un ensemble de contenu narratif (Mays et al., 2005). Les questions formulées à partir du modèle de Le Moigne (2006) (Tableau 1) ont permis d'organiser le matériel en huit thèmes qui distinguent les principales dimensions à partir desquelles les théoriciennes infirmières élaborent leur conception de la pratique.

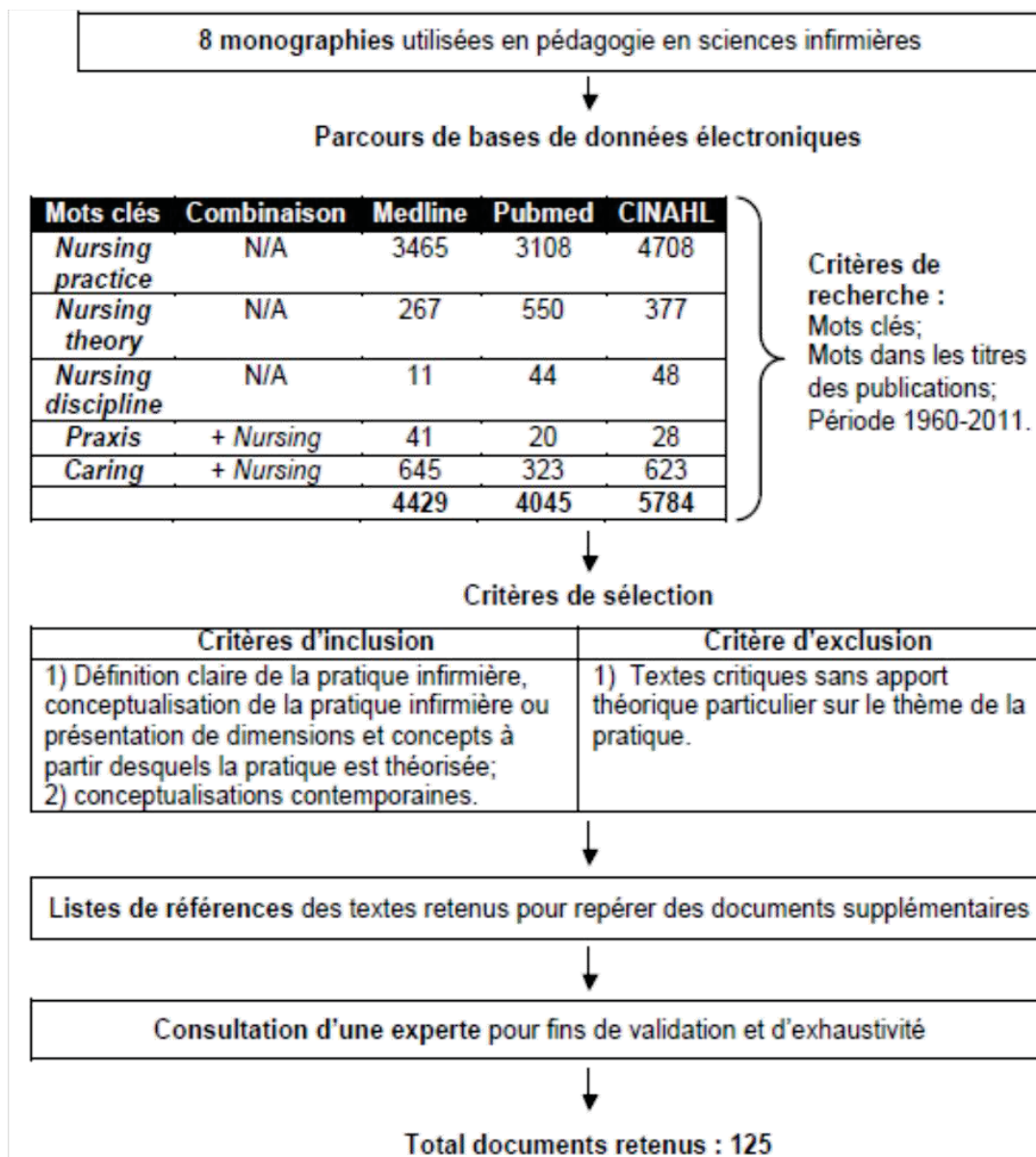


Figure 2. Recension des écrits : méthode.

Résultats

Le concept de pratique en sciences infirmières

Le Tableau 2 (p. 36) présente les huit thèmes issus de la recension systématique des écrits, où chacun correspond à une composante du modèle de Le Moigne (2006). À terme, nous avons jugé pertinent de retenir les quatre concepts centraux du métaparadigme infirmier, puisqu'ils précisent les caractéristiques de la discipline (Fawcett, 1984; Flaskerud & Halloran, 1980), orientent nos activités de développement de savoirs et guident la pratique (Donaldson & Crowley, 1978; Kérouac, Pepin, Ducharme, & Major, 2003; Pepin et al., 2010; Thorne et al., 1998). Ces thèmes renvoient plus particulièrement au soin, à la personne, à l'environnement et à la santé. À ceux-ci s'ajoutent les thèmes de l'identité, des savoirs, de l'idéal moral humaniste de la pratique infirmière et de la réflexivité.

Dans ce qui suit, chaque thème est élaboré en relation avec une composante du modèle de Le Moigne (2006). Bien qu'un thème puisse alimenter la réflexion à propos de plus d'une composante, l'agencement proposé procède des réponses formulées aux questions systémiques présentées précédemment. Ce faisant, puisque les thèmes sont intimement liés les uns aux autres, leur mise en relation comporte un potentiel d'élargissement de notre réflexion à l'égard des conceptions de la pratique en sciences infirmières.

Tableau 2

Agencement des thèmes aux composantes du modèle de Le Moigne (2006)

| Composantes du modèle | Thèmes issus de l'analyse thématique | Éléments de définition pour chaque composante du modèle |
|-----------------------|--------------------------------------|---|
| Structure | Personne Savoirs Identité | Éléments en interaction qui constituent le système et qui contribuent à son organisation. Acteurs vivants et non-vivants. |
| Activités | Soin | Aspect fonctionnel du système. Actions et processus. |
| Finalités | Santé Idéal moral humaniste | Intentionnalité du système et de ses acteurs. Projets qui mobilisent les acteurs, qui à leur tour, se transforment et contribuent à l'organisation du système. |
| Environnement | Environnement* | Espace au travers duquel le système fonctionne et se transforme. |
| Évolution | Réflexivité | Dimension temporelle du système. Trajectoire des transformations émergentes et organisatrices du système. |

* Le terme prend ici une signification différente de ce qui est généralement entendu par les théoriciennes infirmières.

La structure du système

La composante de la structure inclut trois thèmes, soit la personne, l'identité infirmière et les savoirs. Le premier thème renvoie aux acteurs vivants avec lesquels l'infirmière est en interaction dans sa pratique; tandis que les deux autres thèmes réfèrent à des éléments non-vivants qui composent la structure d'un système.

Dans la littérature recensée, le premier thème, celui de **la personne**, représente autant l'individu et la famille que le groupe et la communauté (Kérouac et al., 2003; Leininger, 1988; Paterson & Zderad, 1988). Ces derniers, toutefois, figurent comme des cibles plus marginales des interventions infirmières (Meleis, 1997). Par ailleurs, selon les conceptions de la pratique de théoriciennes, la personne possède des attributs différents. Des théoriciennes vont la décrire comme un être pan-dimensionnel unique, en croissance continue (Boykin & Schoenhofer, 2001a; Parse, 2006). D'autres la

présenteront comme un être détenant un pouvoir d'agir et un potentiel illimité de s'adapter aux expériences de santé et de maladie, d'interagir et de se transformer en relation avec son environnement (par exemple: Leininger, 2006; Orem, 2006; Peplau, 1988; Rogers, 1990; Roy & Zhan, 2006; Watson, 2006).

En tant qu'élément non-vivant, mais distinctif de la structure de la pratique, le thème de **l'identité infirmière** est traité, soit directement ou indirectement, lorsque les théoriciennes conceptualisent le soin. Cette identité, en tant que soignante et accompagnante (Collière, 2001; Saillant, 2000; Warnet, 2007), non seulement façonne l'infirmière comme personne, mais introduit des frontières qui structurent la pratique. Bien que cette propriété identitaire ne soit pas exclusive aux infirmières, qui partagent l'univers des soins avec d'autres professionnels, elle incorpore un ensemble de valeurs, de normes professionnelles et légales, et de standards éthiques qui leur permettent de se distinguer au plan professionnel (Cohen, 1981) et de contribuer à leur mandat social (Öhlén & Segesten, 1998). En somme, l'identité infirmière, principalement décrite à travers un ensemble de dimensions personnelles, interpersonnelles et sociohistoriques (Saillant, 2000), est le fruit d'un ensemble de dispositifs et de conventions qui structurent la pratique et qui servent de repères aux infirmières pour concevoir leur champ d'action et de compétences.

Outre ces dispositifs liés à l'identité infirmière, les théoriciennes rendent également compte d'une diversité de modes de développement et d'application des **savoirs** pour guider la pratique (Pepin et al., 2010). À l'instar des propos des théoriciens de la sociologie de la traduction (Akrich, 1987, 1989; Callon, 1986; Callon & Latour, 1981), les savoirs, en tant qu'objets techniques non-vivants, constituent un ensemble de théories et de représentations qui conjuguent des entités, qui mobilisent des échanges entre des acteurs et qui donnent une cohérence à l'action (Akrich, Callon, & Latour, 2006). Les savoirs, sous leurs diverses formes, constituent ainsi des dimensions essentielles structurant la pratique infirmière comme système complexe. Les savoirs personnels, esthétiques, éthiques et empiriques (Carper, 1978) figurent parmi les plus discutés dans la littérature infirmière. D'autres auteurs (Chinn & Kramer, 2008;

Leininger, 2006; White, 1995) reconnaissent aussi la contribution des savoirs socioculturels, politiques et émancipatoires. Les travaux de Carper (1978), de Benner (1984, 2000) ainsi que de Chinn et Kramer (2004, 2008, 2011) soulignent avec éloquence la diversité et les alliances de savoirs possibles pour soutenir l'avancement de la discipline infirmière. Les méthodes et les théories à partir desquelles élaborer les connaissances pour la pratique sont des sujets récurrents des écrits recensés (Chinn & Kramer, 2008; Johnson & Ratner, 1997). Ces savoirs divers, interconnectés, permettent de structurer notre pratique.

Les activités

La composante des activités réfère à l'aspect fonctionnel d'un système, aux modalités d'action, donc aux interventions ainsi qu'aux processus. En sciences infirmières, cela se traduit essentiellement par le thème du **soin**, qu'il soit abordé à travers les domaines de l'intervention clinique, de la formation, de la gestion ou de la recherche (Pepin et al., 2010). Il s'agit du sujet le plus discuté dans les écrits recensés. Le soin est présenté comme l'action fondamentale des infirmières dans les conceptions de la pratique de nombreuses théoriciennes (par exemple: Benner & Wrubel, 1989; Bishop & Scudder, 1991; Blondeau, 2002; Chinn & Kramer, 2004; Dallaire, 2008; Held, 2006; Leininger, 1988; Meleis, 2007; Orem, 1987; Spichiger, Wallhagen, & Benner, 2005; Watson, 1985), mais aussi comme une tradition essentielle de la discipline (Collière, 2001; Spichiger et al., 2005). Sa généalogie, qui prend forme à travers les écoles de pensée infirmière (Pepin et al., 2010), comporte une diversité de définitions. Peu importe le prisme à travers lequel il est étudié, le soin se positionne comme la raison d'être de la pratique infirmière (Meleis, 2007), son activité première (Benner & Wrubel, 1989). Des auteurs conçoivent le soin comme une action humaine et relationnelle, à travers laquelle se transforment l'infirmière et le patient (Cara, O'Reilly, & Kérouac, 2004; Meleis & Trangenstein, 1994; Watson, 1988, 2006). Que les théoriciennes infirmières conçoivent l'activité de soin comme étant centrée sur l'assistance à l'Autre ou en tant que fonction d'accompagnement, que celle-ci mette plus ou moins d'emphase sur le développement de l'autonomie de la personne, l'accomplissement de ses besoins

fondamentaux ou encore le renforcement de ses capacités d'adaptation (par exemple: Bishop & Scudder, 1991; Henderson, 1964; Orem, 1995; Peplau, 1988; Roy & Andrews, 1991, 1999; Roy & Zhan, 2006), elle a généralement pour principales cibles l'individu et la famille (Adam, 1991). Le soin, tout comme l'aspect fonctionnel du système complexe, n'est pas que technique. Sous cet angle, la pratique infirmière ne se résume pas qu'à un ensemble d'activités, mais recèle toutes les dimensions que représente le système de Le Moigne.

Les finalités

La composante des finalités de la pratique comme système complexe comporte ici deux thèmes, soit la santé et l'idéal moral humaniste.

La **santé** est résolument abordée de manière multidimensionnelle par les théoriciennes en sciences infirmières, à travers son caractère biophysique, comportemental, psychologique, social, culturel, spirituel ou environnemental (par exemple: Boykin & Schoenhofer, 2001a; Henderson, 1964; Orem, 2006; Parse, 2003, 2006; Rogers, 1983; Roy & Zhan, 2006; Watson, 2006). Elle constitue depuis déjà plus d'un siècle l'une des finalités de la pratique infirmière (Gottlieb & Rowat, 1987; Nightingale, 1859/1969). La santé est fréquemment conçue à partir d'une lentille médicale et comportementale, mais des auteurs en sciences infirmières (Doane & Varcoe, 2004) utilisent aussi une approche socio-environnementale et politique, qui tient compte de la relation de la santé aux environnements dans lesquels vivent et évoluent les acteurs. La santé, souvent élaborée au travers du concept de soin par les théoriciennes infirmières, réfère aussi à une composante centrale de certaines conceptions de la pratique (Allen, 1983); un projet autour duquel les infirmières se mobilisent.

Un **idéal moral humaniste** est également mis en évidence comme finalité de la pratique infirmière. Cette finalité de la pratique est aussi fréquemment élaborée en relation avec le thème du soin, soit l'activité à travers laquelle les infirmières contribuent à faire *le bien* dans la société (par exemple: Benner, 1984; Bishop & Scudder, 1991;

Cara, 2003; Chinn & Kramer, 2004; Condon, 1992; Newman, 1991; Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991; Spichiger et al., 2005; Watson, 1985, 1988, 1990). Pour certains auteurs (Bishop & Scudder, 1991, 2001; Saint-Arnaud, 2009), le champ de la moralité est inhérent à la pratique infirmière, puisque celle-ci implique l'obligation morale des infirmières de répondre aux besoins et de favoriser le bien-être de la personne. Les travaux de Benner (1984) élaborent autour de cette prémisse et insistent sur le caractère indissociable de la moralité à la compétence infirmière, qui modèle et structure la capacité d'agir et d'être en relation des acteurs dans la pratique. L'idéal moral dont il est question s'inspire d'un ensemble de principes d'action et de valeurs humanistes (Leininger, 2006; Parse, 2003, 2006; Watson, 2006), telles que la reconnaissance du potentiel de la personne et le respect de la dignité humaine (Cara & Duquette, 2000; Cara & O'Reilly, 2008; Fagermoen, 1997), qui sont, pour des auteurs (Cara & O'Reilly, 2008; Watson, 2007), le reflet d'une pratique empreinte d'amour et de bonté. Le développement d'une éthique du *caring* (Bishop & Scudder, 2001; Saint-Arnaud, 2009), à laquelle réfèrent de plus en plus d'auteurs en sciences infirmières, est un exemple de la manière dont cet idéal moral humaniste guide les infirmières dans leur pratique.

L'environnement

L'**environnement**, composante essentielle d'un système, est un thème central à plusieurs conceptions de la pratique infirmière (Meleis, 2007). À ce jour, il est principalement décrit comme un ensemble de facteurs qui influencent la personne, comme le contexte de soins, ou encore, comme l'environnement immédiat du patient (par exemple: Boykin & Schoenhofer, 2001a; Leininger, 2006; Orem, 2006; Paterson & Zderad, 1988; Roy & Zhan, 2006). Des propositions plus dynamiques sont aussi élaborées par certaines théoriciennes, qui utilisent les concepts abstraits de champ d'énergie (Rogers, 1983, 1990) et de *patterns* co-constitutifs (Parse, 2003, 2006) pour le concevoir. Plusieurs théoriciennes reconnaissent que la personne est en interaction continue avec son environnement, particulièrement celles dont les travaux ont été influencés par la théorie des systèmes de Bertalanffy (1993) (par exemple: Gonot, 1989; Johnson, 1974, 1990; Neuman, 1995; Orem, 1987, 2006; Rogers, 1970, 1980, 1986,

1990; Roy, 1988; Roy & Zhan, 2006; Sieloff, 2006). Ce qui caractérise les propos des théoriciennes infirmières, c'est principalement que l'environnement «entoure» la personne (Helvie, 1998; Kleffel, 1991, 1996). Toutefois, la pratique infirmière conçue à partir d'une approche systémique situe l'agir dans/avec un environnement ouvert. L'environnement est ainsi considéré en tant qu'élément constitutif de la pratique infirmière. De cette manière, l'environnement comme concept central rend une signification différente.

L'évolution

L'évolution du système, sa transformation qui prend forme dans l'interaction dynamique entre ses différentes composantes, renvoie ici à la **réflexivité**. Cette composante est abordée par un nombre important de théoriciennes, notamment au travers de la dimension relationnelle de la pratique infirmière et de la notion de praxis.

La dimension relationnelle de la pratique, soit la relation infirmière-personne, est certainement au cœur des préoccupations de théoriciennes en sciences infirmières depuis plusieurs décennies (Tomey & Alligood, 2006). Les écrits de Peplau (1952) ou encore ceux d'Orlando (1961) en sont des exemples éloquentes. Dans le sillage de ces pionnières, la pratique est présentée comme une rencontre interpersonnelle entre l'infirmière et le patient (par exemple: Boykin & Schoenhofer, 2001a; Leininger, 1988; Watson, 1985; Watson, 1988, 1997, 2001). L'engagement de l'infirmière auprès de la personne soignée, que ce soit au plan moral, spirituel ou social, ainsi que la relation thérapeutique d'aide, sont ainsi abondamment abordés. Par ailleurs, il est désormais généralement admis que cette relation infirmière-patient comporte un potentiel émancipatoire de transformation mutuelle des acteurs (par exemple: Benner, 1984; Cara, 2003; Cara & O'Reilly, 2008; Parse, 2003; Watson, 1985, 2006). Ce processus exige pour les infirmières de développer leur capacité réflexive, soit une conscience de soi et de l'Autre (Benner, 1994; Parse, 2003; Watson, 2006), pour entrer en relation et cultiver cet espace relationnel. Dans un autre ordre d'idées, selon divers auteurs en sciences infirmières (par exemple: D'Amour, 2002; Gottlieb & Feeley, 2007; Jonsdottir,

Litchfield, & Pharris, 2004; Litchfield & Jonsdottir, 2008), la dimension relationnelle de la pratique prend forme dans la collaboration qu'il importe de créer, maintenir et renforcer entre les acteurs des différentes professions évoluant autour des personnes, familles ou communautés. De tels liens supposent des actions orientées vers un but commun et sont généralement conçus comme des avenues privilégiées pour assurer la qualité, la continuité et l'efficacité des pratiques dans le système de santé actuel (D'Amour, 2002). À travers ces liens entre les acteurs, c'est toutefois l'ensemble du système qui s'inscrit dans un processus réflexif de transformation. En particulier, l'espace de collaboration introduit des savoirs de divers acteurs, lesquels savoirs se transforment et transforment les pratiques (Andrew, Tolson, & Ferguson, 2008).

En ce qui a trait à la notion de praxis, un nombre grandissant de théoriciennes infirmières invoquent ce concept pour réfléchir la conjugaison, l'intégration et la co-construction de savoirs théoriques, du savoir-faire et du savoir-être au cœur de la pratique infirmière (Cara et al., 2004; Kim, 1999; Thorne & Hayes, 1997). L'alliance entre la théorie, la pratique et l'art du soin (par exemple: Connor, 1998, 2004; Doane & Varcoe, 2004; Johnson & Ratner, 1997; Kilpatrick, 2008; Penney & Warelow, 1999; Rolfe, 1993, 2005; Thorne & Hayes, 1997) interpelle ainsi des processus réflexifs qui permettent le partage, le développement de nouveaux savoirs et la transformation de la pratique infirmière (Penney & Warelow, 1999). Retenons ici que la praxis met de l'avant une épistémologie qui reconnaît la valeur des différentes formes de savoirs pour orienter la pratique infirmière (Kilpatrick, 2008; Tarlier, 2004). Elle permet de dépasser une conception dualiste de la pratique infirmière en tant qu'art ou science (Bishop & Scudder, 1991) afin de réfléchir, plutôt, à l'interface et aux relations entre la théorie et la pratique. La réflexivité, thème fédérateur de la composante de l'évolution, revêt un potentiel particulier pour aborder la transformation de la pratique infirmière comme système complexe et pour appréhender le changement.

La Figure 3 (p. 43) illustre l'agencement des huit thèmes aux composantes du modèle de Le Moigne (2006). Il est à noter que le modèle produit ne constitue pas, en soi, une représentation fixe ou finie (Le Moigne, 1999). Il s'agit plutôt d'un outil pour

organiser nos connaissances et réfléchir à la question de l’agir complexe de la pratique infirmière. La pratique infirmière est représentée par l’ensemble des composantes en interaction. Les dimensions de la pratique étant inter-reliées, le fonctionnement de la pratique et ses acteurs, les environnements actifs dans lesquels elle s’exerce et les projets par rapport auxquels elle est identifiable sont tenus pour inséparables au système. Cela met en exergue l’aspect constitutif des composantes de la pratique infirmière conçue comme système complexe.

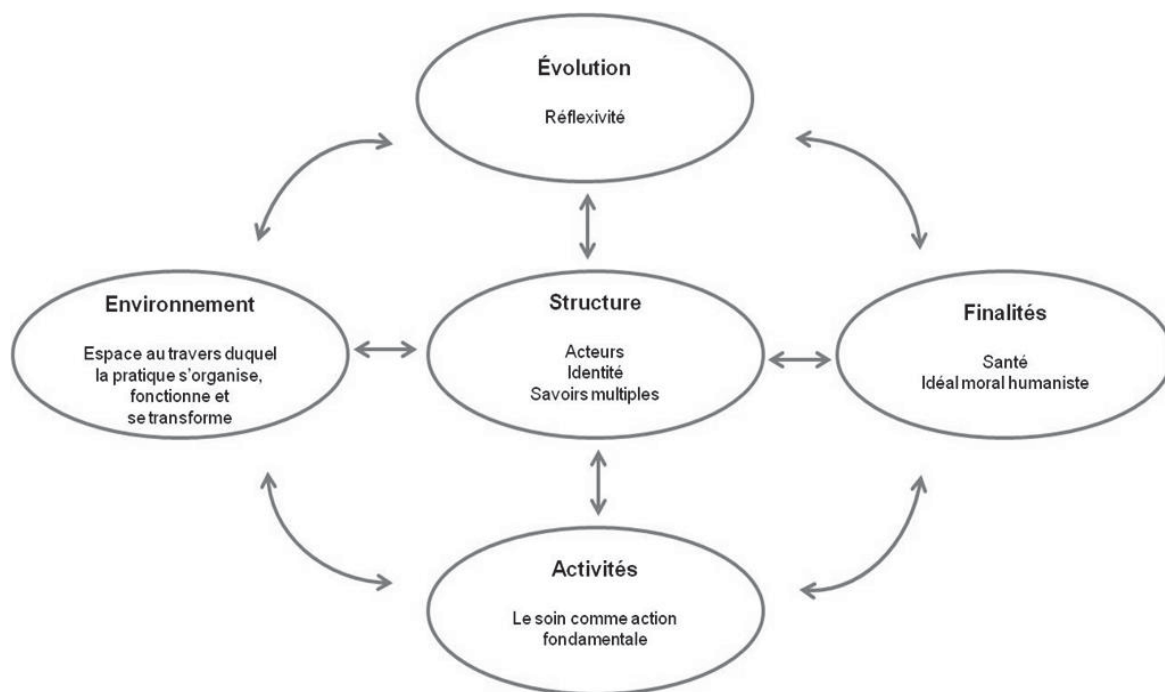


Figure 3. Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe.

Discussion

L’analyse thématique des écrits, réalisée à l’aide du modèle de Le Moigne (2006), a permis de proposer un cadre systémique pour réfléchir l’agir complexe de la pratique infirmière. Dans ce qui suit, nous présentons cinq contributions qui méritent d’être soulignées.

Premièrement, comme bon nombre de théoriciennes infirmières, ce cadre systémique situe le soin en tant qu'activité fondamentale de la pratique infirmière. Il n'en demeure pas moins qu'il ne s'agit pas de l'unique dimension de la pratique infirmière. Ce n'est que l'une de cinq dimensions à partir desquelles réfléchir et composer avec la complexité. La pratique ne se limite donc pas à sa dimension fonctionnelle, bien que celle-ci en soit une composante essentielle.

Deuxièmement, le modèle systémique nous invite à reconnaître la diversité d'acteurs et de savoirs qui structurent la pratique infirmière, ce qui n'est pas sans conséquences sur la poursuite du développement de théories sur notre pratique. Les acteurs incluent tant les bénéficiaires de soins et leur famille que les infirmières et les autres personnes ou collectifs avec lesquels elles collaborent. Ceci dit, la mise en évidence de l'élargissement du réseau d'acteurs au cœur de la pratique infirmière permet d'entrevoir l'élargissement du réseau de savoirs qui structurent la pratique, par le biais de la contribution des divers acteurs en présence. L'approche systémique nous invite ainsi à concevoir les acteurs, tant les infirmières que les personnes avec lesquelles elles interagissent, non seulement comme des sujets agissants, mais aussi comme des sujets pensants et connaissants (Le Moigne, 1995), lesquels constituent, en retour, une ressource inestimable pour réfléchir la pratique. Il s'agit de sources de savoirs complémentaires aux savoirs développés par les chercheuses et théoriciennes infirmières. Vue de la sorte, le modèle systémique proposé ici soutient une plus grande implication d'une diversité d'acteurs dans les processus de développement de savoirs. Des approches de recherche qualitatives, narratives et participatives (Hawe, Bond, & Butler, 2009; Riley & Hawe, 2005), faisant davantage de place aux différents points de vue dans les processus de développement des savoirs, s'avèrent donc des avenues plus que légitimes et prometteuses pour contribuer au développement de théories de la pratique infirmière (par exemple: Benner & Wrubel, 1989; Johnson & Ratner, 1997; Litchfield & Jonsdottir, 2008; Rolfe, 1993; Thorne & Hayes, 1997). En somme, une modélisation systémique de la pratique infirmière, comme repère au développement de savoirs, comporte le potentiel de faire émerger la richesse de la diversité des

perspectives et des points de vue des acteurs afin d'enrichir notre compréhension de l'agir dans la complexité (Riley & Hawe, 2005).

Troisièmement, la composante des finalités nous invite à reconnaître l'intentionnalité de la pratique conçue comme système, qui selon Morin (2005), ne peut être complètement prévisible ou contrôlable. Elle nous convie, en particulier, à considérer l'intentionnalité des acteurs, soit les projets qu'ils poursuivent et qui façonnent leur pratique (Le Moigne, 1995, 1999, 2006), de telle sorte que celle-ci n'est ni neutre, ni dénuée de sens (Morin, 2005). À partir de cette conception, on peut soutenir, par exemple, que la pratique est portée par des acteurs stratégiques dotés d'intentions, d'intérêts et de projets, qui, de surcroît, peuvent être divergents (Crozier & Friedberg, 1977). Une telle perspective peut alors servir de fondement à une vision plus politique de la pratique infirmière (O'Neill, Gagnon, & Dallaire, 2006).

Quatrièmement, ce cadre systémique pour réfléchir l'agir complexe nous invite à reconnaître l'environnement comme un élément *constitutif* de la pratique infirmière (Le Moigne, 1999). Il s'agit de concevoir l'environnement comme une dimension qui informe, transforme et est transformée par la pratique, plutôt que de le situer comme un déterminant exogène de la pratique (Salazar & Primomo, 1994). Plusieurs théoriciennes en sciences infirmières abordent le concept central d'environnement et certaines (par exemple: Parse, 2003, 2006; Rogers, 1983, 1990) proposent même de le concevoir de manière dynamique. Toutefois, tel que précisé plus tôt, les concepts à partir desquels elles élaborent cette dimension de l'environnement demeurent plus ou moins élaborés (Parker, 2006; Tomey & Alligood, 2006). Par ailleurs, la lentille systémique permet de dépasser les propos de théoriciennes infirmières qui soulignent l'interrelation continue, mutuelle et simultanée de la personne à son environnement (Laustsen, 2006), en rappelant que l'environnement n'est pas qu'en interaction dynamique avec des acteurs, mais qu'il est également en interrelation avec les acteurs non-vivants, les activités et les finalités de la pratique. À ce stade de notre analyse, nous sommes d'avis que le concept d'environnement en sciences infirmières est un aspect qui mérite véritablement une élaboration théorique plus poussée. À ce propos, il pourrait être pertinent de référer aux

théoriciens en sciences de l'environnement, en géographie, en design ou en architecture par exemple, pour concevoir l'action et l'agir dans un espace ouvert et ainsi élaborer davantage l'idée que la pratique infirmière est *modulée par et module* l'environnement.

Cinquièmement, la lentille systémique développe notre sensibilité à l'égard de l'aspect réflexif de la pratique infirmière. Toutefois, cette réflexivité ne se résume pas qu'à la réflexion dans l'action (Schön, 1983) et à la praxis, telle que souvent abordée par les théoriciennes infirmières (par exemple: Connor, 1998, 2004; Doane & Varcoe, 2004; Johnson & Ratner, 1997; Kilpatrick, 2008; Newman, 1990; Penney & Warelow, 1999; Rolfe, 1993, 2005). Tel que rapporté plus tôt, la modélisation proposée nous invite, en quelque sorte, à réfléchir la pratique comme un espace social et politique d'interactions, lequel comporte un potentiel de transformation. À cet égard, des théoriciens du social (par exemple: Akrich et al., 2006; Callon, 1986), ayant développé leur pensée sur ces processus transformateurs, devraient être davantage considérés dans l'élaboration de la théorie sur la pratique infirmière. De manière plus spécifique, la réflexivité renvoie à la nature changeante du monde dans lequel la pratique se déroule, de même qu'aux processus à partir desquels elle se transforme en transformant le monde. Les écrits de Giddens (1990) et de Beck (1994) sur la modernité réflexive ainsi que ceux de Morin (2005) sur la causalité récursive constituent des contributions significatives pour réfléchir la réflexivité inhérente de la pratique infirmière, c'est-à-dire, les processus à partir desquels les pratiques changent et produisent du changement.

Un dernier commentaire s'impose afin de mettre en perspective ces composantes et contributions potentielles de notre modélisation de l'agir complexe de la pratique infirmière. Comme nous l'avons déjà mentionné, une lentille systémique comporte un tissu d'interactions entre les éléments constitutifs d'un système (Le Moigne, 1999, 2006; Morin, 2005; Rosnay, 1975). Ceci nous permet de relier plutôt que de disjoindre chacun de ces éléments, et même, à travers leurs interactions, de faire émerger des qualités nouvelles du système. L'émergence est une propriété systémique qui semble offrir un riche potentiel pour la poursuite du développement de nos théories de la pratique infirmière. L'approche systémique adoptée ici n'est donc pas un outil d'analyse

(Rosnay, 1975) qui propose une série d'étapes particulières à suivre ou qui vise à expliquer un phénomène par l'étude de ses parties, pour en prédire les conséquences (Le Moigne, 1999; Morin, 2005; Rosnay, 1975). Ainsi, le modèle de Le Moigne (2006) et notre modélisation qui en résulte ne nous permettent pas de prétendre à une théorie «achevée» de la pratique infirmière. Les cinq composantes et contributions potentielles de notre modélisation pour appréhender l'agir complexe de la pratique infirmière ou son élaboration théorique ne doivent être considérées ni prescriptives, ni dogmatiques (Lerbet-Sereni, 2004). Il s'agit de repères qui soulèvent des questions et qui peuvent créer une ouverture sur l'émergence. À notre avis, les questions relatives à l'organisation, au fonctionnement ou à l'évolution de systèmes complexes, pour tenter de rendre plus intelligible et communicable sa complexité, développent notre sensibilité, voire notre acuité, pour la poursuite de l'élaboration théorique de la pratique infirmière.

Conclusion

Cet article propose une conception systémique de la pratique infirmière qui permet de l'appréhender dans sa complexité, tout particulièrement comme un agir complexe. Il s'agit d'une proposition qui situe la complexité non seulement au niveau du monde dans lequel pratique l'infirmière, mais au cœur même de sa pratique. Par ailleurs, l'analyse thématique des écrits de théoriciennes infirmières s'est avérée un point de départ intéressant à partir duquel réinterpréter, à la lumière du modèle systémique de Le Moigne (2006), les thèmes autour desquels elles élaborent leurs conceptions de la pratique. De surcroît, cela a permis d'apporter un nouvel éclairage à la complexité de la pratique infirmière, particulièrement à travers les liens qu'on peut établir entre les différentes composantes qui lui sont constitutives.

Partant de la modélisation proposée, il importe toutefois de poursuivre notre réflexion. En particulier, tout comme certains auteurs en sciences infirmières (Giuliano, Tyler-Viola, & Lopez, 2005; Hinshaw, 2000; Holmes, Perron, & O'Byrne, 2006; Roy, 1997b; Villarruel, Bishop, Simpson, Jemmott, & Fawcett, 2001), nous sommes d'avis qu'il importe d'élargir le répertoire des théories sociales auxquelles référer pour

conceptualiser plus finement la pratique infirmière et son agir complexe. Par exemple, la modélisation systémique proposée suggère que le soin, bien qu'une dimension essentielle de la pratique infirmière, gagnerait à être théorisé selon des dimensions structurelles, téléologiques et spatio-temporelles. Ceci permettrait de poursuivre l'élaboration de ses dimensions relationnelles, stratégiques, politiques et dynamiques. Enfin, la réflexivité de la pratique infirmière que souligne notre modélisation semble constituer une piste à partir de laquelle élaborer le sens du concept fondamental de l'environnement dans nos modèles, théories ou philosophies en sciences infirmières. L'environnement, abordé comme une composante *constitutive* de la pratique infirmière, trouve une résonance certaine avec des théories sociales qui élaborent la modernité réflexive (Beck, 1994; Giddens, 1990), ou encore, la causalité récursive des processus humains (Morin, 2005). Concevoir la pratique infirmière comme étant réflexive suggère à la fois qu'elle change et génère du changement. Cela crée inévitablement de la complexité, qui quoiqu'imprévisible, demeure intelligible grâce à la modélisation.

Questions de recherche

À la lumière de la problématique de recherche et du but posé au premier chapitre de la thèse, ainsi que du paradigme constructiviste et de la perspective systémique privilégiés pour appréhender la pratique infirmière, cinq questions de recherche ont été formulées. Chaque question se rapporte à une composante du modèle systémique de Le Moigne (2006), tel que représenté dans la Figure 2 (ci-bas). Notre étude visait donc à répondre aux questions suivantes :

- 1) Avec quels *acteurs* les infirmières agissent-elles dans leur pratique d'interface?
- 2) Par quels *processus* les infirmières contribuent-elles à la pratique d'interface?
- 3) Quelles sont les *finalités* de la pratique infirmière d'interface?
- 4) Dans quels *contextes* prend forme la pratique infirmière d'interface?
- 5) Comment la pratique infirmière d'interface *évolue-t-elle* dans le temps?

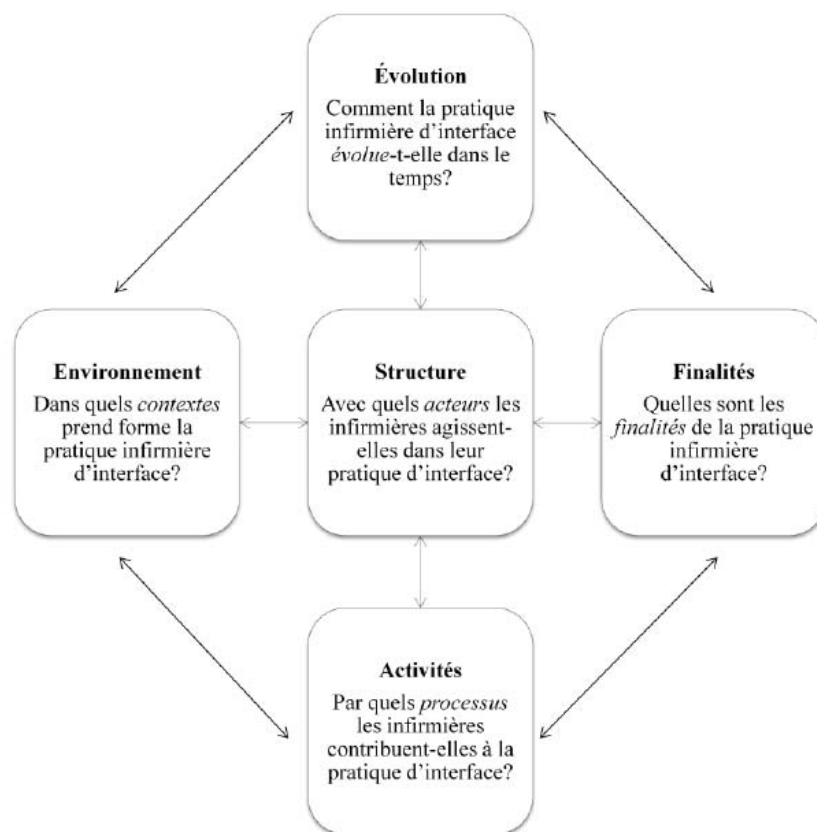


Figure 2. Questions de recherche pour appréhender la pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale.

Chapitre 3
Recension des écrits

Ce troisième chapitre porte sur l'état actuel des connaissances à propos de la pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale.

Méthode de recension des écrits

La recension des écrits a procédé selon un parcours de différentes bases de données en sciences infirmières, en santé publique, ainsi qu'en sciences sociales (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, MEDLINE, *Education Resource Information Center (ERIC)*, Repère, Santé publique, Erudit, PsychInfo, CAIRN, FRANCIS, *International bibliography of the social sciences*, *Sociological abstracts*, *social work abstracts*) entre les années 1986¹⁰ et 2013. Les critères qui ont déterminé le choix des articles retenus sont les suivants :

- 1) articles parus en langue française ou anglaise;
- 2) études empiriques qui portent sur une pratique infirmière d'interface ou qui font état de savoirs se rapportant (directement ou indirectement) aux acteurs, aux finalités, à l'environnement et/ou aux processus qui caractérisent l'agir complexe dans cet espace d'interconnexion qu'est l'interface;
- 3) écrits repérables au moyen de mots-clés reconnus ou de combinaisons de mots-clés suggérées par les thésaurus des bases de données consultées.

Les mots-clés auxquels nous avons référé (utilisés seuls puis combinés) pour guider nos recherches ont d'abord été choisis pour explorer le thème principal du projet : *nursing practice*, *interface*, *primary care/community interface*, *health care/community interface*, *systems interface*, *boundaries/boundary change*. Devant le peu d'articles scientifiques répertoriés en lien avec notre sujet, nous avons élargi le champ de recherche et inclu d'autres mots-clés qui allaient prendre en compte :

- le domaine d'action de cette pratique (*health promotion*, *primary care nursing*, *community health nursing*, *public health nursing*);

¹⁰ Notre point de départ est l'année « 1986 », laquelle correspond à l'année de parution de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) pour la promotion de la santé. Cette charte souligne l'importance d'actions collectives et de pratiques communautaires pour la santé des populations.

- les caractéristiques des populations visées (*social vulnerability, vulnerability, exclusion, vulnerable populations*);
- l'environnement en tant qu'espace d'action (*environment, healthy environment, milieu, place*);
- les modalités d'agir collectif pouvant résulter d'une pratique d'interface (*collective practice, intersectoral practice/action/work/collaboration, intersectoral health-related action, health care network*).

Des critères d'exclusion ont aussi été considérés. En premier lieu, compte tenu de notre intérêt de recherche à propos d'une pratique d'interface qui se déroule au-delà de frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles, les modalités d'agir collectif auxquelles nous référons dans cette recension des écrits se traduisent par des actions qui mènent à, ou s'inscrivent dans, des approches intersectorielles. En l'occurrence, nous ne référons pas à des pratiques de collaboration interprofessionnelle ou interdisciplinaire, car les agencements collectifs que supposent de telles pratiques se distinguent par leur contexte d'actualisation, leurs cibles d'action et les finalités qu'elles poursuivent (ces pratiques ne font pas intervenir des acteurs de secteurs d'intervention variés avec l'intention d'agir sur les déterminants de la santé pour réduire la vulnérabilité sociale et les inégalités de santé). Dans le même ordre d'idées, il n'est pas non plus question de pratiques professionnelles basées sur des modèles de navigation entre les services de santé avec pour objectifs l'amélioration de la continuité des soins, de la coordination de services ou de la performance organisationnelle (par exemple : la fonction d'infirmière pivot dans le contexte de réseaux de soins). En second lieu, il est à spécifier que des revues de littérature ainsi que d'autres types d'écrits (par exemple : des éditoriaux ou des textes d'opinion) existent en relation avec notre sujet de recherche, mais ils n'ont pas été retenus dans cette recension d'écrits, laquelle rend compte de recherches empiriques.

En combinant ces stratégies de recherche, environ 150 articles ont été répertoriés. La Figure 3 (p. 53) représente la méthode de repérage des écrits.

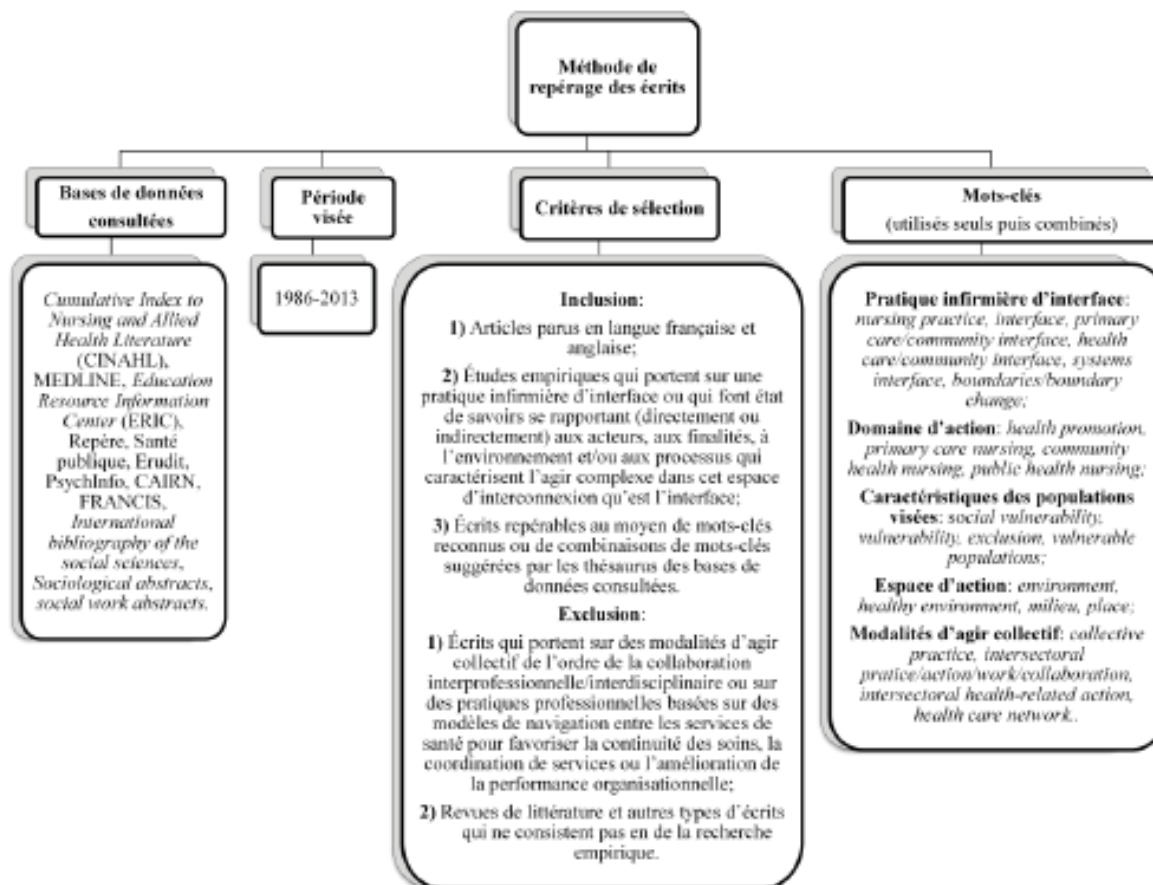


Figure 3. Méthode de repérage des écrits.

Nous avons eu recours à une grille pour trier, de manière systématique, les données se rapportant aux études recensées : référence complète, objets d'étude, devis de recherche, méthodes de collecte et d'analyse des données, cadres de référence théoriques utilisés, principaux résultats, pistes identifiées pour la recherche future. Cette grille nous a permis d'organiser l'ensemble des données recueillies selon ces catégories pour la production de la synthèse de la littérature présentée.

Après analyse du contenu, les articles retenus se regroupent en trois thèmes principaux. Le premier thème fait état des savoirs sur la notion d'interface en santé. Le second thème renvoie aux recherches qui traitent des pratiques infirmières en promotion de la santé; un domaine d'action au sein duquel s'inscrit généralement la pratique infirmière d'interface. Le dernier thème se rapporte à des pratiques collectives en santé

déployées selon des modalités d'action intersectorielles, donc qui s'élaborent à l'interface d'acteurs, d'institutions et de territoires variés. Dans ce qui suit, le résultat de la recension des écrits est présenté selon ces trois thèmes et organisé d'après la structure suivante : brève introduction du thème; objets d'étude documentés; devis de recherche et repères théoriques utilisés; principaux résultats des études; pistes formulées pour la recherche future; synthèse des principaux éléments à retenir en lien avec notre objet d'étude et constats critiques.

La notion d'interface en santé

La notion d'« interface » est répandue dans différentes disciplines, notamment en informatique, en chimie, en sciences politiques ainsi qu'en géographie. L'analyse des partenariats, des réseaux, de la gouvernance ou encore, des études sociologiques des organisations permettent d'identifier des acteurs qui se situent à l'interface de réseaux d'acteurs, d'institutions et de territoires variés, dans différents contextes d'action (Callon, 1986, 1989; Jobert, 1990; Loncle & Jabot, 2007; Nay & Smith, 2004; Williams, 2002). Le recours à la notion d'interface dans la littérature en santé semble survenir vers la fin des années 1970. Incidemment, c'est à peine quelques années plus tard que la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) a été énoncée. Il s'agit d'un document dans lequel on souligne l'importance d'agir à l'intersection de secteurs d'activités variés pour modifier les déterminants de la santé des populations et promouvoir l'équité. Au Québec, la référence à la notion d'interface coïncide avec la publication du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (aussi connu sous le nom de Rapport Rochon) (Gouvernement du Québec, 1988), qui met l'emphase sur la création d'un espace d'action aux frontières partagées pour favoriser l'articulation des liens entre les services sociaux et de santé relevant de l'État et ceux offerts par les organisations communautaires (Couillard & Côté, 1993; Lamoureux & Lesemann, 1987, 1989). Plus récemment, le développement de l'approche populationnelle (ADRLSSS, 2004) en santé et la mise en place de réseaux intégrés de services semblent donner un second souffle à la notion d'interface pour

réfléchir cette rencontre entre des acteurs, des organisations (programmes/services) et des lieux d'intervention diversifiés de l'espace social (Bourque, 2005).

Le parcours de la littérature que nous avons entrepris sur la notion d'interface visait à nous renseigner sur des pratiques susceptibles de se développer dans cet espace d'interconnexion complexe. À terme, force est de constater qu'un nombre encore très restreint de recherches en santé (Baracska, 2012; Couillard & Côté, 1993; Davidson et al., 2012; Jbilou & Reinharz, 2006; Lamoureux & Lesemann, 1989; Paquette & Reinharz, 2009; Price & Williams, 2003; Robinson, 1999; Turnbull & Beese, 2000; Werrett et al., 2001) ont documenté empiriquement cet espace d'action ou ont eu recours à la notion d'interface pour l'étudier. De ces recherches, trois études portent spécifiquement sur les infirmières (Price & Williams, 2003; Robinson, 1999; Turnbull & Beese, 2000)¹¹.

Les études retenues, principalement canadiennes, britanniques et australiennes, définissent l'interface, ce qui permet de délimiter leur objet d'étude. Certains auteurs (Couillard & Côté, 1993; Lamoureux & Lesemann, 1989) abordent l'interface comme un espace d'action stratégique à l'intérieur duquel se construit un rapport entre des ensembles distincts qui mettent en relation des acteurs aux intérêts variés (en référence ici au système de santé et de services sociaux public et aux organisations communautaires). D'autres, par exemple Price et Williams (2003) ainsi que Robinson (1999), l'envisagent plutôt au travers du rôle des infirmières (et d'autres professionnels de la santé) qui traversent les frontières entre les services de santé de première et de deuxième ligne, en vue d'entreprendre des activités de référence ou pour la planification du congé de l'hôpital. Enfin, l'interface est aussi conçue comme une composante organisationnelle pour réfléchir l'optimisation des services dans le cadre de réformes de santé (Paquette & Reinharz, 2009). Bien que ces recherches désignent l'interface de manière quelque peu différente et que cette dernière recouvre des réalités diverses, les définitions qui sont proposées nous permettent tout de même de circonscrire des éléments caractéristiques. L'interface est un espace où sont mis en relation des acteurs et

¹¹ Celles-ci seront présentées dans la section qui porte sur les résultats des recherches sur l'interface.

des structures de services variés, au-delà de leurs frontières d'action disciplinaires, organisationnelles ou sectorielles traditionnelles.

Objets d'étude

Par ailleurs, les écrits recensés nous permettent d'identifier les objets d'étude relatifs à l'interface. D'abord, on réfère à l'interface entre les services de santé de première ligne et de deuxième ligne avec l'intention d'assurer la continuité des soins (Price & Williams, 2003; Robinson, 1999; Werrett et al., 2001). Ensuite, l'interface entre la santé publique et les services cliniques (médicaux) est abordée dans une optique d'amélioration de la performance du système de santé (Jbilou & Reinharz, 2006; Paquette & Reinharz, 2009). L'interface est également présentée au travers du rapport entre le système de santé et de services sociaux public et le milieu communautaire (Couillard & Côté, 1993; Lamoureux & Lesemann, 1989). Enfin, l'interface entre la santé (ses organisations, ses services/programmes et ses acteurs) et d'autres secteurs d'activités est mise en évidence dans les écrits recensés (Baracskey, 2012; Davidson et al., 2012; Turnbull & Beese, 2000). Dans l'ensemble, l'interface est appréhendée avec comme toile de fond principale une meilleure articulation des services pour le bénéfice de la santé des populations, avec une certaine ouverture pour le développement de nouveaux rôles et d'actions collectives pour la santé. Les facteurs qui influencent le développement de l'interface constituent à ce jour les principaux objets d'étude documentés dans le domaine de la santé (Baracskey, 2012; Couillard & Côté, 1993; Davidson et al., 2012; Jbilou & Reinharz, 2006; Paquette & Reinharz, 2009; Trent et al., 2009; Werrett et al., 2001). Autrement, la nature des rapports qui se tissent entre les acteurs qui se rencontrent à l'interface (Lamoureux & Lesemann, 1989), l'expérimentation d'un nouveau rôle pour des infirmières de santé mentale (Turnbull & Beese, 2000) et la documentation d'activités de référence réalisées par des infirmières (Price & Williams, 2003; Robinson, 1999) ont aussi déjà fait l'objet de recherches, mais de façon beaucoup plus limitée.

Devis de recherche et repères théoriques

Les devis qualitatifs sont les plus utilisés jusqu'à présent pour étudier l'interface en santé (Baracskey, 2012; Couillard & Côté, 1993; D'Cruz & Arora, 2010; Jbilou & Reinharz, 2006; Paquette & Reinharz, 2009; Price & Williams, 2003; Robinson, 1999; Turnbull & Beese, 2000). Un devis quantitatif (Trent et al., 2009) et deux devis mixtes (Davidson et al., 2012; Werrett et al., 2001) ont aussi été recensés. Dans l'ensemble, très peu de recherches (Jbilou & Reinharz, 2006; Paquette & Reinharz, 2009) ont eu recours à des cadres théoriques pour appréhender l'interface. Parmi les cadres de référence théoriques utilisés, figurent une lentille théorique permettant l'analyse stratégique de facteurs organisationnels ayant une incidence sur le développement de l'interface en santé (Hinings & Greenwood, 1988), ainsi que la théorie des coalitions de Gamson (1961) et la typologie de Lasker (1997), lesquelles s'intéressent à la nature des rapports entre les acteurs qui composent l'interface.

Résultats des recherches

Les résultats des recherches sur l'interface se regroupent en trois catégories. La première catégorie renvoie aux résultats d'études empiriques ayant spécifiquement trait à l'expérience d'infirmières vis-à-vis de pratiques d'interface. Les deux autres catégories correspondent aux résultats obtenus dans la recherche en santé. On y retrouve des résultats se rapportant à un ensemble de facteurs d'influence (facilitants et contraignants) et à la nature des rapports d'interface entre des acteurs et des organisations.

À titre de rappel, nous reconnaissons la contribution des infirmières à des pratiques de collaboration interprofessionnelle ou interdisciplinaire ainsi qu'à des pratiques de navigation entre les services de santé, notamment dans le cadre de fonctions de pivot auxquelles elles participent dans les réseaux de soins. Cependant, compte tenu des mots-clés et des critères de sélection retenus pour le repérage des écrits dans la présente thèse (se référer à la page 52) et considérant l'objectif visant à nous renseigner

sur une pratique d'interface en contexte de vulnérabilité sociale, ces pratiques infirmières n'ont pas été spécifiquement ciblées dans nos recherches.

Trois études empiriques sur l'interface qui impliquent des infirmières

Avant de présenter les résultats relatifs à l'expérience d'infirmières dans des pratiques d'interface, nous décrivons brièvement les trois études desquelles ils découlent. Les études retenues et détaillées dans ce qui suit méritent qu'on s'y attarde tout particulièrement car elles abordent l'interface à partir d'une perspective infirmière, elles ont été identifiées à partir de la combinaison des mots-clés « pratique d'interface » et « vulnérabilité », la notion d'interface figure à la fois dans les titres et résumés des articles dans lesquels elles sont décrites et l'interface y est présentée comme un élément caractéristique central de la pratique infirmière étudiée.

Une première étude, réalisée par Robinson (1999), s'intéresse à l'interface entre les services de santé hospitaliers aigus et de première ligne, avec l'intention de soutenir le développement de liens entre ces structures de services et leurs divers acteurs. L'élaboration de plans d'action pour favoriser l'articulation de cette interface a procédé à partir d'une approche de recherche participative et s'est déroulée sur une période de neuf mois. À l'issue de cette première phase de l'étude, les infirmières ont été ciblées en tant qu'acteurs privilégiés auprès desquels s'investir pour accompagner le développement de liens plus efficaces entre les services de santé destinés aux personnes âgées vulnérables. Cet article présente une portion de cette étude et décrit l'expérience d'infirmières de trois centres hospitaliers (l'un public et les deux autres privés) ayant collaboré à l'implantation d'un tel projet, dans diverses unités de soins aigus. Ces infirmières ont été sollicitées pour prendre part à des rencontres (10-15 rencontres selon les sites), échelonnées sur une période de 5 mois, afin de discuter d'enjeux relatifs à la création de liens entre diverses instances de services dans le contexte d'activités de transfert inter-établissement ou de la planification du congé de patients âgés hospitalisés. L'évaluation de ce projet a procédé à l'aide de questionnaires qualitatifs, dans lesquels 50 infirmières ont été appelées à décrire leur expérience de participation à ce projet. Ce

sont les résultats de ces évaluations que décrit particulièrement l'article. Dans l'ensemble, les résultats obtenus suggèrent que les infirmières connaissent généralement peu les ressources auxquelles elles réfèrent la clientèle lorsque celles-ci ne relèvent pas de leur secteur d'activités et qu'elles sont peu familières avec les démarches à entreprendre pour accéder à de tels services. Néanmoins, lorsqu'elles sont en présence d'une équipe interprofessionnelle dédiée aux opérations de transfert et de référence entre les milieux hospitaliers et communautaires, les infirmières ont pu développer leurs connaissances du réseau local de services et acquérir une meilleure compréhension de l'articulation de cette interface. Cette recherche aborde donc l'interface pour des infirmières qui interviennent en secteur hospitalier et porte particulièrement sur leur expérience à propos d'activités de transfert et de référence de clientèles âgées entre les services de première et de deuxième ligne.

La seconde étude, celle de Price et Williams (2003), repose sur un devis qualitatif exploratoire et documente les enjeux relatifs au développement d'un nouveau rôle pour des infirmières praticiennes, lequel se traduit par des activités de référence de la clientèle vers des services de santé spécialisés de deuxième ligne. Les données proviennent de cinq groupes de discussion composés d'infirmières praticiennes, de médecins spécialistes, de médecins de famille et de deux professeurs en sciences infirmières; ainsi que de huit entretiens de recherche semi-dirigés réalisés auprès d'infirmières praticiennes. Les discussions ont porté sur les thèmes suivants : l'étendue de l'expérience des infirmières dans une pratique de référence vers les services de deuxième ligne et l'exposition des médecins en regard de cette pratique; les modes d'accès à des services spécialisés; le rôle de l'infirmière praticienne; les changements de rôles et de frontières d'action de ces professionnels de la santé. Les entrevues réalisées avec les infirmières praticiennes se sont intéressées à décrire plus amplement le développement de leur pratique de référence ainsi que les enjeux s'y rapportant. Les rencontres individuelles et de groupe ont été enregistrées et l'ensemble des propos codés, retranscrits, puis soumis à une analyse thématique (Strauss & Corbin, 1990). Les résultats obtenus se traduisent en quatre thèmes, lesquels ont été regroupés en paires. La première paire renvoie aux thèmes combinés de la prise de décision entourant la

formulation d'une référence et du développement du rôle de l'infirmière praticienne. Les résultats s'y rapportant font principalement état d'un manque de reconnaissance de leur rôle de référence, de compréhension de son étendue et des démarches entourant son développement. Ceci alimente un ensemble de questionnements à propos des compétences et des responsabilités des infirmières pour la formulation de références en vue de l'obtention de services spécialisés pour leurs clientèles. Le second thème correspond à l'association du thème portant sur le processus de référence et de celui sur les enjeux relatifs aux rapports d'interface entre les services de première et de deuxième ligne. Les résultats soulignent que les infirmières accordent une valeur à ce nouveau rôle au sein duquel elles sont engagées, qu'elles en retirent une certaine fierté et qu'elles posent ce rôle comme étant favorable à la continuité des soins pour les patients. Néanmoins, il s'avère que les infirmières font face à de la réticence vis-à-vis de ce nouveau rôle qu'elles expérimentent, et même, qu'elles se voient refusées certaines de leurs références par les médecins spécialistes. Des infirmières ont d'ailleurs exprimé de l'incertitude à savoir si elles allaient continuer de s'engager dans des activités de référence en raison des justifications et négociations auxquelles elles sont régulièrement confrontées pour réaliser leur rôle. Ainsi, cette recherche s'est intéressée particulièrement au rôle d'infirmières praticiennes à l'interface des services médicaux spécialisés de deuxième ligne, au travers du développement d'un rôle de référence à des médecins spécialistes.

La troisième étude propre à l'expérience d'infirmières dans des pratiques d'interface est celle de Turnbull et Beese (2000), qui s'est penchée sur le développement d'un rôle pour des infirmières de santé mentale agissant à l'interface santé-justice. Cette recherche qualitative décrit l'expérience de six infirmières de santé mentale qui tentent d'intégrer le secteur de la justice comme nouvel espace d'action. Ces infirmières ont été sélectionnées car elles étaient en poste depuis 12 mois ou plus et avaient donc une certaine expérience de cette pratique d'interface. Trois méthodes de collecte de données ont été utilisées et se sont déroulées de manière simultanée avec la démarche d'analyse. Un questionnaire a été privilégié pour dresser le profil des participantes et se renseigner sur certaines caractéristiques de leur pratique (par exemple : responsabilités particulières

et activités; formation initiale et continue, supervision et organisation du travail; fréquence et qualité des contacts avec les acteurs de la justice; facteurs d'influence et enjeux pour la mise en place de leur rôle). Des entrevues ont aussi été réalisées selon les thèmes explorés dans les questionnaires, enregistrées, puis retranscrites intégralement. Enfin, une journée d'observation avec chaque participant aux entrevues, avec prise de notes, a permis de situer les expériences de ces infirmières en contexte et de valider le contenu des entretiens. La nature des interactions entre les infirmières et les professionnels de la justice a constitué l'objet principal de l'observation. À terme, cette recherche met en évidence que les infirmières ont été appelées à développer cette pratique à l'interface santé-justice sans formation spécifique (une seule infirmière parmi le groupe avait reçu de la formation en préparation à son poste), modèle de rôle et dispositifs de soutien particuliers. Les infirmières ont rapporté avoir été confrontées à une sorte de « choc des réalités », notamment à de la résistance d'intervenants du secteur de la justice vis-à-vis de leur intégration dans des milieux où on ne retrouve généralement pas d'infirmières (par exemple : la prison, la cour). Les agents de probation figuraient comme les acteurs du réseau de la justice avec lesquels les infirmières avaient pu tisser les liens les plus serrés, ce qui s'est avéré l'inverse avec les intervenants des services sociaux. Les différences marquées entre les acteurs de la justice et de la santé en termes de priorités, de philosophies, d'approches, ainsi que relativement aux enjeux de confidentialité ont été identifiées par les infirmières comme des défis pour l'intégration de ce réseau. À ce titre, les infirmières ont exprimé l'importance d'établir un langage commun avec ces nouveaux partenaires qui n'appartiennent pas au secteur de la santé, pour arriver à faire valoir la pertinence de leur rôle. Parmi les études qui portent spécifiquement sur l'expérience d'infirmières dans une pratique d'interface, cette étude est celle qui se rapproche le plus de l'objet de recherche de cette thèse, puisqu'elle aborde l'interface dans le contexte d'une pratique infirmière qui se déroule hors des établissements de santé. De plus, l'agencement de méthodes d'entretien et d'observation auquel ont eu recours ces chercheurs permet d'envisager la pratique infirmière d'interface dans son contexte d'action particulier, ce qui apparaît comme une considération méthodologique pertinente à prendre en compte pour notre projet.

Résultats sur la pratique d'interface issus de recherches en santé

La deuxième vague de résultats relatifs aux recherches en santé qui portent sur l'interface renvoie à une gamme de facteurs d'influence. En ce qui a trait aux facteurs d'influence ayant le potentiel de contribuer favorablement à la création d'une interface en santé, Davidson et al. (2012) ont rapporté que la pertinence d'allouer du temps pour permettre aux différents acteurs d'apprendre à se connaître (par exemple : leurs rôles, les services offerts dans leurs organisations respectives) peut les amener à développer des liens qui tiennent compte des intérêts de chacun et soutenir des processus de communication plus efficaces. Par ailleurs, la recherche réalisée par Couillard et Côté (1993) souligne que l'établissement de liens entre les acteurs de la santé et ceux des ressources communautaires dépend intimement de capacités de gestion du changement organisationnel et d'accompagnement des pratiques pour le développement de nouveaux rôles. Ces auteurs rapportent, par ailleurs, que la négociation et la confrontation sont inévitables, mais surtout, essentielles pour consolider la création des liens entre les acteurs (Jbilou & Reinharz, 2006).

En contrepartie, des barrières et des défis ont aussi été identifiés. Par exemple, le recours à des incitatifs financiers n'est généralement pas favorable à la création d'une interface entre les services publics et communautaires, et peut même contribuer à l'élaboration de rapports hiérarchiques (Lamoureux & Lesemann, 1989). Des différences entre les groupes communautaires et les organisations appartenant au réseau de la santé et de services sociaux en termes d'histoire, de valeurs, d'intérêts, d'ampleur, de statut et de pratiques sont aussi présentées comme des éléments qui peuvent avoir une incidence sur leur capacité de créer des liens de l'ordre de la collaboration (Couillard & Côté, 1993). Par ailleurs, ces auteurs ajoutent que le roulement constant des effectifs au sein de ces organisations figure comme obstacle à la pérennité des liens dans le temps. Enfin, le manque de formation des différents acteurs de la santé pour composer avec l'informatisation croissante des rapports d'interface (Werrett et al., 2001), et pour comprendre les concepts et principes d'action rattachés à l'approche populationnelle

(Jbilou & Reinharz, 2006), sont des facteurs limitant leur aptitude à s'engager à l'interface d'autres acteurs et ressources en dehors du réseau de la santé.

Enfin, en regard de la nature des rapports d'interface, Lamoureux et Lesemann (1989) élaborent l'idée de « complémentarité dépendante », où les ressources de la communauté jouent principalement un rôle de subsidiaires, via le prolongement de la mission des établissements institutionnels de santé et de services sociaux dans la communauté. Vingt ans plus tard, Paquette et Reinharz (2009) notent toujours une tendance aux échanges unidirectionnels du monde institutionnel vers les organisations communautaires, et une faible complémentarité des services. Ils soulignent également un manque de volonté pour adapter les pratiques et les modes d'organisation de services de manière à favoriser l'implication d'une diversité de professionnels et d'intervenants dans des rapports d'interface. Des possibilités de développement de rapports de collaboration à l'interface de la santé publique et de services de première ligne existent, mais il semble que les exigences et les contraintes du milieu clinique soient peu considérées. De plus, Paquette et Reinharz (2009) mettent en évidence que les rapports entre les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux sont surtout orientés vers la coordination de services aux individus.

Pistes pour la recherche future

Parmi les pistes à considérer pour la recherche future, il est suggéré de s'attarder davantage aux processus et aux stratégies qui peuvent faciliter l'intervention à l'interface d'acteurs et de structures de services provenant de différents secteurs d'activités (Jbilou & Reinharz, 2006; Robinson, 1999). Il est également proposé de décrire l'expérience d'une plus grande diversité de professionnels de la santé (comme les infirmières) qui se retrouvent dans une position d'interface (Paquette & Reinharz, 2009; Price & Williams, 2003). Au niveau des approches méthodologiques, Davidson et al. (2012) recommandent des devis de type ethnographique ou qui sont davantage axés sur le travail de terrain (observation), de manière à documenter l'interface selon la perspective des acteurs, en contexte. Enfin, d'autres auteurs (Couillard & Côté, 1993) soulignent l'importance

d'appréhender l'interface dans sa complexité, en tenant compte des tensions et contradictions que comporte inévitablement la rencontre d'acteurs issus de groupes différents.

Synthèse et constats critiques

Somme toute, l'interface apparaît comme une notion fertile pour réfléchir le développement d'une pratique infirmière d'interface dont les actions prennent place dans l'environnement de personnes vulnérables, en dehors de l'organisation de soins. Toutefois, considérant la gamme des écrits recensés sur l'interface et malgré le fait qu'elle apparaisse comme une notion intéressante à partir de laquelle étudier les rapports d'interconnexion qui prennent forme à la frontière d'acteurs, d'institutions et de divers espaces d'action, l'interface et ses pratiques demeurent encore peu documentées empiriquement. La majorité des études sur l'interface adoptent un point de vue organisationnel ou politique. Pourtant, l'importance de considérer la perspective des acteurs qui transigent à l'interface entre les services de santé et les ressources de la communauté pour la recherche future demeure. Il s'avère que peu d'études offrent à ce jour un regard « micro » sur l'interface, porté sur la pratique des acteurs et selon une perspective infirmière. De plus, outre la description d'expériences et l'identification d'un ensemble de facteurs d'influence, les actions et les processus qui permettent l'engagement des acteurs dans des pratiques d'interface, pour agir en contexte de vulnérabilité sociale, ne sont pas éclairés par le corpus actuel de savoirs sur l'interface en sciences infirmières ou dans la recherche en santé. À noter qu'aucune étude parmi celles qui ciblent spécifiquement les infirmières au travers de rôles ou d'activités d'interface n'a pris ancrage dans les fondements de la discipline infirmière. Conséquemment, il peut s'avérer difficile de soutenir le déploiement de pratiques d'interface.

Les pratiques infirmières en promotion de la santé

Historiquement, au Québec et ailleurs dans la monde, les infirmières ont contribué à améliorer l'état de santé de la population (Flaskerud et al., 2002; Hardill, 2006; Kulbock, Thatcher, Park, & Meszaros, 2012). La santé figure comme l'une des finalités d'action fondatrices de la profession infirmière et l'instauration de l'approche populationnelle (ADRLSSS, 2004) comporte le potentiel de donner un nouvel élan à cette finalité pour les infirmières (Bisaillon et al., 2010), notamment parce qu'elle interpelle le développement d'approches et de pratiques novatrices basées sur une responsabilité partagée en regard des déterminants de la santé, entre les divers partenaires du RLS et selon des approches-réseaux. Puisque la façon de concevoir la promotion de la santé au plan théorique et la manière de l'aborder dans la recherche ont une incidence sur les pratiques infirmières qui sont mises en œuvre (telle la pratique infirmière d'interface) (Barker, William, & Smith, 2001; Irvine, 2007; Richard et al., 2010; Whitehead, 2006b), il est légitime d'entreprendre ce parcours des écrits qui se rapportent aux pratiques infirmières en promotion de la santé.

Objets d'étude

Les objets de recherche des études portant sur les pratiques infirmières en promotion de la santé peuvent être regroupés selon quatre catégories principales, bien qu'elles ne soient pas mutuellement exclusives :

- la première catégorie regroupe les recherches à propos de rôles et d'activités auxquelles s'adonnent les infirmières en promotion de la santé (Beaudet et al., 2008; Beaudet et al., 2011; Jinks et al., 2003; Reeve, Byrd, & Quill, 2004; Richard et al., 2010; Schoenfeld & MacDonald, 2002; Sheilds & Lindsey, 1998; Whitehead, 2001a, 2002, 2006a, 2006b, 2006c; Zahner & Gredig, 2005);
- la seconde catégorie comprend les recherches qui s'intéressent aux expériences, aux attitudes ainsi qu'aux croyances des infirmières à l'égard des pratiques de promotion de la santé (Bartley, 2004; Casey, 2007b; Irvine, 2007; Koponen et al., 1997; Reutter & Ford, 1998);

- la troisième catégorie rassemble les recherches qui discutent de pratiques infirmières en promotion de la santé selon des clientèles et des milieux de soins spécifiques (Jinks et al., 2003; Markle-Reid et al., 2006; Rice, 2007; Richard, Fortin, & Bérubé, 2004; Richard et al., 2005; Runciman et al., 2006; Westbrook & Schultz, 2000; Whitehead, 1999, 2006a, 2006c);
- la quatrième catégorie a trait à des recherches qui exposent un ensemble varié de facteurs qui influencent (de manière favorable ou non) les pratiques infirmières en promotion de la santé (Benson & Latter, 1998; Chiverton et al., 2003; Cohen, 2006; Falk-Rafael, 1999; Gebbie & Turnock, 2006; Halbert et al., 1993; Markham & Carney, 2007; Poulton, 2009; Richard et al., 2004; Whitehead, 2001a, 2006b; Wilhensson & Lindberg, 2009).

Devis de recherche et repères théoriques

En ce qui a trait aux types de devis de recherche utilisés pour étudier les pratiques infirmières en promotion de la santé, on constate que bon nombre de chercheurs (par exemple: Freudenstein & Yates, 2001; Grumbach et al., 2004; Jinks et al., 2003; Koponen et al., 1997; Runciman et al., 2006; Schoenfeld & MacDonald, 2002; Zahner & Gredig, 2005; Zandee, Bossenbroek, Friesen, Blech, & Engberg, 2010) ont privilégié des devis quantitatifs, en ayant notamment recours à des méthodes par sondage. Toutefois, la plupart des études (par exemple: Bartley, 2004; Cohen, 2006; Cohen & Gregory, 2009a, 2009b; Gebbie & Turnock, 2006; Irvine, 2007; Markham & Carney, 2007; Reutter & Ford, 1998; Sjogren, Poskiparta, Limatainen, & Kettunen, 2002; Walthew & Scott, 2012; Whitehead, 2002) recensées reposent sur des approches de recherche qualitatives de type exploratoire et descriptif (principalement selon des méthodes de collecte de données par entretiens et groupes de discussion). Les devis comportant des volets participatifs sont moins représentés dans la littérature (Casey, 2007b; Richard et al., 2010), malgré que leur pertinence soit de plus en plus affirmée afin de soutenir le développement des pratiques au travers l'implication des praticiens dans le processus de recherche (Casey, 2007a; Hills, Mullett, & Carroll, 2007; Mantoura, Gendron, & Potvin, 2006). Les fondements théoriques à partir desquels ont

été construites les recherches qui se sont intéressées à des pratiques infirmières de promotion de la santé demeurent peu explicites (Whitehead, 2001b, 2001c, 2006b).

Résultats des recherches

Les résultats des recherches recensées rendent principalement compte des cibles visées par les interventions infirmières, ainsi que des rôles et des activités auxquelles les infirmières s'adonnent en promotion de la santé.

D'abord, les résultats de plusieurs études (Beudet et al., 2011; Casey, 2007b; Chiverton et al., 2003; Cohen, 2006; Grumbach et al., 2004; Irvine, 2007; Jinks et al., 2003; Poulton, 2009; Richard et al., 2010; Runciman et al., 2006; Schoenfeld & MacDonald, 2002; Whitehead, 2006b) suggèrent que les pratiques infirmières en promotion de la santé se concentrent surtout sur l'individu et la famille et que, par ricochet, la population est encore peu reflétée dans les interventions infirmières décrites à ce jour. D'ailleurs, il semble que les infirmières se sentent généralement plus confortables de travailler avec les individus (qu'avec des groupes), qu'elles manquent souvent de confiance en leurs capacités à l'égard des pratiques en promotion de la santé qui sortent du cadre de l'intervention individuelle et qu'elles ne se perçoivent pas suffisamment bien préparées pour exercer leur pratique dans le milieu de vie des populations (Bartley, 2004; Cohen, 2006; Gebbie, 2000; Grumbach et al., 2004; Richard et al., 2010; Schoenfeld & MacDonald, 2002). Cela pourrait s'expliquer, du moins en partie, par la conjugaison de divers facteurs décrits dans la littérature. Il est principalement question d'un manque de soutien, d'absence d'espaces pour réfléchir la pratique infirmière et de formations peu adaptées spécifiquement au rôle des infirmières en promotion de la santé, notamment pour soutenir leur capacité d'agir dans la communauté (Bartley, 2004; Beudet et al., 2011; Casey, 2007b; Chiverton et al., 2003; Cohen & Gregory, 2009a, 2009b; Irvine, 2007; Richard et al., 2010; Walthew & Scott, 2012; Whitehead, 2003, 2010). On y souligne également la place prédominante accordée aux déterminants individuels de la santé durant la formation initiale des infirmières (généralement marquée par un processus de socialisation biomédicale), ainsi qu'une

accessibilité limitée à des activités de formation continue dans les milieux cliniques. Des études (Beaudet et al., 2011; Breton et al., 2008; Carr, 2007; Casey, 2007b; Koponen et al., 1997; Poulton, 2009; Wilhensson & Lindberg, 2007) mettent aussi en évidence des contraintes organisationnelles, par exemple, des processus de reddition de compte orientés sur l'intervention individuelle, la pénurie de personnel infirmier ou la surcharge de travail, qui ne favoriseraient pas l'implication des infirmières hors de la sphère des activités cliniques centrées sur l'individu. Ces facteurs pourraient donc avoir une incidence non négligeable sur les possibilités de développement de pratiques infirmières en promotion de la santé qui visent à agir *dans* le milieu de vie des populations, en dehors des établissements de santé, dans des réseaux élargis d'acteurs et de ressources, tel que le suppose la pratique infirmière d'interface.

En ce qui a trait aux rôles et aux activités qu'exercent les infirmières en promotion de la santé, les résultats de plusieurs recherches (Beaudet et al., 2011; Casey, 2007b; Irvine, 2007; Richard et al., 2010; Walthew & Scott, 2012; Whitehead, 2001b, 2006b) indiquent que les interventions infirmières relèvent surtout de l'éducation à la santé, particulièrement centrée sur la modification de comportements, que ce soit en milieu clinique ou dans le domicile des personnes. Pourtant, en raison de la diversité de leurs compétences, plusieurs observateurs sont d'avis que les infirmières seraient en mesure d'occuper une plus grande variété de rôles en promotion de la santé (Benson & Latter, 1998; Brocklehurst, 2004; Pender et al., 2002; Salazar & Primomo, 1994; Whitehead, 2003, 2006b, 2009). À ce stade, l'implication des infirmières dans des stratégies visant à agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et politiques de la santé, pour créer des conditions de vie favorables à la santé des populations, est encore marginale et rarement documentée empiriquement (Bartley, 2004; Beaudet et al., 2011; Casey, 2007b; Grumbach et al., 2004; Jinks et al., 2003; Poulton, 2009; Richard et al., 2010; Schoenfeld & MacDonald, 2002; Walthew & Scott, 2012; Whitehead, 2006b).

Par ailleurs, bien qu'elles soient considérées des intervenantes de proximité essentielles pour tisser des liens avec diverses ressources dans la communauté (Benson & Latter, 1998; Halbert et al., 1993; Maben & Macleod Clark, 1995; Morgan & Marsh,

1998; Pender et al., 2002), les résultats de plusieurs recherches (Bartley, 2004; Gebbie & Turnock, 2006; Grumbach et al., 2004; Runciman et al., 2006; Whitehead, 2006b) laissent croire que la participation des infirmières à des activités de mise en relation et de création de liens au-delà de leurs frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles reste étroite : leurs pratiques seraient principalement circonscrites à des activités de référence de la clientèle vers des professionnels et des services appartenant au réseau de la santé et des services sociaux. En ce sens, les infirmières ne participeraient toujours pas pleinement à des pratiques de promotion de la santé qui s'inscrivent dans le champ de la « nouvelle santé publique » (Kickbusch, 2003, 2007), à partir d'approches qui reposent sur une responsabilité populationnelle, d'actions sur les déterminants de la santé et de mise en réseau avec des acteurs d'autres secteurs d'activités que celui de la santé (Amadeo, 2003; Koponen et al., 1997; Richard et al., 2010).

Pistes pour la recherche future

Des recommandations pour la recherche future sont identifiées dans les écrits recensés. D'une part, la documentation systématique des pratiques infirmières de promotion de la santé en tenant compte du contexte organisationnel et des structures de services à l'intérieur desquels elles sont déployées est posée comme étant impérative pour soutenir les infirmières dans leurs efforts de faire correspondre leurs pratiques aux exigences de l'approche populationnelle (Bisaillon et al., 2010). Ces mêmes auteurs suggèrent également d'étudier ces pratiques dans des lieux d'intervention diversifiés, afin de développer une perspective élargie du champ d'action des infirmières en promotion de la santé. D'autre part, des auteurs (Beudet et al., 2011; Cohen & Gregory, 2009a, 2009b; Whitehead, 2002) proposent de poursuivre les investigations en regard de ce que comporte la promotion de la santé pour les infirmières, aux plans de la compréhension de ses concepts, de ses principes d'action et des espaces d'intervention légitimes à investir. Cela est suggéré de manière à soutenir l'élaboration de programmes de formation en sciences infirmières permettant le développement de compétences spécifiques en promotion de la santé. Par ailleurs, il semble que davantage de recherche

est requise pour décrire les stratégies d'action auxquelles ont recours les infirmières pour participer à la réduction des inégalités sociales de santé, ainsi que pour étudier leur rôle d'*advocacy* et les actions qu'elles posent sur des déterminants politiques de la santé (Duncan & Reutter, 2006; Raphael, 2009; Reutter & Kushner, 2010). Enfin, il est suggéré de recourir à l'utilisation de questionnaires pour mieux cerner l'étendue de la pratique infirmière en promotion de la santé (Grumbach et al., 2004), ainsi que d'utiliser des devis participatifs pour soutenir les infirmières, à même le processus de recherche, dans la mise en place de nouvelles pratiques en promotion de la santé (Casey, 2007a).

Synthèse et constats critiques

En somme, aucune étude parmi celles recensées sur les pratiques infirmières en promotion de la santé ne nous renseigne particulièrement sur une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale, dont les actions prennent place *dans* l'environnement de personnes vulnérables. Les recherches publiées font surtout état d'interventions individuelles, alors que les interventions dans le milieu de vie de la clientèle, de même que les activités de mise en réseau au-delà des frontières de l'établissement de soins, demeurent marginales et peu documentées empiriquement. Cependant, le besoin de documenter les nouvelles pratiques infirmières qui s'élaborent dans la communauté (telle la pratique infirmière d'interface), afin de soutenir les infirmières dans leur capacité d'agir pour améliorer les conditions de vie des populations, a été souligné (Beudet et al., 2011; Chapman et al., 2005; Chiverton et al., 2003; Dallaire, Hagan, & O'Neill, 2000; Falk-Rafael, 1999; Gebbie, 2000; Gebbie & Turnock, 2006; Grumbach et al., 2004; Halbert et al., 1993; Reutter & Ford, 1998; Richard et al., 2010; Richard et al., 2005; Whitehead, 2006b; Wilhensson & Lindberg, 2007). Toutefois, parmi les écrits recensés, il s'avère que plusieurs études (Beudet et al., 2011; Casey, 2007b; Irvine, 2007; Macleod Clark & Maben, 1998; Piper, 2008; Richard et al., 2010; Walthew & Scott, 2012; Whitehead, 2002, 2006b, 2009, 2010) rendent compte du fait que les infirmières ont une conception relativement étroite de ce que comporte le fait d'agir en promotion de la santé et que leur façon de la décrire met en évidence une certaine confusion conceptuelle entre les notions de prévention de la

maladie et promotion de la santé. De plus, peu de recherches (Grumbach et al., 2004; Markle-Reid et al., 2006; Richard et al., 2010; Runciman et al., 2006; Whitehead, 2006b) ont utilisé des définitions claires de la promotion de la santé reposant sur ses références classiques (par exemple : la charte d'Ottawa (OMS, 1986)) pour circonscrire leurs objets d'études et aucune étude parmi celles recensées ne prend spécifiquement appui de théories en sciences infirmières. Cela restreint notre capacité de contribuer au développement de pratiques infirmières en promotion de la santé.

Les pratiques collectives pour la santé

En santé publique, il y a consensus quant à la nécessité de déployer des pratiques collectives afin d'agir sur une diversité de déterminants de la santé des populations, de lutter contre les inégalités de santé et de réduire la vulnérabilité sociale (ASPC, 2007; CCNDS, 2012; Kreisel & Von Schirnding, 1998; MSSS, 2008b; OMS, 2008; OMS & ASPC, 2008). L'importance de ces pratiques est d'ailleurs affirmée depuis plus de 25 ans, notamment depuis la parution dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986).

D'abord, la terminologie utilisée dans les recherches pour désigner les pratiques collectives selon des modalités d'action intersectorielles ne fait pas consensus : coopération, alliances pour la santé, concertation, collaboration, coalition, partenariat, travail en réseau (par exemple: Costongs & Springett, 1997; Le Hénaff & Lepage, 2007; Lebeau et al., 1996; Mallinson et al., 2006; O'Neill et al., 1997; Ouellet, Paiement, & Tremblay, 1995). Néanmoins, au-delà de la diversité de définitions qui se chevauchent et se recoupent, trois idées permettent de circonscrire ces pratiques collectives pour la santé. En premier lieu, celle de l'interaction entre des acteurs, des organisations et des structures territoriales appartenant à divers secteurs d'activités de la société ayant un impact sur la santé. En second lieu, la notion d'action dans un espace aux frontières partagées (l'interface). En dernier lieu, la dimension collective qui reflète l'idée du « faire ensemble » pour agir sur les déterminants de la santé et trouver de nouvelles

solutions conjointement en vue de répondre aux problèmes sociaux et de santé complexes des populations.

Objets d'étude

Les recherches empiriques recensées sur les pratiques collectives pour la santé portent sur une diversité d'objets :

- les perceptions d'acteurs impliqués dans des pratiques collectives (Costongs & Springett, 1997);
- les facteurs pouvant exercer une influence sur le développement d'actions intersectorielles (Bourdages et al., 2003; Carr, 2007; Drabble, 2007; Herbert et al., 2007; Lawless et al., 2012; Lebeau et al., 1996; Mannheimer, Gulis, Lehto, & Ostlin, 2007; Mannheimer, Lehto, et al., 2007; Mitchell & Pattison, 2012; Omar, Pariyo, Bufardec, & Guerra, 1993; Rissel & Rowling, 2000; Sherring et al., 2010; Van Herten et al., 2001);
- les impacts de ces pratiques collectives sur les acteurs impliqués dans leur élaboration (Deschesnes, 2000; Harpham et al., 2001; Webb et al., 2001) et les populations visées (Bruzese et al., 2006; Collie-Akers et al., 2007; Fazel et al., 2009; Findley et al., 2006; Freeman et al., 2001; Hollar et al., 2010; Macnab et al., 2008; Melvin, 2006; Metzger et al., 2005; Sherring et al., 2010; Wills et al., 2010);
- les interventions intersectorielles déployées (Bailie et al., 2011; Cheadle et al., 2011; Clavier, Gendron, et al., 2012; Lawless et al., 2012; O'Neill et al., 1997; Pechter et al., 2009; Peifer & Perez, 2011) et les outils développés (Allard, Bilodeau, & Gendron, 2008; Bilodeau, Galarneau, Fournier, & Potvin, 2011; Duignan et al., 2003; Halliday, Asthana, & Richardson, 2004; Hardy, Hudson, & Waddington, 2003; Lasker, Weiss, & Miller, 2001; Watson, Speller, Markwell, & Platt, 2000; Weiss, Anderson, & Lasker, 2002).

Devis de recherche et repères théoriques

La plupart des recherches réalisées sur les pratiques collectives reposent sur des devis quantitatifs (Bailie et al., 2011; Bruzzese et al., 2006; Cheadle et al., 2011; Fazel et al., 2009; Findley et al., 2006; Freeman et al., 2001; Hollar et al., 2010; Jackson et al., 2011; Macnab et al., 2008; Melvin, 2006; Mitchell & Pattison, 2012; Peifer & Perez, 2011; Sherring et al., 2010; Wills et al., 2010), incluant des études longitudinales et des essais cliniques randomisés. Plusieurs études répertoriées ont aussi privilégié des devis qualitatifs (Bourdages et al., 2003; Collie-Akers et al., 2007; Costongs & Springett, 1997; Johns, 2010; Metzel et al., 2005; Pechter et al., 2009; Rissel & Rowling, 2000; Webb et al., 2001), principalement de type descriptif. Dans une moindre mesure, nous retrouvons également des devis mixtes (Deschesnes, 2000; O'Neill et al., 1997). Somme toute, peu de recherches empiriques sur les pratiques collectives (Clavier, Gendron, et al., 2012; Deschesnes, 2000; O'Neill et al., 1997; Pagliccia et al., 2010) ont pris appui de cadres de référence qui permettent de théoriser l'action. Parmi les repères théoriques utilisés, nous retrouvons la théorie des coalitions de Gamson (1961), l'analyse des réseaux de Wasserman et Faust (1994), les travaux de Crozier et Friedberg (1977) en sociologie des organisations, la théorie sociale cognitive de Bandura (1986), ainsi que des théories en sciences politiques (Hood, 1986; Howlett, 2000).

Résultats des recherches

Les résultats obtenus de ces études sont regroupés et décrits dans ce qui suit, selon deux thèmes principaux. En premier lieu, la majorité des études publiées rapportent des bénéfices et soulignent la portée de ces pratiques pour les populations visées ainsi que pour les acteurs qui participent à leur élaboration et leur mise en place. En second lieu, un ensemble de facteurs d'influence (favorables et défavorables) à leur développement sont identifiés.

Les effets sur les populations visées décrits dans les études (Bailie et al., 2011; Bruzzese et al., 2006; Collie-Akers et al., 2007; Fazel et al., 2009; Findley et al., 2006;

Freeman et al., 2001; Hollar et al., 2010; Jackson et al., 2011; Macnab et al., 2008; Melvin, 2006; Peifer & Perez, 2011; Sherring et al., 2010; Webb et al., 2001) sont de plusieurs ordres, principalement en termes :

- d'accès à des services et des ressources pour la santé (par exemple : emploi, alimentation et logement à bas prix, couverture vaccinale, services dentaires pour les enfants vulnérables);
- de renforcement du réseau social (par exemple : hausse de la participation à des activités communautaires);
- d'impacts sur l'état de santé physique et mentale (par exemple : diminution des taux d'obésité, de caries dentaires, d'hospitalisation et de détresse émotionnelle).

En ce qui a trait aux effets sur les acteurs et les organisations impliqués dans des pratiques collectives (Costongs & Springett, 1997; Deschesnes, 2000; Metzel et al., 2005; Pechter et al., 2009; Peifer & Perez, 2011), il est constaté que la participation à des pratiques collectives peut contribuer à :

- une diversification des cibles visées par les interventions;
- l'élargissement des frontières d'action traditionnelles des intervenants;
- une reconnaissance mutuelle de la contribution des divers acteurs impliqués dans les pratiques collectives.

Les coûts associés aux pratiques collectives sont généralement associés au temps nécessaire pour l'établissement des liens entre les acteurs issus d'horizons variés, de même qu'à la gestion des conflits entre les partenaires. Les résultats obtenus dans les recherches qui documentent des actions intersectorielles se révèlent souvent non concluants ou mitigés, car elles sont fréquemment le reflet de la mise en relation de partenaires qui appartiennent presque exclusivement au secteur de la santé et des services sociaux (et non pas de partenaires intersectoriels) (Clavier, Gendron, et al., 2012; Deschesnes, 2000; Mallinson et al., 2006; Potvin, 2012; Wills et al., 2010). De toute évidence, il semble que le fait de franchir des frontières d'action disciplinaires, organisationnelles ou sectorielles n'irait pas de soi et que ces initiatives ne mèneraient

pas non plus nécessairement à l'élaboration de projets communs (Clavier, Gendron, et al., 2012; Mallinson et al., 2006).

En regard des facteurs d'influence, à un niveau individuel ou interpersonnel, des auteurs (Bilodeau, 2005; Bourdages et al., 2003; Carr, 2007; Costongs & Springett, 1997; Deschesnes, 2000; Drabble, 2007) suggèrent des facteurs de succès pour le développement de pratiques collectives, tels :

- l'acceptation du point de vue des autres;
- le type de leadership utilisé (le leadership participatif est spécifiquement identifié comme étant favorable);
- la capacité à gérer des conflits;
- le niveau d'engagement de chacun des partenaires;
- le sentiment de pouvoir contribuer aux pratiques collectives;
- la sélection des partenaires;
- la création d'un lien de confiance entre les partenaires;
- l'adoption de mécanismes de décision partagés;
- l'établissement d'un langage commun;
- la formulation d'objectifs clairs et une description détaillée des rôles et des responsabilités de chacun des acteurs impliqués dans les projets collectifs;
- la formation en matière de gestion des réseaux, de capacités de négociation et de médiation (compétences stratégiques) pour soutenir la capacité des acteurs de composer avec les intérêts divers et parfois même divergents des partenaires.

Au plan organisationnel, des conditions de succès sont documentées dans un certain nombre d'études (Bilodeau, 2005; Bilodeau, Lapierre, & Marchand, 2003; Bourdages et al., 2003; Clavier, Gendron, et al., 2012; Delaney, 1994; Deschesnes, 2000; Mallinson et al., 2006; Mitchell & Pattison, 2012; O'Neill et al., 1997; Sindall, 1997) :

- la formulation d'un énoncé de mission statuant le rôle des intervenants dans des pratiques collectives;

- l'allocation de ressources et de temps pour leur permettre d'établir et de maintenir des liens;
- la création d'espaces d'échanges pour discuter des pratiques et des initiatives qui se mettent en place;
- l'importance de porter une attention aux capacités des organisations de favoriser l'engagement et la mobilisation des acteurs au-delà de leurs frontières d'action traditionnelles.

En termes de contraintes, la recherche identifie la culture organisationnelle dans les établissements de santé, encore centrée sur des stratégies d'action individuelles, qui n'est pas favorable au déploiement de pratiques collectives intersectorielles (Mitchell & Pattison, 2012). La mouvance des intervenants dans les organisations des secteurs public et communautaire est aussi rapportée comme un facteur limitant la pérennité des réseaux (Harpham et al., 2001). Les divergences entre les orientations professionnelles, les mandats ou les intérêts (individuels et institutionnels), de même que des pratiques de gouvernance différentes, posent également d'importants défis pour la construction de modalités décisionnelles partagées (Bourque & Favreau, 2005). Par ailleurs, l'attribution inégale de ressources (surtout financières) entre les institutions publiques, privées et communautaires contribue à l'instauration de rapports hiérarchiques, ce qui peut miner le partenariat à moyen-long terme (Bilodeau, 2005; Bourdages et al., 2003; Clavier, Gendron, et al., 2012; O'Neill et al., 1997).

Pistes pour la recherche future

Quelques pistes pour la recherche future sont formulées dans les écrits recensés. D'une part, on souligne l'importance de recourir davantage à des approches de recherche qui intègrent des dispositifs de participation, de manière à aborder les pratiques collectives et la recherche sur ces pratiques selon la perspective des praticiens (Hills et al., 2007; O'Neill et al., 1997). De plus, le recours à des théories sociales pour réfléchir l'action et la mise en relation des acteurs dans les pratiques collectives est ciblé comme une avenue à investir dans les recherches futures (Clavier, Gendron, et al., 2012; Potvin

et al., 2005). En ce qui a trait aux objets de recherche, il est proposé de documenter les rôles et les rapports entre les acteurs engagés, de même que les processus qui leur permettent de s'engager dans des pratiques collectives (Bourdages et al., 2003; Costongs & Springett, 1997; Harpham et al., 2001). Il a aussi été suggéré d'aborder ces pratiques sous l'angle de complexes multi-acteurs et multi-secteurs, plutôt que de décrire un ensemble de facteurs isolés (Shankardass, Solar, Murphy, Greaves, & O'Campo, 2012).

Synthèse et constats critiques

À la fin, les infirmières ne figurent pas parmi les acteurs ciblés dans les pratiques collectives étudiées. Les processus permettant de soutenir les professionnels de la santé dans leur capacité d'agir à l'interface selon des modalités collectives sont peu étudiés et le réseau d'acteurs mobilisé à l'interface entre ces secteurs d'activités variés pour agir sur les déterminants de la santé des populations est encore limité (Delaney, 1994; Shankardass et al., 2012), d'où la pertinence de s'y intéresser dans la recherche future en sciences infirmières. Enfin, l'analyse des enjeux liés aux pratiques collectives intersectorielles est peu mise en évidence dans la recherche (Bilodeau, 2005), ce qui fait que nous disposons encore d'un nombre restreint de repères pour guider l'établissement de compromis et la résolution de controverses. Il s'agit pourtant d'activités indispensables pour le développement d'actions innovantes en santé (Bilodeau, Chamberland, & White, 2003).

Constats transversaux formulés au terme de la recension des écrits

Pour conclure ce chapitre, nous dressons quatre constats transversaux qui permettent de renforcer la pertinence de réaliser notre recherche sur une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale. Ces constats transversaux sont d'ailleurs considérés pour la mise en place ainsi que l'opérationnalisation des paramètres de notre étude.

Un premier constat s'impose à l'effet que les savoirs qui se rapportent spécifiquement à une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale sont restreints. D'une part, autant dans les études qui ont recours à la notion d'interface en santé que dans celles qui abordent des pratiques collectives intersectorielles, la perspective infirmière demeure peu représentée. D'autre part, il y a peu d'études sur les pratiques infirmières en promotion de la santé *dans* l'environnement, en relation avec les ressources de la communauté et leurs acteurs. Pourtant, des infirmières commencent à se mobiliser à l'interface du CSSS et de la communauté pour intégrer des réseaux de services élargis pour leurs clientèles, notamment par leur participation à des programmes de santé publique de première ligne destinés à des personnes vulnérables (cf. Chapitre 1). Il est donc pertinent de documenter l'émergence de cette pratique infirmière d'interface pour établir les bases théoriques et pratiques à partir desquelles soutenir son développement.

Deuxièmement, ce parcours de la recherche nous a permis de cerner qu'en complémentarité aux devis qualitatifs, la création d'espaces participatifs au travers du processus de recherche et l'instauration de modalités visant à se rapprocher du milieu dans lequel les pratiques se déroulent sont primordiales pour situer la perspective des acteurs et leurs actions en contexte. La méthode de notre recherche bâtit d'ailleurs sur ces éléments (cf. Chapitre 4).

Troisièmement, cette recension des écrits appuie l'importance de documenter les processus par lesquels des acteurs parviennent à s'engager dans des actions à l'interface d'autres acteurs, organisations et territoires. À cet égard, on s'entend généralement sur le fait qu'il ne s'agit pas uniquement de décrire des facteurs d'influence, des activités ou des expériences d'acteurs considérés isolément du contexte qui les configure, mais de concevoir plutôt l'agencement dynamique de ces multiples facettes inter-reliées. Ainsi, la perspective systémique privilégiée (cf. Chapitre 2) apparaît toute indiquée pour appréhender l'agir complexe de la pratique infirmière d'interface et les processus selon lesquels elle s'organise, fonctionne et se transforme.

Finalement, il s'avère que peu de repères théoriques sont utilisés comme assises aux travaux de recherche en relation avec notre objet d'étude, et que les conceptions de la pratique issues de théories en sciences infirmières ne sont pas représentées. Les conceptions de théoriciennes infirmières en regard de la pratique figurent à titre de fondements pour l'élaboration de notre projet de recherche doctoral ainsi que pour réfléchir le développement de la pratique aux plans théorique et pratique (cf. Chapitre 7).

Chapitre 4
Considérations méthodologiques

La méthodologie de recherche déployée est présentée en deux sections dans ce chapitre, afin de regrouper les informations en fonction de la phase préparatoire de planification et de mise en œuvre de la recherche. Nous avons choisi d'organiser l'information de cette manière car cela tient compte de la séquence du déroulement de l'action dans cette recherche. D'abord, la mise en place de l'étude est exposée. Par la suite, nous présentons l'opérationnalisation des paramètres de la recherche.

Mise en place de l'étude

La mise en place de l'étude comprend les précisions quant au type de devis de recherche, une description du processus d'échantillonnage et de l'échantillon, une présentation de la démarche d'entrée dans les milieux, de recrutement et d'accompagnement des participantes, de même que des processus encourus pour l'approbation éthique du projet.

Devis de recherche : une étude qualitative exploratoire multicentrique

Nous avons privilégié un devis qualitatif exploratoire (Deslauriers & Kérisit, 1997) pour aborder l'étude de la pratique infirmière d'interface. Nous souhaitons nous familiariser avec une pratique infirmière en développement, dont les repères et les processus constitutifs n'étaient pas encore clairement définis, avec l'intention de produire une modélisation systémique à partir de laquelle informer, réfléchir et soutenir son agir complexe.

Le devis qualitatif exploratoire est souple et il permet de découvrir de même que de construire une compréhension fine d'un phénomène, au fur et à mesure que la recherche progresse (Poupart et al., 1997). Il vise à produire des connaissances qui sont à la fois détaillées et circonstanciées (Deslauriers & Kérisit, 1997). Dès lors, le devis choisi nous a permis de décrire les acteurs en interaction dans la pratique infirmière d'interface, leurs activités et les finalités qu'ils poursuivent, tout en tenant compte du contexte à l'intérieur duquel leur pratique se déroule et évolue. Ce devis apparaissait

aussi tout indiqué puisqu'il visait une compréhension globale du phénomène contemporain de la pratique infirmière d'interface et de sa complexité, à l'intérieur de son contexte naturel et temporel. L'attention portée au contexte de la pratique infirmière d'interface s'aligne, par ailleurs, à la perspective systémique à partir de laquelle a été formulé ce projet. En particulier, cette perspective suggère que le contexte a une incidence sur l'organisation, le déroulement et le devenir des actions (Le Moigne, 1984, 1990, 1999, 2006). Le devis que nous avons choisi est également justifié par rapport à l'état actuel des connaissances à propos de cette pratique infirmière, qui demeure relativement restreint (Brink & Wood, 1998; Poupart et al., 1997).

Stratégie d'échantillonnage et échantillon

Étant donné notre orientation épistémologique, nous avons voulu constituer un échantillon qui puisse nous permettre d'étudier la pratique infirmière d'interface en tant que système. Il s'agissait donc de composer un échantillon d'acteurs et d'activités, mais aussi de considérer des milieux et des programmes qui nous offrent l'opportunité de mieux comprendre cette pratique infirmière en élaboration. Une stratégie d'échantillonnage intentionnel a été utilisée, à partir de critères prédéfinis (Patton, 1990). Dans l'ensemble, nous visons une certaine hétérogénéité pour assurer la variabilité des paramètres du phénomène considéré (Miles & Huberman, 2003). Nous avons privilégié le principe de diversification pour guider notre processus d'échantillonnage afin d'avoir une vision étendue de la pratique infirmière d'interface et pour identifier ses processus constitutifs au travers d'un ensemble de variations (Patton, 1990; Pires, 1997).

Notre échantillon était composé de 15 infirmières, lesquelles correspondaient aux critères de sélection suivants, soit être infirmière dans un territoire urbain, puis parler et comprendre le français. En vue de diversifier les contextes au sein desquels étudier leur pratique d'interface, nous avons voulu choisir des infirmières qui œuvraient au sein de différents CSSS. Des CSSS avec une désignation de centre affilié universitaire (CAU) ont d'abord été ciblés, compte tenu de leur mission complémentaire d'enseignement et

de recherche. Les CSSS dans lesquels se déroulait *l'Évaluation du volet Soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, pour laquelle la directrice de thèse était chercheure principale, ont été systématiquement exclus. Nous voulions préserver la collaboration des équipes d'intervention sollicitées pour cette étude en cours et éviter le recrutement d'infirmières qui auraient déjà été rencontrées en entretien durant les mois précédents.

Trois CSSS désignés CAU ont été sollicités pour collaborer à notre étude. Deux d'entre eux ont accepté d'y participer. Le troisième CSSS a refusé notre invitation de prendre part à la recherche en raison de reconfigurations majeures au niveau des rapports de collaboration avec les partenaires du milieu communautaire de son territoire, ce qui aurait pu avoir une incidence sur notre capacité d'étudier la pratique d'interface des infirmières. Par la suite, il a été décidé de solliciter un CSSS additionnel, celui-ci non affilié universitaire, mais qui était intéressé et ouvert à prendre part à la recherche. Nous souhaitons avoir un nombre suffisant d'infirmières participantes pour nous assurer un accès à des expériences variées.

Dans la perspective de constituer un échantillon riche et diversifié, nous avons également voulu tenir compte du degré de développement de la pratique infirmière d'interface dans différents programmes. Nous avons donc privilégié un échantillon d'infirmières qui intervenaient à l'intérieur de deux types de programmes particuliers¹², soit les *Services généraux* et les *Services spécifiques*, au sein desquels nous étions susceptibles de retrouver des expériences variables en termes d'exposition et d'implication à la pratique d'interface. Les programmes des *Services généraux* nous ont permis de rencontrer des infirmières dont la pratique d'interface était moins développée, formalisée ou explicite. Les programmes des *Services spécifiques*, dans lesquels la pratique infirmière d'interface fait davantage partie des processus d'intervention reconnus et intégrés, nous ont donné la possibilité de rencontrer des infirmières qui avaient été davantage exposées à une telle pratique.

¹² Une description détaillée des programmes est présentée ultérieurement dans ce chapitre.

Tant au niveau des *Services généraux* que des *Services spécifiques*, nous recherchions des programmes qui comportaient un volet d'intervention dans les ressources du milieu. Pour les *Services généraux*, nous avons choisi le programme des SIPPE. Parmi les 15 infirmières de notre échantillon, neuf d'entre elles intervenaient à l'intérieur de ce programme. Ces participantes correspondaient aux critères de sélection suivants, soit être infirmière au sein d'une équipe SIPPE depuis six mois ou plus et consacrer au moins la moitié de son temps aux SIPPE. Nous voulions, essentiellement, rencontrer des infirmières qui avaient suffisamment d'expérience comme professionnelles de la santé et du programme pour rendre compte de leur pratique d'interface en émergence. Toutes les participantes sollicitées dans ce programme ont accepté de participer à l'étude.

Pour les *Services spécifiques*, nous avons retenu deux programmes particuliers, soit les programmes du secteur itinérance et ses services connexes, ainsi que le programme des services de Santé au travail. Au total, un échantillon de six infirmières a été constitué à l'intérieur de ces programmes. Ces infirmières répondaient aux critères de sélection suivants, soit être infirmière depuis six mois ou plus au sein du programme visé, déployer sa pratique au-delà des frontières institutionnelles du CSSS et être reconnue par son chef de programme pour son engagement marqué dans la pratique d'interface. Tout au plus une infirmière par programme spécifique a été sélectionnée pour prendre part à l'étude, de manière à permettre une hétérogénéité de contextes d'intervention. Pour l'ensemble des programmes retenus, ceux dans lesquels des infirmières étaient déjà sollicitées pour une autre étude étaient automatiquement exclus.

Enfin, nous avons sélectionné deux participantes pour la réalisation d'observation de cas exemplaires¹³. Ces deux infirmières ont été identifiées parce qu'elles se démarquaient par leur recours à une diversité de ressources de la

¹³ Selon Stake (1995, 2005), les cas de type exemplaire se limitent généralement à un nombre très restreint de cas. D'après l'auteur, les cas exemplaires possèdent des caractéristiques extrêmement spécifiques qui permettent de maximiser les apprentissages sur ce/ces cas. Il s'agit donc de choisir un cas ou quelques cas très particuliers qui sont suffisamment riches pour permettre de développer une compréhension fine et en profondeur d'un phénomène à l'étude, ici la pratique infirmière d'interface.

communauté dans leurs interventions¹⁴, elles étaient intéressées à réfléchir leur pratique et étaient disponibles, en poste, pour une durée envisagée d'au moins six mois. Ces critères ont été privilégiés afin de permettre une exposition à une variété de contextes d'observation. C'est ainsi qu'une infirmière appartenant au programme des SIPPE, avec une pratique d'interface en développement, et une infirmière issue de l'un des programmes de services spécifiques, avec une pratique d'interface plus établie, ont été sélectionnées en tant que cas exemplaires. Le Tableau 1 illustre la composition de l'échantillon et les critères de sélection.

Tableau 1

Composition de l'échantillon et critères de sélection

| | Composition de l'échantillon | | | Critères de sélection |
|---|--|----------------------------|---|--|
| Participant | 15 infirmières | | | - Être infirmière dans un territoire régional urbain donné - Parler et comprendre le français |
| Différents milieux | Trois CSSS | | | - CSSS avec désignation de CAU ou CSSS intéressé et ouvert à participer à la recherche - CSSS dans lesquels se déroulait l'étude évaluative du PSJP ont été systématiquement exclus |
| | CSSS (A) CAU n=4 | CSSS (B) non CAU n=5 | CSSS (C) CAU n=6 | |
| Différents programmes avec degré variable de développement de la pratique infirmière d'interface | Services généraux « Pratique d'interface en développement » | | Services spécifiques « Pratique d'interface plus établie » | - Programmes comportant un volet d'intervention dans les ressources de la communauté - Programmes dans lesquels des infirmières étaient déjà sollicitées pour une autre étude étaient automatiquement exclus |
| | Programme des SIPPE | | Programmes Itinérance Jeunesse, Adulte et services spécifiques connexes Programme des services de Santé au travail | |

¹⁴ Ce critère a été jugé d'après l'avis des chefs de programmes ainsi que sur la base d'une analyse préliminaire des entretiens semi-dirigés.

Description des participantes

Le portrait des participantes est détaillé aux Figures 4-6, qui se retrouvent aux pages suivantes (pp. 86-88).

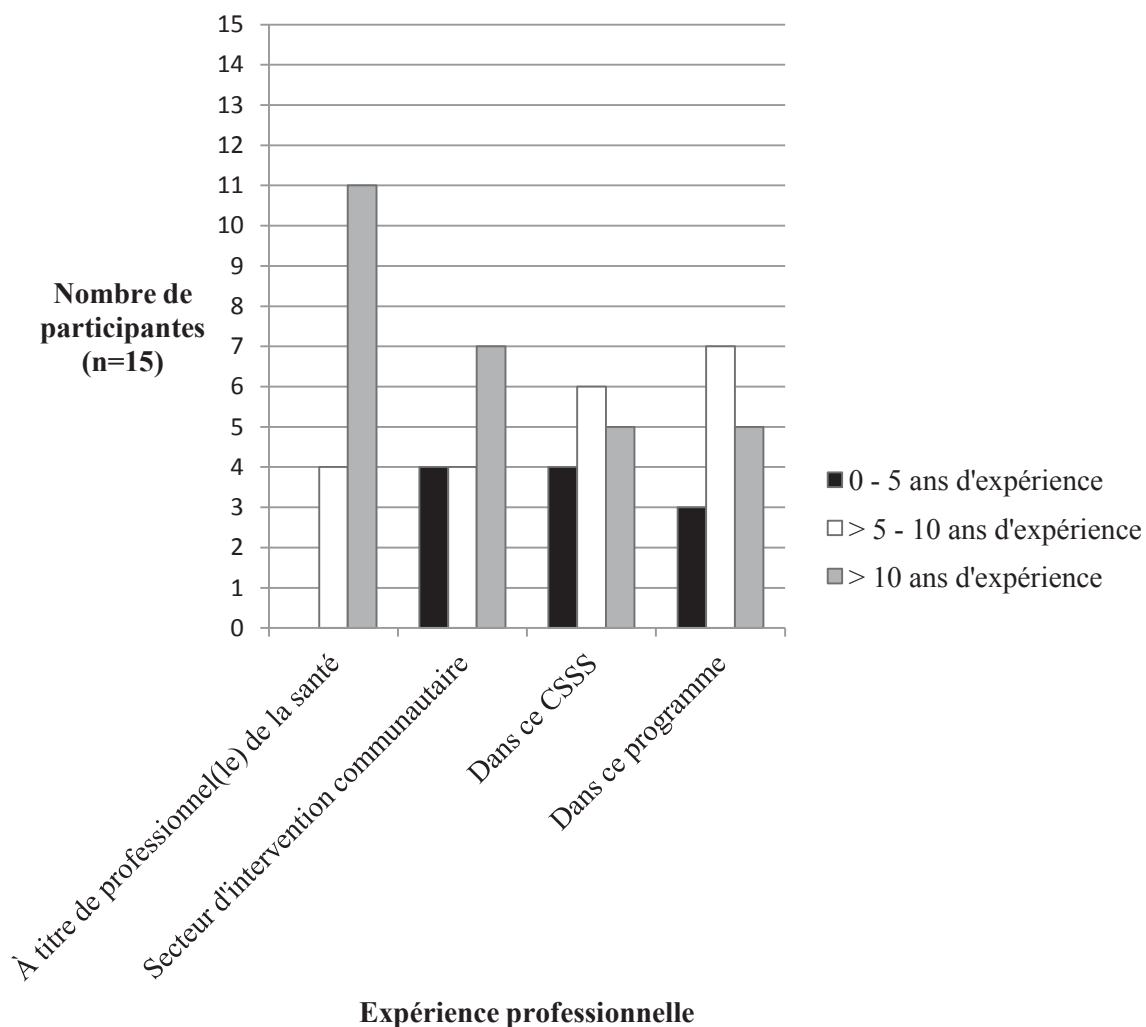


Figure 4. Expérience professionnelle des participantes.

La Figure 4 indique que toutes les participantes avaient au moins cinq années d'expérience à titre de professionnelles de la santé; la majorité en détenait même plus de 10 (n=11). Au niveau de l'expérience des participantes dans le secteur d'intervention communautaire, 11 infirmières ont indiqué y travailler depuis plus de cinq ans, la

majorité de celles-ci intervenaient dans ce secteur pour plus de 10 ans au moment de l'amorce de notre collecte de données. Par ailleurs, l'ensemble des participantes avaient deux ans et plus d'expérience de travail dans le CSSS à l'étude. En particulier, plus du deux tiers des participantes (n=11) possédait au-delà de cinq ans d'expérience de travail sur leur territoire, dont cinq qui en avaient plus de 10 ans. Notons également que la majorité des participantes avaient plus de cinq ans d'expérience d'intervention à l'intérieur du programme retenu pour l'étude (n=12), et que le tiers des infirmières y travaillaient depuis plus de 10 ans (n=5).

Relativement à la scolarité des participantes, la Figure 5 souligne que la presque totalité (n=14) des infirmières possèdent un diplôme universitaire. De manière plus particulière, deux tiers des participantes (n=10) détiennent un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières. Deux participantes possèdent un certificat en santé communautaire, alors que deux autres ont obtenu un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS). Une seule participante était de scolarité de niveau collégial.

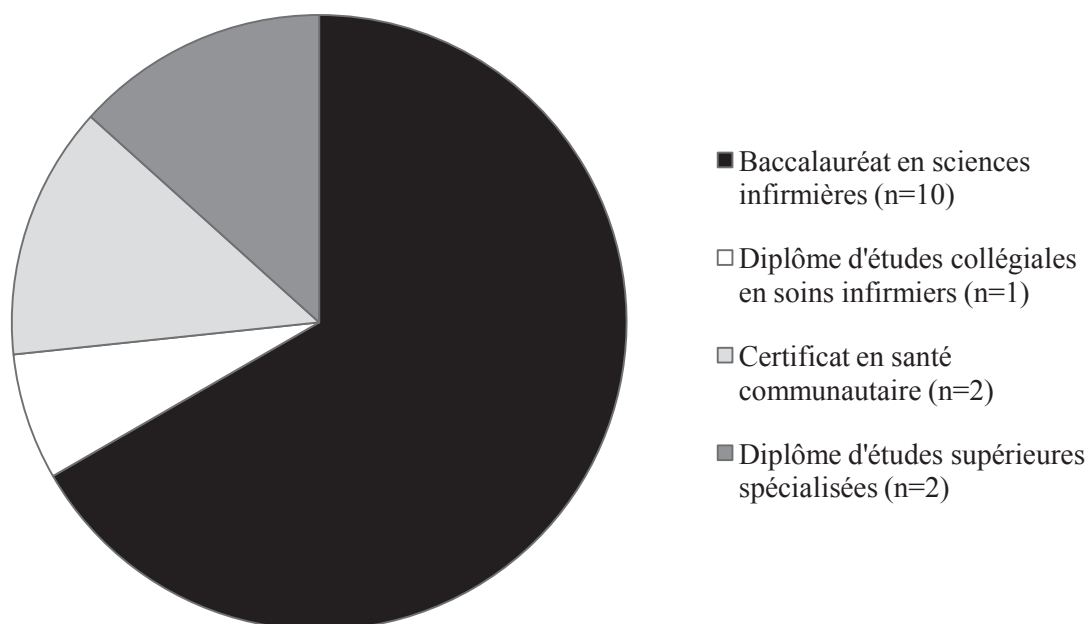


Figure 5. Scolarité des participantes.

En ce qui a trait aux groupes d'âge des participantes (Figure 6), celui des 40-49 ans regroupe la majorité des infirmières de notre échantillon (n=7). À l'exception d'une seule infirmière récemment diplômée, les participantes de l'étude étaient âgées de 30 ans et plus.

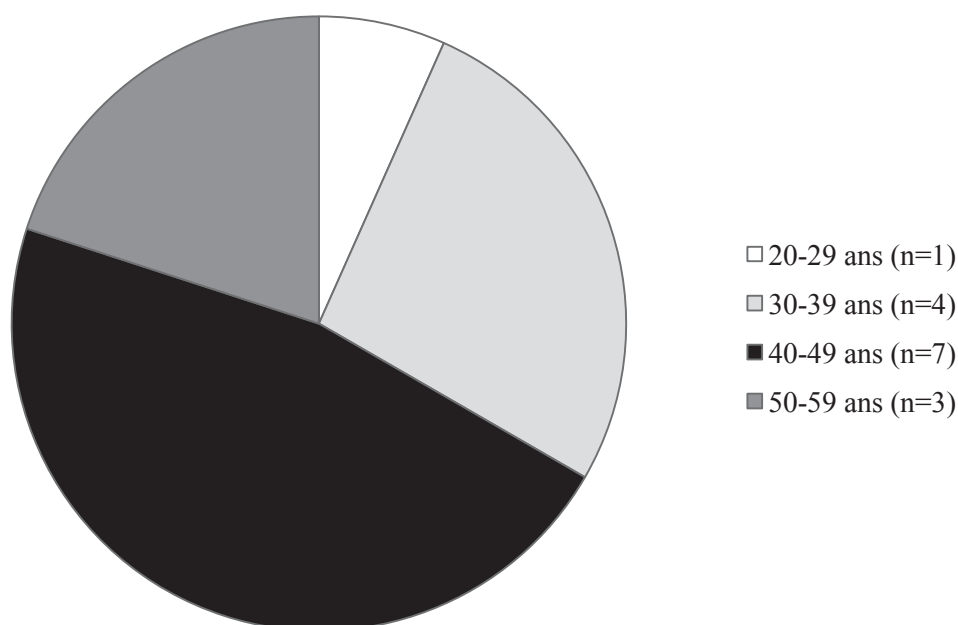


Figure 6. Groupes d'âge des participantes.

Description des milieux de recherche

L'étude s'est déroulée dans trois CSSS urbains d'une même région. Les indices de défavorisation sociale (DS) et matérielle (DM)¹⁵, considérés par rapport à la moyenne régionale (Pampalon et al., 2004; Pampalon & Raymond, 2000), nous ont permis de

¹⁵ Le concept de défavorisation vise à caractériser un état de désavantage relatif d'individus, de familles ou de groupes par rapport à un ensemble auquel ils appartiennent, soit une communauté locale ou une région (Townsend, 1987). L'indice de défavorisation utilisé au Québec mesure deux composantes importantes - l'une matérielle, l'autre sociale - de l'environnement dans lequel vit un individu (Pampalon, Hamel, & Raymond, 2004; Pampalon & Raymond, 2000). Selon ces auteurs, l'indice de défavorisation matérielle (DM) reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante (ses indicateurs sont le pourcentage de personnes sans diplôme d'études secondaires, le pourcentage de personnes occupant un emploi et le revenu moyen par personne). Pour sa part, l'indice de défavorisation sociale (DS) souligne la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté (ses indicateurs sont le pourcentage de personnes vivant seules dans leur ménage, le pourcentage de personnes séparées, divorcées ou veuves, de même que le pourcentage de familles monoparentales).

rendre compte du critère d'hétérogénéité privilégié et d'illustrer que les trois CSSS retenus pour l'étude sont différents (Figure 7, ci-bas). Lorsqu'on tient compte des rangs de défavorisation attribués à chacun des milieux dans la région, on constate que le CSSS (A) est le plus défavorisé des trois CSSS en ce qui trait à la composante de DS, tout en étant le plus favorisé au niveau de la DM. Pour sa part, le CSSS (B) présente des rangs de défavorisation relativement élevés et équivalents pour ces deux composantes. À l'inverse du CSSS (A), le CSSS (C) se qualifie par des conditions de DM relativement faibles tandis que ses conditions de DS apparaissent plus favorables que les deux autres CSSS retenus.

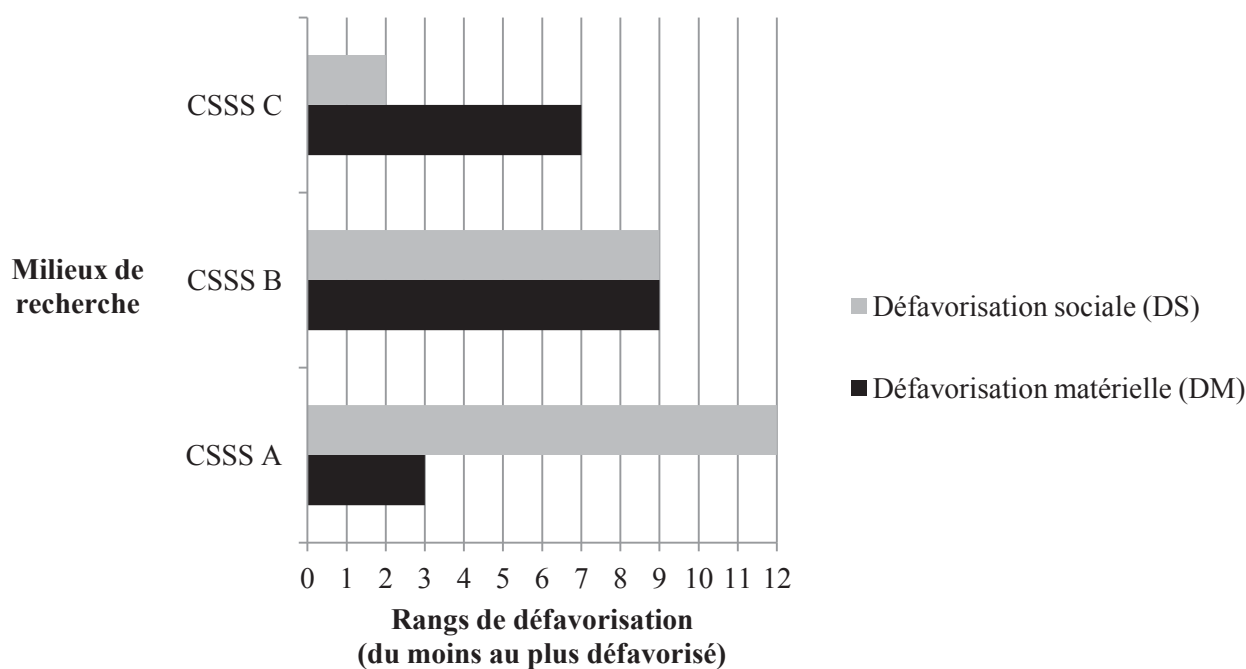


Figure 7. Rangs de défavorisation matérielle et sociale des milieux de recherche.

Description des programmes

Les deux types de programmes retenus, soit les programmes des *Services généraux* et des *Services spécifiques*, nous ont permis de rejoindre des infirmières ayant des expériences diversifiées, dans des contextes d'intervention variés. Ces programmes

sont brièvement décrits dans la section suivante, avec un accent porté sur le rôle des infirmières.

Services généraux : le Programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Le programme des SIPPE offre des services généraux à des familles vivant en contexte de vulnérabilité sociale (MSSS, 2004). Initié par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec au courant des années 2004-2005, les objectifs poursuivis par ce programme s'inscrivent dans des visées populationnelles de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de protection. Il s'agit, de manière particulière, de renforcer le pouvoir d'agir et le potentiel de santé et de bien-être de familles vulnérables et des communautés; d'inclure la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents; de favoriser le développement optimal des enfants; et de diminuer le potentiel de transmission intergénérationnelle d'abus ou de négligence à l'endroit des enfants (MSSS, 2004). Les SIPPE regroupent trois volets spécifiques. Un premier volet s'adresse aux jeunes parents¹⁶ (le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)). Le second volet prend en charge les familles vivant en contexte d'extrême pauvreté¹⁷ (Naître égaux et grandir en santé (NEGS)). Le troisième volet concerne la stimulation précoce des enfants âgés de deux à cinq ans.

Les SIPPE comportent deux axes d'intervention inter-reliés. Le premier axe d'intervention est l'*accompagnement des familles* (AF). Il réfère à des services individualisés offerts par des professionnels des équipes Enfance-Famille-Jeunesse (EFJ) en CSSS, qui accompagnent les parents à travers la trajectoire de la grossesse et les cinq premières années de vie de leur enfant. Le second axe d'intervention, soit celui de la *création d'environnements favorables* (CEF), s'inscrit en complémentarité au

¹⁶ Jeune femme enceinte qui aura moins de 20 ans à l'accouchement ou mère d'un enfant de 0 à 5 ans âgée de moins de 20 ans lors de l'inscription dans le programme (MSSS, 2004).

¹⁷ Les mères d'un enfant de 0 à 2 ans âgées de 20 ans ou plus et leur famille, ne détenant pas de diplôme de cinquième secondaire et vivant sous le seuil de faible revenu (MSSS, 2004).

premier axe. Il vise le développement d'initiatives mobilisant des acteurs de divers secteurs d'activités pour agir sur les déterminants sociaux de la santé des familles, au-delà des frontières du CSSS.

Les infirmières sont des acteurs primaires de l'AF. Elles sont engagées dans le suivi pré et postnatal de même que dans le suivi en petite enfance (mère, père/partenaire et bébé). Leurs interventions comprennent, notamment, l'évaluation physique de la mère durant sa grossesse; l'enseignement et la promotion de l'allaitement maternel; le soutien à l'attachement parents-enfant; le suivi pondéral du bébé; le renforcement des capacités parentales; l'élaboration de plans thérapeutiques infirmiers (PTI) permettant de répondre à des besoins spécifiques des parents; la formulation de références à d'autres professionnels; le soutien au projet de vie enfant-famille; la réinsertion socioprofessionnelle des parents; et l'accompagnement des familles vers des ressources de la communauté pour favoriser leur accès à des services dans leur milieu et améliorer leurs conditions de vie (Gendron et al., 2012). Cet accompagnement passe par le développement de liens de collaboration entre les équipes interprofessionnelles du CSSS et les ressources du RLS, comme les ressources communautaires, les milieux scolaires, les partenaires des centres de la petite enfance (CPE), du secteur de l'emploi ou de la solidarité sociale.

La CEF renvoie à la création d'espaces comportant des relations de coopération, d'échange et d'influence entre les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux chargés de mettre en œuvre le programme des SIPPE et les organisations partenaires. Des acteurs de plusieurs secteurs sont ainsi appelés à agir collectivement en faveur de la santé et du bien-être des familles se trouvant dans une situation de vulnérabilité. Selon les termes du cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004), les infirmières peuvent être interpellées pour prendre part à la CEF, notamment par l'intermédiaire de leurs actions dans le milieu de vie des familles. Quelques exemples de projets de CEF dans lesquels les infirmières pourraient être conviées à contribuer sont suggérés dans le cadre de référence du programme (MSSS, 2004). Il s'agit, par exemple, de leur contribution à la mise en place d'ateliers parents-enfants dans une ressource communautaire du quartier

pour favoriser l'attachement et le développement des bébés, à l'aménagement d'aires de jeux sécuritaires dans les parcs municipaux, ou encore, à l'élaboration d'un réseau de transport qui puisse favoriser l'accès aux services et diminuer l'isolement des familles. La CEF peut donc être envisagée selon un continuum de pratiques allant de la simple offre de services à l'élaboration de projets communs.

Programmes d'intervention des Services spécifiques

Les programmes Itinérance Jeunesse, Adulte ainsi que leurs services connexes, de même que le programme des services de Santé au travail ont été choisis pour représenter l'offre de *Services spécifiques*. Ces programmes se sont avérés pertinents en raison de leur historique d'intervention, qui relate une implication plus étendue des infirmières à des pratiques se déroulant à proximité des ressources du milieu. Ils sont présentés dans ce qui suit.

Programmes Itinérance Jeunesse, Adulte et services spécifiques connexes

Les services auxquels réfèrent les programmes spécifiques retenus consistent, par exemple, à orienter dans le réseau de la santé et des services sociaux des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale sévères et persistants (services d'urgence psychosociale-justice); à répondre à des demandes de la police et de ressources communautaires en lien avec des altercations pour des personnes dérangeantes et potentiellement dangereuses pour elles-mêmes et autrui; ou encore, à offrir des services de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et du VIH/sida par l'intermédiaire d'équipes spécialisées (MSSS, 2008a). Étant donné leur mandat régional, ces programmes d'intervention spécifiques mobilisent des équipes d'intervenants sur l'ensemble des territoires de la région retenue pour l'étude.

À l'intérieur de ces équipes, les infirmières travaillent à faciliter l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour une clientèle vulnérable et souvent

marginalisée, qui vit dans un contexte où elle est exposée à l'exclusion sociale et à la stigmatisation. Les objectifs d'intervention des infirmières visent la réduction des risques associés au mode de vie de la clientèle et des conséquences néfastes sur leur santé et bien-être, tout comme l'offre d'un certain soutien afin de les aider à prendre part à la vie sociale. Les infirmières participent à l'évaluation, à l'intervention et au suivi psychosocial et de santé de la clientèle. Les interventions infirmières qui ont cours dans ces programmes reposent principalement sur des approches milieu¹⁸ qui s'articulent à proximité de la communauté, qui sont adaptées à la réalité de la clientèle et qui visent à la rejoindre et intervenir là où elle se trouve. Leur travail se déroule donc en clinique dans les CSSS, dans les ressources du milieu et dans la rue. Les infirmières sont ainsi appelées à faire le lien entre la clientèle, les acteurs des organismes communautaires et le réseau de la santé et des services sociaux.

Programme des services de Santé au travail

Le Programme des services de Santé au travail trouve sa raison d'être au sein de la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Cette loi confie au réseau de la santé publique un rôle de premier plan en matière de santé au travail. Le mandat des équipes de santé au travail consiste à mettre en œuvre un programme¹⁹ de santé spécifique aux entreprises situées à l'intérieur de son territoire géographique. Cette démarche se fait en collaboration avec l'employeur, le comité de santé et de sécurité (CSS) d'une organisation/entreprise et les travailleurs. De plus, certaines enquêtes sont réalisées dans les milieux de travail à la suite de déclarations de maladies professionnelles et de demandes d'indemnisation.

Les infirmières qui interviennent en santé au travail offrent directement des services de santé aux employeurs et aux travailleurs en se déplaçant dans les entreprises situées sur leur territoire. Elles évaluent les risques pour la santé présents dans les

¹⁸ L'approche milieu est un modèle d'intervention qui se caractérise par une importante décentralisation des services vers les communautés locales et une grande proximité entre les intervenants professionnels et les citoyens. On vise ainsi une façon plus proactive d'intervenir, en allant vers les personnes susceptibles de développer des problèmes sociaux et de santé (Guay, 1996).

¹⁹ Ce programme est subventionné par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

milieux de travail, en informent les employeurs ainsi que les travailleurs et offrent leur soutien afin de prévenir l'apparition ou l'aggravation des maladies ou blessures reliées au travail. Les infirmières et leurs équipes agissent en fonction de priorités d'intervention établies par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), et voient aussi à l'application de divers programmes et règlements, comme par exemple, le programme « Pour une maternité sans danger » ou encore, l'application du « Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines ».

L'entrée dans les milieux

La première prise de contact avec les milieux a eu lieu selon une modalité téléphonique, auprès du responsable de la recherche de chaque CSSS. Durant cet échange téléphonique, nous avons pris le temps de nous présenter, d'expliquer brièvement le but de l'étude et de cibler les programmes au sein desquels nous souhaitions réaliser notre terrain de recherche. Suite à cet échange, une lettre d'invitation à participer au projet de recherche a été acheminée par courriel à chacun des responsables de la recherche, en vue d'être transmise aux chefs de programmes pertinents (Appendice 1). Cette lettre comportait les objectifs spécifiques de l'étude et ses implications en termes de durée, d'effectifs que nous envisagions solliciter et des modalités de collecte de données. Le responsable de la recherche effectuait un suivi téléphonique ou en personne auprès de chacun des chefs de programmes environ dix jours après les avoir sollicités, afin d'obtenir leur autorisation de nous transmettre leurs coordonnées pour discuter du projet.

Nous avons téléphoné aux chefs de programmes ayant donné leur accord afin de présenter la lettre d'invitation à participer au projet qui leur avait été transmise, tout en répondant à leurs questions. À leur demande, nous avons aussi rencontré l'ensemble des membres de l'équipe interprofessionnelle de chaque site pour présenter la recherche. Ainsi, nous avons reçu une invitation de la part des chefs de programmes pour présenter notre projet lors d'une réunion d'équipe régulière et pour laquelle on nous accordait généralement de 15 à 30 minutes. La participation au projet de recherche était

conditionnelle, dans deux cas sur trois, à un accord de collaboration obtenu par l'ensemble des membres de l'équipe interprofessionnelle. Nous avons aussi distribué un résumé de notre projet de recherche à chaque personne qui était présente, en prenant soin de le présenter de manière détaillée et de répondre aux questions. À la fin de cette rencontre, un formulaire de consentement (Appendices 2-3) ainsi qu'un résumé du guide d'entretien (Appendices 4-5) comprenant les principaux thèmes abordés en entrevue, des exemples de questions et une présentation sommaire du déroulement de la rencontre étaient offerts aux infirmières qui étaient présentes. Un délai d'environ une semaine était alloué pour permettre la réflexion des infirmières à prendre part à notre projet.

Description des processus de recrutement, gestion et accompagnement des infirmières

Le recrutement des participantes s'est échelonné sur une période de six mois, soit entre les mois de mai et octobre 2010. Les chefs de programmes ont contribué au recrutement en identifiant des infirmières qui correspondaient aux critères de sélection. De plus, ils ont effectué les démarches nécessaires afin d'obtenir une demande d'autorisation de chacune des infirmières correspondant à nos critères de sélection en vue de nous transmettre leurs coordonnées professionnelles. Les coordonnées des infirmières nous ont été acheminées par courriel ou par téléphone, par les chefs de programmes ou leur secrétaire. Nous avons également laissé nos coordonnées professionnelles aux chefs de programmes, dans le cas où certaines infirmières préféreraient nous contacter elles-mêmes.

Il était prévu de rencontrer chaque participante à quatre reprises pour la durée de l'étude. Un premier contact téléphonique a été réalisé suite à l'obtention de leurs coordonnées professionnelles. Il s'agissait de décrire le projet de recherche, les implications de leur participation et de répondre aux questions. Si un consentement verbal à participer à l'étude était obtenu lors de cet échange téléphonique, un rendez-vous était alors fixé pour la tenue d'une seconde rencontre, en fonction des disponibilités de la personne, dans son milieu et durant ses heures de travail. Un délai minimal d'une semaine était toutefois respecté avant la tenue de cette rencontre, pour permettre un

temps de réflexion suffisant quant à la participation au projet de recherche. La deuxième rencontre avait lieu suite à une confirmation téléphonique dans les 48 heures précédentes. Elle comprenait la présentation et la signature du formulaire de consentement, la réalisation d'un entretien semi-dirigé et l'auto-administration d'un questionnaire sociodémographique. Un troisième contact courriel s'est tenu à la suite de chacun des entretiens semi-dirigés afin d'acheminer une synthèse écrite des propos tenus par les participantes. Cette remise était effectuée dans un délai de deux semaines suivant les entretiens, de manière à ce que les participantes se remémorent le plus possible nos échanges. Il s'agissait, essentiellement, de permettre aux participantes de modifier, de soustraire ou d'ajouter des propos par écrit, selon leur jugement. Toutes les participantes ont retourné ce document synthèse et le tiers d'entre elles ont proposé des modifications mineures visant, notamment, à bonifier certains extraits à l'aide d'exemples concrets de leur pratique²⁰. Un quatrième contact a été effectué avec les participantes qui ont proposé des modifications aux synthèses, soit par téléphone ou en personne, pour discuter des changements à apporter en vue de l'amorce des analyses.

Les infirmières sélectionnées pour une observation de leur pratique ont été contactées, par téléphone, au terme d'analyses préliminaires des entretiens de recherche. Il s'agissait de préciser pourquoi elles étaient sélectionnées, d'expliquer les objectifs de la démarche, de discuter des implications de l'observation et d'obtenir leur accord à participer. Une infirmière a refusé notre sollicitation étant donné la fragilité de nouveaux liens de collaboration avec les ressources de son milieu. Lorsqu'une infirmière acceptait de prendre part à de l'observation de sa pratique, une rencontre était fixée pour présenter un formulaire de consentement relatif à la collecte de données par observation (Appendices 6-7)²¹. Lors de cette rencontre, un temps était consacré pour répondre aux questions et pour rassurer les infirmières qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation de leur

²⁰ Les autres participantes n'ont proposé aucune modification aux synthèses.

²¹ Suivant les recommandations des comités d'éthique à la recherche (CÉR), un formulaire de consentement indépendant a été produit pour la collecte de données par observation. Le consentement initial à participer à l'étude visait la collecte de données par entretiens, l'auto-administration d'un questionnaire sociodémographique ainsi que la collecte documentaire dans les milieux. Toutefois, à la fin de ce formulaire de consentement initial, une case était réservée pour que les infirmières puissent indiquer leur préférence à savoir si elles acceptaient d'être recontactées ou non pour la phase d'observation, dans le cas où elles correspondraient aux critères de sélection. Cela ne les engageait toutefois en rien à participer à de l'observation de leur pratique.

pratique, mais plutôt d'une occasion de nous familiariser davantage avec le contexte dans lequel elles intervenaient. Une fois le formulaire de consentement signé, nous établissions un horaire d'observation qui convenait et nous nous entendions sur les modalités à privilégier pour la prise de contact en cours d'observation.

Étant donné que de l'observation devait aussi avoir lieu dans le cadre de rencontres en équipe interprofessionnelle, nous avons contacté de nouveau les chefs de programmes concernés pour confirmer leur accord avant de procéder à la tenue des premières séances d'observation. Pour toute la durée de la phase d'observation, les chefs de programmes étaient avisés une semaine à l'avance de la tenue de chacune des séances, soit par nous ou par l'infirmière du milieu qui participait à l'observation. Il s'agissait de laisser un temps suffisant aux chefs de programmes pour informer les différents membres de l'équipe interprofessionnelle de notre présence à la prochaine réunion et pour cibler les points à l'ordre du jour pour lesquels ils préféreraient que nous nous retirions.

Processus encourus pour l'approbation éthique du projet

Cette étude a reçu l'approbation de trois comités d'éthique à la recherche (CÉR), soit un comité pour chaque CSSS participant. Les certificats de conformité éthique obtenus ont été renouvelés à trois reprises pour la durée de l'étude. Des formulaires de consentement ont été signés par toutes les personnes auprès desquelles il y a eu une collecte de données. Les participants ont été informés de leur droit de ne pas répondre à des questions et de se retirer de l'étude à tout moment, sans aucun préjudice.

Relativement au principe de confidentialité, aucune donnée d'entrevues réalisés auprès d'infirmières n'a été communiquée à leurs supérieurs, et aucune comparaison n'a été rendue publique concernant les trois sites à l'étude. Par ailleurs, l'ensemble des personnes ayant contribué au déroulement de la recherche ont signé une entente de confidentialité (Appendice 8).

En ce qui a trait à la confidentialité des données, tout comme le recommande Creswell (2009), il a été assuré par l'attribution d'un code aux participantes ainsi qu'à chacun des milieux dans lesquels s'est déroulée la recherche. De plus, une attention particulière a également été portée à ce que ni les milieux, ni les participantes ne puissent être identifiés dans la rédaction de cette thèse, tel sera le cas pour la rédaction de publications scientifiques.

Dans toute situation d'observation, nous avons pris soin d'aviser les personnes des raisons motivant notre présence. Dans le cas d'un inconfort, nous nous retirions. Aucune observation dans le cadre d'interventions cliniques individuelles entre les infirmières et des patients n'a été réalisée, tel que recommandé par les CÉR. Par ailleurs, des cas se sont présentés où des participantes nous ont sollicité afin d'agir comme intermédiaire pour régler certains conflits au sein de leur équipe. Dans ces situations, nous rappelions notre rôle en tant que chercheure ainsi que notre position face à la confidentialité des participantes de la recherche.

Opérationnalisation des paramètres de l'étude

La seconde partie de ce chapitre comprend une description des méthodes de collecte de données, des démarches de préparation, de gestion et d'analyse des données, du processus de modélisation entrepris et des critères de qualité retenus. Nous commençons par décrire le caractère itératif du processus de la recherche ainsi qu'un dispositif mis en place pour favoriser la réflexivité en cours d'étude.

Processus itératif de la recherche qualitative

Le caractère itératif du processus de la recherche qualitative (Creswell, 2007) nous a amené à privilégier une démarche concourante de collecte et d'analyse des données, laquelle est empreinte de boucles récursives. Cet aspect itératif a fait en sorte que le parcours de la recherche de même que les outils de collecte et d'analyse de

données ont pris forme et se sont transformés à même les savoirs construits et les interrogations suscitées (Beaud & Weber, 1998; Becker, 2002; Gendron, 2001).

Voici comment ce processus itératif se traduit pour la phase de collecte de données. Premièrement, des entretiens informels réalisés auprès d'infirmières dans le cadre de notre démarche de problématisation ont servi à construire notre premier guide d'entretien, dont les rubriques avaient été balisées par le modèle de Le Moigne (2006). Les données recueillies grâce à ces entrevues préliminaires nous ont procuré une compréhension plus fine des programmes, des interventions et de l'expérience des infirmières. Deuxièmement, les premiers entretiens semi-dirigés qui ont été réalisés ont stimulé notre réflexion en vue de la réalisation d'entretiens subséquents et ont mené à la bonification de notre guide d'entrevue. Par exemple, nous avons ajusté certaines questions en cours de route afin d'explorer des thèmes émergents d'intérêt pour notre sujet d'étude. Troisièmement, des synthèses de chaque entretien ont été produites, validées par les participantes, puis utilisées afin de réaliser une analyse intermédiaire de données pour orienter la phase d'observation participante. En particulier, les synthèses ont été instrumentales pour l'identification de cas exemplaires et de situations à observer, de même que pour cibler des interlocuteurs privilégiés à rencontrer dans les milieux durant la phase d'observation.

En ce qui concerne l'analyse des données, le processus itératif s'illustre notamment au travers des diverses lectures effectuées tout au long du travail de recherche, lesquelles ont alimenté des exercices de synthèses interprétatives, de modélisation et d'intégration des données, tout en constituant une source d'approfondissement et de réflexivité.

Dispositif d'accompagnement

Le dispositif d'accompagnement représente un ajout original à cette étude. Nous avons voulu nous doter d'un espace d'échange avec des personnes dont les expériences

de travail allaient enrichir la qualité de notre collecte de données²². Pour fins de faisabilité, les infirmières sollicitées pour se joindre à ce comité étaient de la région sociosanitaire dans laquelle s'est déroulée l'étude.

Avant l'amorce des rencontres du comité, les personnes ont reçu par courriel des documents décrivant les grandes lignes du projet de recherche, de même que les objectifs et les implications de leur participation. Il leur était aussi demandé de signer une entente de confidentialité. Le dispositif d'accompagnement a servi à orienter la démarche d'échantillonnage pour la phase d'observation. Les membres du dispositif d'accompagnement ont contribué à identifier des acteurs pertinents à rencontrer pour la tenue d'entretiens informels au cours de cette phase, ceci afin de raffiner notre compréhension du contexte de la pratique infirmière d'interface. L'animation des rencontres a été réalisée à l'aide de différents outils, tels que des synthèses des premières interprétations de l'analyse des entretiens, ou encore, par l'intermédiaire de vignettes élaborées à partir d'expériences relatées par les infirmières participantes en cours de collecte de données.

Méthodes de collecte de données

La tradition interprétative dans laquelle s'inscrit notre devis de recherche fait en sorte que l'intelligibilité des phénomènes est considérée en fonction des significations que les gens leurs apportent et des actions qui sont posées (Denzin & Lincoln, 2003). Ainsi, les méthodes de collecte de données ont procédé de manière à nous rapprocher des acteurs de la pratique infirmière d'interface (Guba & Lincoln, 1994; Sylvain, 2008). Notre collecte de données s'est déroulée d'avril 2010 à décembre 2011. Les méthodes suivantes sont décrites dans ce qui suit : entretien semi-dirigé; questionnaire

²² Outre la chercheuse principale, ce dispositif était composé des directrices de recherche, d'une infirmière du milieu académique détenant une expertise particulière à l'égard de pratiques collaboratives, ainsi que d'une infirmière de santé publique détenant des expériences diversifiées d'intervention communautaire, de gestion, de participation à des projets de recherche et d'enseignement. Les infirmières du dispositif d'accompagnement n'ont pas été sollicitées pour la réalisation d'entretiens ou d'observation de leur pratique. Elles ont agi strictement à l'intérieur du mandat du dispositif d'accompagnement.

sociodémographique; observation directe et participante; analyse documentaire; journal de bord.

Entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé est la méthode la plus courante de collecte de données dans les études qualitatives (Pires, 1997). Ce type d'entretien s'avère pertinent, puisqu'il privilégie des questions ouvertes qui permettent aux participants d'élaborer leurs expériences vécues (Savoie-Zajc, 1997, 2009). De surcroît, l'entretien semi-dirigé constitue une méthode de choix pour, à la fois, obtenir des informations sur le déroulement de l'action, comprendre les pratiques en élaboration et les représentations qui les sous-tendent (Pinson & Sala Pala, 2007). Cette forme d'entrevue nous a aussi offert un certain degré de liberté pour explorer des éléments d'intérêt émergeant en cours de route, ce qui correspond tout à fait au caractère itératif de notre démarche de recherche.

Par ailleurs, l'entretien revêt des processus de communication et d'interaction humaine fondamentaux. Conséquemment, la richesse des données recueillies par l'intermédiaire de la méthode d'entrevue est intimement liée aux qualités de l'intervieweur, notamment à sa capacité d'entrer en relation et d'inspirer confiance (Kvale, 1996). Ainsi, nous avons pris en considération un certain nombre d'habiletés et de qualités essentielles que requiert la pratique de recherche qualitative (Baribeau & Royer, 2012; Boutin, 1997). En particulier, nous avons fait preuve d'une capacité d'écoute et de flexibilité en cours d'entretien de manière à ce que l'interviewé puisse orienter la conversation et mettre en valeur son vécu. Considérant l'anxiété que peut procurer l'entrevue pour le participant, nous avons aussi porté une attention particulière aux indices verbaux et non-verbaux de la communication, et utilisé le reflet pour stimuler la conversation.

Une rencontre d'une durée moyenne de 90 minutes s'est tenue avec chaque infirmière, dans son lieu de travail, à un moment qui lui convenait. L'ensemble des infirmières avaient reçu un résumé des thèmes de l'entretien avant la rencontre et étaient

invitées à apporter des documents qu'elles jugeaient pertinents pour soutenir notre compréhension par rapport à leur pratique. En préparation à cet entretien, pour faciliter son déroulement et favoriser la discussion, nous avons aussi convié les participantes à identifier, au préalable, un patient, une famille ou des situations vécues récemment à partir desquelles elles pourraient raconter leur expérience de leur pratique. Les thèmes suivants ont été abordés en entretien, à partir d'une posture rétrospective et contemporaine²³: les interventions ou activités des infirmières, les acteurs avec qui elles interagissent, le contexte dans lequel se déroule leur pratique d'interface, les contraintes et leviers de cette pratique. Des notes concernant le déroulement général de l'entretien, le lieu, l'atmosphère et la présence d'événements inattendus ou perturbateurs ont été consignées dans notre journal de bord puis ajoutés aux transcriptions, pour permettre de situer l'entrevue en contexte (Savoie-Zajc, 1997, 2009). À la suite de chaque entretien, une synthèse était produite puis envoyée aux participantes, selon la procédure décrite précédemment. Cette synthèse était organisée en fonction de l'intérêt principal de cette recherche, soit des thèmes qui structuraient le guide d'entretien. Avec le consentement des participantes, chaque entretien a été enregistré sur une bande audionumérique.

Questionnaire sociodémographique

Un bref questionnaire auto-administré a été utilisé pour dresser le profil professionnel et de formation des infirmières auprès desquelles des entretiens ont été réalisés. Les éléments suivants ont constitué des rubriques de ce questionnaire : le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière, le dernier diplôme d'études obtenu, la formation continue au cours des trois dernières années (Appendices 9-10). Ces questionnaires ont tous été complétés à la fin de l'entretien semi-dirigé.

²³ Cette posture rétrospective et contemporaine visait à considérer la trajectoire évolutive et changeante de la pratique infirmière, en alignement avec le cadre de référence conceptuel de Le Moigne (1999, 2006, 2012) privilégié dans cette étude. Nous avons ainsi interrogé les participantes sur leur pratique dans le contexte actuel, tout en faisant également référence à sa transformation dans le temps (par exemple : leur pratique à l'amorce de l'implantation du programme). En particulier, il s'agissait de situer la pratique infirmière dans un axe espace-temps.

Observation directe et participante

L'observation s'avère une source riche de données (Paillé, 2006; Peretz, 2007). Cette méthode a été déployée sur une période d'un peu plus d'un an, entre les mois d'octobre 2010 et décembre 2011. Ceci a permis l'exposition à une diversité de situations d'intervention, pour dresser un portrait détaillé des activités et du contexte de pratique des infirmières. Une grille d'observation a été utilisée pour structurer cette collecte de données selon les rubriques suivantes : date, lieu, situation ou activité observée, acteurs en présence (par exemple : le nombre d'acteurs, leurs rôles spécifiques), le rôle de l'infirmière dans cette situation/activité, le déroulement de la séance d'observation, le rapport entre les acteurs, la schématisation et description des lieux (Appendice 11). Dans l'ensemble, la prise de notes s'est déroulée pendant les séances d'observation, alors que des synthèses étaient rédigées à la suite de chacune de celles-ci, ciblant notamment les éléments marquants de la rencontre, les constats émergents, les interrogations suscitées ou encore des pistes futures à explorer (Appendice 12).

Deux modalités d'observation ont été privilégiées, soit l'observation directe et participante. L'observation directe se décrit comme le fait d'être le témoin des comportements sociaux d'individus ou de groupes dans les lieux de leurs activités, en modifiant le moins possible leur déroulement ordinaire (Laperrière, 2010; Peretz, 2007). Elle s'applique généralement à des situations limitées (Laperrière, 2000). Nous avons été à même de réaliser de l'observation directe lors de rencontres cliniques des équipes interprofessionnelles en CSSS, nous permettant ainsi d'observer les interactions entre les infirmières et les membres de leurs équipes. Notre présence a favorisé des échanges sur le rôle des infirmières et des autres professionnels des équipes auprès des ressources de la communauté.

Dans le cas de l'observation participante, l'observateur collecte l'information à travers les expériences et les contextes pertinents pour les participants afin d'avoir accès à des données qu'il ne pourrait obtenir dans un rôle d'observateur plus passif (Paillé,

2006; Peretz, 2007). L'observation participante s'est déroulée dans le contexte d'interventions ou d'accompagnements réalisés par les infirmières dans diverses ressources du milieu, avec l'intention de diversifier les lieux et les types d'activités observés. Les séances d'observation participante ont permis de rejoindre et d'échanger, de manière informelle, avec des acteurs auprès desquels les infirmières étaient en interaction dans le contexte de leur pratique d'interface. Les acteurs avec lesquels des entretiens informels ont été réalisés sont des chefs de programmes, des assistants au supérieur immédiat (ASI), des directrices de soins infirmiers (DSI), des représentants de santé publique, des organisateurs communautaires, des travailleurs sociaux, de même que des intervenants et responsables de ressources communautaires. Les entretiens ont porté sur le rôle et la contribution des infirmières au sein des équipes communautaires et dans le milieu, et n'ont pas été enregistrés sur bande audionumérique. Toutefois, des notes ont été rédigées à la suite de chaque rencontre afin de relater les principaux éléments discutés.

Un équilibre était recherché entre les périodes allouées à l'observation directe et participante. Au fil de la démarche, de brèves rencontres avaient lieu avec les infirmières, généralement à la suite de chaque séance, pour leur permettre de partager leurs points de vue sur les événements qui s'étaient déroulés en cours d'observation. Il s'agissait aussi d'une occasion pour que nous puissions partager nos réflexions, clarifier et mettre à l'épreuve nos interprétations ou encore, approfondir certains éléments observés, selon les cas. Une prise de notes subséquente a permis de consigner les aspects principaux de ces échanges.

À terme, dix-huit heures d'observation directe et dix-huit heures d'observation participante ont été réalisées. En plus, quatorze heures d'entretiens informels ont été conduits auprès d'interlocuteurs privilégiés de la pratique d'interface des infirmières, pour un nombre total de cinquante heures d'observation sur le terrain.

Analyse documentaire

Une analyse documentaire²⁴ (Cellard, 1997) a été réalisée en collaboration avec une agente de recherche²⁵. Elle visait à décrire le contexte programmatique de la pratique infirmière d'interface (Poupart et al., 1997). Les documents retenus devaient décrire des dimensions professionnelles et/ou organisationnelles de la pratique d'interface des infirmières, tels ses acteurs, ses activités/rôles, ses projets, le programme au sein duquel elle s'inscrit ou des éléments se rapportant à son contexte d'intervention (critère de sélection des documents). Nous avons recueilli les documents par l'intermédiaire des gestionnaires de programmes, des ASI, d'infirmières rencontrées en entretien, d'organismes communautaires ou encore de partenaires du réseau communautaire, cela dès l'amorce de la collecte de données. Toute personne responsable de transmettre des documents devait signer un formulaire d'autorisation d'accès aux documents.

La collecte documentaire couvrait la période de 2004, qui marque l'année d'implantation du programme des SIPPE, jusqu'à 2011, soit la fin du processus de collecte de données. Au total, une cinquantaine de documents ont été recueillis. Ces documents comprennent des comptes-rendus de rencontres interprofessionnelles; des planifications annuelles de tables de concertation impliquées avec le CSSS; des ententes de services entre le CSSS et les organismes partenaires du territoire; des listes de priorités ou de planifications annuelles des équipes du CSSS; le projet clinique de chacun des CSSS retenus pour l'étude; les listes des ressources de quartier; des documents de formation spécifiques à l'intervention des infirmières; des études de besoins menées sur le territoire; des bilans de projets réalisés en collaboration avec des ressources communautaires; et des cadres de référence des programmes recensés sur les sites gouvernementaux (par exemple : ASSS et DSP de la région visée, MSSS du

²⁴ À titre de précision, cette analyse documentaire ne visait pas à recueillir des articles scientifiques pour faire état des savoirs disponibles sur notre sujet de recherche (comme dans la recension des écrits présentée au troisième chapitre de la thèse), mais avait plutôt pour objectif de collecter des documents dans chacun des milieux à l'étude et sur les sites gouvernementaux qui avaient le potentiel de nous renseigner sur le contexte de la pratique infirmière d'interface (littérature grise, non scientifique).

²⁵ Une agente de recherche qualifiée, qui détenait de l'expérience en recherche qualitative, a été embauchée par la chercheuse principale pour collaborer à la démarche d'analyse documentaire.

Québec). Tel que le suggère Poupart et al. (1997), la grille d'analyse documentaire portait une attention particulière au type de document, à sa source et au contexte dans lequel il a été produit, ce qui a facilité l'organisation des données.

Trois rencontres ont permis d'accompagner l'agente de recherche responsable du processus d'analyse, qui avait préalablement signé une entente de confidentialité. Une première rencontre a permis de présenter le but de l'étude, l'objectif particulier de l'analyse documentaire, de même que les détails de la démarche à entreprendre. Deux autres rencontres ont eu lieu en cours d'analyse, pour valider les interprétations, tout en contre-vérifiant le classement du matériel.

L'agente de recherche était responsable de prendre connaissance de chacun des documents et de s'assurer qu'ils correspondaient bien au critère de sélection. Pour ce faire, l'abrégé, le résumé ou la table des matières de chaque document a été examiné. Une fois la confirmation qu'un document répondait au critère de sélection, un code lui était attribué. Il s'agissait ensuite de résumer les documents et de consigner les données dans la grille d'analyse. Les données documentaires recueillies dans les grilles ont été organisées par thèmes, en fonction des cinq dimensions du modèle de Le Moigne (2006). Les grilles complétées ont fait l'objet de discussions avec l'agente de recherche et des notes, consignées par cette dernière dans un journal de bord, ont permis d'alimenter les questionnements et les réflexions lors des rencontres.

Journal de bord

La tenue d'un journal de bord nous a permis, tout comme le suggèrent d'autres auteurs (Deslauriers & Kérisit, 1997; Savoie-Zajc, 2000), de réfléchir à notre propre pratique de recherche, en notant le parcours de nos réflexions à chacune des étapes du processus. Par ailleurs, il a été utile pour retracer la chronologie de la recherche, ainsi que pour consigner les décisions importantes qui ont été prises en cours de route, en collaboration avec les directrices de thèse. Celui-ci comprenait les sections suivantes : la

collecte de données (observations et réflexions), l'analyse de données (interprétations et théorisation) et la méthode (descriptions des étapes de la recherche).

Préparation des données et gestion du matériel de recherche

Cette section traite de l'organisation du matériel recueilli pour faciliter les analyses, de la mise en relation des données provenant de sources différentes, ainsi que de la préparation du logiciel ATLAS/ti pour y introduire les données. Ensuite, il est question de la sauvegarde et de l'entreposage des données.

Préparation des données en vue de l'analyse

L'ensemble des données du projet empirique ont été mises en relation par l'intermédiaire d'une organisation par infirmière participante, thème et site d'étude. Cela a permis une première réduction du matériel (Miles & Huberman, 2003) et a également facilité la mise en relation avec des données relatives à des thèmes similaires, collectées par le biais d'autres méthodes. Ainsi, afin de nous familiariser davantage avec les données et de raffiner notre compréhension des différents paramètres de la pratique d'interface des infirmières, nous avons reconstitué le profil de chacune des participantes en y intégrant les données issues du questionnaire sociodémographique, de l'observation (le cas échéant) et des notes prises lors des entretiens individuels. Par ailleurs, les notes d'observation rédigées ont aussi été organisées selon les thèmes du modèle de Le Moigne (2006) et de thèmes émergents de l'analyse. Il en a été de même pour les données documentaires.

En ce qui a trait aux entretiens semi-dirigés, ils ont été enregistrés sur une bande audionumérique. À la suite de chaque entretien, les bandes audionumériques étaient transférées sur le disque dur de notre ordinateur, selon un code attribué au préalable à chacune des participantes. Chaque bande audionumérique codée a ensuite été gravée sur un disque compact, lequel était acheminé par courrier recommandé à un transcripteur qualifié. Ce transcripteur avait au préalable signé l'entente de confidentialité prévue à

cet effet. Chaque entretien a ainsi été retranscrit intégralement (Kvale, 1996), sous forme de *verbatim*²⁶. Nous avons réalisé au moins deux écoutes intégrales de toutes les transcriptions afin d'apporter les ajustements nécessaires.

Une fois les transcriptions validées, elles ont été instrumentales à la préparation de synthèses pour chacun des entretiens de recherche (Appendice 13). Il s'agissait d'extraire, de résumer et d'organiser les propos des participantes pour leur validation (Paillé & Mucchielli, 2012). Pour chaque entretien, des *verbatim* illustratifs ont été inclus pour appuyer ces synthèses. Dans chaque document synthèse produit, un espace était réservé pour l'ajout de notes ou de réflexions pour les infirmières. Les transcriptions intégrales et les synthèses validées ont été transformées en format RTF puis gérées par le logiciel ATLAS/ti (Muhr & Friese, 2004), en prévision de l'amorce des analyses intermédiaires en cours de collecte de données. L'utilisation du logiciel ATLAS\ti a simplifié le travail de codification du processus d'analyse en permettant d'associer une définition, un commentaire ou une réflexion à chacun des codes, pour ensuite produire une liste.

Gestion du matériel de recherche

Tout le matériel de recherche (bandes audionumériques, questionnaires sociodémographiques, transcriptions d'entretien, synthèses, grilles documentaires et notes d'observation) a été classé dans des chemises et des fichiers électroniques, ordonné par CSSS et par infirmière participante, puis chronologiquement. Les documents ont été datés, paginés lorsque pertinent, et identifiés par un code unique à chaque participante. Les formulaires de consentement, tout comme les formulaires d'autorisation d'accès aux documents et les ententes de confidentialité sont conservés dans des chemises à part. Nous conservons l'ensemble du matériel dans un classeur

²⁶ Ceci inclut les propos de chaque acteur, le ton s'il change de manière marquée, les sons émis (rires, pleurs), les hésitations et les silences prolongés (plus de 10 secondes). Il s'agissait de rendre avec justesse les propos des répondants, tout en réduisant la menace d'invalidation d'une description (Poland, 2002). Tous les noms mentionnés durant les entretiens, qu'il s'agisse de personnes ou d'organisations, ont été remplacés par des noms fictifs. Le transcripteur a souligné les zones peu audibles afin que la chercheuse principale puisse apporter des clarifications, si possible.

placé dans un local fermé. Pour des raisons de sécurité, des copies électroniques de ces documents ont été produites et remises à la directrice de thèse. Les versions électroniques du matériel de recherche et la base de données ATLAS/ti sont accessibles seulement via des codes d'accès sécurisés. Nous avons aussi conservé des copies de sauvegarde électronique de l'ensemble du matériel de recherche sur un disque dur externe, dont l'accès est également restreint par un code de sécurité.

Analyse des données

Le processus que nous privilégions s'inscrit dans ce que Creswell (1998) désigne comme étant la spirale générale de l'analyse de données qualitatives. Ce processus fait intervenir, de manière récursive, des activités d'organisation, de segmentation, de codification, de comparaison, de classification et de synthèse des données (Appendice 14). Ces étapes fondamentales à toute analyse qualitative (Huberman & Miles, 2003) sont présentées dans cette section de manière successive, quoique le processus auquel elles participent est itératif et qu'il porte sur l'ensemble des données mises en relation.

De manière plus particulière, notre démarche d'analyse a été orientée par la méthode de Tesch (1990) ainsi que les propositions de Paillé et Mucchielli (2003, 2008, 2012). Ces méthodes ont été choisies pour la description riche et claire de leur processus d'analyse.

L'analyse qualitative comporte un processus d'immersion dans les données (Creswell, 2007; Huberman & Miles, 2003; Lincoln & Guba, 1985; Tesch, 1990) ou d'appropriation (Paillé & Mucchielli, 2003, 2008, 2012). À cette étape, nous avons fait preuve d'ouverture quant à des possibilités d'interprétations multiples des données. Il s'agissait d'une phase préparatoire (Paillé & Mucchielli, 2003, 2012) au cours de laquelle nous avons procédé à des lectures et des relectures fréquentes de l'ensemble du matériel de recherche. Durant ces lectures, nous prenions soin de consigner en marge nos interrogations concernant les propos qui étaient émis, ou encore, d'identifier des passages ou des mots qui nous apparaissaient importants, soit parce qu'ils étaient

récourants, soit parce qu'ils illustraient différentes dimensions explorées de la pratique infirmière d'interface. Au cours de cette étape, des mémos descriptifs et interprétatifs ont été rédigés pour consigner les idées émergentes et les réflexions. Il s'agit d'une méthode créative qui permet de porter un regard nouveau sur les données et qui amène le chercheur à mener sa réflexion à un niveau conceptuel plus élevé (Gendron, 2001; Miles & Huberman, 2003).

Pour sa part, l'étape de décontextualisation a fait intervenir les synthèses validées ainsi que les transcriptions intégrales des entretiens semi-dirigés. Elle s'est déroulée par la segmentation des textes en unités de sens et par la codification des idées (Tesch, 1990). Chaque code a été défini dans un mémo descriptif et un lexique de codes a été produit (Appendice 15). Cela a permis d'éviter la redondance des codes et d'alimenter nos capacités d'interprétation. Dans le but d'assurer une compréhension partagée du lexique de codes, des exercices de contre-codage ont été effectués avec la directrice de thèse, à différents moments. Les discussions tenues lors de ces rencontres nous ont permis de faire des ajouts ou encore des modifications aux codes, ainsi qu'un retour sur l'ensemble des textes codés. Le processus de codification a aussi été supporté par un retour aux questions et aux objectifs de recherche, tel que le suggèrent Paillé et Mucchielli (2003, 2012), pour faire ressortir les données qui semblaient les plus significatives. Une codification ouverte (selon les idées et les sujets émergents) de même qu'une codification selon des codes prédéfinis (à partir des questions de recherche et des paramètres élaborés selon le modèle de Le Moigne (2006)), ont été entreprises.

En ce qui a trait à la phase de recontextualisation (Tesch, 1990), elle a procédé par voie de comparaison constante des codes entre eux (Guba & Lincoln, 1989) et par le regroupement des codes qui renvoyaient à des catégories similaires (Appendice 16). Pour nuancer les catégories, soutenir la création de thèmes et explorer de nouveaux angles d'analyse, nous avons aussi procédé à la création de liens entre les thèmes émergents, les participantes et les milieux. À cet effet, le recours à des diagrammes ainsi qu'à des modèles a été instrumental (Miles & Huberman, 2003) et nous a permis de

formuler des hypothèses quant à la relation entre les acteurs de la pratique, leurs activités, les finalités qu'ils poursuivent et certains éléments contextuels.

Tout au long du processus, nous avons utilisé la méthode d'analyse en mode écriture (Paillé & Mucchielli, 2008, 2012). L'écriture libère des contraintes propres aux stratégies plutôt axées sur le repérage et la classification des unités de sens, donnant lieu à une analyse très vivante (Paillé & Mucchielli, 2008). À ce titre, elle s'est avérée complémentaire aux démarches précédemment décrites, et nous a permis d'approfondir notre compréhension. Par ailleurs, sa fluidité et sa flexibilité nous ont permis « d'emprunter des voies d'interprétation incertaines, de poser et de résoudre des contradictions, bref de faire écho à la complexité des situations et des événements » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 127). Notre travail délibéré d'écriture et de réécriture nous a permis d'explorer les liens entre les différentes dimensions de la pratique infirmière d'interface, ce qui s'est avéré un préambule indispensable à notre effort de modélisation systémique (Appendice 17). Notre forme d'écriture est progressivement passée de la production de constats, vers la production de textes avec des visées plus descriptives, pour aboutir sous une forme analytique (Paillé & Mucchielli, 2003, 2008, 2012). Les exercices d'écriture se sont tenus sur une période d'environ sept mois. Les résultats de notre analyse interprétative de données qualitatives sont présentés, selon une forme narrative, avec des extraits de *verbatim* à titre d'illustration et de validation (cf. Chapitre 5).

Des lectures ont été poursuivies en cours d'analyse de données, plus spécifiquement durant la phase de recontextualisation ainsi qu'au travers du processus d'analyse en mode écriture. Ces lectures ont permis d'aiguiser nos capacités interprétatives, d'orienter les réflexions émergentes, de valider certaines données et d'ouvrir de nouvelles voies d'interprétation (Coffey & Atkinson, 1996; Gendron, 2001). Cet ancrage théorique a fourni une certaine richesse conceptuelle à notre analyse, en plus d'être un support précieux pour articuler, qualitativement, certains de ses thèmes constitutifs. En particulier, des écrits et cadres théoriques en sociologie ont été mis à contribution (par exemple: Abbott, 1988; Astier, 2007; Crozier & Friedberg, 1977) pour

décrire et articuler notre compréhension de l'espace social et professionnel dans lequel prend forme et évolue la pratique infirmière d'interface, de même que pour élaborer notre compréhension des rapports entre ses acteurs. Les contributions théoriques spécifiques des écrits retenus seront abordées de manière plus détaillée dans le chapitre de discussion des résultats (cf. Chapitre 6).

La modélisation comme support interprétatif

Le processus de modélisation (Le Moigne, 1999, 2006) entrepris renvoie à la production de modèles pour accompagner notre démarche interprétative et pour rendre compte de ses résultats. Les modèles s'avèrent des outils pertinents pour aiguïser les capacités du modélisateur-chercheur à imaginer, à inventer et à concevoir un phénomène complexe (Le Moigne, 1990, 1999), donc à soutenir son acte d'interprétation. La modélisation systémique est une démarche selon laquelle on fait « ingénieusement du sens » (Le Moigne, 1984, 2006), à partir de propriétés « reliant » et d'une attention portée aux processus qui informent, organisent et transforment un phénomène à l'étude.

Au fil de notre démarche d'analyse, des modèles ont été élaborés en tant que supports interprétatifs, tout en permettant une mise en relation des thèmes (Appendice 18). À l'instar de Gendron (2001), les premières et très sommaires modélisations qui ont été produites ont stimulé notre réflexion aux différentes étapes du processus d'analyse, et réciproquement, les idées émergentes ont permis de consolider notre modèle des résultats. Par ailleurs, les modèles produits au fil de notre démarche se sont avérés instrumentaux pour partager et mettre à l'épreuve nos interprétations avec nos directrices de thèse, de même que pour identifier de nouvelles pistes à explorer. La modélisation a ainsi permis de représenter les interprétations, de réfléchir les liens entre celles-ci et d'identifier de nouvelles zones à élucider, tout en créant, par l'entremise de la construction de modèles (et leur présentation), des espaces de dialogue pour partager réflexivement diverses interprétations et construire un sens.

Notre démarche de modélisation, qui prend racine dans les travaux de Le Moigne (2006), nous a aussi permis de soutenir l'acte d'interprétation en posant des questions particulières aux données en cours d'analyse. De manière spécifique, nous souhaitons identifier les acteurs de la pratique infirmière d'interface, cerner les projets poursuivis et les activités mises en œuvre, de même que préciser la nature des rapports entre les acteurs et l'environnement. De la sorte, nous avons porté une attention particulière aux processus et aux actions dans lesquels étaient impliquées les infirmières, aux mécanismes de régulation du système dans lequel elles interviennent (qui délimitent, par exemple, leur capacité d'agir), de même qu'au transfert des informations et aux dispositifs d'échange et de partage entre les acteurs (par exemple, aux connaissances qui sont mobilisées). Nous avons aussi réfléchi au projet poursuivi par les acteurs de la pratique infirmière d'interface, en tentant de comprendre les dynamiques qui l'alimentaient, et d'établir des liens entre ce projet, les rapports entre les acteurs, les activités qui étaient mises en place et le contexte dans lequel la pratique se déroulait. Cela nous a permis de cerner la présence de processus dynamiques et centraux de la pratique infirmière d'interface.

Critères et procédures de qualité de la recherche

Les critères à partir desquels évaluer la qualité et la valeur scientifique d'une recherche diffèrent selon l'appartenance idéologique du chercheur (Denzin & Lincoln, 2003; Gohier, 2004; Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1988). Les critères que nous privilégions se justifient en regard de la perspective systémique à partir de laquelle ce projet est formulé, dont les axiomes sont issus du constructivisme (Le Moigne, 1994, 1995, 2012).

Il existe une multitude de critères pour juger de la qualité d'une recherche qualitative (Creswell, 2007), ce qui témoigne de la richesse, de la diversité et de l'adaptabilité de son approche (Gendron, 2001). Dans les écrits, on évoque surtout les critères d'ordre méthodologique, qui renvoient principalement aux paramètres de crédibilité, de transférabilité, de constance interne et de fiabilité (Guba, 1981;

Laperrière, 1997; Mucchielli, 1996). Néanmoins, d'autres critères et façons de les catégoriser se sont ajoutés de manière à traduire le caractère intersubjectif de la recherche qualitative (Gohier, 2004; Savoie-Zajc, 2000; Tracy, 2010; Whitemore, Chase, & Mandle, 2001), mais ils demeurent généralement moins discutés et reconnus. Tantôt abordés comme des critères d'authenticité (Gendron, 2001; Guba & Lincoln, 1989; Lincoln, 1995), d'autre fois comme des critères relationnels (Savoie-Zajc, 2000), d'ordre éthique (Gohier, 2004) ou de validité secondaire (Whitemore et al., 2001), ce qui fait consensus pour ces auteurs, c'est que cette nouvelle critériologie vise à reconnaître l'inter-connectivité entre le chercheur et les participants de la recherche, de même que la réciprocité, l'intégrité et la confiance qui marquent les rapports qui s'établissent entre eux dans le cadre d'approches qualitatives. En s'inspirant de Gendron (2001), nous avons décidé de conjuguer ces deux registres de critères, qualifiés dans ce cas-ci de critères épistémiques et de critères d'authenticité, qui en s'imbriquant, constituent les fondements d'une recherche qualitative à la fois valide et de qualité. Dans la section suivante, nous présentons les procédures entreprises pour assurer le respect de ces critères.

Critères épistémiques

Les critères épistémiques renvoient aux normes à partir desquelles se prononcer quant à la validité des savoirs qui sont produits (Gendron, 2001). Ces critères s'apparentent à des critères de scientificité conventionnels en recherche qualitative (Gohier, 2004; Laperrière, 1997), qui traitent de questions d'ordre méthodologique liées à la collecte des données ainsi qu'au processus d'analyse et d'interprétation, et permettent d'émettre un jugement sur l'organisation et la mise en œuvre de l'étude (Kvale, 1995). Dans cette recherche, nous privilégions les quatre critères épistémiques de Guba et Lincoln (1985), soit la crédibilité, la transférabilité, la confirmabilité et l'imputabilité procédurale.

Crédibilité

Le critère de crédibilité se vérifie par la correspondance entre les constructions de l'observateur et le monde observé (Lincoln & Guba, 1985). Il implique que les interprétations et les représentations issues de la recherche correspondent au monde vécu des personnes concernées et qu'elles renvoient à des significations qui s'avèrent pertinentes et vraisemblables pour elles (Guba & Lincoln, 1989; Sandelowski, 1986; Whittemore et al., 2001). Huit mécanismes ont été mis en place afin d'assurer la crédibilité, tant pour la phase de collecte de données que pour la démarche d'analyse, et sont présentés dans ce qui suit.

Premièrement, le temps passé sur le terrain, tel que le suggère Paillé (2006), a facilité notre immersion dans le contexte de la pratique infirmière d'interface, permettant de le comprendre davantage, d'alimenter les discussions-réflexions en cours d'observation et d'ancrer nos analyses dans le monde vécu des infirmières. Deuxièmement, la supervision de la collecte de données par les directrices de thèse a permis de réfléchir à la stratégie d'échantillonnage, d'ajuster certains outils de collecte de données en cours de route, de parfaire la technique d'entretien et d'observation, ainsi que de s'assurer que la consignation des notes d'observation soit claire. Troisièmement, la mise en place d'un dispositif d'accompagnement a soutenu le processus de sélection d'interlocuteurs privilégiés à solliciter pour la réalisation d'entretiens informels et de situations particulières à observer dans les milieux. Quatrièmement, l'exercice de validation et de bonification des synthèses des entretiens a fait en sorte que les participantes ont pu préciser certaines de leurs idées et appuyer les synthèses à l'aide d'exemples concrets de leur pratique, avant l'amorce des analyses, permettant de s'assurer que celles-ci correspondent de manière juste à leur réalité. Cinquièmement, la concomitance de la collecte des données, de l'analyse et de la modélisation a favorisé la vérification et la mise à l'épreuve de nos interprétations au fur et à mesure de la progression de la démarche de recherche (Paillé & Mucchielli, 2012). Pour ce faire, nous avons utilisé certaines tactiques proposées par Miles et Huberman (2003). En particulier, nous avons tenté d'établir des contrastes, des comparaisons et d'explorer le sens de cas

atypiques, nous avons porté une attention particulière à la présence de faits surprenants ou d'explications rivales, et nous avons procédé à un classement des données à l'intérieur des thèmes émergents, pour s'assurer de leur représentativité. Sixièmement, la participation des directrices de thèse au processus d'analyse a permis de se doter d'un espace pour discuter de nos interprétations, tout en bénéficiant d'un accompagnement tout au long du processus d'analyse²⁷. Septièmement, la discussion de résultats intérimaires lors de présentations aux équipes interprofessionnelles dans les milieux de recherche nous a permis de constater que les infirmières, mais aussi d'autres acteurs des services d'intervention de première ligne, se reconnaissaient dans la réalité décrite par nos interprétations, ce qui renforce la crédibilité des résultats selon Whittemore et al. (2001) et incidemment, de la démarche entreprise. Huitièmement, afin d'aiguiser nos capacités interprétatives et de valider nos interprétations, nous avons, comme d'autres auteurs le suggèrent (Coffey & Atkinson, 1996; Gendron, 2001), eu recours à de la littérature scientifique tout au long de notre processus de recherche.

Transférabilité

La transférabilité a trait au degré selon lequel les lecteurs et usagers de la recherche peuvent transférer ou extrapoler les connaissances acquises lors de l'exposition à un rapport de recherche à d'autres contextes ayant des caractéristiques similaires (Lincoln & Guba, 1985; Schwandt, 2007). À ce propos, la tenue d'un journal de bord, comme le suggèrent certains auteurs (Deslauriers & Kérisit, 1997; Savoie-Zajc, 2000) permet de consigner le parcours de la recherche, les observations effectuées en cours de projet, la description du contexte dans lequel a évolué la recherche ainsi que le compte-rendu de l'étude réalisé à même la thèse, ce qui s'avère un outil précieux pour répondre à ce critère de transférabilité.

²⁷ Ce sixième élément se distingue du second mécanisme mentionné précédemment, car il fait référence à la démarche d'analyse plutôt qu'au processus de collecte des données.

Confirmabilité

Le potentiel confirmatif se traduit par l'assurance que les données proviennent bel et bien du terrain de la recherche, donc que les interprétations ainsi que les propositions sont basées sur les données (Lincoln & Guba, 1985). Autrement dit, cela requiert que les données et les interprétations puissent être retracées à leurs sources empiriques. En premier lieu, tout comme le recommandent Miles et Huberman (2003), l'ensemble du matériel de recherche a été classé et identifié, de manière à en faciliter l'accès. En second lieu, les entretiens ont tous été enregistrés sur bandes audionumériques et retranscrits intégralement par un transcripteur qualifié, et nous avons revérifié toutes les transcriptions. D'après Poland (2002), cela s'avère indispensable pour assurer le potentiel de confirmabilité des données. En dernier lieu, l'ensemble du matériel de recherche et des données a été partagé avec les directrices de thèse, en plus de rendre disponible des fragments de données empiriques dans la thèse.

Imputabilité procédurale

L'imputabilité procédurale vise à rendre explicite le processus de recherche, permettant à des réviseurs externes de comprendre ce qui a été fait et d'évaluer la pertinence des décisions méthodologiques encourues (Lincoln & Guba, 1985). Premièrement, dans le sens de ces auteurs, la démarche de recherche a été décrite de manière détaillée afin que les informations fournies permettent de saisir l'ensemble des paramètres de l'étude et soient suffisantes pour que d'autres chercheurs puissent comprendre et potentiellement reprendre une telle démarche. Deuxièmement, soulignons que le journal de bord s'est avéré un outil de choix pour consigner la chronologie et l'évolution du processus de la recherche, tout comme le proposent Deslauriers et Kérisit (1997). Troisièmement, les guides utilisés pour les entretiens, la grille d'observation, les formulaires de consentement, ainsi que l'entente de confidentialité ont été annexés à la fin de la thèse.

Critères d'authenticité

Les critères d'authenticité permettent de juger de la qualité de la dimension intersubjective et des rapports humains sur lesquels se fondent les approches de recherche qualitatives (Lincoln, 1995). Ils traduisent, en quelque sorte, la dimension éthique de la recherche, puisqu'ils prennent forme dans le rapport à l'autre et dans l'art de la conduite humaine (Gohier, 2004). Deux critères d'authenticité se sont avérés pertinents pour juger de la qualité de cette recherche, soit les critères d'intégrité et de réciprocité²⁸.

Intégrité

Le critère d'intégrité réfère au degré selon lequel les contributions des personnes touchées par le phénomène à l'étude sont sollicitées et mises en valeur de manière équitable dans la recherche (Gendron, 2001; Guba & Lincoln, 1989). Dans notre étude, nous avons non seulement sollicité la participation d'infirmières, mais également fait en sorte de rencontrer d'autres acteurs (par exemple : des représentants de santé publique, des gestionnaires, différents intervenants institutionnels et communautaires) dans le cadre d'entrevues informelles en cours d'observation et lors de rencontres interprofessionnelles en CSSS. Cela nous a permis de s'enquérir d'une perspective globale et aiguisée de la pratique infirmière d'interface étudiée, et de rendre justice à la diversité d'acteurs qu'elle mobilise.

Réciprocité

Le critère de réciprocité renvoie aux liens de partage et à l'ouverture qui se développent entre le chercheur et les participants au cours de la recherche (Lincoln, 1995). Il se traduit plus particulièrement dans la manière de conduire la recherche, dans l'attitude des acteurs et au travers des efforts déployés pour tenter de susciter une

²⁸ En particulier, les critères d'authenticité qui ont été choisis s'inspirent des travaux de Gendron (2001), de Guba et Lincoln (1989) et de Lincoln (1995). En l'occurrence, nous privilégions le sens accordé par ces auteurs à ces critères d'authenticité et nous prenons ancrage dans les définitions qu'ils ont formulé.

certaine mutualité dans les rapports (Gendron, 2001). Dans notre étude, les contacts privilégiés qui se sont développés avec les infirmières et les membres des équipes interprofessionnelles en cours de collecte de données, particulièrement durant la phase d'observation participante, ont donné lieu à des efforts partagés pour entretenir les liens tout au long de l'étude. Ces liens de réciprocité qui se sont développés ont aussi donné naissance à une volonté commune de se doter d'espaces d'échanges durant le processus de la recherche, permettant non seulement de soutenir notre démarche interprétative, mais aussi, de favoriser l'interaction des équipes à différentes phases du déroulement de l'étude. Cela a favorisé une attitude positive des milieux relativement au projet de recherche, tout en contribuant à une ouverture de la part de certaines équipes d'intervention à propos de nouvelles opportunités d'observation (par exemple: offrir la possibilité de réaliser de l'observation dans une ressource nouvellement affiliée au programme), du partage de références pertinentes à consulter et d'interlocuteurs privilégiés de l'organisation avec lesquels nous mettre en contact, ou encore, donnant lieu à des invitations pour que nous puissions prendre part à la vie sociale et scientifique du milieu.

Quoique cela ne constituait pas une visée spécifique de notre étude, nous avons constaté que les espaces de discussion mis en place dans le cadre de cette recherche ont permis aux infirmières de mettre en mot leur pratique quotidienne, de la mettre en perspective, et parfois même pour certaines, de l'envisager autrement. En particulier, des infirmières dont la pratique d'interface était moins développée se sont, progressivement, intéressées et engagées davantage dans des interventions les amenant à agir dans les ressources de la communauté. D'autre part, notre présence lors de rencontres d'équipes interprofessionnelles a suscité les réflexions de ses membres quant à leur rôle, la qualité de leurs liens et les possibilités d'interagir davantage avec les ressources communautaires du milieu. Nous sommes donc d'avis que la réciprocité qui s'est développée entre les acteurs dans le cadre de la recherche s'est avérée un point d'ancrage permettant à certaines participantes d'entrevoir de nouvelles avenues pour leur pratique.

Chapitre 5
Résultats de notre recherche

À titre de rappel, ce chapitre élabore autour des questions de recherche formulées à partir du modèle de Le Moigne (1999, 2006). Il est ainsi question du projet poursuivi dans le cadre de la pratique infirmière d'interface, de la configuration des interactions entre ses acteurs, de ses processus constitutifs et de l'environnement à l'intérieur duquel cette pratique s'élabore et évolue. Les résultats de l'analyse qualitative interprétative²⁹ prennent forme autour de quatre thèmes. Ces thèmes sont, respectivement : 1) le projet de conformité à une norme sociale d'autonomie, 2) les processus d'engagement relationnels, 3) l'action stratégique de l'infirmière, et 4) l'espace contradictoire de (re)configuration identitaire. C'est à partir de ces thèmes que s'élabore, dans ce qui suit, notre compréhension de la pratique infirmière d'interface qui prend forme dans les services de première ligne en CSSS auprès de populations vulnérables. La Figure 8, présentée ci-bas, résume ces quatre thèmes.



Figure 8. Les quatre thèmes des résultats de notre analyse de données qualitative.

²⁹ Notre interprétation a été enrichie par le recours à diverses théories. Celles-ci sont détaillées dans le chapitre de discussion des résultats (cf. Chapitre 6).

Thème 1 : Le projet de conformité à une norme sociale d'autonomie

Dans le cas de la pratique infirmière d'interface, le projet de conformité s'entend comme celui de « conformité à une norme contemporaine », laquelle se pose comme règle de référence quant à la manière dont il est attendu qu'un individu fonctionne et s'adapte en société. De manière plus particulière, il est question d'une norme sociale d'autonomie qui fait figure d'idéal à atteindre pour la clientèle vulnérable. Le projet de conformité sociale à l'autonomie correspond ici à la finalité de la pratique infirmière d'interface; il mobilise les infirmières dans l'action.

Trois dimensions inter-reliées sont constitutives du projet de conformité à l'autonomie que poursuivent les infirmières³⁰ dans leur pratique d'interface. La première dimension présente le projet de conformité à l'autonomie en tant qu'impératif. La seconde traduit ce projet au travers d'une visée d'indépendance de la clientèle. La troisième dimension décrit le projet de conformité à l'autonomie à partir d'une intention de responsabilisation de la personne. Ces trois dimensions rendent plus explicite la teneur du projet que poursuivent les infirmières dans leur pratique d'interface et précisent la nature particulière de la norme sociale d'autonomie à laquelle il réfère.

En premier lieu, le projet de conformité à l'autonomie se présente comme un impératif. Les infirmières abordent l'autonomie de la clientèle comme un but que la personne doit atteindre, auquel elle doit se conformer et pour lequel il est attendu qu'elle s'engage. Ainsi, être ou devenir autonome ne constitue pas tant un choix pour la personne, mais se pose plutôt comme une exigence. Cela se traduit dans les propos des infirmières par le fait qu'« *il faut que* » la personne devienne autonome. Ces deux extraits illustrent la nature impérative du projet poursuivi :

« (...) *l'autonomie c'est le but d'une certaine façon, il faut qu'ils deviennent autonomes.* » (Participante 2)

³⁰ Lorsque nous référons aux « infirmières » dans ce chapitre, nous renvoyons aux participantes de l'étude.

« (...) il faut qu'ils apprennent à être autonomes. Faut qu'ils apprennent à reprendre le dessus. Ils vont être parents. » (Participante 4)

La seconde dimension du projet de conformité illustre l'autonomie au travers d'une visée d'indépendance. Les infirmières y réfèrent comme un processus selon lequel la personne doit s'engager pour se prendre en main et s'activer vis-à-vis de sa situation de vulnérabilité, et cela le plus possible, de manière indépendante. La visée d'indépendance se traduit par la volonté que la personne arrive à faire les choses « *par elle-même* » pour répondre à ses besoins, sans être ou devenir dépendante d'autrui. Une infirmière souligne : « *Éventuellement, ce que je souhaite, c'est qu'elle vienne toute seule la consulter (la ressource communautaire), pis si elle peut le faire, elle va le faire.* » (Participante 9) D'autres infirmières mettent en lumière cette visée d'indépendance à travers la question de la prise en charge :

« *La cliente faut qu'elle fasse par elle-même... tu sais, on a beaucoup appris ça, c'est l'auto prise en charge (...).* » (Participante 8)

« *...il faut s'assurer que la cliente se prenne en charge par elle-même. Qu'elle accède aux services par elle-même, qu'elle soit fonctionnelle dans la société. Qu'elle prenne son envol.* » (Participante 7)

La norme sociale d'autonomie s'inscrit également dans une logique de responsabilisation de la personne. Les infirmières expriment l'idée que la responsabilité d'agir revient à la personne pour faire évoluer sa propre situation. Tel que l'évoque cette infirmière : « *C'est de responsabiliser la personne. La plupart du temps si on les inscrit, on dit : « regarde, je t'ai inscrit » ou « je te réfère à tel endroit », c'est la responsabilité de la personne d'y aller.* » (Participante 5) Il est attendu de la clientèle qu'elle fasse preuve d'initiative face à sa condition, qu'elle participe à l'identification de ses besoins d'aide et qu'elle prenne les mesures nécessaires pour aller chercher le soutien dans les ressources existantes. Ces extraits en témoignent :

« *...il faut qu'ils développent leur initiative d'aller vers les ressources, d'identifier vraiment leurs besoins et où est-ce qu'ils peuvent aller chercher l'aide.* » (Participante 2)

« ...on essaie de remettre la responsabilité à l'individu autant que possible parce qu'il est quand même maître de sa destinée et qu'il est responsable de se bouger. (...) il faut que la personne s'aide un petit peu. » (Participant 12)

Il est à remarquer que les infirmières ne considèrent pas que la personne est responsable de la situation dans laquelle elle se retrouve, mais plutôt qu'elle est responsable d'entreprendre des actions pour répondre à ses besoins de manière indépendante, afin de s'inscrire dans une norme sociale d'autonomie.

En somme, dans le cadre de leur pratique d'interface, les infirmières sont mobilisées par un projet d'autonomie qui se pose en tant qu'exigence de conformité sociale pour les personnes vulnérables. Elles traduisent particulièrement cette finalité d'autonomie comme un impératif pour ces personnes, lesquelles sont attendues d'adopter une conduite indépendante et responsable.

Thème 2 : Des processus d'engagement relationnels

L'engagement comme terme, en soi, réfère à l'acte par lequel on se lie envers ou avec d'autres acteurs par rapport à un projet particulier, le plus souvent collectif, que l'on poursuit ou que l'on souhaite accomplir. Les « processus d'engagement » dont il est question ici s'inscrivent dans une démarche de mobilisation et d'intégration des acteurs pour la poursuite du projet de conformité à une norme sociale d'autonomie. Dans le cas de la pratique infirmière d'interface, ces processus d'engagement relationnels exigent des infirmières d'exercer l'art de mettre en relation et de créer des liens *avec* la personne vulnérable de même qu'*entre* celle-ci et les acteurs du milieu³¹. Ces processus représentent la dimension fonctionnelle de la pratique infirmière d'interface et s'inscrivent, incidemment, dans une logique d'interdépendance, laquelle contribue au projet d'autonomie présenté précédemment. À témoin, les extraits suivants :

³¹ La terminologie « acteurs du milieu » se veut inclusive. Elle comprend une diversité d'acteurs du milieu de vie de personnes vulnérables, dont les intervenants communautaires ainsi que d'autres acteurs de la société civile susceptibles d'avoir des contacts avec celles-ci. Par exemple, il peut s'agir des commerçants d'un quartier, de travailleurs de la société de transport de la ville, d'agents de la paix ou encore d'ambulanciers. La terminologie « intervenants communautaires » est employée lorsqu'on renvoie, de manière plus spécifique, aux intervenants et aux responsables qui travaillent dans des organismes communautaires.

« *Je tricote des liens entre les différentes ressources et les jeunes pour créer comme une communauté autour d'eux (...) C'est pour les aider à ce qu'ils deviennent autonomes.* » (Participante 15)

« *On veut les aider à développer un réseau en tissant des liens (...) pour qu'elles s'aident elles-mêmes éventuellement.* » (Participante 8)

Dans ce qui suit, nous décrivons d'abord les processus d'engagement relationnels des infirmières avec la clientèle. Ensuite, nous présentons ceux entrepris avec les acteurs du milieu.

Un engagement avec la clientèle au travers de dynamiques de confiance et d'empathie

Le processus d'engagement avec la clientèle repose sur des dynamiques relationnelles empreintes de confiance et d'empathie, qui prennent forme par l'entremise de divers moyens. Ces moyens, déployés par les infirmières, comportent des activités de référence et d'accompagnement *vers* et *dans* les ressources³² de la communauté.

Par la référence, les infirmières donnent de l'information écrite ou orale aux personnes afin de leur faire connaître les sources d'aide dans la communauté. Cette participante le souligne : « *Pour qu'elle puisse répondre à ses besoins, je lui donne l'information nécessaire à propos des ressources du quartier. (...) Je la réfère vers des organismes communautaires pour trouver du matériel pour l'arrivée du bébé, par exemple.* » (Participante 1) Par ailleurs, par l'accompagnement, les infirmières tentent d'être davantage *avec* la personne dans ses démarches et ses projets. Ainsi, elles vont se déplacer, avec la personne, dans les ressources du milieu. Pour les infirmières, il s'agit de donner un petit « *coup de pouce* » pour aider la clientèle à se mettre en mouvement et en relation avec ces ressources. À cet égard, une infirmière témoigne : « *C'est difficile d'amener la clientèle à se présenter là-bas (dans les ressources), donc on va aller la*

³² Les « ressources » comprennent les organismes communautaires ainsi que d'autres structures et établissements qui offrent des services qui viennent en aide ou qui offrent un certain soutien aux personnes vulnérables. Par exemple, il peut s'agir de ressources scolaires, du secteur de la justice, de l'emploi, du transport, ou autres. Lorsqu'il s'agit exclusivement de ressources appartenant au milieu communautaire, cela est précisé sous la terminologie « organisme communautaire ».

chercher et on va l'amener...on va l'accompagner. De cette façon-là, ça va être plus facile pour elle, le premier contact est déjà fait. » (Participante 7). En se mobilisant avec la personne, les infirmières facilitent l'entrée dans le milieu, ou encore, l'établissement des premiers contacts avec les intervenants sur place. Les propos de cette infirmière l'illustrent:

« Je les accompagne dans des organismes communautaires, je les soutiens dans les débuts, je les soutiens après un peu, (puis) ils vont y aller. J'essaie de favoriser leur entrée, de les introduire aux intervenants aussi, pour que ce soit un peu plus facile (pour eux ensuite). » (Participante 10)

Les infirmières abordent la confiance au travers de l'accompagnement et sous l'angle de faire sentir l'autre en confiance, tel que l'indique l'extrait suivant : *« Quand on les accompagne, ça permet de leur donner confiance. (...) Ça prend la confiance pour qu'ils y aillent par la suite. »* (Participante 8) La confiance prend essentiellement forme dans une logique de proximité, qui suppose d'être avec la personne dans son cheminement, afin qu'un lien signifiant puisse se développer. Pour créer un lien de confiance, les infirmières se montrent disponibles, offrent un soutien qui tient compte du rythme de chacun et consacrent du temps à l'écoute des récits des personnes. Elles prennent le temps de comprendre leurs demandes, les aident à les formuler, ou traduisent en leurs mots les situations afin qu'ils comprennent ce qu'elles impliquent. De la sorte, les infirmières tiennent compte de la singularité des personnes. Le lien de confiance ainsi que la confiance qui prend forme deviennent en quelque sorte une porte d'entrée pour intervenir et aller de l'avant avec la clientèle, notamment afin de l'amener à aller chercher de l'aide dans les ressources de son milieu et pour faciliter d'autres interventions visant à soutenir son adhésion au projet d'autonomie. Ceci est démontré par cette infirmière :

« On va écouter la personne parler des choses qu'elle a vécues, de son histoire... ça peut prendre une heure, deux heures même. On crée la confiance. (...) On va l'accompagner, et ça, ça permet de tisser le lien de confiance qui peut nous ouvrir des portes pour les interventions éventuelles et aller dans le milieu. » (Participante 9)

Par ailleurs, les propos des infirmières suggèrent que le lien de confiance qu'elles s'affairent à construire doit pouvoir s'inscrire, du moins en partie, dans la reconnaissance des projets des personnes. Lors d'une séance d'observation au cours de laquelle une mère adolescente est accompagnée par l'infirmière dans sa nouvelle école, l'intervenante raconte qu'il s'agit d'un moyen pour elle de renforcer son lien de confiance avec la jeune en manifestant son intérêt et son soutien par rapport aux démarches de retour à l'école que cette dernière poursuit.

En corollaire, l'engagement avec la clientèle s'inscrit également dans une dynamique relationnelle d'empathie. L'empathie se traduit, d'une part, par le processus au travers duquel les infirmières vont tenter d'identifier et de se représenter le vécu de l'Autre, ceci afin de mieux le comprendre et de le soutenir. Pour ce faire, elles vont se mettre à place de la personne en référant à leurs propres expériences personnelles. Par exemple, une infirmière réfère à ses expériences antérieures d'accompagnement dans des ressources du milieu, qu'elle se représente comme une démarche difficile qui exige une certaine dose de courage, pour se mettre à la place de la personne vulnérable qui entreprend des démarches de demande d'aide :

« Quand tu vas dans un organisme communautaire, t'arrives devant une bâtisse, les grands escaliers... Tu te dis : « ouf! J'y vais-tu, j'y vais-tu pas, j'y vais-tu, j'y vais-tu pas? ». Comme intervenante tu dis aux jeunes : « bon ok, on y va. Let's go. On rentre. On sonne. » Mais on sait bien que ça prend du courage pour y aller. Donc je leur propose qu'on y aille ensemble. » (Participante 3)

En tentant de saisir de l'intérieur le vécu singulier des personnes, les infirmières expérimentent une forme de résonance émotionnelle qui leur permet de ressentir ce que la clientèle éprouve et d'en être affectées. En fait, il s'avère que l'empathie crée de la souffrance pour les infirmières. Cette proximité avec la souffrance vécue par les clientèles vulnérables auprès desquelles elles interviennent requiert pour les infirmières de composer avec un rapport à la vulnérabilité exigeant, car elles sont les témoins de récits de vie parfois difficiles, qui peuvent s'avérer prenants et touchants pour elles. Les infirmières abordent ainsi l'importance de faire le vide et de lâcher prise devant cette souffrance quotidienne avec laquelle elles cohabitent, pour leur permettre d'être une

personne-ressource sur laquelle la personne peut compter dans les moments plus difficiles. Une participante l'exprime : *« C'est du monde tellement souffrant. Ils ont besoin d'aide. (...) On vit ça difficile. Des fois y faut se parler...pour faire le vide »*. (Participante 3) Une autre infirmière ajoute :

« C'est lourd en termes de problématiques, de besoins, de souffrances aussi. Souffrance physique, souffrance psychologique. C'est très lourd... c'est l'extrême pauvreté. C'est souffrant pour moi aussi, malheureusement. On est là. Ça vient nous toucher. On doit lâcher-prise. » (Participante 7)

À terme, ces deux dynamiques relationnelles sont présentes et témoignent d'un engagement de proximité des infirmières. Toutefois, cela est non sans créer un certain questionnement, tel que l'évoque cette infirmière :

« Des fois la ligne entre accompagner ou faire pour l'autre est mince (...) il y a des moments où il faut être un petit peu plus là avec lui...mais on veut aussi qu'il devienne autonome. Je peux faire un bout mais tranquillement je dois aussi le laisser aller. C'est pas tout le temps évident de savoir jusqu'ou aller... » (Participante 8)

Dès lors, le processus d'engagement de l'infirmière comporterait une nécessaire mise à distance au travers même de la proximité.

Un engagement auprès des acteurs du milieu au travers de processus d'appropriation

L'engagement relationnel des infirmières auprès des acteurs du milieu prend essentiellement forme au travers de processus d'appropriation qui visent un accès privilégié des infirmières aux différentes ressources de la communauté. Il s'agit pour elles de faciliter l'instauration de réseaux d'aide et de soutien autour des clientèles vulnérables. Cet appropriation implique pour les infirmières de se déplacer à proximité du milieu de vie des personnes et de prendre un certain temps pour apprendre à connaître ses acteurs, particulièrement les intervenants communautaires. Les liens qui se tissent deviennent, en quelque sorte, un préalable afin de pouvoir intervenir dans les ressources. Les propos de cette infirmière servent à l'illustrer :

« Avant d'aller sur place, il faut avoir du temps pour se présenter, pour présenter les services, pour commencer à établir un lien avec eux, c'est important. (...) Établir un lien avec les intervenants ça se fait avec le temps, et c'est essentiel pour pouvoir mettre mes pieds là-bas. On doit chacun prendre le temps de se connaître avant. » (Participante 15)

Cela exige aussi, pour les infirmières, de mettre de l'avant leurs capacités relationnelles. Par exemple, elles vont porter une attention particulière au premier contact avec les intervenants des organismes communautaires pour ne pas être perçues comme des personnes qui souhaitent régir la manière dont les choses se déroulent dans le milieu : *« Il faut éviter d'être vue comme quelqu'un qui vient diriger comment ça va se passer dans la ressource. »* (Participante 15) C'est donc important pour les infirmières de s'assurer que leurs façons d'être et d'agir ne contreviennent pas aux façons de faire des acteurs du milieu. Nos séances d'observation ont permis d'apprécier la capacité d'adaptation que cela requiert de la part des infirmières. L'extrait suivant en témoigne :

« C'est sûr que quand t'arrives dans le milieu, que t'es toute neuve et que les gens (ne) te connaissent pas, tu te retrouves dans la phase où on t'observe et où on te teste, tu dois t'adapter...vas-tu passer le test? Pour ça, on (ne) doit pas arriver comme un colonisateur qui veut changer le monde et qui détient la raison, parce que ça risque de briser les liens avec eux et ne pas permettre d'aller dans la ressource. Tu dois arriver et être plutôt low-profile, prendre le temps d'observer les gens, de voir comment ça marche sur place...pour gagner ton accès. » (Participante 12)

Ainsi, les infirmières vont prendre le temps d'observer les façons de faire des intervenants et de s'intéresser à eux. L'approvisionnement comporte donc une certaine reconnaissance du rôle et de la contribution de chacun, tel qu'en fait part cette participante :

« L'infirmière doit prendre du temps pour parler avec les intervenants des ressources et ne pas juste aller vers les jeunes. On va les écouter, on va s'intéresser à eux... (...) Ça prend une reconnaissance des intervenants et de ce qui peuvent faire. » (Participante 15)

En somme, la pratique d'interface comporte des processus d'engagement avec la clientèle vulnérable et les acteurs du milieu, lesquels comprennent des dynamiques

relationnelles de confiance, d'empathie et d'apprivoisement. En particulier, l'engagement avec la clientèle se traduit par le processus relationnel d'« être avec » la personne, afin de l'accompagner dans ses démarches et ses projets. Au travers de cette relation d'accompagnement, il s'avère que les infirmières vont non seulement adopter une posture de proximité avec la personne vulnérable, mais également se rapprocher de son milieu. De la sorte, un second processus d'engagement relationnel prend forme, soit celui de la « mise en relation » de la clientèle avec les ressources de la communauté. Enfin, il s'avère que pour permettre l'établissement de liens entre les personnes vulnérables et les ressources, les infirmières s'engagent dans un troisième processus relationnel, lequel s'illustre au travers de l'apprivoisement d'acteurs du milieu.

Thème 3 : L'action stratégique de l'infirmière³³

Lorsqu'elles abordent les relations qu'elles établissent dans leur pratique d'interface, les infirmières rendent compte de diverses *stratégies* qu'elles adoptent pour atteindre les finalités qu'elles se fixent. Les actions des infirmières, qui prennent forme au travers de jeux d'influence avec la clientèle et les acteurs du milieu, procéderaient ainsi d'un « raisonnement stratégique ». Le terme « stratégique », qui se distingue du terme « planifié », permet de dépasser la vision déterministe des actions pour les concevoir plutôt comme étant orientées et intentionnelles, donc comme le résultat d'un choix raisonné défini par rapport à des opportunités et au contexte dans lequel elles se déroulent. Ainsi, l'infirmière s'adapte et invente en fonction des circonstances et des actions des autres acteurs afin d'accroître ses possibilités d'atteindre ses objectifs d'intervention. Autrement dit, elle met en œuvre un certain nombre de stratégies, ou de manœuvres, qui donnent une orientation particulière à ses actions.

En premier lieu, les infirmières déploient une stratégie de contrainte, qualifiée ici de « douce et habile », pour engager la clientèle envers le projet de conformité à une norme d'autonomie. En second lieu, les infirmières font valoir les apports et la pertinence de leurs actions auprès des acteurs du milieu, ce que nous présentons comme

³³ Le recours aux travaux de Crozier et Friedberg (1977) a été instrumental pour l'élaboration de ce thème.

des «atouts». En troisième lieu, elles adoptent des moyens pour préserver leur marge de manœuvre auprès d'acteurs du milieu afin d'obtenir ou de maintenir leur accès privilégié aux ressources de la communauté. En dernier lieu, les infirmières interviennent afin d'influencer les rapports de force qu'elles observent entre la clientèle vulnérable et les acteurs du milieu.

La stratégie de la contrainte douce et habile

Cette stratégie se déroule essentiellement dans la relation entre les infirmières et la clientèle, où il est question d'engager la personne vulnérable dans un processus de changement. La contrainte est qualifiée de «douce» car elle opère avec une considération certaine des besoins de la personne, de ses projets et de la direction qu'elle souhaite emprunter pour parvenir à se réaliser. Autrement, les infirmières déploient une contrainte «habile», qu'elles manœuvrent de manière discrète et subtile, pour tenter d'orienter ou de modifier le cours de la trajectoire des personnes et faire en sorte qu'elles s'engagent dans un parcours d'autonomie. Cette approche nuancée de la stratégie de contrainte permet d'ailleurs aux infirmières de ne pas compromettre leurs liens avec la clientèle. Par exemple, une infirmière rencontrée en entretien nous explique qu'elle formule son intervention à partir des besoins que les jeunes identifient, tout en s'assurant, néanmoins, que certains de ses objectifs à elle soient poursuivis. Cela lui permet d'intervenir sur des problèmes qu'elle juge prioritaires, tout en préservant le lien établi :

« C'est d'offrir des services aux jeunes en partant de leurs demandes. Mais on va aussi partir des besoins que nous on reconnaît (...) pour qu'ils deviennent autonomes. C'est sûr qu'on ne peut pas forcer un jeune à faire quelque chose, mais si on voit qu'il a un grand problème, puis qu'il ne le reconnaît pas, on va quand même travailler un peu sur le problème de façon assez discrète. C'est subtil. C'est subtil. (...) mais c'est important de garder un bon lien avec les clients. » (Participante 15)

Certaines infirmières soulignent que cette stratégie de contrainte qu'elles tentent de manœuvrer de manière «douce et habile» nécessite un suivi, voire une certaine insistance de leur part, pour s'assurer de l'atteinte du résultat envisagé par le biais de

leurs interventions. Pour elles, il apparaît que le résultat reste incertain et imprévisible. Dès lors, les infirmières vont s'informer des suites données par la clientèle à leurs interventions. Par exemple, elles se renseignent auprès des intervenants des organismes communautaires pour savoir si les personnes qu'elles réfèrent se sont déplacées pour recevoir de l'aide, ou encore, elles choisissent d'accompagner la clientèle dans les ressources pour pouvoir garantir leur accès aux services jugés pertinents. Cette infirmière le souligne : *« Je dois m'assurer qu'ils vont chercher l'aide, donc je contacte les gens des milieux pour voir s'ils se sont vraiment déplacés ou pas. (...) C'est ma façon de voir si ce qu'on a convenu est respecté. »* (Participante 2) La contrainte s'inscrit ainsi dans une logique de contrôle et de surveillance, malgré qu'elle soit mise en œuvre de manière douce et habile. Ces deux extraits en témoignent :

« Si je la réfère (à une ressource), je veux qu'elle se présente. Si elle rate tous ses rendez-vous, mais qu'on avait convenu que c'était important pour elle, et qu'au bout du compte je le réalise : « Comment ça que tu rates tous tes rendez-vous? Tu me dis que c'est important pour toi et t'es pas là! ». Je dois savoir si elle se déplace... Ça arrive aussi que je doive me déplacer. » (Participante 10)

« Si je sens qu'elle ne va pas chercher l'aide que je lui ai proposée et qu'elle en a besoin pour devenir autonome, alors je vais m'arranger pour qu'elle y aille. Parfois ça veut dire d'aller dans la ressource (avec elle). » (Participante 4)

Certaines infirmières rapportent que la stratégie de la contrainte qu'elles déploient est en quelque sorte contradictoire aux processus d'autonomie et d'engagement de la clientèle, voire qu'elle peut restreindre l'espace de liberté des personnes. Il s'avère relativement inconfortable et paradoxal pour elles d'agir de manière prescriptive et contraignante, tout en étant engagées dans des dynamiques relationnelles qui reconnaissent la singularité des personnes, de leurs vécus et de leurs projets. Une participante l'exprime :

« Moi je trouve juste que ce qui est triste, c'est qu'on les met dans une situation où il y a peu d'autonomie. On leur dit quoi faire avec nos interventions, alors qu'il faut qu'ils apprennent à être autonomes et qu'on les accompagne. (...) Ce n'est pas en les contrôlant comme ça : « faut que vous alliez aux activités, faut que vous veniez là, il faut, il faut, il faut. » (...) On veut que la personne se mobilise par elle-même mais ça devient comme contradictoire. » (Participante 4)

Cette dernière, qui porte un regard critique sur sa pratique, soulève cette contradiction au cœur de l'accompagnement.

La stratégie de mise à profit d'atouts professionnels

Selon cette stratégie, les infirmières font valoir les apports et la pertinence de leurs actions auprès des acteurs du milieu, notamment pour accroître l'accès de la clientèle à leurs services. En particulier, elles tentent de mettre à profit des atouts professionnels. Ces derniers constituent, en quelque sorte, les forces en présence dans la relation entre les acteurs. Dans le cas de la pratique infirmière d'interface, il s'agit des connaissances et des compétences dont disposent les infirmières, du fait de leur position sociale et de l'image positive de soignante qu'elles représentent. Ces atouts permettent aux infirmières de se positionner comme personnes-ressources pour les acteurs du milieu et d'en retirer certains bénéfices particuliers.

Ainsi, les infirmières font valoir des connaissances et des compétences spécifiques par rapport à la santé de la clientèle, lesquelles leur permettent de répondre à des besoins ou à des situations directement dans les milieux, en temps opportun. En ce sens, ces connaissances et ces compétences s'avèrent être des atouts précieux au travers de l'offre de services et de soins dans les ressources, particulièrement dans les organismes communautaires. Comme l'exprime cette infirmière, c'est généralement un bon point de départ pour créer des liens avec les acteurs d'un milieu :

« On a des connaissances en santé... On peut faire la promotion de services, de ce qu'on a dans notre sac à dos et qu'on peut offrir aux jeunes dans leur ressource. (...) C'est assez facile à vendre en plus : « Je peux faire des tests de grossesse, du dépistage... » C'est utile pour commencer à créer nos liens. »
(Participante 15)

D'autres compétences sont également mises en valeur par les infirmières. Il peut s'agir, par exemple, d'offrir un accompagnement aux intervenants communautaires en élaborant des formations, des séances de sensibilisation ou encore des ateliers qui leur permettent de développer leurs capacités d'intervenir face à des problématiques

courantes vécues par la clientèle qui fréquente leur ressource. Il arrive aussi que des infirmières offrent du soutien aux intervenants de rue dans le cadre d'interventions conjointes, notamment en partageant certains outils et des connaissances. Ces deux extraits illustrent la mise en valeur de compétences infirmières auprès d'acteurs du milieu :

« On fait parfois du travail avec des travailleurs de rue qui n'ont pas nécessairement de formation comme une infirmière ou un travailleur social...on va aller visiter les gens pour qui ils ont des inquiétudes en lien avec leur santé, par exemple. Donc eux, c'est certain qu'ils sont bien contents de ça...d'avoir une infirmière pour aller avec eux. » (Participante 14)

« Ils voulaient qu'on aille leur parler, c'est à leur demande...qu'on aille les outiller pour certaines de leurs interventions. On a monté des genres d'ateliers par rapport à certaines situations qu'ils pourraient régler eux-mêmes et qui sont fréquentes dans leur milieu. On les a outillés pour qu'ils puissent faire des choses de base. » (Participante 13)

Les infirmières retirent certains bénéfices de cette position privilégiée qu'elles occupent auprès des acteurs du milieu. La mise à profit de leurs connaissances et compétences professionnelles leur permet de se positionner favorablement de manière à pouvoir réaliser certains suivis ou encore pour obtenir des références de nouvelles clientèles. Cette infirmière souligne : *« En étant dans les milieux je fais l'offre de services, mais je peux aussi augmenter mes références et établir des liens avec les jeunes. Je peux aussi recontacter l'intervenant de la ressource pour faire des suivis...c'est bon pour moi. »* (Participante 15) À l'instar de celle-ci, une autre infirmière ajoute : *« On donne du soutien dans l'intervention pour les intervenants du milieu, c'est aussi pour qu'ils aient le réflexe de nous appeler dans le besoin. Ça nous permet d'avoir des références. »* (Participante 12)

Outre les atouts professionnels que sont leurs connaissances et leurs compétences spécialisées, les infirmières soulignent à quel point leur image de marque, spécialement la représentation symbolique positive de soignante, s'avère un autre atout essentiel. L'infirmière est perçue comme une intervenante non menaçante, rassurante, voire

maternelle, ce qui contribue favorablement à l'établissement de ses premiers contacts et à son entrée dans les ressources de la communauté. À témoin, cette infirmière exprime :

« L'infirmière, c'est celle qui soigne, celle qui prend soin, c'est le côté maternel, c'est comme la mère au niveau social pour ces partenaires-là de la communauté. On n'est pas menaçante... Je pense que ça facilite et qu'on peut entrer plus facilement que d'autres (dans les ressources). » (Participante 12)

Toutefois, les infirmières se rendent bien compte que cette représentation symbolique, bien que condition facilitante, est bien insuffisante, par exemple, lorsqu'il s'agit de tenter de modifier des règles ou des façons de faire dans les milieux, au profit de la santé ou du bien-être de la clientèle. Cette infirmière en témoigne :

« L'image de mère qui prend soin, c'est à un certain niveau. Si on veut, ça nous permet d'ouvrir la porte plus facilement...mais à un autre niveau, quand on conteste des façons de faire ou qu'on remet en question les gens, ça ne marche plus. C'est positif jusqu'à un certain point. » (Participante 12)

Cet atout serait donc, tout au plus, une sorte de laissez-passer temporaire qui facilite leur accès et qui les amène à se positionner favorablement par rapport aux acteurs du milieu.

La stratégie de protection de sa marge de manœuvre

Par cette troisième stratégie, les infirmières adoptent divers moyens pour protéger leur marge de manœuvre en vue de poursuivre leurs interventions. En particulier, elles acceptent de faire des compromis, elles s'investissent dans un espace relationnel informel et elles tentent de choisir les personnes avec qui collaborer, selon des affinités partagées.

Le compromis permet principalement aux infirmières de préserver l'accès privilégié dont elles disposent auprès de la clientèle. Par exemple, lorsqu'elles interviennent dans les organismes communautaires, il leur arrive de devoir se résigner avec le fait que certaines interventions ne se déroulent pas selon leurs plans, leurs

objectifs ou leurs valeurs. À cet égard, les infirmières soulignent l'importance de s'adapter pour ne pas compromettre les liens qui leur permettent d'intervenir dans le milieu. Les propos de ces infirmières l'illustrent :

« Les clients ont la vie dure dans la rue, mais quand ils viennent dans cette ressource-là, c'est du repos. Pas de stress, rien n'est imposé. (...) Moi j'arrive là et je peux voir (qu'il y a) plus de besoins que ça chez la personne, plus de démarches à faire, des problèmes qui sont laissés sans aide. Je suis proactive, j'ai un plan...mais quand je vais à cette ressource-là, je dois m'adapter. Je ne pousse pas trop parce que le lien avec la ressource est tellement important que je veux privilégier ça. (...) J'aimerais faire plus, mais je dois préserver mon lien pour avoir toujours l'opportunité d'y aller. » (Participante 15)

« Quand on va dans les ressources, on doit respecter les us et coutumes de ces endroits-là autant qu'ils sont...même s'ils ne font pas comme on l'avait prévu, que nos philosophies d'intervention ou nos valeurs sont pas les mêmes (...) L'important c'est de garder les liens. » (Participante 14)

Dans d'autres situations, il arrive que des infirmières s'abstiennent de partager leur point de vue ou d'intervenir étant donné des règles imposées dans certains organismes communautaires et le recours à des approches d'intervention particulières. Par exemple, cette participante raconte :

« Dans bien des organismes, il faut que les gens vident leurs poches et remettent leur médication. Sauf que des fois, on essaie d'établir que les clients soient compliants avec leur médication et le fait que tout le monde ait accès à la médication à heures fixes, ça ne donne pas vraiment de choix à la personne. Des fois on essaie de négocier des affaires, mais c'est ça la règle. Donc ça arrête là. Il faut garder les liens...on doit lâcher-prise. » (Participante 12)

Cet autre extrait d'entretien expose à quel point le compromis peut s'avérer exigeant et inconfortable, et peut même contribuer à un sentiment d'impuissance pour les infirmières :

« Ça nous fait vivre de l'impuissance...ça peut être frustrant aussi, parce que des fois c'est des choses contradictoires pour moi. La personne a fait ses efforts, elle s'est mobilisée, il faut lui donner une chance. On veut que les gens se bougent mais quand ils se bougent, on ne leur donne pas toujours de renforcement en facilitant leur mobilité (...) mais ce n'est pas toujours notre règle à nous. Le lien

avec la ressource est tellement important que je veux privilégier ça. Comme infirmière c'est très frustrant parce que j'aimerais faire plus, mais je ne suis pas capable parce mon approche pourrait briser mes liens. » (Participant 15)

Par ailleurs, afin de protéger leur marge de manœuvre, les infirmières s'investissent dans un espace relationnel informel avec des acteurs du milieu, que ce soit ou non pendant leurs heures de travail rémunérées. Ce faisant, il leur arrive de ne pas en faire part à leurs gestionnaires, ou encore, à leurs équipes de travail. Pour les infirmières, ces rapports informels sont essentiels car ils contribuent à inscrire leurs liens dans un horizon temporel durable. Ce travail dans « l'invisible » constitue un aspect stratégique qui leur permet d'intervenir et de pouvoir compter sur un minimum de stabilité dans leurs relations avec les acteurs du milieu, tout en contribuant probablement également à l'invisibilité d'une part de leur travail à l'interface du CSSS et de la communauté. Pour les infirmières, il s'avère que s'investir dans l'informel signifie, par exemple, de participer à des fêtes de quartier, de faire acte de présence lors d'événements organisés dans les organismes communautaires, ou encore, de passer saluer les intervenants dans leurs établissements lorsqu'elles n'ont pas eu de contacts récents avec eux. Cette infirmière le souligne :

« Il faut entretenir tes liens dans le temps...c'est ça le secret. Ton lien avec la communauté, il faut le maintenir. (...) Je vais aller aux événements du quartier...je vais aussi passer en vélo dire bonjour quand ça fait longtemps qu'on s'est pas vu. C'est comme ça que j'entretiens mes liens dans le temps. » (Participant 4)

En dernier lieu, les infirmières protègent leur marge de manœuvre au travers de l'instauration de collaborations avec des personnes particulières avec lesquelles elles ont certaines affinités partagées. Cette infirmière résume : « Évidemment souvent on choisit nos partenariats, pour que ce soit plus facile, et ça permet de les maintenir plus longtemps aussi...mais surtout, ça prend ça pour protéger ton accès dans les ressources. » (Participant 14)

La stratégie d'influence des rapports de force entre la clientèle et les acteurs du milieu

La dernière stratégie dont rendent compte les infirmières consiste à s'interposer dans certaines relations entre la clientèle et les acteurs du milieu, tout particulièrement pour tenter d'influencer les rapports de force dont elles sont témoin et qui sont généralement au détriment de l'autonomie projetée de la clientèle. Cette stratégie vise ainsi à restituer aux personnes vulnérables un statut d'acteur dans une société au sein de laquelle elles sont généralement qualifiées de déviantes et dérangeantes. Les infirmières sont donc stratégiques pour des clientèles dont la position sociale ne leur permet pas de l'être; elles prennent parole pour donner une voix aux personnes vulnérables.

Il va sans dire que la clientèle a tout à gagner de rapports plus horizontaux avec les acteurs du milieu, et dans cette perspective, si la clientèle retire des bénéfices, alors les infirmières y gagnent elles aussi. À titre d'exemple, deux infirmières racontent qu'elles interviennent directement auprès d'agents de la paix afin d'humaniser les rapports entre ceux-ci et la clientèle itinérante, ainsi que pour modifier la conception qu'ont certains de ces acteurs à l'égard de leur clientèle.

« On veut essayer de donner une autre alternative que des tickets à ces gens-là, qui sont souvent dérangeants parce qu'ils n'ont pas nécessairement la santé mentale. On essaye de faire voir la clientèle autrement et d'humaniser les interventions pour débloquer leurs liens, surtout dans la mesure que notre clientèle est souvent très méfiante. » (Participante 12)

« Je suis allée les chercher pour travailler avec eux, dans leur milieu, et de montrer notre vision de la clientèle... Les impacts que ça peut avoir sur eux par la suite, c'est vraiment le côté humain. Ils sont des agents multiplicateurs, donc on voulait réussir à leur faire voir la clientèle autrement. Au départ c'était des drogués, des prostitués qui ne voulaient rien savoir et qui avaient des comportements dérangeants. Je pense qu'on a réussi. Ces problèmes-là sont devenus des personnes qui ont des difficultés, qui partent de très loin dans leur vie... Ça permet d'aider à améliorer leurs liens et d'humaniser tout ça. (...) C'est bon pour notre clientèle en bout de ligne. » (Participante 14)

En somme, nos résultats mettent en évidence une conception stratégique de l'action dans le cadre de la pratique infirmière d'interface. Cette perspective stratégique

de l'action permet de souligner la part des intérêts dans les rapports qui s'établissent entre les infirmières et les autres acteurs de cette pratique. En particulier, nous avons souligné quatre stratégies auxquelles ont recours les infirmières: la contrainte douce et habile auprès de personnes vulnérables, la mise à profit d'atouts professionnels, la protection de leur marge de manœuvre et l'influence de rapports de force qui se déroulent entre la clientèle et les acteurs du milieu. Étant donné leur caractère situé, en contexte, il est néanmoins possible que d'autres stratégies soient élaborées à mesure que prend forme, et soit configurée, cette pratique infirmière d'interface en émergence.

Thème 4 : Un espace contradictoire de (re)³⁴ configuration identitaire

L'environnement dans lequel se déroule la pratique infirmière d'interface se qualifie en tant qu'« espace contradictoire », dans le sens qu'il fait intervenir des référents socioprofessionnels qui contrastent et divergent de ceux inhérents à une conception traditionnelle de la pratique et de l'identité professionnelle de l'infirmière. De plus, les infirmières doivent concevoir et configurer leur professionnalité³⁵ dans un espace qui n'est pas, d'emblée, favorable à cette pratique. Ceci étant, cet environnement dans lequel prend forme la pratique infirmière d'interface est un lieu privilégié de nouvelles opportunités de configuration identitaire.

Un espace marqué par la contradiction

La contradiction marquant l'espace de la pratique infirmière d'interface résulte de ce que nous désignons comme étant des incompréhensions, des remises en question et des conditions organisationnelles contraignantes pour le développement d'une pratique

³⁴ L'ajout du préfixe (re) met l'emphase sur une conception systémique de l'espace socioprofessionnel de la pratique infirmière d'interface. Il sert à illustrer la boucle de récursivité qui caractérise l'organisation, le fonctionnement et la transformation d'un système complexe, qui tout en se configurant, génère et produit du changement (Le Moigne, 2006).

³⁵ Cette professionnalité est désignée socialement comme étant composée de compétences, de capacités, de savoirs, de connaissances et d'identités reconnus par une organisation ou un groupe professionnel, soit comme étant les caractéristiques d'un « vrai » professionnel (Wittorski, 2007, 2008). D'après cet auteur, l'attribution de la qualité de « professionnel » dépend donc d'une action double de développement et de mise en reconnaissance des acteurs à l'intérieur de leur environnement socioprofessionnel, en relation avec d'autres acteurs.

professionnelle qui, dans la mesure du possible, tente de répondre aux besoins de personnes vulnérables et aux exigences des programmes de santé populationnelle dans lesquels s'inscrivent leurs actions. Cet espace comporte donc des dynamiques contradictoires à l'autonomie professionnelle de l'infirmière qui poursuit le développement de sa pratique.

En particulier, la présence des infirmières et leurs fonctions lorsqu'elles investissent *autrement* leur pratique, soulèvent un certain nombre d'incompréhensions et de remises en question de la part des équipes institutionnelles et communautaires au sein desquelles elles interviennent. Par exemple, il n'est pas rare que l'on questionne leur présence dans les organismes communautaires ou à l'intérieur d'autres structures d'aide et de soutien du RLS qui n'appartiennent pas au secteur de la santé. Pourtant, les processus d'engagement relationnels des infirmières *avec* la clientèle et auprès des acteurs du milieu, dans la poursuite de leurs projets d'intervention, font en sorte qu'elles sont vraisemblablement appelées à traverser les frontières physiques du CSSS pour agir *dans* la communauté. La diversification des espaces d'intervention que comporte la pratique d'interface fait en sorte que le terrain d'action des infirmières s'élargit. Néanmoins, il demeure que leur présence dans les ressources se pose comme étant contradictoire par rapport à une norme d'intervention à l'intérieur de milieux de soins traditionnels. Ainsi, les infirmières s'avèrent souvent contraintes de devoir justifier leur présence, tel que l'exprime cette participante : « *J'ai l'impression que lorsque j'arrive dans certains organismes communautaires ou dans des cliniques qui ne sont pas affiliées au CLSC, il faut que je justifie ma place, pourquoi je suis là. On se fait demander qu'est-ce qu'on fait là.* » (Participante 9)

Par ailleurs, la pratique infirmière d'interface comporte des fonctions qui apparaissent inhabituelles, ou dont la pertinence est questionnée. Cette infirmière le souligne :

« Pour eux c'est inusité que l'infirmière soit là, qu'elle accompagne, qu'elle intervienne dans leur milieu...ils ne savent pas vraiment comment on travaille, ce

qu'on peut faire dans les ressources. On ne comprend pas toujours ce que je fais là. Il y a une certaine incompréhension par rapport à mon rôle. » (Participante 8)

Dès lors, il arrive parfois que les infirmières ne peuvent exercer leurs activités que *sous condition* d'obtenir une permission de la part des gestionnaires ou d'autres membres de leurs équipes. Les propos de cette infirmière en témoignent :

« Jusqu'à présent, je n'ai pas eu de refus pour aller dans les ressources, mais je me fais souvent demander : « Pourquoi tu l'accompagnes? Pourquoi il faut que ce soit toi? Est-ce que la cliente n'est pas capable d'y aller toute seule? ». Je dois m'expliquer pour avoir la permission d'y aller. » (Participante 9)

Dans un tel contexte d'incompréhensions et de questionnements, il s'avère donc difficile pour les infirmières de développer ou de renouveler leur pratique pour que leurs actions correspondent aux impératifs de l'intervention en contexte de vulnérabilité sociale. Elles doivent constamment affirmer la légitimité de leur pratique d'interface, ce qui implique de faire valoir une pratique qui ne relève pas de l'intervention individuelle avec des patients, et ceci en l'absence de moyens pour en rendre compte de manière convaincante. Cette infirmière précise : *« C'est difficile parce qu'on ne voit pas ce qu'on fait dans les ressources. C'est des choses qui ne sont pas visibles dans les statistiques. »* (Participante 7) Une autre participante ajoute : *« C'est vu comme si c'était moins essentiel que de donner des soins directement à quelqu'un dans un bureau. On doit vraiment bien se représenter et expliquer comment c'est important pour pouvoir arriver à le faire. »* (Participante 15)

Pour composer avec cet espace contradictoire, certaines infirmières choisiront plutôt de garder certains aspects de leur pratique « invisibles » afin de pouvoir intervenir dans les milieux. Cette infirmière nous explique : *« Dans certains cas, je me permets de ne pas le dire. On peut faire des interventions si tu veux, sans que ça paraisse. Donc on va le faire sans que ça paraisse. »* (Participante 2) Cette invisibilité, qui se présente en quelque sorte comme un aspect stratégique de la pratique d'interface, contribue certainement à alimenter un contexte d'insécurité et d'incertitudes, lequel n'est pas sans nourrir certaines inquiétudes chez les infirmières. Cette participante nous confie : *« On a*

toujours peur que notre pratique dans les milieux soit coupée et on n'a jamais arrêté d'avoir peur. (...) On fait des choses invisibles...ça donne parfois l'impression d'y croire toute seule.» (Participante 15)

Ce défi que comporte la légitimation de la pratique d'interface est d'autant plus important que les infirmières ont peu ou pas accès à des espaces d'expérimentation ou de soutien clinique. Elles sont ainsi exposées aux exigences d'intervention en situations complexes, sans pour autant avoir accès à des moyens pour soutenir ou accompagner le développement de leur pratique. Ces deux infirmières l'expriment :

« Je n'ai pas de supervision clinique et c'est extrêmement difficile pour moi dans ma pratique. Je n'ai aucun forum de discussion pour parler avec d'autres de ce que je fais ou de mes cas problématiques (...) c'est plate à dire, mais je n'ai pas vraiment de support et je suis isolée. » (Participante 11)

« On nous dit qu'on doit être autonomes. Mais tu sais, ça n'a rien à voir. On est autonomes. Mais professionnellement, on voudrait de la supervision comme les psychologues et les travailleurs sociaux, on voudrait pouvoir parler de ce qu'on fait dans les milieux...mais il n'y en a pas pour les infirmières en ce moment. » (Participante 8)

Les entretiens informels réalisés lors de l'observation participante ainsi que l'analyse documentaire confirment l'espace contradictoire de la pratique infirmière d'interface. Par exemple, nos séances d'observation dans le cadre de rencontres d'équipe nous ont permis de constater l'abolition de plusieurs postes de soutien à la pratique d'intervention; des coupures pour lesquelles les infirmières sont particulièrement touchées par rapport aux intervenants sociaux. Une seule infirmière, parmi les quinze participantes rencontrées, affirme avoir bénéficié d'un espace de réflexion à propos de sa pratique d'interface. De manière particulière, il s'avère que celle-ci a participé à une communauté de pratique, ce qui lui a permis de soutenir et d'organiser sa pratique d'interface. Cette expérience s'est d'ailleurs révélée importante pour elle. Pour sa part, l'analyse de documents nous a amené à noter l'absence de formation relativement à la pratique infirmière d'interface, en plus de souligner que les infirmières sont rarement visées par les volets d'intervention dans les ressources du milieu et que les documents de

soutien disponibles concernent majoritairement l'intervention clinique destinée au suivi individualisé de la clientèle.

Un espace de (re)configuration identitaire

L'espace de (re)configuration identitaire renvoie à l'environnement au sein duquel les infirmières *ont été* et *sont* socialisées en tant que professionnelles de la santé. Cet espace, traversé de dynamiques contradictoires, est marqué par un processus de (re)structuration de l'identité professionnelle des infirmières en relation avec d'autres acteurs. Partant du constat de contradictions apparentes entre la pratique infirmière traditionnelle et la pratique infirmière d'interface, le processus qui s'ensuit est porteur d'une (re)définition de leur identité professionnelle au sein de leurs équipes et de leurs réseaux d'intervention, qualifiée en tant qu'« infirmière sociale ».

En particulier, il s'avère que la (re)configuration de l'identité professionnelle des infirmières prend forme au travers de processus de légitimation auprès d'acteurs institutionnels et communautaires, tout en étant elles-mêmes engagées dans un processus d'appropriation de cette identité professionnelle en mutation, dans le contexte d'une pratique d'interface en émergence. Cette infirmière le souligne : « *On déborde du rôle traditionnel de l'infirmière donc y faut montrer tout ce qu'on arrive à accomplir quand on va dans une ressource... mais en même temps c'est difficile pour nous, parce que c'est nouveau.* » (Participante 15)

Par ailleurs, les processus de (re)configuration identitaire qui ont cours se justifient dans un contexte où certains des repères de la pratique d'interface divergent de ceux de la pratique infirmière traditionnelle. Cela fait en sorte que l'autonomie des infirmières diffère par rapport à leur manière habituelle de s'engager dans leur rôle professionnel. La prise en compte de cette contradiction est d'ailleurs à la source de remises en question de la part des infirmières quant à leur professionnalité. À ce titre, lorsqu'on demande aux infirmières de s'exprimer à propos de la vision de leur rôle dans la pratique d'interface, elles affirment que celui-ci ne s'aligne pas à la pratique

d'intervention biomédicale, d'où leur besoin de légitimation face à autrui. Cette infirmière raconte : « *Dans ma pratique dans les milieux, je suis moins dans la maladie ou le médical (...) je fais plus de social. Alors j'ai l'impression qu'on détourne la façon habituelle de la pratique. Mais je me juge quand même professionnelle.* » (Participante 5) Une autre participante ajoute : « *Il y a quelque chose dans l'intervention, dans notre rôle qui... on ne fait pas du médical. Mais je suis très professionnelle... des clientes me le disent aussi et c'est important. Pour moi c'est encore une incompréhension... en fait c'est nouveau.* » (Participante 8)

La pratique d'interface exige également de reconsidérer les espaces d'intervention traditionnels pour inclure d'autres lieux que ceux des établissements de santé ou le domicile des patients, ainsi que d'autres acteurs que ceux du secteur de la santé avec lesquels collaborer. L'élargissement des espaces d'intervention, la diversification des acteurs de la pratique ainsi que l'expérimentation de nouveaux rôles participent en tant que nouveaux repères socioprofessionnels autour desquels se (re)configure l'identité professionnelle des infirmières de la pratique d'interface. Certaines infirmières se représentent d'ailleurs cette nouvelle configuration en tant qu'« infirmières sociales », tel que l'indiquent les extraits suivants :

« *Je suis ultra-professionnelle. Je n'assume juste pas mon rôle d'infirmière dans la stricte description de tâches d'une infirmière traditionnelle. En fait, je suis une infirmière sociale... je vais dans les milieux.* » (Participante 14)

« *Je me qualifie comme une infirmière sociale parce que ce que je fais c'est différent de ce qu'une infirmière fait à l'hôpital... on n'est pas du tout dans le médical. C'est pas un titre officiel, infirmière sociale, mais c'est tout aussi professionnel.* » (Participante 15)

Cette façon qu'ont les infirmières de se représenter leur identité professionnelle suscite toutefois un certain inconfort, parce qu'elles ont le sentiment de dévier à une règle de référence générale à partir de laquelle on conçoit ce qu'est d'être infirmière et professionnelle. Une infirmière l'exprime : « *On est un peu sur la limite de nos règles, de ce que ça fait une infirmière dans sa pratique normalement... et je ne suis pas toujours confortable avec ça.* » (Participante 12) Cette déviance à la règle est exprimée

par certaines infirmières comme une forme de marginalité. Les propos de cette infirmière en témoignent : « *Je suis assez marginale... dans ma pratique je vais au-delà des règles d'une infirmière, je suis souvent dans les limites. Si tu me suivais une journée, tu verrais que je suis quand même très professionnelle. Mais c'est marginal.* » (Participante 10)

En somme, nos résultats indiquent que la pratique infirmière d'interface prend forme dans un espace qui comporte une dynamique contradictoire. Cette contradiction résulte, notamment, d'un ensemble de questionnements quant à la légitimité et la reconnaissance de cette pratique dont les repères se posent en marge de ses ancrages traditionnels. Par ailleurs, il s'avère que la pratique d'interface s'élabore dans un contexte organisationnel au sein duquel les infirmières bénéficient de peu de soutien, ce qui tempore la portée de leurs actions au-delà des frontières du CSSS. Par contre, nos résultats illustrent qu'au travers même de cette dynamique contradictoire, origine un processus de (re)configuration identitaire pour les infirmières de la pratique d'interface. Dès lors, la contradiction se présente également comme une dynamique porteuse de changement et source de transformation. La pratique infirmière d'interface est en développement, parfois invisible, mais n'est pas inexistante. Tout en comportant un caractère éminemment stratégique, cette pratique se déroule et évolue dans un espace relativement contraignant à son développement professionnel, mais demeure posée comme étant nécessaire par les infirmières.

En résumé, le premier thème de nos résultats met en évidence un projet d'autonomie pour la clientèle vulnérable qui se pose en tant qu'exigence de conformité sociale. Pour sa part, le second thème illustre trois processus d'engagement relationnels particuliers qui impliquent la clientèle et les acteurs du milieu, soit « être avec » la personne vulnérable dans son cheminement, favoriser la « mise en relation » de la clientèle avec les ressources et « apprivoiser » les acteurs du milieu. Le troisième thème de nos résultats éclaire quatre stratégies particulières mises en œuvre par les infirmières dans le contexte de leur pratique d'interface. Ces stratégies permettent de souligner que l'action des infirmières n'est pas uniquement orientée selon leurs impératifs, ni

totallement menée en faveur de ceux d'autrui, mais qu'elle comporte à la fois la poursuite de leurs intérêts ainsi que ceux de la clientèle et des acteurs du milieu avec qui elles interagissent. Enfin, le dernier thème de nos résultats met en exergue une dynamique contradictoire inhérente à l'espace dans lequel se déroule la pratique d'interface, laquelle apparaît comme étant constitutive d'un processus de (re)configuration et d'appropriation d'une nouvelle identité professionnelle pour les infirmières. Au chapitre suivant, nous reprenons ces résultats pour les mettre en dialogue avec les savoirs existants en sciences infirmières, en sciences de la santé et en sciences sociales.

Chapitre 6
Discussion des résultats

Ce chapitre se divise en deux sections. La première présente une discussion des quatre thèmes résultant de l'analyse, où chacun des thèmes est examiné à la lumière des écrits en sciences infirmières, en sciences de la santé ainsi qu'en sciences sociales. Dans la deuxième section, les résultats sont mis en perspective suite à une présentation des limites de cette étude et d'une réflexion critique sur notre pratique de recherche.

Discussion : les quatre thèmes de l'étude

La discussion de chacun des thèmes de nos résultats est organisée de manière à identifier ou mettre en relation des concepts qui comportent des possibilités d'approfondissement théorique, de même qu'à souligner les contributions originales de cette recherche. Ainsi, notre propos est développé afin de mettre en perspective les résultats et d'en faire ressortir les divers apports aux savoirs existants. Le choix des corpus auxquels nous référons, tout comme l'ordre selon lequel ils apparaissent, visent à soutenir notre argumentaire. Précisons que les travaux en sciences sociales auxquels nous avons recours dans ce chapitre ont été majoritairement élaborés à partir de recherches dont l'objet porte sur la pratique ou l'intervention (sur l'action), selon une perspective pluridisciplinaire. De plus, le recours à une diversité de corpus théoriques pour réfléchir la pratique infirmière s'inscrit dans la théorie du développement de la connaissance à laquelle nous adhérons dans cette thèse (cf. Chapitre 2). Devant l'importance affirmée depuis plus de quatre décennies de produire des théories qui sont en mesure d'orienter la pratique (Dickoff & James, 1968; Dickoff, James, & Wiedenbach, 1968a, 1968b), il apparaît important de prendre appui sur des cadres théoriques qui nous permettent de conceptualiser l'action, comme des théories sociales de l'action (McQueen et al., 2007; Potvin et al., 2005). La pratique infirmière étant peu théorisée en tant que système d'action dans la discipline infirmière, il s'avère justifié de référer à des corpus d'autres disciplines qui théorisent l'action, pour soutenir notre capacité de développer nos théories de la pratique en sciences infirmières (Risjord, 2010).

Dans ce qui suit, chaque thème est abordé séparément. Malgré ceci, la vision systémique sur laquelle se fonde notre projet de recherche fait que nous ne les considérons pas comme étant distincts les uns des autres ou séparables. D'ailleurs, une modélisation systémique de la pratique infirmière d'interface réalisée à la lumière de notre discussion offre une perspective « reliante » des quatre thèmes de nos résultats et permet de conclure la première section du présent chapitre.

Thème 1 : Le projet de conformité à une norme sociale d'autonomie

Ce premier thème souligne que, dans le cadre de la pratique d'interface, les infirmières poursuivent un projet d'autonomie pour la clientèle vulnérable, lequel se pose comme une exigence en conformité avec des impératifs sociaux d'indépendance et de responsabilisation des personnes. De la sorte, l'autonomie est non seulement représentée comme un but que la clientèle doit atteindre, mais en tant que norme envers laquelle elle doit s'engager expressément. Nos résultats ont également mis en évidence la volonté que la personne agisse par elle-même et qu'elle assume la responsabilité d'entreprendre des actions pour « se prendre en main » et se réaliser. Le projet de conformité évoqué par les infirmières exige donc que la personne soit autonome *comme* les autres, en étant également autonome *par rapport* aux autres.

Dans l'ensemble, nos résultats trouvent une résonance dans certains écrits en sciences sociales (Astier, 2007; Châtel & Roy, 2008; Châtel & Soulet, 2001; Gaucher & Saillant, 2010; Taylor, 1992, 1998) où l'autonomie est abordée comme une norme sociale à laquelle doivent se conformer les individus, soit sous l'angle d'un projet normatif. L'autonomie constitue une injonction contemporaine, une valeur centrale des transformations sociales, de même qu'une grande idée de la modernité (Astier, 2007; Châtel & Roy, 2008; Taylor, 1992). Nos résultats reflètent ainsi socialement et historiquement ce qui constitue la société moderne, ses discours et ses règles. L'autonomie n'est toutefois pas une idée nouvelle ou propre à nos résultats, bien au contraire. D'après Châtel (2008), il s'agit de « l'une des revendications les plus pérennes de notre temps » (p. 215). Ce qui se présente plutôt de manière particulière, et ce que

soulignent d'ailleurs nos résultats de façon marquée, c'est qu'il y a eu progressivement imposition de la nécessité du redressement des personnes vulnérables et marginales au profit de l'adaptation de la société à leurs besoins (Gaucher & Saillant, 2010; Taylor, 1992). En ce sens, le projet d'autonomie auquel réfèrent les infirmières dans notre étude s'inscrit dans un projet de société plus vaste dont la préoccupation reflète l'exigence de conformité des personnes à une norme sociale.

Ce projet particulier d'autonomie se traduit de manière éloquente dans les travaux de la sociologue Astier (2007). Pour cette dernière, l'autonomie représente une norme cardinale de la société moderne qui exige des individus une démarche et une action afin de trouver leur place dans la société, de se forger une identité et de faire la preuve de leur capacité de s'activer pour s'en sortir. Tout comme le conçoivent les infirmières dans notre recherche, Astier (2007) désigne les personnes comme étant responsables d'agir et de décider *par* et *pour* elles-mêmes, d'infléchir le cours de leur vie et de se transformer continuellement pour s'adapter et répondre à leurs besoins, donc de concrétiser leur désir de se réaliser de manière autonome. La responsabilisation comporte ainsi une dimension morale qui suggère une certaine imputabilité de la personne vis-à-vis de la démarche qu'elle doit entreprendre pour devenir autonome, tout en s'inscrivant dans une trajectoire d'épanouissement et d'accomplissement de soi (Astier, 2007). De ce point de vue, nos résultats s'inscrivent dans le même sens que les propos d'Astier (2007), qui présente la dimension impérative de même que les visées de responsabilisation, d'indépendance et de réalisation comme étant subsumées sous le projet normatif de l'autonomie.

Un parcours de la littérature révèle toutefois que l'autonomie est aussi envisagée sous d'autres angles. Dans diverses disciplines ou domaines d'action de la santé et du social, on réfère principalement à des dynamiques constitutives d'adaptation, d'autodétermination et de transformation (May, 1998; Mele, 1995). Dans ce qui suit, nous faisons état de conceptions de l'autonomie en sciences infirmières et d'une perspective d'autonomie abordée selon une approche d'*empowerment*, notamment privilégiée dans les domaines de la promotion de la santé, du service social et de la

psychologie communautaire³⁶. Il s'agit de façons d'aborder l'autonomie par rapport auxquelles nos résultats se distinguent.

D'abord, le concept d'autonomie est présent autant dans les écrits théoriques que dans la recherche empirique³⁷ en sciences infirmières, majoritairement sous l'angle d'un projet individuel centré sur le patient (Aveyard, 2000). Quoique les définitions qui sont accordées à ce terme varient, il s'avère qu'elles font toutes plus ou moins référence au principe du droit à l'autodétermination des patients et qu'elles intègrent différents concepts, comme celui d'indépendance, de responsabilité, de liberté de choix et d'actions, de même que d'auto-prise en charge par la personne de ses soins (Moser, Houtepen, & Widdershoven, 2007; Wiens, 1993). Sans avoir explicitement identifié la notion d'autonomie dans leurs théories³⁸, le recours à ce concept peut être interprété dans les travaux de théoriciennes infirmières de l'école de pensée des besoins (Henderson, 1964; Orem, 1987) ou encore, dans les écrits de Peplau (1952, 1988). Le modèle d'Henderson (1964) propose une conception du soin centrée sur l'*indépendance* de la personne relativement à la satisfaction de ses besoins fondamentaux. La théorie des soins infirmiers d'Orem (1987, 2006) fait plutôt intervenir le concept d'*auto-soin* et suggère de soutenir la capacité de la personne de s'engager dans la réalisation des activités nécessaires pour combler certains déficits relativement au maintien et à la gestion de son bien-être et de sa santé. Par ailleurs, le modèle des relations interpersonnelles de Peplau (1952, 1988) valorise un processus interpersonnel thérapeutique orienté vers le *développement de la personne* et selon lequel l'infirmière tente de favoriser le cheminement progressif du patient d'un état de *dépendance*, à une

³⁶ À noter que nous avons retenu ces trois domaines d'action (promotion de la santé, service social et psychologie communautaire) étant donné qu'ils réfèrent souvent à l'autonomie dans un contexte d'intervention en situation de vulnérabilité sociale, ce qui s'avère un cadre de réflexion pertinent en lien avec notre étude. Puisque la promotion de la santé est un champ d'action pluridisciplinaire (O'Neill, Dupéré, Pederson, & Rootman, 2006), la référence à ce corpus de savoirs comprend des écrits d'auteurs en sciences infirmières dont les travaux s'inscrivent dans ce domaine d'action.

³⁷ Depuis l'avènement du mouvement autonomiste dans les soins (les années 1970) et encore aujourd'hui, un nombre impressionnant de recherches en sciences infirmières (pour n'en citer que quelques-unes: Badger, Braden, & Mishel, 2001; Baker & Denyes, 2008; Cox & Taylor, 2005; Davies, Laker, & Ellis, 1997; Lancaster & Stead, 2001; Longman, Braden, & Mishel, 1997; Proot, Abu-Saad, Esch-Janssen, Crebolder, & Meulen, 2000; Wilson, Baker, Nordstrom, & Legwand, 2008) réfèrent à l'autonomie ainsi qu'à ses concepts cousins (Aveyard, 2000).

³⁸ Dans ce paragraphe, nous avons utilisé l'italique pour mettre en évidence certains des concepts associés à l'autonomie auxquels ont recours les théoriciennes infirmières.

relation d'*indépendance* et d'*interdépendance* avec l'infirmière et son environnement. Ce que l'on retient de cet état des lieux sur les conceptions de l'autonomie, c'est que malgré que nos résultats font référence à certains concepts familiers dans nos représentations de l'autonomie en sciences infirmières (par exemple : la responsabilité, l'indépendance ou l'auto-prise en charge), il s'avère qu'ils prennent une forme différente au travers de la perspective de l'exigence de conformité sociale. Somme toute, nos résultats mettent en relief une conception de l'autonomie qui se distingue des façons dont l'autonomie a généralement été appréhendée jusqu'à présent, dans les écrits en sciences infirmières.

D'un autre point de vue, nos résultats contrastent quelque peu d'une conception de l'autonomie abordée à partir d'une perspective d'*empowerment*³⁹, laquelle met l'emphase sur des visées d'émancipation et d'autoréalisation des personnes, selon la poursuite de leurs projets ainsi que leurs aspirations (par exemple: Brown, McWilliams, & Ward-Griffin, 2006; Cara, 1997; Chambres & Thompson, 2009; Labonte, 1994; Le Bossé, 2004; Ninacs, 2008; Rafael, 1995, 2000; Wallerstein, 1992; Watson, 1988; Whitehead, 1999, 2006b). Reconnu comme un concept multidimensionnel (Bernstein et al., 1994; Labonte, 1994; Rappaport, 1987; Wallerstein, 1992), l'*empowerment* est généralement abordé en tant que processus selon lequel les intervenants soutiennent les efforts des personnes dans la recomposition de leur capacité d'agir de manière autonome, en vue de favoriser l'actualisation de leur potentiel (Le Bossé, 2004; Ninacs, 2008; Wallerstein, 1992). Ayant pour principe de base la participation des personnes concernées dans la définition des problèmes sur lesquels ils souhaitent agir, du changement anticipé et des solutions envisagées pour y arriver (Ninacs, 2008), l'*empowerment* met de l'avant une prémisse selon laquelle l'autonomie s'acquiert progressivement et donc elle ne peut être octroyée ou reçue. Il apparaît frappant que nos résultats s'apparentent peu à une telle conception de l'autonomie, en l'illustrant davantage comme une norme impérative qui s'*impose* aux individus. De surcroît, l'idée de *conformité* s'oppose à l'une des visées primaires du processus d'*empowerment*, soit

³⁹ Étant donné que le projet d'autonomie que poursuivent les infirmières de la pratique d'interface est centré sur la personne vulnérable, nous avons privilégié le recours aux écrits sur l'*empowerment* individuel plutôt que collectif.

celle de *soutenir* des personnes vivant diverses formes d'exclusion dans leurs capacités de franchir les barrières de la stigmatisation et de la marginalité, de même que pour leur permettre de développer une certaine résistance aux directives imposées (Holmes & Perron, 2006)⁴⁰, donc à la conformité.

Des perspectives critiques soulignent également des risques potentiels inhérents à la poursuite d'un projet d'autonomie conçue en tant qu'exigence de conformité sociale, particulièrement lorsqu'il s'adresse à des clientèles vulnérables. Dans ce qui suit, nous présentons certaines critiques qui suggèrent des nuances intéressantes à considérer pour la poursuite de nos réflexions sur le développement du concept d'autonomie en sciences infirmières.

D'abord, le philosophe et politicologue Taylor (1992, 1998) souligne que la quête d'autonomie s'articule autour d'une double exigence, soit celle de l'émancipation et de la conformité. Il poserait ainsi une contradiction. Dans une discussion sur la culture du conformisme dans laquelle prend racine la modernité, l'auteur indique que l'individu doit désormais tenter de se réaliser en élaborant ses propres projets, tout en luttant contre les pressions du conformisme qui orientent la reformulation de ces projets selon les termes d'un idéal social normatif d'autonomie, qui fait figure d'idéal de réussite et d'accomplissement de soi (Taylor, 1992). Autrement dit, s'il veut être reconnu à part entière dans la société, l'individu doit faire correspondre ses projets à cet idéal social d'autonomie. Conséquemment, Taylor (1992) souligne un enjeu d'ordre moral quant à la capacité réelle des personnes d'agir et de décider librement dans ce contexte, tout en exposant la relation complexe qui existe entre l'autonomie comme projet individuel et l'autonomie en tant que projet de conformité issu d'un contrat social envers lequel la personne se retrouve, bien malgré elle, dépendante. Ces considérations critiques interrogent, à notre avis, les valeurs de liberté et de respect de la dignité humaine des personnes, lesquelles peuvent ne pas être favorisées par une conception de l'autonomie en tant qu'exigence de conformité sociale. Ces éléments de réflexion nous apparaissent

⁴⁰ Nous tenons à préciser que Freire (2006) rapporte aussi ce postulat d'affranchissement d'individus vulnérables de la conformité, particulièrement dans son œuvre sur la pédagogie de l'autonomie.

donc particulièrement importants à considérer afin de poursuivre le développement de conceptions de l'autonomie en sciences infirmières qui privilégient les axiomes humanistes de la discipline (Par exemple: Watson, 1985; Watson, 1988, 2008b, 2012).

D'autre part, un regard critique est apporté par certains auteurs en sciences sociales (Astier, 2007; Châtel & Roy, 2008; Châtel & Soulet, 2001, 2003) qui suggèrent que l'impératif de responsabilisation des personnes vulnérables s'avère de plus en plus présent dans le discours institutionnel. La redistribution des responsabilités entre l'État et les individus fait désormais en sorte que tout un réseau de partenaires est mobilisé pour assurer une mise en œuvre coordonnée et une adhésion au projet social d'autonomie. Toutefois, malgré que cette responsabilité ne se veut pas *culpabilisante* (Astier, 2007) et qu'elle soit plutôt conçue comme étant transversale et partagée entre divers acteurs de la société civile, il appert que les politiques sociales au sein desquelles elle est promue véhiculent toutes, plus ou moins fortement, l'image d'individus responsables et participants (Châtel & Roy, 2008; Châtel & Soulet, 2003). En l'occurrence, les programmes de santé publique dédiés à des clientèles vulnérables, tout comme ceux retenus pour notre étude, représentent généralement l'individu comme un être qu'il faut entretenir dans ses capacités de fonctionner, qu'il faut maintenir ou parfois même « réviser lorsque son parcours est cabossé » (Astier, 2007, p. 6). La promotion de visées de responsabilisation de la clientèle dans ces programmes peut ainsi contribuer à la création d'un contexte fragilisant et vulnérabilisant (Châtel & Roy, 2008; Châtel & Soulet, 2003), voire même, à un processus de *disempowerment* (Labonte, 1994; Sellman, 2005; Wallerstein, 1992). Conséquemment, on imagine aisément que faire la promotion d'un idéal d'autonomie et d'une visée de responsabilisation sans offrir, en retour, le soutien nécessaire aux personnes afin qu'elles puissent s'y engager pleinement, interroge de façon sérieuse le risque de les exclure des structures d'aide et de soutien, et de limiter leur capacité de s'inscrire dans la norme. La poursuite d'une finalité d'autonomie « à tout prix » pourrait dès lors participer aux processus de stigmatisation et d'exclusion sociale qui pèsent déjà lourd sur la capacité d'agir des personnes vulnérables. Selon nous, ces éléments critiques s'avèrent d'autant plus importants à considérer que les infirmières sont des acteurs primaires de programmes d'intervention qui s'adressent à

des clientèles vulnérables dans les services de première ligne en CSSS, et que les infirmières rencontrées dans notre recherche, qui interviennent dans de telles structures programmatiques, n'en ont pas fait mention.

En somme, la perspective d'autonomie exposée dans nos résultats sous l'angle d'une exigence de conformité sociale est également représentée dans certains écrits en sciences sociales (Astier, 2007; Châtel & Roy, 2008; Châtel & Soulet, 2001; Gaucher & Saillant, 2010; Taylor, 1992, 1998), lesquels soulignent que l'autonomie constitue une norme sociale impérative et constitutive de la modernité à laquelle les individus sont attendus de se conformer. En contrepartie, quoique nos résultats réfèrent à certains concepts familiers des représentations de l'autonomie en sciences infirmières et de la perspective d'*empowerment* individuel privilégiée en promotion de la santé, en service social ou encore dans le domaine de la psychologie communautaire, ils s'en distinguent considérablement car ils prennent un sens différent au travers de la composante normative qui les qualifie. En l'occurrence, la façon dont le projet d'autonomie est rapporté dans nos résultats se traduit comme un appel à la vigilance. Pour ne pas vulnérabiliser davantage les clientèles au travers les impératifs de conformité à des normes sociales dominantes que peuvent véhiculer les interventions infirmières, ni accentuer les écarts existants en termes de capacités de personnes vulnérables à se mobiliser pour accéder à des ressources essentielles au développement de leur autonomie, il est indispensable de repenser nos pratiques en situation de vulnérabilité sociale. La pratique infirmière d'interface comporte le potentiel de réfléchir aux conséquences de nos interventions sur la vulnérabilité sociale et les inégalités de santé. D'ailleurs, des aspects critiques ont été soulignés et nous amènent à réitérer ici toute la pertinence de poursuivre nos réflexions quant aux risques inhérents à une conception de l'autonomie posée en tant que projet de conformité sociale pour le développement de théories sur la pratique en sciences infirmières.

Thème 2 : Processus d'engagement relationnels

Dans ce second thème, les infirmières rendent compte de trois processus d'engagement relationnels particuliers qui impliquent la clientèle et d'autres types d'acteurs de la communauté. Dans le contexte de la pratique infirmière d'interface, le concept d'engagement⁴¹ s'inscrit dans une démarche d'association, de mobilisation et de mise en mouvement des acteurs envers le projet d'autonomie discuté précédemment. Les processus de création de liens qui qualifient l'engagement relationnel des infirmières reposent sur trois postures et opérations de proximité⁴² qui suggèrent, d'une part, d'*être avec* la personne vulnérable dans son cheminement et de la soutenir par rapport à ses projets; d'autre part, de favoriser la *mise en relation* de la clientèle avec les ressources; et enfin, d'*apprivoiser* les acteurs du milieu. La conjugaison de ces trois processus d'engagement relationnels permet aux infirmières de tisser des liens *avec* la personne de même qu'*entre* la personne et son environnement, ce qui fait en sorte d'inscrire la poursuite du développement de son autonomie dans un réseau de relations, selon une logique d'interdépendance. Dans ce qui suit, chacun de ces trois processus d'engagement relationnels⁴³ est mis en perspective avec les savoirs en sciences infirmières ainsi qu'en sciences sociales.

⁴¹ Précisons que cette façon d'aborder l'engagement est cohérente avec les écrits de Callon (1989). L'engagement est présenté comme un processus de mise en relation, d'intégration et de mobilisation des acteurs envers la poursuite d'un projet particulier.

⁴² Tout comme le suggèrent d'autres auteurs (Gagnon, 2009; Gagnon, Moulin, & Eysermann, 2011; Paul, 2009b), nous référons à la notion de proximité en tant que posture et opération. La proximité correspond ici à une position d'acteurs en relation, engagés dans un processus de rapprochement.

⁴³ Les processus dans lesquels s'engagent les infirmières pour créer des liens et mettre en relation la clientèle et les acteurs de la communauté constituent le « cœur » des résultats du thème 2. Cela est notamment le fruit de la lentille systémique privilégiée pour notre projet de recherche, laquelle nous convie à porter une attention particulière aux processus constitutifs de la pratique infirmière d'interface en élaboration. D'ailleurs, les échanges ont principalement été orientés sur le « comment » de l'engagement relationnel lors des entretiens réalisés avec des infirmières dans notre recherche. Ainsi, le matériel de recherche dont nous disposons porte majoritairement sur les démarches menant au rapprochement entre les acteurs et à leur mise en réseau dans l'environnement, ce qui fait que la discussion du thème 2 n'élabore pas tant sur la nature de ces liens (par exemple : confiance, empathie).

« Être avec » la personne

Dans ce qui suit, nous référons à deux corpus de savoirs. D'abord, les travaux qui portent sur le *caring* servent de toile de fond principale pour examiner le processus d'« être avec » la personne vulnérable dans le cadre de la pratique infirmière d'interface. Ensuite, la littérature qui traite du concept d'accompagnement agit à titre de point d'ancrage pour mettre en dialogue nos résultats avec les connaissances issues du domaine des sciences sociales.

Les résultats de notre recherche mettent en évidence un processus d'engagement relationnel selon lequel les infirmières de la pratique d'interface tentent de *se rapprocher* de la clientèle pour *être avec* elle, de manière à la soutenir dans son cheminement et promouvoir son bien-être ainsi que sa santé. Ce processus d'engagement relationnel trouve une certaine résonance dans les écrits d'auteurs en sciences infirmières (O'Reilly, 2007; O'Reilly & Cara, 2010; O'Reilly, Cara, Avoine, & Brousseau, 2010) qui ont étudié le phénomène d'« être avec » la personne soignée. Malgré que ce phénomène demeure encore relativement peu documenté empiriquement, les travaux de théoriciennes du *caring* (Benner & Wrubel, 1989; Boykin & Schoenhofer, 2001a, 2001b; Leininger, 1988; Roach, 1987, 2002; Watson, 2001, 2006, 2012) ont permis de développer, depuis déjà plus de trois décennies, un ensemble de connaissances entourant ce phénomène relationnel⁴⁴ particulier qui prend forme entre l'infirmière et le patient.

En particulier, le *caring*, reconnu en tant que composante centrale et essence de la discipline infirmière (Benner & Wrubel, 1989; Bishop & Scudder, 1991; Cara, 1997; Leininger, 1988; Newman et al., 1991; Roach, 1987, 2002), est principalement abordé

⁴⁴ Les théoriciennes infirmières dont les travaux se situent dans l'école de pensée de l'interaction (par exemple: Orlando, 1961; Paterson & Zderad, 1988; Peplau, 1952, 1988; Travelbee, 1966, 1971) se sont aussi intéressées à la question de la relation entre l'infirmière et la clientèle. Toutefois, étant donné que le phénomène « d'être avec » la personne soignée est situé au cœur de la relation de *caring* (par exemple: Boykin & Schoenhofer, 2001a, 2001b; Cara, 2003; Cara & O'Reilly, 2008; Mayeroff, 1971; Montgomery, 1993; O'Reilly, 2007; O'Reilly & Cara, 2010; Swanson, 1993; Watson, 1988, 1999, 2001, 2012), la discussion de ce processus d'engagement relationnel se rapporte principalement aux travaux qui prennent racine dans la philosophie du *caring*.

selon une perspective relationnelle (Boykin & Schoenhofer, 2001a, 2001b; Cara, 1997, 1999; Duffy & Hoskins, 2003; Gadow, 1985; Roach, 1987; Watson, 1988, 1997, 2000, 2001, 2002, 2008a, 2012). D'ailleurs, Watson (1999) définit le *caring* comme relation personnelle et transpersonnelle, laquelle est qualifiée en termes « d'être avec » soi-même et les autres pour devenir plus humain; un élément fondamental à sa philosophie du *Human caring* (Cara, 2003; Watson, 2001, 2006, 2012). Dans la même perspective, plusieurs auteurs (Boykin & Schoenhofer, 2001a, 2001b; Cara & O'Reilly, 2008; Duffy & Hoskins, 2003; Mayeroff, 1971; Montgomery, 1993; O'Reilly, 2007; O'Reilly & Cara, 2010; Paterson & Zderad, 1988; Swanson, 1993) suggèrent qu'« être avec » la personne soignée correspond à une constituante essentielle de la relation de *caring*, laquelle serait basée sur le désir profond et conscient de l'infirmière d'aider ainsi que d'accompagner la personne à être et devenir ce qu'elle désire, au travers de liens de réciprocité (Benner & Wrubel, 1989; Watson, 1999, 2005) et de la promotion de la dignité humaine (Cara & Duquette, 2000; Gadow, 1985; Roach, 1987, 2002; Watson, 1985, 1988, 1997, 2001, 2006, 2008a, 2012).

Nos résultats indiquent que le processus d'engagement relationnel d'« être avec » la personne vulnérable dans le cadre de la pratique infirmière d'interface procède selon le principe de la connexion à l'Autre, notamment au travers de l'établissement de dynamiques relationnelles de confiance et d'empathie. Nos résultats ont souligné l'importance pour les infirmières de se montrer disponibles, d'offrir du soutien qui tient compte du rythme de chaque personne, de consacrer du temps à écouter les expériences de vie des personnes qu'elles accompagnent et de reconnaître leurs besoins en vue de mieux comprendre leurs demandes et de les aider à les formuler. Cette intention de reconnaissance et de compréhension des besoins de la personne éclaire d'ailleurs la nature humaine de l'engagement des infirmières envers la clientèle. De ce point de vue, nos résultats s'avèrent cohérents avec des écrits qui portent sur la relation de *caring* (Boykin & Schoenhofer, 2001a, 2001b; Leininger, 1991; Roach, 1987; Watson, 1985), lesquels suggèrent que chaque relation humaine est une occasion pour les infirmières d'« être avec » une autre personne de manière authentique, au travers d'actions qui reconnaissent la valeur de ses projets, de son potentiel et qui valorisent son unicité.

Plusieurs travaux ont déjà relaté des bienfaits associés à la relation de *caring* (O'Reilly, 2007), notamment celui d'amoindrir la souffrance humaine (Lindholm & Eriksson, 1993) et de rehausser des sentiments d'autonomie et d'indépendance chez la clientèle (Gillespie, Chaboyer, & Wallis, 2007; Granberg, Engberg Bergbom, & Lundberg, 1998; Lucke, 1998, 1999; O'Reilly, 2007; O'Reilly & Cara, 2010; O'Reilly et al., 2010; O'Reilly, Cara, Avoine, & Brousseau, 2011; Wilson & Ferch, 2005). Bien que ces bienfaits demeurent à notre connaissance inexplorés dans le contexte de la pratique infirmière d'interface, il est possible d'envisager que le processus d'« être avec » la personne vulnérable pourrait contribuer positivement à la visée d'autonomisation de la clientèle qui est poursuivie. Il importe néanmoins de préciser que nos résultats font ressortir une autre facette inhérente au processus d'« être avec » la personne dans le contexte de la pratique d'interface : une visée de mise en mouvement de la personne, pour l'amener impérativement à s'engager sur une trajectoire d'autonomie. Cette intention de mobilisation du patient n'apparaît pas comme une composante constitutive de l'engagement relationnel et moral dans les savoirs sur le *caring*. Ainsi, nos résultats de recherche constituent un apport aux connaissances qui portent sur les processus d'engagement relationnels en sciences infirmières pour favoriser l'autonomie.

Dans le champ pluridisciplinaire des sciences sociales, le processus relationnel d'« être avec » l'Autre se reflète particulièrement dans les travaux qui portent sur le concept d'accompagnement. D'ailleurs, les participantes de notre recherche ont explicitement référé à la notion d'accompagnement auprès de la clientèle vulnérable. Ainsi, nos résultats ont mis en évidence que l'accompagnement constitue un moyen privilégié par les infirmières afin de s'engager *avec* et *envers* la personne en vue de l'aider à poursuivre ses démarches et ses projets, de même que pour la soutenir dans sa capacité d'agir. À première vue, il apparaît que la référence au concept d'accompagnement dans notre étude n'est pas surprenante, étant donné que plusieurs auteurs (Astier, 2007; Gagnon et al., 2011; Heslon, 2009; Laurin, 2002; Paul, 2004, 2009a, 2009b) révèlent la prédominance actuelle de ce modèle d'intervention dans diverses sphères d'activités de la société. L'accompagnement s'inscrirait dans la montée du rejet en popularité du modèle de la prise en charge et témoigne d'une sorte de

transformation de l'assistance aux personnes (Laramée, 2013; Paul, 2004). Ainsi, l'accompagnement serait constitutif d'une pluralité de pratiques d'intervention, incluant la pratique infirmière d'interface, qui valorisent des approches visant à *se rapprocher* des individus en difficulté afin d'être davantage *avec* eux dans leurs démarches d'actualisation de leur potentiel, pour les aider à trouver des réponses à leurs problèmes, ainsi que leur propre voie (Autès, 2008; Gagnon et al., 2011; Laurin, 2002; Paul, 2004, 2009b). En particulier, Paul (2009b) précise que l'accompagnement consiste à « se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui : à son rythme, à sa mesure, à sa portée » (pp. 95-96). La composante relationnelle qui caractérise l'accompagnement est marquée par un engagement au travers duquel se traduit l'intention d'« être avec » et d'« aller vers » la personne pour l'amener à se mobiliser (Gagnon, 2009; Gagnon et al., 2011; Heslon, 2009; Paul, 2004). Nos résultats corroborent cette perspective en soulignant que par l'accompagnement, les infirmières tentent d'« être avec » la personne vulnérable par rapport à ce qu'elle vit, mais aussi de se rapprocher et de se mobiliser *avec* elle, dans l'action, pour la poursuite de ses démarches.

Des questionnements quant à ce processus d'engagement relationnel avec la clientèle ont néanmoins été soulevés par les infirmières dans notre recherche et sont discutés, dans ce qui suit. En particulier, il est question de pôles en tension qui traversent le processus d'engagement relationnel d'« être avec » la personne, ainsi que d'une perspective nuancée de l'idéal-type du modèle d'accompagnement privilégié en situation de vulnérabilité sociale.

D'une part, nos résultats évoquent une posture de proximité avec laquelle il peut s'avérer difficile de composer pour les infirmières, notamment dans un contexte d'intervention auprès de personnes vulnérables. Les participantes de notre recherche ont identifié une sorte de posture paradoxale inhérente à leur rôle d'accompagnement, laquelle se traduit par le fait de devoir être suffisamment proche de la personne pour permettre l'établissement d'un lien significatif avec elle et comprendre ce qu'elle vit, tout en tentant de « faire le vide » et de « lâcher-prise » devant la souffrance que revêt

cette proximité relationnelle. Ainsi, nos résultats soulignent une certaine mise à distance au travers de la relation de proximité; celle-ci présentée comme étant nécessaire afin de demeurer une personne-ressource sur laquelle la personne peut compter dans les moments plus difficiles. Cette distanciation constitutive du rapport de proximité des infirmières avec la clientèle pourrait se traduire ici en tant que posture réflexive.

Ces résultats mettent en évidence une certaine implication émotionnelle des infirmières dans leur relation avec les personnes vulnérables, ce qui corrobore les travaux de plusieurs auteurs en sciences infirmières (Gadow, 1985; Montgomery, 1993; Paterson & Zderad, 1988; Schultz & Carnevale, 1996; Swanson, 1993; Watson, 2001, 2002) qui soulignent qu'« être avec » le patient exige pour les infirmières d'être engagées dans son monde, pour ressentir ce qu'il éprouve, et parfois même, d'en être affectées. En particulier, la dynamique de la proximité-distance à laquelle font référence les participantes dans notre étude, particulièrement sa composante de distanciation émotionnelle, est aussi rapportée dans les écrits en sciences infirmières depuis le début des années 1960 (May, 1990). Plusieurs auteurs (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Booth, Maguire, Butterworth, & Hiller, 1996; Byrne & McMurray, 1997; Folta, 1965; Gow & Williams, 1977; Hayward & Tuckey, 2011; Nagy, 1999; Parker, 2004; Quint, 1966; Wilkinson, 1991) représentent cette mise à distance des infirmières en tant que stratégie leur permettant de composer avec les émotions et le stress que peuvent susciter les situations difficiles que vivent les patients qu'elles soignent, donc comme une façon d'établir certaines frontières pour se protéger et demeurer une soignante disponible pour la clientèle. Le processus de distanciation présenté dans nos résultats s'inscrit donc dans ce corpus de savoirs en sciences infirmières.

Nos résultats corroborent aussi les propos d'auteurs en sciences sociales (Gagnon et al., 2011; Paul, 2004) qui suggèrent que l'accompagnement exige des intervenants de devoir composer avec une dynamique de proximité-distance qui implique une conciliation entre deux états d'être inséparables qu'il faut bien doser : être près de l'autre, tout en ne l'étant pas trop (Gendron et al., 2012; Laramée, 2013). Cette dynamique suppose pour l'intervenant d'établir la *proximité* nécessaire afin qu'un lien

de confiance puisse se développer avec la personne et qu'il soit en mesure de la soutenir dans sa capacité de se mobiliser vis-à-vis de sa condition de vulnérabilité; ce qui implique aussi de maintenir une distance suffisante qui lui permette de conjuguer avec la souffrance que peut susciter la relation de proximité avec des personnes dont la trajectoire est marquée par des expériences vécues d'exclusion.

De plus, nos résultats indiquent que cette *mise à distance* est un moyen auquel ont recours les infirmières pour s'assurer de laisser un espace suffisant à la personne accompagnée afin qu'elle puisse entreprendre progressivement des démarches visant à se prendre en main « par elle-même » et ainsi répondre à l'exigence d'autonomie à laquelle elle doit se conformer. Toutefois, il semble que cette distance suscite une sorte de tiraillement chez les infirmières, qui doivent apprendre à faire confiance à la clientèle qu'elles accompagnent pour ne pas *faire pour* elle. De ce point de vue, nos résultats corroborent les propos d'Astier (2007) qui présente l'accompagnement selon une dynamique d'« engagement distancié » et met l'emphase sur un processus de *distanciation* nécessaire pour arriver à engager les personnes dans une trajectoire d'autonomie. Il est ainsi raisonnable de croire que si les infirmières ne trouvent pas le juste équilibre entre *être avec* la personne et la *laisser aller*, sans se désengager totalement ni *faire pour* la personne, elles courent le risque de s'orienter vers des dynamiques relationnelles davantage autoritaires, lesquelles peuvent transformer la relation d'accompagnement (qu'elles privilégient) en une relation de l'ordre de la prise en charge. De là origine d'ailleurs la formulation de certaines critiques à l'endroit du modèle de l'accompagnement, qui comporterait un caractère normatif étant donné la visée d'autonomisation de personnes vulnérables (Astier, 2007). À ce propos, précisons que la « distanciation » à laquelle on réfère dans des écrits en sciences infirmières qui portent sur la relation entre l'infirmière et la clientèle (par exemple: Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Booth et al., 1996; Byrne & McMurray, 1997; Hayward & Tuckey, 2011; Nagy, 1999; Parker, 2004; Wilkinson, 1991) fait plutôt référence à un processus de mise à distance « émotionnelle » pour l'infirmière afin de lui permettre de demeurer une personne-ressource pour la clientèle, et n'est pas abordée sous l'angle

d'une mise à distance visant à favoriser le développement de l'autonomie de la personne.

Par ailleurs, les résultats de notre recherche ont également mis en évidence que le processus d'engagement relationnel que les infirmières tentent de privilégier avec la personne, basé sur la reconnaissance de ses besoins et de ses projets au travers de la relation d'accompagnement, pourrait ne pas être favorisé par la manière dont se pose/s'impose l'accompagnement dans les programmes d'intervention. Certaines participantes ont d'ailleurs souligné avoir parfois l'impression d'agir de manière contradictoire en encourageant la personne à poursuivre ses démarches selon ses aspirations, tout en réalisant auprès d'elle des interventions orientées sur les objectifs et les visées du programme, lesquels font que le « ton » et la « dynamique » changent : « il faut que » la personne participe à certaines activités ou qu'elle adhère à telle intervention. Ce constat s'aligne avec des critiques (Astier, 2007; Châtel & Roy, 2008; Châtel & Soulet, 2003; Laurin, 2002) qui suggèrent que l'accompagnement se présente comme une « prescription » dans bon nombre de programmes sociaux et de santé, où la relation instaurée n'est donc pas librement consentie. Il est ainsi essentiel de considérer attentivement cette composante normative que peuvent véhiculer les programmes d'intervention dédiés à des clientèles vulnérables, car le risque qu'elle comporte de transformer la relation selon des paramètres de prise en charge peut avoir des conséquences importantes sur la nature de l'engagement qui se tisse entre les infirmières et les personnes qu'elles accompagnent.

En sciences infirmières, certains auteurs (Holmes & Gastaldo, 2002; Holmes & O'Byrne, 2006; O'Byrne & Holmes, 2009; Perron, Fluet, & Holmes, 2005) mettent aussi en évidence des dynamiques relationnelles contraignantes entretenues par des infirmières qui interviennent en contexte de vulnérabilité sociale. Ces auteurs rapportent que les interventions infirmières qui se construisent en réponse à des exigences programmatiques, comportent le risque d'engager les infirmières dans des rapports de force avec les personnes vulnérables. Ce faisant, la structure des programmes de santé, en soi, peut orienter la pratique infirmière vers des approches davantage prescriptives,

renforçant par le fait même la tradition biomédicale du soin (Holmes & Gastaldo, 2002). Dès lors, l'espace relationnel qui se construit entre l'infirmière et le patient, dans ces programmes, serait potentiellement traversé par des dynamiques de pouvoir qui participent à restreindre, au moins en partie, l'espace de liberté des clientèles (Evans, 2010; Perron et al., 2005). À ce titre, les exigences de conformité qui s'imposent dans le contexte de soins, particulièrement lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de personnes vulnérables, interrogent de façon sérieuse la vision selon laquelle on aborde généralement la dimension relationnelle de la pratique en sciences infirmières.

Bref, nous croyons qu'il s'avère essentiel de demeurer critiques à propos de la nature des rapports d'engagement relationnel des infirmières avec la clientèle, et surtout, de privilégier des positions plus nuancées dans nos conceptions de la relation de soins dans nos théories en sciences infirmières. La perspective stratégique de l'action discutée dans le thème suivant crée une opportunité pour envisager autrement la mise en relation des acteurs, de même que pour concilier des conceptions de la dimension relationnelle en sciences infirmières qui sont soit envisagées selon des représentations plutôt idéalisées, soit considérées selon un angle contraignant ou de rapports de pouvoir. Il s'agit de positions qui nous apparaissent, l'une autant que l'autre, relativement hermétiques.

Mettre en relation des personnes vulnérables avec les ressources de la communauté

Notre emphase particulière étant une pratique infirmière d'interface visant la réduction de la vulnérabilité sociale et des inégalités de santé pour des populations vulnérables, ce second processus d'engagement relationnel de la pratique infirmière d'interface qu'illustrent nos résultats se reflète dans un nombre relativement restreint d'écrits, notamment ceux de la sociologue Astier (2007). En particulier, la manière dont cette auteure aborde la relation d'accompagnement crée une certaine ouverture sur une « proximité à géométrie multiple », laquelle serait caractéristique d'un rapprochement avec la clientèle et entre celle-ci et les ressources de la communauté. Pour Astier, le contexte d'intervention en situation de vulnérabilité sociale favoriserait une sorte de

renouvellement des figures et des formes d'engagement, en faisant intervenir des processus relationnels singuliers et distincts de la « relation d'aide » classique, lesquels se présenteraient davantage comme une « aide à la relation ». Ce processus d'« aide à la relation » serait encadré par une volonté de tisser des liens desquels les personnes peuvent puiser et qui constituent une « échelle de mobilité » pour qu'elles se prennent en main et s'engagent sur une trajectoire d'autonomie (Astier, 2007). Les compétences ou les activités à mettre en œuvre pour cette « mise en réseau » ne sont pas nouvelles (Astier, 2007), puisqu'elles sont d'ailleurs déployées dans d'autres types de pratiques d'intervention sociale impliquant une diversité de professionnels (se référer par exemple à : Baillergeau, 2007; Baillergeau & Bellot, 2007; Bastien et al., 2007; Cheval, 2001; Fontaine & Duval, 2003). L'art de « mettre en relation » et de créer des liens qui vont permettre aux populations vulnérables de réduire la distance qui les sépare des ressources du milieu (Astier, 2007), selon une perspective d'action sur les déterminants de la santé et d'accès à des services pour promouvoir l'équité et la justice sociale, est toutefois peu développé en sciences infirmières. Somme toute, il apparaît que le processus de mise en réseau de la clientèle avec les ressources du milieu crée une ouverture pour aborder l'accompagnement de personnes vulnérables selon un rapport d'interdépendance, lequel valorise la création de liens entre elles *et* leur environnement de ressources, ce qui constitue un apport intéressant aux savoirs qui portent sur l'engagement relationnel en sciences infirmières.

Apprivoiser les acteurs du milieu

Les résultats de notre recherche ont permis d'identifier un troisième processus relationnel dans lequel doivent s'engager les infirmières de la pratique d'interface afin de faciliter la mise en relation de la clientèle vulnérable avec les ressources de l'environnement, soit celui de l'apprivoisement d'acteurs du milieu. Par exemple, nos résultats indiquent que les infirmières prennent du temps pour se présenter, pour connaître les gens du milieu ou encore, pour observer leurs façons de faire. Ce faisant, elles s'adonnent à des tâches « informelles » relativement invisibles et non traditionnelles pour la pratique infirmière, mais qui ont tout de même été posées par les

participantes comme étant essentielles afin d'arriver à s'engager avec/auprès des acteurs du milieu. Peu de littérature en sciences infirmières, dans d'autres domaines de la santé ou en sciences sociales aborde ce type d'engagement relationnel ou de pratique.

De manière générale, nous constatons que le processus de mise en relation entre la personne vulnérable et les ressources de l'environnement, de même que celui de l'appropriation d'acteurs du milieu, ont été moins abordés par les infirmières de cette étude que le processus relationnel qui se rapporte au fait d'« être avec » la clientèle. À première vue, ce constat n'apparaît pas surprenant étant donné que l'individu et la famille sont généralement reconnus en tant que cibles principales de la pratique infirmière (Adam, 1991). De plus, nos résultats corroborent ceux obtenus dans d'autres recherches (Beudet et al., 2011; Casey, 2007b; Cohen, 2006; Gendron et al., 2012; Grumbach et al., 2004; Irvine, 2007; Kulig, 2000; Richard et al., 2010; Runciman et al., 2006; Whitehead, 2006b), qui ont souligné que les acteurs issus d'autres sphères d'activités que celle des services de santé et des services sociaux demeurent encore marginaux dans les interventions des infirmières en première ligne. Les participantes de notre recherche n'ont d'ailleurs pas fait référence à la possibilité d'élaborer des projets communs ou de collaborer avec les intervenants des ressources communautaires pour l'accompagnement de la clientèle vulnérable.

Toutefois, ce processus d'appropriation d'acteurs du milieu constituerait un préalable à l'action collective. La politiste Clavier et ses collaborateurs (Clavier, Gendron, et al., 2012; Clavier, Gendron, Potvin, & Moreau, 2013; Clavier & Lefebvre, 2010), dont les travaux portent sur les pratiques de médiation à l'interface d'institutions/programmes de santé et d'autres secteurs d'activités, reconnaissent l'importance des activités dites « logistiques »⁴⁵ pour la mise en place d'actions partenariales et innovantes en santé. Ces activités logistiques, que nos résultats illustrent comme un ensemble de tâches concrètes visant à favoriser le rapprochement des

⁴⁵ Les activités logistiques recouvrent toutes les tâches concrètes de suivi, de promotion et d'organisation des activités pour la mise en relation des acteurs (Clavier, 2010). Celles-ci peuvent comprendre la préparation d'ententes de services, le développement d'outils de communication, la planification d'activités de partage de savoirs ou encore la mise en place des forums d'échanges pour que les différents acteurs apprennent à se connaître.

infirmières avec les acteurs de diverses ressources de la communauté, seraient bien loin de constituer un processus mécanique selon Clavier (2013). Elles sont nécessaires à la réalisation d'activités stratégiques et d'influence auprès des acteurs, bien qu'elles ne soient que rarement soulignées par ceux-ci et donc, documentées empiriquement (Clavier, 2010). Bref, il n'est pas étonnant que ce processus d'appropriation des acteurs du milieu s'avère relativement invisible dans le cadre de la pratique infirmière d'interface et qu'il ne soit pas théorisé en sciences infirmières. Ceci soulève, à prime abord, un doute quant à la capacité réelle des infirmières de s'engager davantage dans des pratiques collectives pour la santé (à ce stade-ci du moins).

Dans un autre ordre d'idées, nos résultats suggèrent que le processus d'appropriation d'acteurs de la communauté dans lequel sont engagées les infirmières pourrait traduire une sorte de « personnification » du concept d'environnement en sciences infirmières. Autrement dit, les infirmières réfèrent à un « environnement de ressources et d'acteurs », lequel devient un « sujet social » de leur pratique. Nos résultats proposent ainsi un certain élargissement de la façon dont on conceptualise généralement l'environnement dans la discipline infirmière. Ce concept, central à la très vaste majorité de nos théories infirmières (Parker & Smith, 2010; Tomey & Allgood, 2010), est principalement reconnu pour son rapport d'influence *sur* la personne et la pratique. Cela est notamment illustré dans les écrits de théoriciennes infirmières dont les travaux ont été influencés par la théorie des systèmes (par exemple: Gonot, 1989; Johnson, 1974, 1990; Neuman, 1995; Orem, 1987, 2006; Rogers, 1970, 1980, 1986, 1990; Roy, 1988; Roy & Zhan, 2006; Sieloff, 2006). Toutefois, l'environnement demeure conceptualisé en tant qu'objet extérieur qui *entoure* les acteurs (Helvie, 1998; Kleffel, 1991, 1996). Une telle façon d'appréhender l'environnement ne favorise pas le développement théorique et pratique du travail de « création de liens » par les infirmières, et ainsi, ne leur offre pas les leviers nécessaires pour être stratégiques et faire valoir leur pratique d'interface auprès d'acteurs du milieu.

En somme, nos résultats font ressortir trois processus d'engagement relationnels qui sont caractéristiques de la pratique d'interface des infirmières et qui impliquent la

clientèle et les acteurs du milieu. Nos résultats trouvent des repères dans les travaux théoriques et de recherche en sciences infirmières qui abordent le processus d'« être avec » la personne soignée selon une philosophie du *caring*. Toutefois, ces derniers mettent davantage l'emphase sur la dimension morale de l'engagement relationnel tandis que nos résultats soulignent également la visée de mobilisation qui qualifie l'engagement des infirmières dans le cadre de la pratique d'interface. Les deux autres processus d'engagement relationnels exposés dans notre recherche demeurent peu abordés dans la littérature et n'apparaissent pas théorisés en sciences infirmières. Ainsi, nos résultats sur les processus de mise en relation de la clientèle avec des ressources et d'apprivoisement d'acteurs du milieu constituent une contribution originale de notre étude. À terme, ces trois processus créent une certaine ouverture pour concevoir d'autres postures de proximité inhérentes à la relation d'accompagnement de la clientèle et pour envisager autrement le concept d'environnement en sciences infirmières.

Thème 3 : L'action stratégique de l'infirmière

Tel que précisé précédemment, nous avons eu recours à la perspective sociologique de Crozier et Friedberg (1977) pour élaborer ce thème, notamment pour qualifier plus finement les stratégies qu'adoptent les infirmières auprès de personnes vulnérables et des acteurs du milieu dans le cadre de leur pratique d'interface. Un bref retour s'impose sur certains des concepts et principes fondamentaux de l'analyse stratégique de l'action que proposent ces auteurs de manière à bien circonscrire les repères principaux autour desquels s'articule la discussion de ce thème.

Pour Crozier et Friedberg (1977), l'action⁴⁶ stratégique se définit comme un jeu d'influence selon lequel les acteurs poursuivent et négocient *nécessairement* leurs intérêts pour résoudre des enjeux et en retirer des bénéfices, ce qui comporte toujours une certaine considération des intérêts d'autrui. L'analyse de l'action stratégique que proposent ces auteurs vise ainsi, en quelque sorte, à mieux comprendre la part que jouent

⁴⁶ Le concept de jeu permet « d'appréhender des phénomènes de relations, de négociations, de pouvoir et d'interdépendance (...) c'est un mécanisme concret grâce auquel les acteurs structurent leurs relations de pouvoir et les régularisent » (Crozier & Friedberg, 1977, p. 113).

les intérêts dans l'action. Pour eux, l'action stratégique se compose de deux facettes, l'une offensive et l'autre défensive, lesquelles sont posées comme étant complémentaires et indissociables des rapports dans lesquels s'engagent les acteurs en relation. D'une part, la facette offensive correspond à des actions qu'un acteur pose afin de se saisir d'opportunités en vue d'améliorer sa situation, satisfaire ses propres exigences et poursuivre ses intérêts. En contrepartie, la facette défensive renvoie aux actions qu'un acteur déploie pour préserver sa marge de manœuvre⁴⁷ et échapper à la contrainte d'autrui. Cette façon de représenter l'action stratégique est d'ailleurs ce qui distingue nettement cette approche théorique dans le domaine des sciences sociales⁴⁸.

Les deux facettes à partir desquelles Crozier et Friedberg (1977) conçoivent l'action stratégique se sont avérées particulièrement intéressantes pour réfléchir nos résultats.

Facette offensive de l'action stratégique

Nos résultats indiquent que pour influencer la clientèle et les acteurs du milieu, tout en préservant leur légitimité et leur espace d'action, les infirmières utilisent des stratégies qui leur permettent de poursuivre leurs propres intérêts. Par exemple, la stratégie de la *contrainte douce et habile* déployée auprès de la clientèle vise à engager cette dernière dans un processus de changement qui s'inscrit dans une conduite attendue des infirmières. D'autre part, la stratégie de *mise à profit des atouts professionnels des infirmières* dans leur relation avec les acteurs du milieu leur permet de se positionner en tant que personnes-ressources pour bénéficier d'un accès privilégié aux ressources de la communauté, et ainsi poursuivre leur intervention planifiée. Enfin, la stratégie d'*influence de rapports de force entre des personnes vulnérables et des acteurs du*

⁴⁷ La marge de manœuvre renvoie à l'espace de liberté dont dispose un acteur pour exercer sa capacité d'agir et d'influencer d'autres acteurs, selon ses intérêts (Crozier & Friedberg, 1977).

⁴⁸ Par exemple, l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) se distingue de la perspective foucauldienne, laquelle aborde l'action et la relation à l'Autre sous l'angle de rapports de pouvoir, de surveillance, de contrôle et d'activités contraignantes. De surcroît, les propositions inhérentes aux écrits de Foucault (par exemple: Foucault, 1975, 1976, 1988) procèdent selon une analyse du discours, alors que l'analyse stratégique des sociologues Crozier et Friedberg (1977) pose son regard sur l'action et le comportement concret des acteurs en relation.

milieu a fait ressortir la manière dont les infirmières imposent leur vision et leurs savoirs afin de faire changer des façons de faire, qu'elles estiment défavorables à leur intervention.

Ces trois stratégies révèlent, selon nous, une « facette offensive » de l'action stratégique des infirmières, au sens de Crozier et Friedberg (1977), puisqu'elles rendent compte d'actions déployées avec l'intention d'amener d'autres acteurs à jouer un rôle qu'elles ont envisagé selon la poursuite de leurs propres intérêts. Tel que le proposent les deux sociologues, un acteur stratégique tente de se mettre en valeur et de mobiliser ses atouts pour adopter une position qui est favorable à ses intérêts, de manière à s'établir en situation de domination et d'influencer ou de contraindre un autre acteur pour satisfaire ses exigences (Crozier & Friedberg, 1977). La relation qui s'établit entre les acteurs est non seulement réciproque, car il y a échanges (de savoirs, par exemple), mais elle est aussi fondamentalement déséquilibrée, car « les termes de cet échange sont toujours plus favorables à l'une des parties en présence » (Crozier & Friedberg, 1977, p. 69). À terme, la majorité des stratégies auxquelles ont eu recours les infirmières dans le cadre de leur pratique d'interface rend compte de cette dimension offensive de l'action.

Facette défensive de l'action stratégique

Les résultats de notre recherche soulignent que pour poursuivre leurs intérêts, les infirmières prennent également en considération ceux des autres acteurs avec lesquels elles interagissent, afin de répondre, au moins en partie, à leurs exigences. Il s'agit de la « facette défensive » de l'action stratégique (Crozier & Friedberg, 1977), laquelle est d'ailleurs représentée par les infirmières comme un investissement considérable et un levier pour agir. À ce propos, les participantes ont souligné que c'est en donnant un certain espace de liberté à la clientèle et aux acteurs du milieu, de même que des atouts, qu'elles sont en mesure de préserver leur propre marge de manœuvre et par le fait même, d'accroître les possibilités d'action et d'influence correspondant à leurs intérêts. De plus, les infirmières ont indiqué que pour arriver à leurs fins, tout en protégeant leur marge de manœuvre, elles doivent parfois s'abstenir d'intervenir dans des situations qui

ne se déroulent pas selon leurs intérêts. Aussi, elles s'investissent dans un espace relationnel informel, sur leur temps et selon des affinités partagées, pour se doter d'un réseau qui servira d'appui à leur intervention, en temps opportun.

Ainsi, nos résultats corroborent la perspective de Crozier et Friedberg (1977), qui rapportent qu'un acteur stratégique va saisir les opportunités d'assurer ses liens dans le temps afin de pouvoir compter sur un minimum de stabilité dans ses relations, et qu'il acceptera de faire des compromis, de même que d'adopter temporairement une position qui n'est pas idéale pour lui, mais de laquelle il pourra ultimement bénéficier. Tout comme l'illustrent nos résultats, ces auteurs conçoivent que le pouvoir d'influence des acteurs stratégiques réside dans la marge de liberté dont chacun dispose dans une relation. Dans le contexte de la pratique d'interface, il s'avère que la mise en relation des acteurs repose *à la fois* sur l'accès à des privilèges pour les infirmières et sur leur capacité de préserver leur marge de manœuvre, donc de favoriser également l'accès à certains privilèges pour la clientèle et les acteurs du milieu. Nos résultats offrent une illustration empirique de ce que Crozier et Friedberg (1977) qualifient d'instinct stratégique⁴⁹, lequel a conduit les infirmières à modifier leur comportement et à marchander leur bonne volonté afin de protéger leurs acquis dans leurs rapports avec les acteurs avec lesquels elles interagissent dans leur pratique d'interface.

Les relations d'influence en sciences infirmières

Dans notre recherche, les infirmières ne se conçoivent pas comme des acteurs d'influence, malgré que nos résultats démontrent qu'elles s'adonnent à des jeux stratégiques dans leurs rapports avec la clientèle et les acteurs du milieu. Nos résultats corroborent des propos qui rapportent que les infirmières ne se représentent pas comme des acteurs stratégiques et ne sont pas non plus abordées comme tel dans la littérature en sciences infirmières (DeMarco & Roberts, 2003; Erlen & Frost, 1991; Rafael, 1996). Néanmoins, des travaux en sciences infirmières soulignent que les infirmières peuvent

⁴⁹ Le concept d'« instinct stratégique » postule que le comportement des acteurs est éminemment, inévitablement et forcément régi par des intérêts (Crozier & Friedberg, 1977).

être impliquées dans des relations d'influence. En particulier, certains travaux basés sur une perspective foucauldienne distinguent la présence d'agissements contraignants ainsi que des dynamiques de pouvoir selon lesquelles les infirmières exercent un rapport de force sur autrui via leurs interventions. Par ailleurs, le concept d'*advocacy* circonscrit des relations dans lesquelles les infirmières prennent parole, se portent à la défense de personnes vulnérables et tentent d'influencer les façons de faire d'autres acteurs pour le bénéfice de la clientèle, à partir de leurs valeurs et de leurs repères professionnels. D'une certaine façon, nous constatons que ces savoirs mettent plutôt en exergue une dimension offensive de l'action (Crozier & Friedberg, 1977). Incidemment, la majorité des stratégies présentées dans nos résultats de recherche sont de nature « offensive ».

Exercer un rapport de force sur autrui

En sciences infirmières, des travaux prenant ancrage dans une perspective foucauldienne⁵⁰ suggèrent aussi que les infirmières sont des agents d'exercice de pouvoir (Evans, 2010; Gastaldo & Holmes, 1999; Holmes, 2002; Holmes & Gastaldo, 2002; Holmes & O'Byrne, 2006; Martin, 2010; O'Byrne & Holmes, 2009; Perron et al., 2005). Selon ces derniers, les infirmières seraient imprégnées de certaines normes sociales dominantes, instituées par l'État, transmises dans les organisations de santé et véhiculées dans les programmes au sein desquels elles interviennent, et qui visent généralement à *redresser* les comportements d'individus déviants. La pratique est ainsi conçue comme véhicule d'une forme de pouvoir cachée qui procède de manière insidieuse, subtile et méticuleuse, avec l'intention de gouverner les individus en fonction de caractéristiques de leur conduite qui posent une menace au maintien de l'ordre social (Perron et al., 2005). Selon cette perspective, les interventions infirmières seraient parfois des instruments de régulation à partir desquels il est possible d'exercer un contrôle⁵¹ des

⁵⁰ Quoique la perspective foucauldienne ne constitue pas le seul référent théorique auxquels ont recours ces écrits en sciences infirmières qui portent sur les agissements contraignants, les propos élaborés dans la vaste majorité de ceux-ci y renvoient.

⁵¹ La logique de contrôle dont il est question peut se traduire sous la forme de rapports hiérarchiques d'observation et de surveillance, afin de s'assurer de la conformité de la conduite des individus aux règles normatives qui s'imposent/qu'on leur impose pour qu'ils deviennent autonomes (Perron et al., 2005). De la sorte, il peut arriver que les infirmières exercent « l'art de punir », lequel serait inhérent au pouvoir

opérations du corps et des individus pour les amener dans une relation de « docilité », notamment par le biais d'agissements contraignants (Crowe, 2000; Evans, 2010; Perron et al., 2005). Ceci est non sans rappeler la stratégie de la « contrainte douce et habile » déployée par les participantes de notre étude auprès de personnes vulnérables.

Nos résultats suggèrent également que le savoir est un atout qui permet aux infirmières de se positionner favorablement dans le cadre de leur pratique d'interface en vue d'influencer et d'exercer du pouvoir sur autrui. Ce rapport entre pouvoir et savoir est d'ailleurs abordé dans certains écrits en sciences infirmières (Holmes & Gastaldo, 2002; Holmes, Murray, Perron, & Rail, 2006; Murray, Holmes, Perron, & Rail, 2007, 2008), tout comme dans les travaux de philosophes, de sociologues et d'anthropologues en sciences sociales (par exemple: Crozier & Friedberg, 1977; Deleuze, 1992; Fassin, 1996; Foucault, 1976, 1994). En sciences infirmières, il est proposé que les savoirs spécialisés contribueraient à une représentation sociale de l'infirmière en tant qu'experte de soins, notamment lorsqu'il s'agit de pratiques basées sur des résultats probants (Crowe, 2000; Hardy, Garbett, Titchen, & Manley, 2002), ce qui lui donnerait une certaine légitimité dans les institutions de santé et lui permettrait de se positionner, lorsqu'opportun, dans un rapport d'autorité avec les personnes soignées (Perron et al., 2005).

S'interposer dans des rapports de force à la défense de personnes vulnérables

Le concept d'*advocacy*, tel que traité en sciences infirmières, trouve une certaine résonance avec la stratégie d'influence de rapports de force entre les personnes vulnérables et les acteurs des ressources illustrée dans nos résultats. Ce concept, qui est relativement peu décrit empiriquement (Falk-Rafael, 2005; Mitchell & Bournes, 2000), permet de distinguer un autre jeu d'influence auquel prennent part les infirmières pour le bénéfice de clientèles vulnérables et marginalisées, tout en poursuivant leurs propres intérêts. Tantôt décrit comme une dimension intégrale de la pratique infirmière (Baldwin, 2003; Breeding & Turner, 2002; Chafey, Rhea, Shannon, & Spencer, 1998;

disciplinaire (Foucault, 1975, 1988), pour faire en sorte de restreindre la capacité de la clientèle de contourner la contrainte que l'on tente d'exercer sur elle.

Mallik, 1997), d'autres fois comme l'une de ses fondations philosophiques (Curtin, 1979; Gadow, 1980; Gadow, 1985), l'*advocacy* n'est pas un concept nouveau en sciences infirmières (Baldwin, 2003; Copp, 1986; Rafael, 1995). Il n'apparaît donc pas surprenant que les infirmières participant à notre étude s'engagent dans des rapports d'influence qui s'apparentent à ceux décrits selon les termes de l'*advocacy*. D'ailleurs, il s'agirait d'un rôle que l'on observe particulièrement dans le contexte de l'intervention en situation de vulnérabilité (Baldwin, 2003; Gadow, 1980; Gadow, 1985; Harrison & Falco, 2005; Hewitt, 2002; Mallik & McHale, 1995; Minicucci, Schmitt, Dombeck, & Williams, 2003). Nos résultats renforcent également la position d'auteurs (Breeding & Turner, 2002; Grace, 2001; Hewitt, 2002) qui suggèrent que par le biais d'un rôle d'*advocacy*, les infirmières tentent d'agir en faveur des droits de populations dont les conditions et la trajectoire de vie soulèvent certaines injustices. Le rapport de proximité des infirmières de la pratique d'interface avec le milieu leur permettrait aussi de jouer un rôle de plaidoyer auprès de membres d'équipes communautaires, en plus de s'avérer des porte-paroles légitimes au sein de leurs équipes institutionnelles, ce que rapportent aussi d'autres écrits (Mallik, 1997; Saint-Arnaud, 2009). De surcroît, il est envisageable de penser que les liens que les infirmières s'affairent à développer avec les personnes qu'elles soignent exacerberaient leur sentiment de responsabilité et d'imputabilité pour agir en tant qu'*advocate* du patient. Ce constat a déjà été rapporté dans la littérature (Falk-Rafael, 2005; Grace, 2001; Schwartz, 2002). En sciences infirmières (Bishop & Scudder, 1990; Curtin, 1979; Gadow, 1980; Gadow, 1985; Minicucci et al., 2003) l'*advocacy* serait appréhendé comme un acte moral à la défense d'une sorte d'« éthique de l'humanisation » (Watson, 2008b), en appui à la vision et à l'intervention infirmière.

Ceci dit, nos résultats corroborent aussi certaines perspectives critiques de chercheurs en sciences infirmières (Mitchell & Bourne, 2000) qui suggèrent que l'*advocacy* ne comporterait pas uniquement des activités visant l'obtention de privilèges ou de bienfaits pour la clientèle, mais valoriserait aussi les intérêts professionnels des intervenants. Par exemple, les infirmières de notre étude défendent les besoins de leur clientèle auprès d'intervenants communautaires pour s'assurer que cette dernière soit bien comprise, et de faire en sorte que ceux-ci interviennent, le plus possible, sur ce

qu'elles jugent prioritaire. Ainsi, il s'avère que cette perspective critique que corroborent nos résultats, laquelle met en évidence la poursuite des intérêts des différents acteurs au travers d'un rôle d'*advocacy*, correspond tout à fait à l'analyse stratégique sous-jacente au cadre théorique privilégié pour l'élaboration de ce thème.

En somme, il s'avère que les infirmières (théoriciennes et praticiennes) conçoivent peu l'action en termes stratégiques (DeMarco & Roberts, 2003; Erlen & Frost, 1991; Rafael, 1996), et donc encore moins en termes offensifs ou défensifs. La notion d'intérêt, centrale à la perspective théorique de Crozier et Friedberg (1977), est donc en apparence absente de la littérature en sciences infirmières. Il a tout de même été possible de distinguer une « facette offensive » de l'action des infirmières dans les écrits recensés. À notre avis, ceci pourrait être lié au fait que l'analyse de l'action porte principalement sur le rapport des infirmières avec autrui selon des dynamiques de pouvoir. En contrepartie, la dimension « défensive » de l'action demeure invisible dans les écrits consultés en sciences infirmières. Plutôt que d'être abordée à partir des intérêts de l'infirmière en tant qu'acteur stratégique, il est possible que l'action infirmière soit davantage réfléchie en réponse à des besoins et à des expériences vécues, dans une optique de renforcement des capacités des personnes au lieu de la leur. À ce titre, nous croyons que l'apport de notre analyse a pour mérite de souligner la nécessaire réciprocité au travers de l'action stratégique qui valorise la part des intérêts des divers acteurs en relation et qui, dans le cadre de la pratique d'interface, permet aux infirmières de négocier et de construire leur capital relationnel afin de développer leur réseau.

Thème 4 : L'espace contradictoire de (re)configuration identitaire

Ce dernier thème souligne que les infirmières engagées dans la pratique d'interface se retrouvent dans un espace contradictoire qui permet de qualifier l'environnement de cette pratique à travers sa nature sociale, soit le réseau d'acteurs et de ressources auquel les infirmières tentent de s'intégrer et qui réagit devant leur engagement dans des lieux inhabituels d'intervention, selon de nouveaux rôles. Ce faisant, la pratique infirmière d'interface soulève un ensemble de questionnements qui

alimentent une dynamique contradictoire, inhérente à cet espace social, quant à la légitimité et la reconnaissance de leur pratique dont les référents socioprofessionnels se situent en marge de ses ancrages disciplinaires traditionnels. Cet espace social, en retour, exerce une influence sur la capacité des infirmières d'agir en dehors des frontières du CSSS. Ceci dit, cette dynamique contradictoire s'avère également constructive d'un processus de (re)configuration de l'identité professionnelle des infirmières, que certaines nomment « infirmière sociale ». Nos résultats offrent ainsi une illustration empirique de la manière dont l'identité professionnelle des infirmières est à la fois contrainte et construite par l'espace social. Le recours au préfixe « (re) » qualifie ce processus récursif de renouvellement et d'appropriation identitaire qui prend forme, lequel est caractéristique d'un système complexe.

Devant le défi que comportent la légitimation et la reconnaissance de leur pratique d'interface, dans un contexte organisationnel qui n'est pas d'emblée favorable à son développement, les infirmières disposent de peu de ressources pour en faire valoir la pertinence. Située en marge et étant peu reconnue, la pratique d'interface reste en partie invisible et incidemment, les savoirs sur lesquels elle repose demeurent peu explicites à travers l'action. Les savoirs que les infirmières construisent via leurs expériences, leurs expérimentations ainsi que leurs apprentissages de cette pratique d'interface en élaboration, qui n'est pas documentée empiriquement, représentent les fondements de son développement. Ces savoirs pratiques⁵², mis en forme par les infirmières dans la pratique d'interface, sont dès lors essentiels à rendre visibles et à expliciter afin de légitimer leur pratique. L'invisibilité de savoirs qui ne relèvent pas du domaine empirique (tels les savoirs pratiques), définis selon les termes habituels de la science positiviste⁵³, pourrait d'ailleurs contribuer à entretenir l'invisibilité de certaines pratiques infirmières, ne soutenant pas leur émancipation (Bjorklund, 2004; Collière, 1986; Collière & Lawler, 1998; Connie & Canam, 2012; Liaschenko & Fisher, 1999;

⁵² Les savoirs pratiques sont directement liés à l'action, ils se développent dans la pratique et permettent une familiarité avec les particularités concrètes de la situation et les implications de l'interaction sociale (Chéné, 1995).

⁵³ Nous référons ici aux préceptes positivistes de la science selon lesquels le développement de la connaissance suit des lois scientifiques et procède de méthodes rationnelles et expérimentales qui objectivent l'expérience du monde vécu (Lalande, 2006).

Rodney & Varcoe, 2001). Nos résultats constituent donc non seulement de nouveaux savoirs en appui à la pratique infirmière d'interface, mais ils renforcent la pertinence de reconnaître les savoirs qui sont développés dans la pratique.

L'importance de valoriser la « pratique » en tant que source légitime de savoirs pour élaborer des théories qui peuvent orienter l'action et soutenir le développement de la pratique a déjà été largement affirmée dans les écrits en sciences infirmières (par exemple: Benner, 1983; Benner, 1984; Bishop & Scudder, 1990; Gadow, 1990; Johnson & Ratner, 1997; Kim, 1987, 1993, 1999; Litchfield & Jonsdottir, 2008; Penney & Warelow, 1999). Cette perspective, conforme à nos résultats, vise en quelque sorte à préciser l'idée de la diversification et de la multitude d'alliances de savoirs⁵⁴ possibles pour l'avancement de la discipline infirmière, laquelle est exposée dans maints écrits en sciences infirmières depuis plus d'une trentaine d'années (par exemple: Benner, 2000; Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2011; Fawcett, Watson, Neuman, Walker, & Fitzpatrick, 2001; Jones, 1997; Kramer & Chinn, 1988; Liaschenko & Fisher, 1999; Nagle & Mitchell, 1991; Tarlier, 2004). Au-delà de cet agencement de savoirs variés sur lequel doit reposer le développement de nos connaissances disciplinaires, les théories de la pratique en sciences infirmières devraient mettre davantage en valeur et être fondées sur des savoirs pratiques. Cela semble d'autant plus important à considérer dans le contexte d'émergence de nouvelles pratiques infirmières, comme la pratique infirmière d'interface, car celles-ci ne sont généralement pas documentées empiriquement. À la lumière de nos résultats, il s'avère indispensable de réinvestir ces réflexions sur la légitimité des savoirs pratiques pour poursuivre le développement de la pratique infirmière d'interface et appuyer sa reconnaissance.

Par ailleurs, notre compréhension de la pratique infirmière d'interface suggère que l'espace social joue un rôle déterminant dans la configuration de cette pratique. Par extension, nos résultats nous invitent à réfléchir et à expliciter ces caractéristiques sociales du concept d'environnement dans nos conceptions et nos théories sur la pratique

⁵⁴ Il est question des savoirs empiriques, personnels, esthétiques et éthiques de Carper (1978), de même que des savoirs socioculturels, politiques et émancipatoires introduits par d'autres auteurs en sciences infirmières (Chinn & Kramer, 2008; Leininger, 2006; White, 1995).

en sciences infirmières. Comme le propose Purkis (1994), nos résultats appuient l'idée que nos façons d'appréhender la pratique infirmière devraient mettre plus en évidence la dimension sociale de l'environnement. Ceci permettrait, notamment, de mieux saisir « comment » l'environnement social façonne la pratique infirmière. Le recours à des théories en sciences sociales peut certainement soutenir notre capacité de conceptualisation de cette dimension de la pratique en sciences infirmières (Andrews, 2006; Andrews & Evans, 2008; Andrews & Moon, 2005; Lampin-Maillet, Pérez, Ferrier, & Allard, 2010; Purkis, 1994; Purkis & Bjornsdottir, 2006), et ainsi renouveler notre compréhension du concept central d'environnement que mettent de l'avant les théoriciennes de la discipline infirmière.

Sur un autre plan, nos résultats indiquent que la pratique d'interface, qui dévie du rôle habituellement attendu et qui suscite des questionnements, confronte, en quelque sorte, le modèle biomédical. Lorsque les participantes de notre recherche décrivent leur pratique, elles le font en se *comparant* à ce modèle biomédical par rapport auquel elles affirment avoir le sentiment de « dévier » et selon lequel elles se représentent comme étant « marginales ». Ces résultats corroborent les incompréhensions et les remises en question auxquelles font face les infirmières relativement à l'émergence de nouveaux rôles dans les services de première ligne (Alderson, Saint-Jean, Rhéaume, & Ruelland, 2011; Casey, 2007b; Purkis & Bjornsdottir, 2006; Turnbull & Beese, 2000). Ces auteurs soulignent les rapports de contestation avec le modèle biomédical, soit le référent socioprofessionnel dominant autour duquel s'est configurée l'identité infirmière de soignante et de professionnelle de la santé. De plus, le changement de la pratique infirmière de première ligne pourrait être source d'ambiguïté et de conflit de rôles pour les infirmières (Alderson et al., 2011; Beudet et al., 2008; Price & Williams, 2003; Richard et al., 2004). Pour Annandale (1996), la hiérarchie du modèle biomédical serait d'ailleurs renforcée en contexte d'incertitude et de changement. Ceci limiterait les possibilités de développement ou de reconnaissance de nouvelles pratiques pour agir dans la communauté de personnes vulnérables ainsi que la capacité d'entreprendre de nouvelles responsabilités populationnelles pour les infirmières, en plus de contribuer à alimenter une dynamique contradictoire à leur autonomie professionnelle. De ce point de

vue, les résultats de notre recherche confirment des conclusions déjà connues en sciences infirmières.

Nos résultats mettent également en évidence que le manque de reconnaissance exprimé à l'égard de la pratique d'interface, sous la forme d'incompréhensions ou de remises en question, peut créer un certain inconfort chez les infirmières et exacerber le défi pour elles de légitimer leur pratique auprès d'autres acteurs. Nos résultats corroborent, encore ici, ceux obtenus dans d'autres études (Alderson et al., 2011; Hiscock & Pearson, 1996; Kosny & MacEachen, 2010; Turnbull & Beese, 2000; Williams & Sibbald, 1999), qui soulignent qu'un manque de reconnaissance peut mener à l'expression de sentiments de détresse et de dévalorisation professionnelle, favoriser un processus de légitimation relativement invisible et silencieux, s'avérer symptomatique d'une identité professionnelle en souffrance, ou même, altérer le sens de dignité du travail et d'utilité sociale chez les infirmières.

D'ailleurs, les infirmières de cette étude ont exprimé des sentiments de crainte à l'égard d'une perte anticipée du travail qu'elles exercent dans la communauté, ce qui a aussi été mis en évidence dans une récente étude portant sur la pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention des maladies dans des services de première ligne à Montréal (Beaudet et al., 2011). Devant cette crainte de perdre une part de leur rôle qu'elles jugent essentielle, les participantes de notre recherche ont aussi indiqué qu'elles tentent d'éviter les confrontations avec les membres de leurs équipes et de s'investir dans un « travail invisible » afin de se protéger, ainsi que pour composer avec certaines contraintes auxquelles elles font face. Ce constat est d'ailleurs également rapporté par Alderson et al. (2011). À terme, les sentiments de dévalorisation que peuvent vivre les infirmières, leurs difficultés à faire valoir l'apport de leurs actions dans la communauté, de même que l'invisibilité de leurs contributions ou des savoirs qui constituent leur pratique comportent un certain risque de déprofessionnalisation⁵⁵ (Andrews &

⁵⁵ Un processus de déprofessionnalisation peut survenir lorsqu'une profession perd le monopole de certaines de ses fonctions, d'une part importante de son champ de responsabilités ou encore, doit déserrer son espace d'action traditionnel (Andrews & Waerness, 2011). Ce processus origine d'un effritement des

Waerness, 2011). Cela nous amène à nous interroger sur la capacité d'accompagner le changement de pratiques infirmières ou l'appropriation de nouveaux rôles qui dévient de la « norme » vers une possible trajectoire d'innovation.

Dans la littérature en sciences sociales, il est également possible de relever des constats similaires à ceux déjà mis en perspective en sciences infirmières.

Par exemple, l'anthropologue, sociologue et médecin Fassin (1996) rapporte que la rencontre de la santé (publique) avec l'espace social comporte une « inévitable épreuve de légitimité » (p. 2), comme celle que soulignent les infirmières dans notre étude. Le rapprochement des acteurs de la santé avec le social (c'est-à-dire en dehors du monde biomédical) requiert non seulement qu'ils déploient des modalités nouvelles d'intervention, mais qu'ils se fassent valoir et négocient leur rôle à l'intersection de frontières d'intervention élargies, ainsi qu'auprès d'acteurs d'horizons professionnels variés. Un processus de légitimation et de reconnaissance est donc « inévitable », comme le soulignent les infirmières de la pratique d'interface qui tentent de pénétrer un nouvel espace social d'intervention aux frontières de leurs institutions habituelles.

La reconnaissance de pratiques d'intervention incluant une dimension sociale s'avère également une préoccupation centrale relevée dans le champ des sciences sociales. Les métiers de travail à proximité des populations ou dans des quartiers dits « difficiles » font face à une crise de légitimité, notamment attribuée à un manque de reconnaissance des savoirs sociaux sur lesquels ils se fondent (Astier, 2007; Fontaine, 2011). Ces savoirs, principalement tirés de l'expérience et de l'art de la relation, ne seraient pas nécessairement jugés acceptables aux yeux des structures de crédibilité du champ biomédical auxquels ils sont souvent opposés (Bondu, 1998; Fontaine, 2011; Mathieu, 2000). Ainsi, tout comme l'ont mis en évidence nos résultats, l'invisibilité de savoirs qui ne sont pas formulés selon les termes de la science positiviste pose toujours un défi pour l'obtention d'un statut de reconnaissance professionnelle pour les pratiques

propriétés et des caractéristiques fondamentales ayant mené à l'affirmation de la légitimité professionnelle accordée à une profession.

d'intervention sociale. À cet égard, Astier (2007) réclame qu'il est impératif d'aborder l'expérience comme une source légitime de savoirs pour l'action, de même que de reconnaître les compétences acquises en situation de travail comme des bases pertinentes à l'établissement de la qualification pour les métiers du social « qui sont encore parfois disqualifiés et abordés en tant que faux travail » (p. 43). Cela rejoint d'ailleurs la notion de « travail invisible » abordée précédemment, ainsi que la pertinence affirmée de valoriser la « pratique » comme fondement pour développer des savoirs qui permettent d'orienter l'action dans la discipline infirmière.

Ainsi, autant en sciences infirmières qu'en sciences sociales, il apparaît que les questions de légitimité des savoirs qui ne relèvent pas de la science biomédicale et de (non)reconnaissance de pratiques d'intervention sociale en contexte de vulnérabilité demeurent contemporaines. Il s'agit d'obstacles potentiels au développement professionnel de telles pratiques. Toutefois, Williams et Sibbald (1999) soulignent qu'il est impératif de s'attarder à concevoir le contexte d'incertitude et la dissonance entourant le développement de nouvelles pratiques infirmières comme n'étant pas que problématique, mais aussi source d'innovation potentielle. Nos résultats nous amènent d'ailleurs à envisager la dynamique contradictoire dépeinte non seulement comme barrière mais en tant que moteur possible de changement, ce qui constitue un apport important de notre recherche. Sans nier certains des effets que comportent des dynamiques contradictoires pour l'émancipation de la pratique d'interface, notre étude met également en évidence que cette contradiction participe au développement d'une nouvelle représentation identitaire, soit celle d'« infirmière sociale ». Ainsi, l'espace contradictoire s'avère indissociable et nécessaire à la transformation, ce qui nous amène à l'appréhender comme un levier de changement pour la pratique et non pas uniquement comme un frein potentiel pour son développement.

D'ailleurs, la sociologie des professions, selon Abbott (1988), appuie théoriquement cette proposition selon laquelle les dynamiques contradictoires de l'espace socioprofessionnel sont inséparables et constitutives de la structuration et de la transformation d'une profession. D'après ce dernier, les professions forment un système

interdépendant où chaque profession possède ses propres activités et sa juridiction, tout en partageant ses frontières avec d'autres professions. Dans le cas de la pratique infirmière d'interface, cela s'illustre par la cohabitation entre le monde infirmier et celui d'autres acteurs de l'intervention sociale. De manière spécifique, Abbott conçoit que les questionnements et les rapports de contestation organisent et sont inhérents à la trajectoire évolutive des professions. La configuration identitaire du professionnel s'élabore ainsi au travers d'un rapport réflexif qu'il entretient avec lui-même, dans l'action et en relation avec d'autres acteurs, tout en se construisant *nécessairement* à partir de certaines conditions du système professionnel auquel il appartient, particulièrement ses dimensions contradictoires. À ce titre, les travaux d'Abbott sont intéressants pour envisager sous un angle constructif le changement, la transformation et l'innovation en sciences infirmières.

En somme, nos résultats soulignent l'importance de rendre visibles et d'explicitier les savoirs pratiques dans nos conceptions et nos théories en sciences infirmières pour appuyer le développement, la reconnaissance et la légitimation de nouvelles pratiques infirmières dont les repères ne relèvent pas de la science positiviste et du modèle biomédical. De plus, nos résultats illustrent une dynamique contradictoire inhérente à l'espace social dans lequel se déroule et prend forme la pratique d'interface, laquelle serait une source de (re)configuration identitaire et, potentiellement, de (re)définition des contours de la professionnalité pour les infirmières. Tant en sciences infirmières qu'en sciences sociales, ce sont surtout les effets néfastes de la contradiction qui sont soulignées, notamment à travers la crise de légitimité constatée chez les acteurs de la santé qui tentent d'intégrer une dimension sociale dans leur pratique. Nos résultats créent donc une opportunité d'envisager autrement cette dynamique contradictoire, soit comme un levier de changement. Il est envisageable de croire que tout système complexe, de par sa nature dynamique et changeante, se compose d'une dynamique contradictoire.

La Figure 9 (p. 184) illustre les composantes de la pratique infirmière d'interface. La forme circulaire souligne l'agencement dynamique de ces différentes composantes,

selon une perspective systémique. Sans qu'il n'y ait d'attention particulière accordée à la disposition des boîtes, cette forme représente les composantes pertinentes issues des quatre thèmes de la discussion, de laquelle se dégagent six contributions significatives et originales. Ces six contributions, marquées **en gras** dans le texte ci-dessous, sont repérables dans la figure.

D'abord, un **projet d'autonomie en tant qu'exigence de conformité sociale**, configuré en interaction avec d'autres acteurs et au travers de normes sociales dominantes, souligne l'importance d'être vigilants et critiques par rapport aux finalités que les infirmières poursuivent dans la pratique. Un projet de conformité sociale comporte un certain risque d'entretenir des dynamiques d'exclusion pour des clientèles vulnérables qui se retrouvent déjà en marge de la société. Ensuite, des **processus d'engagement relationnels** teintés des ancrages humanistes de la discipline infirmière et mis en forme selon une démarche de proximité « avec » la clientèle et les acteurs du milieu, *dans* l'environnement, créent une certaine ouverture des frontières du soin, de même qu'une diversification de ses cibles et de ses espaces d'action possibles. Dès lors, nos résultats ouvrent la porte sur une conception revisitée de l'environnement en tant qu'**espace social**, lequel est envisagé sous la forme d'un réseau d'acteurs et de ressources auprès desquels les infirmières vont s'engager pour la santé de personnes vulnérables. Par ailleurs, une représentation de **l'action en termes stratégiques** nous a permis de mettre en relief la part des intérêts dans les jeux d'influence auxquels prennent part les infirmières. Les activités des infirmières, déployées dans un espace social, ne sont donc pas neutres. Pour appuyer la légitimité et la reconnaissance professionnelle de la pratique d'interface (qui bénéficie généralement de peu de soutien, qui n'est pas documentée empiriquement et qui se situe en marge des repères de la science positiviste et du modèle biomédical), il est apparu essentiel de renforcer le développement **des savoirs pratiques**, à rendre visibles et à expliciter. Nos résultats nous amènent finalement à repenser **une dynamique contradictoire** qui caractérise l'espace social dans lequel se déroule la pratique d'interface comme n'étant pas que contraignante pour son développement, mais également à la source d'une (re)configuration identitaire pour les infirmières, et donc comme levier potentiel de changement/transformation.

Au chapitre suivant, nous reprenons ces contributions illustrées à la Figure 9 en nous attardant à leurs retombées pour la théorie en sciences infirmières qui porte sur la pratique, à leurs implications pour la pratique clinique ainsi que pour la formation (initiale et continue) des infirmières, de même qu'à des pistes qui en découlent pour la recherche future sur la pratique infirmière d'interface.

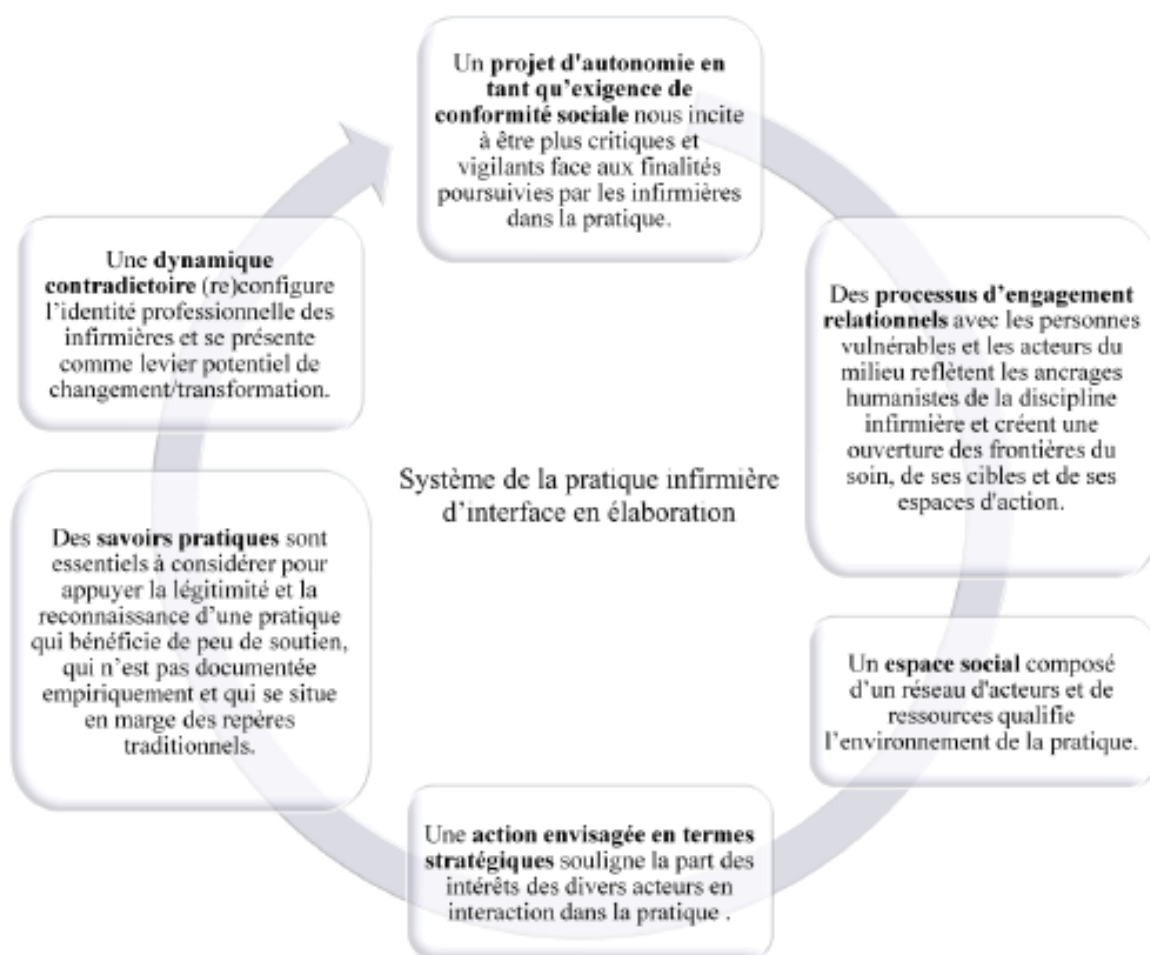


Figure 9. Modélisation de la pratique infirmière d'interface comme système complexe.

Mise en perspective des résultats

Les limites de l'étude

Notre étude comporte certaines limites, dont trois principales sont soulignées dans ce qui suit.

La première limite à discuter concerne la nature émergente de la pratique infirmière d'interface que nous avons étudiée; encore peu définie et en élaboration. Il est envisageable de croire qu'avec le temps, cette pratique pourrait mener à d'autres constats ainsi qu'au développement d'autres dimensions caractéristiques, et donc que des nuances supplémentaires pourraient être apportées. De plus, le contexte d'émergence de la pratique d'interface fait en sorte que les infirmières rencontrées en entretien n'étaient pas toutes nécessairement impliquées dans cette pratique. La seconde limite se rapporte au fait que nos résultats reflètent principalement la perspective d'un nombre relativement restreint d'infirmières, malgré la réalisation d'entretiens informels auprès d'autres types d'acteurs de la pratique d'interface. À ce titre, une compréhension élargie aurait pu être obtenue en documentant plus en profondeur les représentations et les implications de cette pratique du point de vue de la clientèle vulnérable ou pour les intervenants des ressources du milieu. Enfin, pour fins de faisabilité, notre étude s'est déroulée en contexte urbain. Considérant que l'environnement social configure la pratique infirmière d'interface, il se peut donc que nos résultats soient le reflet d'une pratique urbaine. Il est d'ailleurs reconnu que le tissu social en milieu rural, notamment les liens entre les acteurs et les ressources de la communauté (de Lafond & Mathieu, 2003; Mathieu, 1997), tout comme l'organisation des services de santé et des services sociaux (INSPQ, 2004), diffère du milieu urbain. Il est ainsi légitime de croire que modulée par un contexte rural, la pratique infirmière d'interface aurait pu présenter certaines variations.

Réflexion critique sur notre pratique de recherche

Dans le cadre de cette étude doctorale, la pratique de recherche est envisagée sous l'angle d'un processus d'apprentissage selon lequel nous avons développé nos habiletés au travers des activités de recherche mises en place, en relation avec les sujets qui participent à l'étude, ainsi qu'au travers d'un retour réflexif vis-à-vis des décisions et des démarches privilégiées en cours de projet. Dans cette section, nous posons un regard critique sur notre pratique de recherche dans le cadre de notre projet d'études doctoral, en soulignant certains défis avec lesquels nous avons dû composer et des éléments que nous aborderions autrement si nous devions entreprendre un travail similaire dans le futur. En particulier, nous revenons sur le choix d'une lentille systémique, du devis de recherche, de la démarche d'entrée dans les milieux, ainsi que des méthodes de collecte et d'analyse de données. Il s'agit d'une démarche qui permet de mettre en perspective nos résultats de recherche, au même titre que la discussion des résultats présentée précédemment, car les choix effectués relativement à l'élaboration et à la mise en œuvre de la recherche ont une incidence sur le type de résultats produits.

Le recours à une lentille systémique nous a permis d'aborder la pratique infirmière d'interface en tant que système. Nous avons ainsi privilégié un mode d'organisation de la pensée qui permet de considérer à la fois les multiples composantes et les processus constitutifs de cette pratique, en vue d'appréhender son agir complexe. Le fait de s'inscrire dans une perspective systémique n'est pas chose simple. Ce mode de raisonnement a notamment exigé de considérer les différentes *parties* qui composent la pratique infirmière d'interface, sans les isoler, donc *au travers* des liens qui les relient et qui constituent *le tout* (Morin, 1995). Le défi qui s'est posé en cours d'analyse de données et pour la rédaction de ce rapport de recherche était de discerner les « reliances » essentielles à raconter pour rendre compte de cet agencement dynamique de manière intelligible. Dans la discussion des résultats, laquelle est tout de même présentée de manière relativement linéaire, il y a également tentative de faire des liens entre les thèmes discutés. Cette citation illustre de manière éloquent cet enjeu que pose

le mode de pensée complexe pour le chercheur : « Distinguer sans isoler, mêler sans confondre. » (Morin, 1982, p. 63).

En ce qui a trait au choix du devis de recherche, nous croyons, tout comme d'autres auteurs (Allard et al., 2008; Clavier, Sénéchal, Vibert, & Potvin, 2012; Gendron, 2001; Mantoura et al., 2006; Mantoura & Potvin, 2012; Potvin et al., 2003), que l'étude de la *pratique* de même que la production de savoirs visant à orienter *l'action* nécessite la création d'espaces d'échange au travers du processus de la recherche. D'ailleurs, Mantoura et Potvin rapportent que l'établissement d'un dialogue entre les mondes du développement de savoirs et de la pratique se présente comme une sorte d'« obligation épistémologique » pour le chercheur dont la théorie de la connaissance s'inscrit dans un paradigme constructiviste. Partant de cette idée, nous avons entrepris de mettre sur pied un dispositif d'accompagnement constitué d'infirmières dont les expériences professionnelles recouvraient les univers de la pratique, de la gestion, de l'enseignement et de la recherche, avec l'intention de susciter leurs contributions pour orienter le processus d'échantillonnage et de les impliquer dans des exercices d'analyse de données et de modélisation. Le constat que nous posons, à ce stade-ci, c'est qu'un tel dispositif exige un investissement considérable de temps et que pour soutenir son aspect participatif, un accompagnement soutenu du chercheur est requis. Par exemple, notre sujet d'étude portant sur une pratique infirmière émergente peu documentée, la plupart des échanges lors des rencontres avec ces personnes-ressources étaient de l'ordre de la clarification de la terminologie associée au projet et mobilisaient une majeure partie du temps alloué à ces rencontres. Par ailleurs, le recours à un tel dispositif d'accompagnement étant encore relativement peu commun, la justification de sa pertinence auprès des membres, de même que l'éclaircissement des rôles de chacun, étaient également au centre de nos discussions. Ainsi, nous avons décidé, en cours d'étude, de circonscrire le champ des activités initialement envisagées avec les membres de ce dispositif d'accompagnement, pour concentrer leur participation au niveau de la phase d'échantillonnage des participants et des situations d'observation. Nous sommes d'avis que dans le cadre d'un projet de recherche doctoral, le recours à un

dispositif d'accompagnement n'était ni évident à concilier avec notre démarche d'apprentissage, ni réaliste à mettre en place de manière optimale.

La démarche d'entrée dans les milieux pour laquelle nous avons opté, en collaboration avec les responsables de la mission d'enseignement et de recherche de chaque établissement, les chefs de programmes ainsi que les équipes interprofessionnelles, nous a permis d'établir des bases solides sur lesquelles amorcer notre projet. Cela nous a permis de convenir de modalités de prise de contact avec les participants et de possibilités d'observation qui tenaient compte des exigences et de la réalité de chaque milieu. Par contre, cet espace de négociation partagé a ouvert la porte à l'expression de certaines attentes de la part des milieux envers la recherche, notamment en ce qui a trait à la réponse à des enjeux particuliers. De plus, afin de préserver nos privilèges de recherche dans un contexte de roulement du personnel administratif dans les établissements de soins, nous avons été appelée à réaliser des rencontres avec parfois jusqu'à trois gestionnaires différents dans un même site durant l'étude. Incidemment, nous avons dû apporter certains ajustements aux paramètres de la recherche pour accommoder les équipes dans ces périodes de mouvance, et même, reporter de quelques mois l'amorce de la collecte de données dans l'un des milieux. Cette volonté de maintenir nos liens avec des interlocuteurs privilégiés dans les sites de recherche a exigé de notre part une certaine flexibilité, un suivi régulier ainsi qu'une présence soutenue sur le terrain. Si c'était à refaire, nous procéderions toutefois de la même manière. Cependant, nous croyons que le fait de privilégier une telle démarche, laquelle s'avérait dans notre cas cohérente vis-à-vis de notre épistémologie, implique de limiter le nombre de milieux de recherche pour pouvoir investir le temps nécessaire dans les processus d'établissement et de maintien des liens décrits ci-haut.

Au niveau de la collecte de données, le choix de méthodes complémentaires d'entretien et d'observation participante nous a permis d'aborder la pratique infirmière d'interface selon différents angles. Les entretiens réalisés avec les infirmières ont permis de mettre des mots sur leur pratique d'interface en élaboration; alors que les séances d'observation ont été essentielles afin de mieux comprendre « comment » cette pratique

se déroule dans l'environnement (Purkis, 1994; Purkis & Bjornsdottir, 2006), en relation avec des acteurs d'horizons professionnels variés et dans des lieux non traditionnels du soin. Par ailleurs, la réalisation de synthèses des entretiens de recherche a permis d'offrir un second regard aux infirmières sur les propos tenus en entretien, tout en leur donnant l'occasion de préciser et de bonifier leur pensée, au besoin. Dans le contexte où elles ont rarement l'occasion de s'adonner à de tels exercices de réflexion sur leur pratique dans le quotidien des soins (Beudet et al., 2008; Gendron et al., 2012), ce qui pose d'ailleurs un certain défi pour expliciter leur pratique en entretien, ces synthèses ont été un support pertinent et apprécié par les participantes. Si c'était à refaire, nous réaliserions de l'observation avec des infirmières à mi-parcours de la démarche de collecte de données, soit à la suite de quelques entretiens de recherche. Les premiers entretiens auraient permis de cibler des infirmières avec lesquelles réaliser de l'observation (tout comme ce fut le cas dans ce projet), mais en s'imprégnant du contexte de la pratique d'interface plus tôt dans le processus de recherche, il aurait été possible d'orienter plus finement les entretiens subséquents. De la sorte, nous aurions pu bonifier notre processus d'entretien pour mieux accompagner les infirmières devant leurs difficultés de s'exprimer sur leur pratique.

Le dernier point de cette réflexion critique sur notre pratique de recherche concerne le processus d'analyse de données. Notre démarche, qui a combiné une analyse thématique ainsi qu'une analyse en mode écriture, a certainement contribué à l'obtention d'une richesse qualitative et conceptuelle. Il est cependant à préciser que l'analyse en mode écriture exige la formulation d'hypothèses incertaines qui suscitent plus de questions que de réponses. Par ailleurs, elle requiert des exercices de synthèse multiples et un processus de réécriture s'échelonnant sur une période d'analyse prolongée. Une analyse conceptualisante (Paillé & Mucchielli, 2008), qui procède selon un schème de raisonnement particulier et par étapes, aurait pu être plus facilitante par rapport à notre apprentissage de l'analyse qualitative. À ce stade-ci, il est toutefois difficile de se prononcer à savoir si le recours à une telle méthode d'analyse aurait été davantage approprié ou réaliste dans le cadre de notre projet doctoral, mais nous tiendrons compte de cette avenue possible pour la réalisation de futures recherches.

Chapitre 7
Retombées de la recherche

En continuité avec la réflexion théorique présentée au second chapitre, les retombées de cette recherche pour l'avancement de la théorie sur la pratique en sciences infirmières sont exposées. Dans ce qui suit, lorsque nous avons recours à ce libellé (théorie sur la pratique en sciences infirmières), nous référons particulièrement à la théorie en sciences infirmières dont l'objet d'intérêt central porte sur la pratique. Une modélisation systémique sert à représenter les contributions disciplinaires de notre projet. Ensuite, les implications de cette étude pour la pratique clinique et la formation en sciences infirmières, ainsi que des pistes à poursuivre pour la recherche future en lien avec la pratique infirmière d'interface sont identifiées.

Retombées pour la théorie sur la pratique en sciences infirmières

Notre recherche sert de cas à partir duquel nous entreprenons de réfléchir le concept de pratique pour le développement de la théorie en sciences infirmières. Tel que nous en faisons la démonstration plus tôt (cf. Chapitre 2), les concepts centraux de la discipline infirmière sont essentiels à considérer pour théoriser la pratique. Au terme de l'article, cinq pistes importantes à investir pour l'avancement de la théorie sur la pratique en sciences infirmières avaient d'ailleurs été identifiées. Les résultats de cette recherche nous permettent de poursuivre cette réflexion, toujours à l'enseigne d'une épistémologie systémique constructiviste (cf. Figure 3, Article théorique, p. 43). Ils nous permettent d'envisager autrement, ou encore, de préciser les concepts centraux de soin, de santé, de personne et d'environnement, tout en soulignant également la pertinence de deux autres dimensions essentielles à considérer dans nos conceptions de la pratique en sciences infirmières, soit celles des savoirs et des projets⁵⁶. Dans ce qui suit, nos résultats servent de tremplin à la mise en forme de propositions qui constituent l'amorce d'une théorie de la pratique.

⁵⁶ La notion de « projets » s'inscrit dans la perspective systémique de Le Moigne (1999, 2001a) et est utilisée dans ce chapitre pour aborder les finalités poursuivies dans la pratique infirmière. Les projets renvoient donc à l'intentionnalité de la pratique infirmière-conçue-système, soit à ce qui mobilise ses acteurs dans l'action.

D'entrée de jeu, il est important de préciser que les réflexions qui découlent de cette recherche nous amènent à mettre une emphase particulière sur les liens entre les concepts de soin et de santé (à travers l'idée d'action stratégique), ainsi que sur les liens entre les concepts de personne et d'environnement (puisque l'espace social est composé d'acteurs). Toutefois, cela n'exclut pas que les concepts centraux du métaparadigme infirmier sont tous inter-reliés, comme le signifie d'ailleurs la perspective systémique privilégiée dans cette thèse. De plus, il ne s'agit pas d'offrir une reconfiguration de ces liens ou de les remettre en question, mais plutôt d'en expliciter plus amplement la teneur en ce qui a trait à des concepts particuliers, au travers de la perspective de l'agencement dynamique du métaparadigme infirmier. À noter que les mots qui apparaissent **en gras** aux pages suivantes figurent dans la modélisation de la pratique infirmière (Figure 10, p. 197) et constituent les ancrages à partir desquels nous réfléchissons les reliances essentielles entre les éléments du système représenté. Notre réflexion s'articule autour de six points inter-reliés.

Premièrement, les résultats de cette recherche permettent, sans conteste, d'entrevoir le **soin** dans les processus d'engagement relationnels de la pratique infirmière d'interface, particulièrement dans la volonté des infirmières d'« être avec » la personne vulnérable. De plus, le soin engage les infirmières dans d'autres processus relationnels tels la « mise en relation de la clientèle avec les ressources de la communauté » et l'« apprivoisement d'acteurs du milieu ». Ce faisant, l'activité relationnelle au cœur du soin des infirmières est considérablement marquée par l'action stratégique, laquelle s'avère non seulement essentielle aux infirmières pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs (de soin), mais aussi pour faire valoir et de négocier leur pratique au-delà de ses frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles, afin de construire leur capital relationnel et développer un réseau pour les personnes vulnérables. Dès lors, ces résultats nous amènent à concevoir le soin comme étant non neutre, puisqu'il comporte des processus d'engagement relationnels éminemment stratégiques, guidés par des intérêts.

Deuxièmement, outre les intérêts qui qualifient la pratique infirmière, celle-ci est également orientée par des **projets**. Par exemple, notre recherche empirique met en évidence un projet d'autonomisation des personnes vulnérables. À la lumière de l'analyse des conceptions de théoriciennes infirmières sur la pratique, l'humanisme et la santé avaient été identifiées comme finalités de premier plan. Dans la pratique infirmière d'interface, il est possible que la finalité de santé se traduise au travers des visées d'autonomisation et de réalisation de soi; et que l'ancrage humaniste de la discipline infirmière soit déterminant de l'engagement relationnel observé.

Toutefois, nos résultats ont aussi fait ressortir un projet de conformité sociale à même celui d'autonomie qui mobilise les infirmières dans une pratique d'interface. En fait, en abordant la pratique comme système complexe, il n'est pas surprenant de distinguer plus d'un projet possible qui la composent. D'ailleurs, il s'avère que les projets poursuivis se complexifient à la jonction d'une diversité d'acteurs et sont aussi nécessairement teintés par des normes sociales dominantes. À ce titre, nous avons proposé que la finalité d'autonomie que poursuivent les infirmières dans la pratique d'interface se présente comme un marqueur de la société contemporaine, soit une exigence de conformité sociale pour les personnes vulnérables. Dès lors, les projets doivent être envisagés comme la résultante d'intérêts (parfois contradictoires) que poursuivent les infirmières engagées dans un espace d'action stratégique (non neutre), d'entreprises propres à leur pratique dans un contexte d'intervention spécifique (ici celui de la vulnérabilité sociale), d'intentionnalités disciplinaires qui s'inscrivent dans des valeurs humanistes et une visée de promotion de la santé, de même que de normes propres à l'espace social contemporain. De la sorte, notre étude renforce l'importance de reconnaître l'intentionnalité de la pratique infirmière. Cela s'avère, par ailleurs, indispensable à considérer pour bien cerner cette « nébuleuse » de finalités qui méritent d'être clarifiées et examinées de manière plus critique.

Troisièmement, le soin, marqué par des intérêts individuels ou sociaux (c'est-à-dire des normes sociales) et déployé à travers des projets, alimente nos réflexions sur le concept d'**environnement** envisagé en tant qu'espace social. De la sorte,

l'environnement correspond non seulement à un espace social qui influence le parcours de la pratique infirmière, tel que présenté dans le thème 4 de nos résultats. Il s'agit également d'une cible d'action pour les infirmières qui tentent de créer un plus vaste réseau d'aide et de soutien aux personnes vulnérables, en relation avec des ressources de la communauté, dans différents lieux de l'espace public. L'environnement social figure ainsi comme un assemblage dynamique d'acteurs, de ressources et de projets en interaction. Selon cette perspective, l'environnement ne devrait pas uniquement être conçu comme un lieu géographique du soin, ou en tant que facteur « externe » qui influence la pratique infirmière ou qui « l'entoure ». L'environnement est social et constitutif de la pratique infirmière, donc intimement lié à ce qu'elle est, ce qu'elle fait et ce qu'elle devient.

Quatrièmement, la nature sociale de l'environnement exposée dans cette recherche ouvre la porte sur une diversification des acteurs de la pratique infirmière, ce qui pourrait nous amener à aborder autrement le concept de **personne**. Par exemple, en se mobilisant dans de nouveaux espaces d'action, les infirmières de la pratique d'interface interviennent non seulement auprès de personnes vulnérables, mais elles s'engagent aussi auprès de partenaires avec lesquels réaliser leurs projets et répondre à leurs objectifs d'intervention. C'est ainsi que la « personne » peut être envisagée sous l'angle d'un réseau élargi d'acteurs, lequel comprend non seulement les bénéficiaires du soin, mais également l'ensemble des membres des équipes institutionnelles et des acteurs des ressources de la communauté. De la sorte, le réseau d'acteurs qui compose l'environnement crée des opportunités pour considérer d'autres cibles du soin. L'accompagnement d'intervenants des ressources communautaires dans leur capacité d'agir sur des problématiques que vit la clientèle qui fréquente leur milieu, ou encore, l'intervention conjointe entre des infirmières et des travailleurs de rue, sont d'ailleurs illustrés dans la pratique d'interface.

Cinquièmement, notre recherche invoque l'importance de rendre plus explicite la centralité du concept de **savoirs** dans nos conceptions de la pratique en sciences infirmières. D'une part, l'action stratégique des infirmières nécessite un savoir-être et un

savoir-faire stratégique. Cela consiste, en quelque sorte, à recourir au savoir-être et au savoir-faire qu'il apparaît le plus pertinent de mobiliser, en temps opportun, pour arriver à ses fins. D'autre part, l'environnement social de la pratique permet d'entrevoir un certain potentiel pour la rencontre et la mobilisation de savoirs diversifiés, soit l'alliance de savoirs infirmiers avec ceux d'autres acteurs et horizons disciplinaires. Configurée dans un espace social stratégique (non neutre), à la jonction d'intérêts et de projets portés par une diversité d'acteurs en interaction, la pratique mérite d'être réfléchie comme un arrangement de savoirs multiples qui s'inscrivent dans un savoir-être/faire stratégique.

Enfin, notre recherche a mis en évidence des processus qui peuvent contraindre l'émergence de la pratique infirmière d'interface, mais qui participent aussi, au moins en partie, en tant que leviers potentiels de son développement et de sa transformation. À ce titre, nous avons vu que l'action déployée dans un espace social alimente un processus de (re)configuration identitaire pour les infirmières de la pratique d'interface en tant qu'« infirmières sociales ». Dès lors, il apparaît que les « structures » environnant la pratique participent à sa (re)composition. Il est aussi légitime de croire que cette influence constructive qu'exerce l'espace social sur la pratique découle également d'une influence qu'elle-même exerce, dans l'action, sur l'environnement. Ainsi, cela souligne le lien récursif ou réflexif entre l'action et la structure. Nos résultats de recherche confirment, en ce sens, la piste suggérée dans notre article théorique, soit celle de réfléchir l'évolution de la pratique infirmière au travers de processus réflexifs inhérents à un système d'action. Envisagée de la sorte, la **réflexivité** correspond à ce qui transforme la pratique et produit du changement. Une lentille systémique peut d'ailleurs aider à mettre en évidence les processus qui concourent à, ou contraignent la mise en forme de la pratique, lesquels doivent être considérés attentivement car ils pourraient s'avérer des leviers probables pour soutenir, notamment, le développement de pratiques infirmières émergentes.

La Figure 10 (p. 197) présente une modélisation systémique de la pratique infirmière élaborée à partir des propositions formulées à l'issue de ce projet de recherche

et fondées sur les réflexions théoriques suivant l'analyse des conceptions de théoriciennes infirmières au sujet de la pratique. Cette modélisation souligne les contributions disciplinaires particulières de notre recherche doctorale pour la théorie sur la pratique en sciences infirmières. Notre modèle ne constitue cependant pas une représentation fixe ou « finie » de la pratique infirmière et n'a aucune visée prescriptive (Le Moigne, 1999). Il a plutôt une valeur heuristique, en ce sens qu'il relève de l'art de la création et de l'organisation des idées pour susciter la réflexion de même qu'inciter au dialogue. À ce titre, précisons aussi que l'emplacement des éléments qui composent ce modèle sert d'abord à rendre intelligible notre propos.

Pour faciliter l'interprétation de ce modèle, une explicitation de sa forme s'impose. L'agencement de flèches illustre la pratique infirmière en tant que système réflexif (dont les composantes se configurent et se transforment au travers de leurs interactions). Il est ainsi postulé, dans cette représentation, que la pratique infirmière est un système en transformation (changeant). Les flèches sur lesquelles sont placés les quatre concepts centraux du métaparadigme infirmier (le soin, la santé, la personne et l'environnement) servent à spécifier le lien fondamental qui les unit. Une forme ovale permet de distinguer les concepts de savoirs et de projets qui sont centraux à la conception de la pratique infirmière proposée. Ces deux concepts reliés, disposés à l'intérieur de la figure et qui chevauchent les rectangles pointillés, établissent le lien entre les quatre concepts centraux du métaparadigme infirmier.

Les rectangles pointillés circonscrivent deux reliances particulières entre les éléments constitutifs de la pratique infirmière abordée comme système complexe. En premier lieu, celle de l'action stratégique est représentée par le rectangle de gauche, qui sert à démarquer la relation entre les concepts de soin et de santé. Tel qu'illustré, le soin inclut les axiomes humanistes de la discipline infirmière et s'inscrit dans des projets qui sont, comme nous l'avons déjà rapporté, eux-mêmes (re)composés par des normes sociales contemporaines. De plus, ces projets mobilisent des savoirs qui sont à la fois stratégiques et qui peuvent inclure ceux d'autres acteurs avec lesquels les infirmières sont en interaction dans la pratique.

En second lieu, le rectangle de droite expose la mise en relation des concepts de personne et d'environnement, en ce qu'ils renvoient à l'espace social de la pratique. L'environnement regroupe un réseau d'acteurs, possédant des savoirs et poursuivant des projets qui sont inter-reliés. Le concept de personne, qui correspond à l'ensemble des acteurs de la pratique, permet de souligner la diversité des cibles d'action de la pratique infirmière. De plus, ces acteurs possèdent une diversité de savoirs qui peuvent faire alliance avec les savoirs de l'infirmière engagée stratégiquement dans le soin.

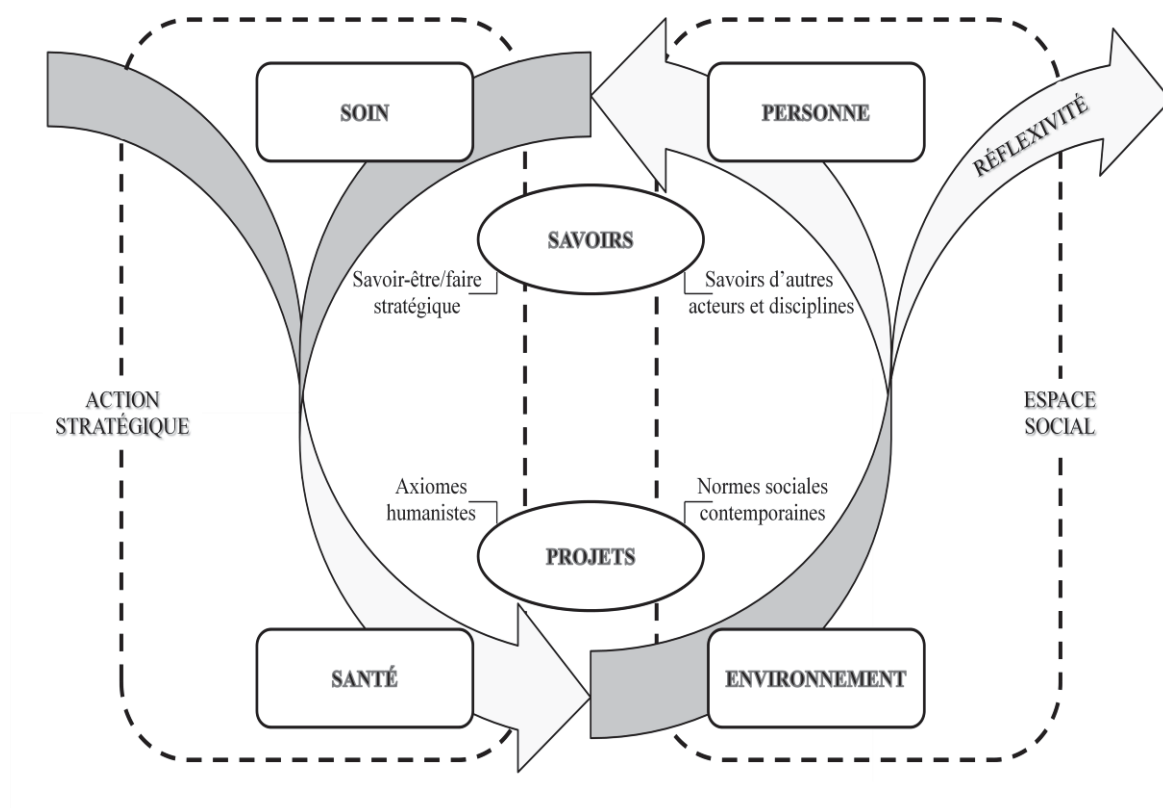


Figure 10. Conception théorique de la pratique infirmière comme système complexe.

À l'issue des résultats de cette recherche empirique et de la réflexion théorique qui en découle, nous proposons d'aborder conceptuellement la **pratique infirmière** en tant que système complexe :

- réflexif en configuration/transformation,
- porté par l'action stratégique de l'infirmière,
- mobilisé par des projets teintés par des valeurs humanistes et des normes sociales,
- modulé par divers savoirs (inscrits dans un savoir-être/faire stratégique, en alliance avec des savoirs d'autres acteurs),
- et façonné par un espace social (personne-environnement).

Pour la discipline infirmière, centrée sur des processus de soins relationnels visant à promouvoir la santé et le bien-être des personnes, les projets poursuivis dans la pratique, modulés par des axiomes humanistes, prennent toute leur importance. La pratique infirmière, située dans un espace social et marquée par l'action stratégique, est toutefois inévitablement (re)configurée au travers de l'interaction entre une diversité d'acteurs, de savoirs, de projets et de normes sociales contemporaines, d'où l'apport d'une conception de la pratique comme système complexe réflexif.

En somme, notre recherche a permis de réfléchir les concepts centraux de la discipline infirmière pour contribuer au développement de la théorie sur la pratique en sciences infirmières. Les retombées s'articulent particulièrement autour des construits de soin et d'environnement, en plus de la mise en évidence de deux reliances essentielles entre les concepts du métaparadigme infirmier, explicitées au travers de la centralité des savoirs et de la notion de projets dans nos conceptions de la pratique.

Ces retombées soulignent toutefois l'importance de poursuivre le travail de développement théorique pour appréhender la pratique comme système complexe. Deux avenues, l'une méthodologique et l'autre théorique (cette dernière déclinée selon deux ordres de considération), semblent prometteuses (à (ré)investir pour poursuivre le développement de nos savoirs disciplinaires sur la pratique.

En premier lieu, nous croyons qu'il est indispensable de mettre en dialogue les savoirs disciplinaires sur la pratique avec les résultats de recherches qui documentent empiriquement la pratique, cela afin de soutenir notre capacité de théoriser l'action en sciences infirmières (Dickoff & James, 1968; Dickoff et al., 1968a, 1968b). L'importance de croiser les sources empiriques et théoriques de savoirs, et plus particulièrement, de reconnaître davantage les savoirs pratiques pour contribuer à l'élaboration de théories sur la pratique en sciences infirmières, a déjà été soulignée (par exemple: Benner, 1983; Benner, 1984; Bishop & Scudder, 1990; Gadow, 1990; Johnson & Ratner, 1997; Kim, 1987, 1993, 1999; Litchfield & Jonsdottir, 2008; Penney & Warelow, 1999). D'ailleurs, il s'avère que les savoirs pratiques peuvent soutenir le processus de légitimation (visibilité) de pratiques infirmières émergentes (Bjorklund, 2004; Collière, 1986; Collière & Lawler, 1998; Connie & Canam, 2012; Liaschenko & Fisher, 1999; Rodney & Varcoe, 2001).

En second lieu, pour poursuivre le développement conceptuel de la pratique et l'élaboration de notre modèle, les réflexions que nous avons proposées suggèrent, à ce stade-ci, qu'il serait intéressant :

- de réfléchir le concept de santé dans un environnement social (la santé configurée à même un réseau de ressources, d'acteurs et de trajectoires sociales en interaction);
- d'identifier les nuances à apporter au concept de personne par rapport à celui d'espace social (un environnement constitué d'acteurs);
- de s'attarder à la manière dont se traduisent, plus explicitement, les valeurs humanistes dans le rapport avec une diversité d'acteurs de la pratique (d'autres cibles du soin).

Par ailleurs, à la lumière du processus de recherche entrepris dans cette étude et des résultats que nous avons obtenus, il apparaît essentiel et fondé de souligner l'importance de recourir à des savoirs d'autres disciplines qui étudient la pratique et qui théorisent l'action pour appuyer le développement de théories en sciences infirmières qui portent sur la pratique. Plus encore, nous croyons fondamental de faire valoir les

savoirs sur la pratique hors de nos frontières disciplinaires, cela pour contribuer à la création d'un « réseau de savoirs » (Risjord, 2010) riche d'une perspective disciplinaire humaniste qui puisse renforcer l'intervention en contexte de vulnérabilité sociale.

Implications pour la pratique infirmière

Nos résultats de recherche nous permettent d'identifier trois implications particulières pour la pratique infirmière en contexte de vulnérabilité sociale.

Une première implication importante de notre étude est qu'elle documente une pratique infirmière qui laisse entrevoir une vision élargie de ce que comporte le fait d'agir pour promouvoir la santé. De manière spécifique, nos résultats soulignent l'importance de diversifier les acteurs et les espaces d'action de la pratique infirmière par l'intermédiaire de processus de mise en relation et de création de liens dans l'environnement social des personnes vulnérables. Par exemple, les infirmières de cette étude ont développé des liens avec des intervenants institutionnels et communautaires variés, ceci dans des environnements divers tels les milieux scolaire, les CPE, ou encore, les ressources d'aide alimentaire, à la justice ou de soutien à l'emploi. Sous cet angle, la pratique infirmière d'interface s'aligne avec les principes d'intervention de la « nouvelle santé publique » (Kickbusch, 2003, 2007), lesquels suggèrent le décloisonnement des champs d'intervention et des acteurs pour agir sur des déterminants de la santé, au-delà de frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles (Levesque & Bergeron, 2003). Considérant que ces pratiques infirmières demeurent encore peu documentées (Beaudet et al., 2011; Richard et al., 2010), notre recherche contribue à en qualifier la teneur et en cerner la portée, pour soutenir le déploiement de pratiques infirmières innovantes pour agir en contexte de la vulnérabilité sociale. Enfin, nos résultats soulignent une ouverture sur des actions dans lesquelles peuvent s'engager les infirmières pour favoriser l'accès à des ressources pour les populations vulnérables, ce qui renforce la pertinence de la pratique d'interface pour la réduction des inégalités sociales de santé.

Une deuxième implication pour la pratique infirmière renvoie au contexte à l'intérieur duquel prend forme et se déroule la pratique d'interface, lequel offre généralement peu de ressources pour soutenir la capacité d'agir des infirmières au-delà des frontières du CSSS. Au Québec, d'autres auteurs (Beaudet et al., 2008; Beaudet et al., 2011; Bisailon et al., 2010; Longtin, Richard, & Bisailon, 2006; Richard et al., 2004) ont d'ailleurs déjà rapporté que les infirmières ne sont pas suffisamment accompagnées pour intégrer les changements qu'exige la réforme de santé populationnelle (ADRLSSS, 2004) implantée dans les services de santé de première ligne. Ce contexte ne facilite pas l'intervention déjà exigeante auprès de personnes vulnérables. Tout comme nos résultats le suggèrent, ces auteurs soulignent le peu d'occasions dont disposent les infirmières pour partager leurs réflexions, leurs apprentissages ainsi que les stratégies qui leur permettent de déployer des interventions dans le milieu de vie de la clientèle. De ce point de vue, le développement de communautés de pratique (Andrew et al., 2008; Macdonald, 2002; Wenger, 1998) semble une avenue intéressante à explorer pour soutenir la pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale, notamment par le potentiel qu'offrent ces espaces pour le réseautage de savoirs essentiels à son développement.

Une troisième implication cible le potentiel d'agir collectif que revêt la pratique infirmière d'interface. La redéfinition des frontières d'action de cette pratique et ses processus de création de liens avec des acteurs de secteurs d'intervention divers de la société ouvrent la porte au développement d'actions collectives. Toutefois, tel que nous l'avons rapporté, le fait de franchir des frontières disciplinaires, organisationnelles ou sectorielles ne signifie pas pour autant le développement de projets collectifs (Clavier, Gendron, et al., 2012; Clavier et al., 2013). La dynamique contradictoire mise en évidence par nos résultats quant à l'espace dans lequel se déroule la pratique des infirmières ne contribue pas favorablement au développement d'actions collectives (à ce stade-ci du moins). En ce sens, il apparaît opportun de réfléchir le renouvellement des rôles et l'élargissement des frontières d'action pour la pratique infirmière afin qu'elle réponde aux exigences que comporte l'intervention en contexte de vulnérabilité sociale, notamment en termes d'actions *dans* l'environnement de personnes vulnérables, hors des

murs du CSSS (Bartley, 2004; Beaudet et al., 2011; Mallinson et al., 2006). L'établissement de relations qui vont au-delà du partage d'informations entre les partenaires du RLS est également indispensable pour soutenir le développement de nouveaux partenariats et pour élargir le réseau dans lequel se situent les pratiques infirmières en première ligne (Beaudet et al., 2011; Koponen et al., 1997; Reutter & Ford, 1998). Par ailleurs, en contribuant à l'élargissement de réseaux de soutien pour les personnes vulnérables dans la communauté, la pratique infirmière d'interface s'avère prometteuse pour promouvoir un accès plus équitable à des services sociaux et de santé et à la réduction de la vulnérabilité sociale.

Implications pour la formation en sciences infirmières

La formation des infirmières est une préoccupation majeure identifiée dans les travaux de plusieurs auteurs qui se sont intéressés à la pratique infirmière de promotion de la santé (Bartley, 2004; Beaudet et al., 2011; Bisailon et al., 2010; Casey, 2007b; Cohen & Gregory, 2009a, 2009b; Irvine, 2007; Longtin et al., 2006; Whitehead, 2010), notamment dans l'optique de faire en sorte que ces professionnelles prennent part à des actions sur les déterminants de la santé, selon des approches-réseaux. De manière générale, le constat formulé souligne un manque de formation pour soutenir de telles initiatives chez les infirmières qui interviennent dans les services de première ligne à l'intérieur de programmes de santé publique (Beaudet et al., 2011; Casey, 2007b; Chapman et al., 2005; Chiverton et al., 2003; Cohen & Gregory, 2009a, 2009b; Colin & Rocheleau, 2004; Gebbie & Turnock, 2006; Goodman, Davies, Dinan, See, & Iliffe, 2011; Irvine, 2007; Longtin et al., 2006; Whitehead, 2001c, 2003; Zahner & Gredig, 2005).

À partir de nos résultats, nous réitérons la pertinence de deux éléments pour soutenir l'élaboration de la pratique infirmière d'interface. En premier lieu, il apparaît primordial de poursuivre nos efforts pour renforcer le développement des compétences infirmières en santé publique, particulièrement en termes d'actions stratégiques (Bartley, 2004; Beaudet et al., 2008; Beaudet et al., 2011; Casey, 2007b; Colin & Rocheleau,

2004; Irvine, 2007; Richard et al., 2010; Whitehead, 2010). À ce titre, l'élaboration d'ateliers orientés sur l'analyse politique semble être une piste intéressante à considérer (O'Neill, Boyer, & Roch, 2011; O'Neill, Gagnon, et al., 2006). Ces auteurs proposent un outil d'analyse et d'intervention en santé développé avec l'intention de soutenir les intervenants (dont les infirmières) dans leur capacité d'analyser et de comprendre l'environnement politique dans lequel leur intervention s'insère et de les amener à se reconnaître en tant qu'acteurs d'influence.

En second lieu, nos résultats soulignent la nécessité de créer davantage d'espaces d'expérimentation pour permettre aux infirmières d'agir *dans* l'environnement de personnes vulnérables, tout en bénéficiant d'un certain accompagnement. Les stages de soins infirmiers dans des services de première ligne ou en santé publique constituent un médium privilégié pour l'instauration de tels dispositifs durant la formation universitaire de premier cycle en sciences infirmières. Toutefois, cela implique que ces stages ne soient pas uniquement orientés sur l'aspect « clinique » du rôle infirmier (Cohen & Gregory, 2009a, 2009b), mais qu'ils permettent également le contact avec les acteurs et ressources de la communauté. En étant exposées aux populations vulnérables dans leurs interventions, les étudiantes en sciences infirmières pourraient être appelées à se poser davantage de questions sur les effets des pratiques infirmières sur les inégalités sociales de santé. En particulier, les conséquences du recours à des messages discriminants et à des modes d'intervention expert, généralement peu remis en question en sciences infirmières en ce qui a trait à l'intervention en contexte de vulnérabilité sociale, pourraient être abordées de manière plus critique. Dans un contexte de formation continue, la mise en place d'activités de formation participatives (Beaudet et al., 2011; Piper, 2008; Whitehead, 2009), de type « laboratoire de promotion de la santé » (Beaudet & Lalonde, 2011), semble aussi être une option prometteuse. Le but de ces laboratoires consiste à examiner un enjeu de santé sous l'angle d'actions portant sur les déterminants de la santé (Beaudet & Lalonde, 2011), afin d'intégrer la promotion de la santé dans la pratique des infirmières, des gestionnaires et d'autres professionnels travaillant en CSSS, tout en créant des espaces de discussion et de travail collectif (Beaudet et al., 2008).

Pistes pour la recherche future

Pour terminer, cinq pistes pour la recherche future en lien avec la pratique infirmière d'interface sont formulées à partir de la discussion des résultats et de la réflexion critique portant sur notre pratique de recherche (cf. Chapitre 6).

Premièrement, nous sommes d'avis qu'il importe de poursuivre la documentation des activités « informelles » auxquelles s'adonnent les infirmières dans la pratique d'interface, car celles-ci seraient à la base du développement d'actions stratégiques et partenariales en santé (Bilodeau, Chamberland, et al., 2003; Clavier et al., 2013; Clavier & Lefebvre, 2010). Nous référons plus spécifiquement aux activités d'engagement des infirmières dans la création de liens avec des acteurs du milieu pour s'inscrire dans des réseaux de soutien élargis pour les personnes vulnérables. Ces activités étant peu documentées empiriquement, cela peut contribuer à l'invisibilité d'une part essentielle de la pratique infirmière d'interface en émergence. À cet égard, le développement d'indicateurs pour rendre compte de ces activités informelles, une fois qu'elles seront mieux circonscrites, pourrait certainement appuyer le processus de légitimation et de reconnaissance professionnelle de la pratique infirmière d'interface.

Deuxièmement, il serait opportun de recueillir, de manière systématique, la perspective d'autres acteurs sur la pratique infirmière d'interface, tout particulièrement celle de la clientèle vulnérable (centrale au projet que poursuivent les infirmières dans la pratique d'interface). Cela pourrait nous permettre de mieux comprendre et de documenter les effets de même que les conséquences de cette pratique sur la santé de personnes vulnérables. Nous pourrions aussi aller chercher la perspective d'intervenants des ressources communautaires (indispensables pour soutenir l'intégration de la pratique infirmière dans l'espace social et pour le développement d'actions collectives) et de gestionnaires des organisations de soins (pour réfléchir l'accompagnement de la pratique d'interface dans les milieux cliniques). À ce titre, la combinaison de méthodes de collecte de données par entretien et observation (tel que nous en faisons mention au chapitre précédent) semble toute indiquée, car elle permet à la fois de mettre en valeur

les significations que les sujets accordent à leurs expériences, ainsi que de les aborder en contexte.

Troisièmement, il semble intéressant de considérer l'étude de la pratique infirmière d'interface en dehors des grands centres urbains, c'est-à-dire en milieu semi-urbain ou rural, ainsi qu'ailleurs au Canada. Considérant l'influence déterminante de l'espace social sur les pratiques déployées en contexte de vulnérabilité sociale (Mathieu, 1997), il est possible de croire que d'autres milieux d'étude puissent offrir des nuances supplémentaires de même qu'une compréhension approfondie des dynamiques selon lesquelles la pratique infirmière d'interface se configure.

Quatrièmement, les « récits de pratique » (Hawe, Shiell, Riley, & Gold, 2004; Riley & Hawe, 2005) peuvent constituer une méthode d'intérêt pour étudier la pratique infirmière d'interface. Cette méthode permet de représenter l'action au travers d'exercices réflexifs des praticiens, lesquels représentent d'ailleurs de précieux supports pour réfléchir la transformation de leur pratique.

Enfin, considérant notre expérience mitigée avec la mise en place d'un dispositif d'accompagnement dans cette étude, il apparaît avisé de réfléchir et de documenter l'optimisation de tels espaces réflexifs dans la recherche qui s'intéresse à la pratique infirmière, d'autant plus qu'il s'agit de procédés légitimes (voire indispensables) à privilégier selon une épistémologie constructiviste.

Conclusion

Ce projet de recherche avait pour but de modéliser une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale, en plus de constituer un cas à partir duquel poursuivre nos réflexions sur le concept de pratique en sciences infirmières. Fondée sur une épistémologie constructiviste et une analyse des conceptions de théoriciennes infirmières en regard de la pratique, notre étude a permis d'appréhender la pratique infirmière d'interface en tant que système complexe, avec l'intention de soutenir son élaboration aux plans théorique et pratique. Les résultats de cette thèse portent donc sur les dimensions constitutives de la pratique infirmière d'interface (ses activités, ses acteurs en interaction, les finalités qu'ils poursuivent, de même que le contexte à l'intérieur duquel la pratique se déroule et évolue), et l'amorce d'une théorie de la pratique complète notre travail pour contribuer aux savoirs de la discipline infirmière.

Quatre thèmes issus de notre analyse permettent de qualifier la pratique infirmière d'interface en élaboration. Le premier met en évidence une finalité d'autonomie qui se traduit comme exigence de conformité sociale pour les personnes vulnérables. Le second porte sur des processus d'engagement relationnels des infirmières pour créer des liens et mettre en relation la clientèle et les acteurs du milieu. Le troisième thème renvoie à l'action stratégique des infirmières. Le dernier fait état d'un espace contradictoire à l'intérieur duquel se déroule la pratique d'interface, lequel comporte un processus de (re)configuration identitaire pour les infirmières.

La mise en perspective de nos résultats avec des savoirs disciplinaires en sciences infirmières et en sciences sociales a permis de souligner, d'une part, l'importance d'être vigilants et critiques par rapport aux différents projets qui mobilisent les infirmières dans la pratique. Par ailleurs, les axiomes humanistes de la discipline infirmière ont été mis en relief au travers de processus d'engagement relationnels auprès de personnes vulnérables. Une conception de l'environnement envisagée en tant qu'espace social a permis de souligner une certaine ouverture des frontières du soin et une diversification de ses acteurs, ceux-ci liés sous la forme de réseau. La représentation stratégique de l'action nous a permis de rendre compte de la part des intérêts dans les

relations d'influence qui prennent forme entre les infirmières, la clientèle et les acteurs du milieu. Par ailleurs, devant le défi de légitimer une pratique d'interface, il est apparu pertinent de souligner l'importance de reconnaître les savoirs pratiques qui en constituent les fondements. Enfin, nos résultats nous incitent à repenser la dynamique contradictoire de l'environnement de la pratique infirmière d'interface sous l'angle d'un levier potentiel de changement et de transformation.

Au plan théorique, notre recherche a permis de réfléchir les concepts centraux du métaparadigme infirmier et d'explicitier le caractère fondamental de deux autres dimensions à considérer dans nos conceptions de la pratique, soit les savoirs et les projets. Des perspectives revisitées des concepts de soin et d'environnement ont été rapportées, à partir de la mise en évidence de deux reliances particulières : l'une qui joint les concepts de soin et de santé selon l'idée d'action stratégique; et l'autre qui unit les concepts de personne et d'environnement sous l'égide d'un espace social. À partir de ces réflexions, une modélisation systémique a été proposée et sert à représenter conceptuellement la pratique infirmière tant que système complexe réflexif en configuration/transformation, porté par l'action stratégique de l'infirmière, mobilisé par des projets teintés par des valeurs humanistes et des normes sociales, modulé par divers savoirs (inscrits dans un savoir-être/faire stratégique, en alliance avec des savoirs d'autres acteurs) et façonné par un espace social (personne-environnement).

Nous n'avons repéré aucune étude qui documente une pratique d'interface en contexte de vulnérabilité sociale selon une perspective infirmière, tel que proposé dans cette recherche doctorale. En dépit de ses limites, notre étude offre plusieurs contributions originales et prometteuses pour poursuivre son développement théorique et pratique. Elle a permis de souligner des dimensions essentielles de la pratique infirmière qui s'inscrivent dans la richesse et la diversité des savoirs infirmiers, en plus de mettre en relief nos référents disciplinaires humanistes au travers de processus d'engagement relationnels de soin auprès de personnes vulnérables. Notre étude souligne également l'importance d'une pratique infirmière d'interface en termes d'actions *dans* l'environnement de personnes vulnérables pour contribuer à la réduction de la

vulnérabilité sociale, en plus de mettre en évidence le potentiel que revêt cette pratique pour la promotion de la justice sociale et de l'équité en santé. L'ouverture du champ des savoirs en sciences infirmières sur des savoirs en sciences sociales, pour théoriser l'action et le changement, nous apparaît toutefois incontournable pour poursuivre nos réflexions. Plus encore, nous pensons que cela est indispensable pour contribuer à la création d'un « réseau de savoirs » pour soutenir l'agir complexe en contexte de vulnérabilité sociale et pour faire valoir nos connaissances hors de nos frontières disciplinaires.

Références

Références

- Abbott, A. D. (1988). *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- ACIISC (2008). *Canadian Community Health Nursing Standards of Practice*. Repéré à http://www.chnc.ca/documents/chn_standards_of_practice_mar08_english.pdf
- Adam, E. (1991). *Être infirmière. Un modèle conceptuel*. (3^e éd.). Montréal, QC: Études vivantes.
- ADRLSSS (2004). *L'approche populationnelle, une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*. Repéré à http://csss-stleonardstmichel.qc.ca/fileadmin/csss_sism/Menu_corporatif/Publications/approche.pdf
- Akrich, M. (1987). Comment décrire les objets techniques? *Techniques et Culture*, 9, 49-64.
- Akrich, M. (1989). La construction d'un système socio-technique. Esquisse pour une anthropologie des techniques. *Anthropologie et Sociétés*, 13(2), 31-54.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Paris, France: Les presses de l'École des Mines de Paris.
- Alderson, M., Saint-Jean, M., Rhéaume, J., & Ruelland, I. (2011). Impasses dans le travail d'infirmières en Centres d'hébergement et de soins de longue durée soumis à des changements organisationnels significatifs. *Aporia*, 3(4), 30-46.
- Allard, D., Bilodeau, A., & Gendron, S. (2008). Figurative thinking and models: tools for participatory evaluation. Dans L. Potvin & D. V. McQueen (dir.), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research*. New York, NY: Springer.
- Allen, M. (1983). Primary Care Nursing: Research in action. Dans L. Hockey (dir.), *Primary Care Nursing* (p. 32-77). Édimbourg, Écosse: Churchill Livingstone.
- Amadeo, A. R. (2003). Commentary: Developing and retaining a public health workforce for the 21st century: Readiness for a paradigm shift to community-based public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 9(6), 500-503.
- Andrew, N., Tolson, D., & Ferguson, D. (2008). Building on Wenger: Communities of practice in nursing. *Nurse Education Today*, 28, 246-252.
- Andrews, G. J. (2006). Geographies of health in nursing. *Health and Place*, 12(1), 110-118.

- Andrews, G. J., & Evans, J. (2008). Understanding the reproduction of health care: towards geographies in health care work. *Progress in Human Geography*, 32(6), 759-780.
- Andrews, G. J., & Moon, G. (2005). Space, place and the evidence base, part two: rereading nursing environment through geographical research. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2(3), 142-156.
- Andrews, T. M., & Waerness, K. (2011). Deprofessionalization of a female occupation: Challenges for the sociology of professions. *Current Sociology*, 59(1), 42-58.
- Annandale, E. (1996). Working on the front line: risk culture and nursing in the NHS. *Sociological Review*, 44(3), 416-451.
- Appleton, J. V. (1994). The concept of vulnerability in relation to child protection: health visitors' perceptions. *Journal of Advanced nursing*, 20, 1132-1140.
- ASPC (2007). *Au croisement des secteurs - expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_f.pdf
- ASSS de Montréal (2012). *Guide régional pour le Soutien à la création d'environnements favorables du programme SIPPE*. Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Tout_petits/SIPPE/Guide_regional_SCEF_des_SIPPE_-_juillet_2012.pdf
- Astier, I. (2007). *Les nouvelles règles du social*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Autès, M. (2008). Au nom de quoi agir sur autrui? *Nouvelle revue de psychologie*, 6, 11-25.
- Avenier, M.-J. (1992). Recherche-action et épistémologies constructivistes, modélisation systémique et organisations socio-économiques complexes. *Revue internationale de systémique*, 6(4), 403-420.
- Avenier, M.-J., & Schmitt, C. (2007). *La Construction de savoirs pour l'action*. Paris, France: L'Harmattan.
- Aveyard, H. (2000). Is there a concept of autonomy that can usefully inform nursing practice? *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 352-358.
- Badger, T. A., Braden, C. J., & Mishel, M. H. (2001). Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 567-574.
- Bailie, R., McDonald, E., Stevens, M., Guthridge, S., & Brewster, D. (2011). Evaluation of an Australian indigenous housing programme: community level impact on

- crowding, infrastructure function and hygiene. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(5), 432-437.
- Baillergeau, É. (2007). Favoriser les liens sociaux de proximité: de nouvelles pratiques d'intervention sociales dans les villes. *Pensée Plurielle*, 2(15), 9-18.
- Baillergeau, É., & Bellot, C. (2007). *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?* Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Baker, L. K., & Denyes, M. J. (2008). Predictors of self-care in adolescents with cystic fibrosis: a test of Orem's theories of self-care and self-care deficit. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(1), 37-48.
- Baldwin, M. A. (2003). Patient advocacy: A concept analysis. *Nursing Standard*, 17(21), 33-39.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baracskey, D. (2012). How federal health policies interface with urban and rural areas: comparison of three systems. *Global Public Health*, 7(4), 317-336.
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012). Quelles qualités essentielles la recherche qualitative requiert-elle de la part du chercheur? *Recherches Qualitatives*, 12, 1-8.
- Barker, E., William, L., & Smith, P. (2001). Evaluating the use of an audit tool to identify health promotion activities in practice. *Nurse Education in Practice*, 1, 195-203.
- Bartley, J. D. (2004). Health promotion and school nurses: The potential for change. *Community Practitioner*, 77(2), 61-64.
- Bastien, R., Raynault, M.-F., Battaglini, A., Frigault, L.-R., Bouthillier, M.-È., Larose, G., & Besse, M. (2007). Travail de proximité : matière à penser le social, la prévention et le politique. Dans É. Baillergeau & C. Bellot (dir.), *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?* (p. 73-95). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Baum, F., Sanderson, C., & Jolley, G. (1997). Community participation in action: An analysis of the South Australian Health and social welfare councils. *Health Promotion International*, 12(2), 125-134.
- Beaud, S., & Weber, F. (1998). *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*. Paris, France: La Découverte.

- Beaudet, N., Bisailon, A., Boisvert, N., Boyer, D., De Villers, L., Garceau-Brodeur, M.-H., . . . Sauvé, M. S. (2008). La pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention en CSSS, mission CLSC. De la volonté à la réalité... *Rapport synthèse* (Vol. 11, p. 1-12). Montréal, QC: ASSS de Montréal.
- Beaudet, N., & Lalonde, J. (2011). Un laboratoire en promotion de la santé au travail. Une initiative collective pour des environnements favorables à la santé. *Perspective infirmière, Mars-Avril*, 46-48.
- Beaudet, N., Richard, L., Gendron, S., & Boisvert, N. (2011). Advancing population-based health promotion and prevention practice in community-health nursing. Key conditions for change. *Advances in Nursing Science*, 34(4), E1-E12.
- Beck, U. (1994). The reinvention of Politics: Towards a Theory of Reflexive Modernization. Dans U. Beck, A. Giddens & S. Lash (dir.), *Reflexive modernization* (p. 1-55). Stanford, CA: Stanford University press.
- Becker, B. J. (2001). Examining Theoretical Models through Research Synthesis : The Benefits of Model-Driven Meta-Analysis. *Evaluation and the Health Professions*, 24(2), 190-217.
- Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris, France: La Découverte.
- Benner, P. (1983). Uncovering the knowledge embedded in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 15, 36-41.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1994). *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Benner, P. (2000). Links between philosophy, theory and practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 32(2), 7-13.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and Coping in health and Illness*. Don Mills, ON: Addition-Wesley.
- Benson, A., & Latter, S. (1998). Implementing health promotion nursing: the integration of interpersonal skills and health promotion. *Journal of Advanced nursing*, 27, 100-107.
- Bernstein, E., Wallerstein, N., Braithwaite, I., Gutierrez, L., Labonte, R., & Zimmerman, M. A. (1994). Empowerment Forum : A Dialogue Between Guest Editorial Board Members. *Health Education Quarterly*, 21(3), 281-294.
- Bertalanffy, L. V. (1993). *Théorie générale des systèmes*. New York, NY: Dunod.

- Bilodeau, A. (2005). Les conditions de réussite de l'intersectorialité aux niveaux régional et local. *Promotion & Education, 12*, 20-21.
- Bilodeau, A., Chamberland, C., & White, D. (2003). L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. *Revue canadienne d'évaluation de programme, 17*(2), 59-88.
- Bilodeau, A., Galarneau, M., Fournier, M., & Potvin, L. (2011). L'Outil diagnostique de l'action en partenariat : fondements, élaboration et validation. *Revue Canadienne de Santé Publique, 102*(4), 298-302.
- Bilodeau, A., Lapierre, S., & Marchand, Y. (2003). *Le partenariat: comment ça marche? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal, QC: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre.
- Bisaillon, A., Beaudet, N., Sauvé, M. S., Boisvert, N., Richard, L., & Gendron, S. (2010). L'approche populationnelle au quotidien. Responsabilité populationnelle, promotion de la santé et prévention de la maladie, comment ces concepts se traduisent-ils dans la pratique infirmière? *Perspective Infirmière, Janvier-Février, 58-62*.
- Bishop, A. H., & Scudder, J. R., Jr. (1990). *The Practical, Moral, and Personal Sense of Nursing. A Phenomenological Philosophy of Practice*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Bishop, A. H., & Scudder, J. R., Jr. (1991). *Nursing. The practice of caring*. New York, NY: National league for nursing.
- Bishop, A. H., & Scudder, J. R., Jr. (2001). *Nursing ethics: Holistic caring practice*. (2^e éd.). Sudbury, ON: Jones and Bartlett.
- Bjorklund, P. (2004). Invisibility, Moral Knowledge and Nursing Work in the Writings of Joan Liaschenko and Patricia Rodney. *Nursing Ethics, 11*, 110-121.
- Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 244-254.
- Blondeau, D. (2002). L'art du soin infirmier: un art pratique. La nécessaire relation entre l'art et l'éthique. Dans O. Goulet & C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (p. 301-313). Boucherville, QC: Gaëtan Morin.
- Bondu, D. (1998). *Nouvelles pratiques de médiation sociale. Jeunes en difficulté et travailleurs sociaux*. Paris, France: ESF Éditeurs.
- Booth, K., Maguire, P. M., Butterworth, T., & Hiller, V. F. (1996). Perceived professional support and the use of blocking behaviours by hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing, 24*, 522-527.

- Bourdages, J., Sauvageau, L., & Lepage, C. (2003). Factors in creating sustainable intersectoral community mobilization for prevention of heart and lung disease. *Health Promotion International, 18*(2), 135-144.
- Bourque, D. (2005). Interfaces entre les organismes communautaires et le réseau public: continuité et rupture. *Économie et Solidarités, 36*(2), 13-29.
- Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat: entre levier et piège du développement des communautés*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L., & Fréchette, L. (2007). *Organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D., & Favreau, L. (2005). Le développement des communautés et la santé publique au Québec. *Revue Service Social, 50*(1), 295-308.
- Bourret, C. (2010). Évaluation et communication des nouvelles organisations d'interface: le cas des réseaux de santé. *Communication et organisation, 38*, 77-88.
- Boutin, G. (1997). La communication: élément de base de l'entretien. Dans G. Boutin (dir.), *L'entretien de recherche qualitative* (p. 53-77). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Boyce, W. F. (2001). Disadvantaged persons' participation in health promotion projects: Some structural dimensions. *Social Science & Medicine, 52*, 1551-1564.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001a). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Sudbury, ON: Jones and Bartlett.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001b). Nursing theories and nursing practice. Dans M. E. Parker (dir.), *Nursing as caring* (p. 392-402). Philadelphie, PA: F.A. Davies Company.
- Breeding, J., & Turner, D. (2002). Registered nurses' lived experience of advocacy within a critical care unit: A phenomenological study. *Australian Critical Care, 15*(3), 110-117.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., Lamothe, L., & Denis, J.-L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec: enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et Organisations des soins, 39*(2), 121-126.
- Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). *Advanced design in nursing research*. (2^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Brocklehurst, P. A. (2004). Public Health and its implication for practice. *Nursing Standard, 18*(49), 48-54.

- Brown, D. L., McWilliams, C., & Ward-Griffin, C. (2006). Client-centered empowering partnering in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 160-168.
- Bruzzese, J. M., Evans, D., Wiesemann, S., Pinkett-Heller, M., Levison, M. J., Du, Y., . . . Mellins, R. B. (2006). Using school staff to establish a preventive network of care to improve elementary school student's control of asthma. *Journal of School Health*, 76(6), 307-312.
- Byrne, D., & McMurray, A. (1997). Caring for the dying: nurses' experience in hospice care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 15, 4-11.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des pêcheurs de la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 36, 141-152.
- Callon, M. (1989). *La science et ses réseaux. Genèse et circulation des faits scientifiques*. Paris, France: La Découverte.
- Callon, M., & Latour, B. (1981). Unscrewing the Big Leviathan; or How Actors Macrostructure Reality and How Sociologists Help Them To Do So? Dans K. Cicourel & A. Knorr (dir.), *Advances in Social Theory and Methodology: Toward and Integration of Micro and Macro-Sociologies*. London, Angleterre: Routledge.
- Cara, C. (1997). *Managers' subjugation and empowerment of caring practices: A relational caring inquiry with staff nurses*. (Doctoral dissertation, University of Colorado, Colorado).
- Cara, C. (1999). *La philosophie et théorie du caring pour l'avancement de la discipline infirmière (conférence de fermeture)*. Communication présentée à XVI Jornades Catalanes d'infermeria Intensiva, Barcelone, Espagne.
- Cara, C. (2003). A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*, 7(3), 51-61.
- Cara, C., & Duquette, A. (2000). Le caring et la santé de l'infirmière. *L'infirmière Canadienne*, 1(2), 10-11.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en Soins Infirmiers*, 95, 37-45.
- Cara, C., O'Reilly, L., & Kérouac, S. (2004). Une plus grande humanisation des soins : perspective réelle ou utopie ? *Perspective Infirmière*, 2(1), 33-34.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing. *Advances of nursing science*, 1(1), 113-125.

- Carr, S. M. (2007). Leading change in public health - Factors that inhibit and facilitate the process. *Primary Health Care Research and Development*, 8, 207-215.
- Casey, D. (2007a). Using action research to change health promotion practice. *Nursing and Health Sciences*, 9, 5-13.
- Casey, M. (2007b). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1039-1049.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 11-27.
- CCNDS (2012). *Évaluation de l'incidence et de l'efficacité de l'action intersectorielle exercée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé: revue systématique accélérée*. Repéré à <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/assessing-the-impact-and-effectiveness-of-intersectoral-action-on-the-SDOH>
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 251-271). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Chafey, K., Rhea, M., Shannon, A. M., & Spencer, S. (1998). Characterizations of advocacy by practising nurses. *Journal of Professional Nursing*, 14, 43-52.
- Chaffee, M. W., & McNeill, M. M. (2007). A model of nursing as a complex adaptative system. *Nursing Outlook*, 55(5), 232-241.
- Chambres, D., & Thompson, S. J. (2009). Empowerment and its application in health promotion acute care settings: nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 130-138.
- Chapman, J., Shaw, S., Congdon, P., Carter, Y. H., Abbott, S., & Petchey, R. (2005). Specialist public health capacity in England: working in the new primary care organizations. *Public Health*, 119, 22-31.
- Châtel, V. (2008). Au-delà de la vulnérabilité sociale, la vulnérabilité symbolique. Dans V. Châtel & S. Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social* (p. 201-240). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Châtel, V., & Roy, S. (2008). *Penser la vulnérabilité: Visages de la fragilisation du social*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Châtel, V., & Soulet, M. H. (2001). L'exclusion, la vitalité d'une thématique usée. *Sociologie et sociétés*, 33(2), 175-202.
- Châtel, V., & Soulet, M. H. (2003). *Agir en situation de vulnérabilité*. Québec, QC: Les Presses de l'Université Laval.

- Cheadle, A., Bourcier, E., Krieger, J., Beery, W., Smyser, M., Vinh, D. V., . . . Alfonsi, L. (2011). The impact of a community-based chronic disease prevention initiative: evaluation findings from Steps to Health King County. *Health Education and Behavior, 38*(3), 222-230.
- Checkland, P. (1981). *Systems thinking, Systems Practice*. Chichester, UK: John's Wiley and Sons.
- Chené, A. (1995). Dire la pratique, savoir de la pratique. *Cahiers de la recherche en éducation, 2*(1), 39-56.
- Cheval, C. (2001). Des travailleurs de rue créateurs de liens sociaux. Dans H. Dorvil & R. Mayer (dir.), *Problèmes sociaux – tome II – Études de cas et interventions sociales* (p. 362-385). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2004). *Integrated knowledge development in Nursing*. (6^e éd.). St-Louis, MO: Mosby.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. (7^e éd.). St-Louis, MO: Mosby.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated Theory & Knowledge Development in Nursing*. (8^e éd.). St-Louis, MO: Mosby.
- Chiverton, P. A., McCabe, V. K., & Tortoretti, D. M. (2003). The future role of nursing in health promotion. *American Journal of Health Promotion, 18*(2), 192-194.
- Clancy, T. R. (2004). Navigating in a Complex Nursing World. *Journal of Nursing Administration, 34*(6), 274-282.
- Clancy, T. R., & Delaney, C.-W. (2005). Complex Nursing Systems. *Journal of Nursing Management, 13*, 192-201.
- Clancy, T. R., Effken, J. A., & Pesut, D. (2008). Applications of Complex systems theory in Nursing Education, Research, and Practice. *Nursing Outlook, 56*(5), 248-256.
- Clavier, C. (2009). Les élus locaux et la santé: des enjeux politiques territoriaux. *Sciences sociales et santé, 27*(2), 47-74.
- Clavier, C. (2010). La traduction entre la recherche et l'intervention dans la recherche partenariale. Première analyse. *Bulletin CACIS*. Repéré à <http://www.cacis.umontreal.ca/newsletter/liaison-cacis.asp?b=4&s=2>
- Clavier, C., Gendron, S., Lamontagne, L., & Potvin, L. (2012). Understanding similarities in the local implementation of a healthy environment programme: Insights from policy studies. *Social Science & Medicine, 75*, 171-178.

- Clavier, C., Gendron, S., Potvin, L., & Moreau, J. (2013). Évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 2. Évaluation de l'actualisation du PSJP: L'axe création d'environnements favorables (p. 113). Montréal, QC: Université de Montréal.
- Clavier, C., & Lefebvre, C. (2010). *La fonction de médiation dans la recherche: Travailler à l'interface de la recherche et de l'intervention!* Communication présentée à Journée d'animation scientifique organisée par la Chaire Approches communautaires et inégalités de santé FCRSS/IRSC, Montréal, QC.
- Clavier, C., Sénéchal, Y., Vibert, S., & Potvin, L. (2012). A theory-based model of translation in public health participatory research. *Sociology of Health and Illness*, 34(5), 701-805.
- Clément, M., Gélinau, L., & McKay, A.-M. (2009). *Proximité. Lien, accompagnement et soin*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cohen, B. (2006). Barriers to Population-Focused Health Promotion: The Experience of Public Health Nurses in the Province of Manitoba. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38(3), 52-67.
- Cohen, B., & Gregory, D. (2009a). Community Health Clinical Education in Canada: Part 1 - "State of the Art". *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1-17.
- Cohen, B., & Gregory, D. (2009b). Community Health Clinical Education in Canada: Part 2 - Developing Competencies to Address Social Justice, Equity, and the Social Determinants of Health. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1-15.
- Cohen, B., & Reutter, L. (2007). Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: A framework for action. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 96-107.
- Cohen, H. A. (1981). *The Nurses' Quest for a Professional Identity*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley
- Colin, C., & Rocheleau, L. (2004). Les infirmières de santé publique au Québec: une contribution essentielle. *Santé publique*, 42(2), 263-272.
- Collie-Akers, V. L., Fawcett, S. B., Schultz, J. A., Carson, V., Cyprus, J., & Pierle, J. E. (2007). Analysing a community-based coalitions' efforts to reduce health disparities and the risk for chronic disease in Kansas City, Missouri. *Preventing Chronic Disease*, 4(3), A66.

- Collière, M.-F. (1986). Invisible Care and Invisible Women as Health Care-Providers. *International Journal of Nursing Studies*, 23(2), 95-112.
- Collière, M.-F. (2001). *Soigner...Le premier art de la vie*. (2^e éd.). Paris, France: Masson.
- Collière, M.-F., & Lawler, J. (1998). Marie-Françoise Collière - Nurse and ethnohistorian: a conversation about nursing and the invisibility of care. *Nursing Inquiry*, 5, 140-145.
- Condon, E. H. (1992). Nursing and the caring metaphor: Gender and political influences on an ethics of care. *Nursing outlook*, 40, 14-19.
- Connie, J., & Canam, R. N. (2012). The Link Between Nursing Discourses and Nurses' Silence. Implications for a Knowledge-Based Discourse for Nursing Practice. Dans P. G. Reed & N. B. Crawford Shearer (dir.), *Perspectives on Nursing Theory* (6^e éd., p. 64-72). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Connor, M. J. (1998). Expanding the Dialogue on Praxis in Nursing Research and Practice. *Nursing science quarterly*, 11, 51-55.
- Connor, M. J. (2004). The practical discourse in philosophy and nursing: an exploration of linkages and shifts in the evolution of praxis. *Nursing philosophy*, 5, 54-66.
- Copp, L. A. (1986). The nurse as advocate for vulnerable persons. *Journal of Advanced Nursing*, 11(3), 255-263.
- Costongs, C., & Springett, J. (1997). Joint working and the production of a City Health Plan: the Liverpool experience. *Health Promotion International*, 12(1), 9-19.
- Couillard, M.-A., & Côté, G. (1993). Les défis d'une interface: les groupes de femmes et le réseau de la santé et des services sociaux de la région de Québec. *Service Social*, 42(2), 29-49.
- Cox, K. R., & Taylor, S. G. (2005). Orem's self-care deficit nursing theory: pediatric asthma as exemplar. *Nursing science quarterly*, 18(3), 249-257.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches*. (2^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Crowe, M. (2000). The nurse patient relationship: A consideration of its discursive context. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 962-967.

- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris, France: Seuil.
- Cull-Wilby, B. L., & Pepin, J. (1987). Towards a coexistence of paradigms in nursing knowledge development. *Journal of Advanced nursing*, *12*, 515-521.
- Curtin, L. L. (1979). The nurse as advocate: A philosophical foundation for nursing. *Advances in Nursing Science*, *1*, 1-10.
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle: un choix obligé. Dans O. Goulet & C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (p. 339-363). Boucherville, QC: Gaëtan Morin.
- D'Cruz, P., & Arora, B. (2010). The Interface between the Family and the Health Care System in the Care of People with HIV/AIDS. *Journal of Health Management*, *12*(3), 273-304.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier: au coeur de la discipline et de la profession*. Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Dallaire, C., Hagan, L., & O'Neill, M. (2000). Linking health promotion and community health nursing: Conceptual and practical issues. Dans M. J. Stewart (dir.), *Community Nursing: Promoting Canadians' health* (2^e éd., p. 317-332). Toronto, ON: W. B. Saunders.
- Davidson, G., Duffy, J., Barry, L., Curry, P., Darragh, E., & Lees, J. (2012). Championing the Interface between Mental Health and Child Protection: Evaluation of a Service Initiative to Improve Joint Working in Northern Ireland. *Child Abuse Review*, *21*, 157-172.
- Davies, S., Laker, S., & Ellis, L. (1997). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *26*, 408-417.
- de Lafond, V., & Mathieu, N. (2003). Jeunes ruraux en difficulté et interventions pour l'insertion. Incidence et prise en compte des spécificités liées aux contextes territoriaux. *Ville-Ecole-Intégration Enjeux*, *134*, 31-47.
- Delaney, F. G. (1994). Making connections: Research into Intersectoral Collaboration. *Health Education Journal*, *53*(53), 474-485.
- Deleuze, G. (1992). Postscript on the Societies of Control. *October*, *59*, 3-7.
- Delor, F., & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science & Medicine*, *50*, 1557-1570.
- DeMarco, R. F., & Roberts, S. J. (2003). Professional development. Negative behaviors in nursing: looking in the mirror and beyond. *American journal of Nursing*, *103*(3), 115-116.

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). *The Landscape of Qualitative Research: Theories and issues*. (2^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Deschesnes, M. (2000). *La structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu*. (Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Montréal).
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (p. 85-111). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Dickoff, J., & James, P. (1968). A theory of theories: A position paper. *Nursing Research*, 17, 197-203.
- Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E. (1968a). Theory in a practice discipline part I: practice oriented theory. *Nursing Research*, 17(5), 415-435.
- Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E. (1968b). Theory in a practice discipline part II: practice oriented research. *Nursing Research*, 17(6), 545-554.
- Doane, G. H., & Varcoe, C. (2004). *Family Nursing as a Relational Inquiry. Developing Health-Promotion Practice*. Philadelphie, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 113-120.
- Drabble, L. (2007). Pathways to collaboration: exploring values and collaborative practice between child welfare and substance abuse treatment fields. *Child Maltreatment*, 12(1), 31-42.
- Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The quality-caring model. Blending dual paradigms. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77-88.
- Duignan, P., Casswell, S., Howden-Chapman, P., Barnes, H. M., Allan, B., & Conway, K. (2003). *Community Project Indicators Framework: Its Use in Community Projects*. Wellington, Nouvelle-Zélande. Repéré à [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/48f14012c1e6f9facc256ccd00083dd8/\\$FILE/CPIF0203.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/48f14012c1e6f9facc256ccd00083dd8/$FILE/CPIF0203.pdf)
- Duncan, S., & Reutter, L. (2006). A critical policy analysis of an emerging agenda for home care in one Canadian province. *Health and Social Care in the Community*, 14(3), 242-253.
- Erlen, J. A., & Frost, B. (1991). Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *Western Journal of Nursing Research*, 13(3), 397-407.

- Evans, A. (2010). Governing Post-Operative Pain: The Construction of "Good and Active" Patients, "Good and Busy" Nurses and the Production of Docile Bodies. *Aporia*, 2(3), 24-31.
- Fagermoen, M. S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced nursing*, 25, 434-441.
- Falk-Rafael, A. R. (1999). The politics on health promotion: influences on public health promoting nursing practice in Ontario, Canada from Nightingale to the nineties. *Advances in Nursing Science*, 22(1), 23-39.
- Falk-Rafael, A. R. (2005). Speaking truth to power: Nursing's legacy and moral imperative. *Advances in Nursing Science*, 28(3), 212-223.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-89.
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P., & Fitzpatrick, J. J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115-119.
- Fazel, M., Doll, H., & Stein, A. (2009). A school-based mental health intervention for refugee children: an exploratory study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 297-309.
- Findley, S. E., Irigoyen, M., Sanchez, M., Guzman, L., Mejia, M., Sajous, M., . . . Chimkin, F. (2006). Community-based strategies to reduce childhood immunization disparities. *Health Promotion Practice*, 17(3), 191S-200S.
- Flaskerud, J. H., & Halloran, E. J. (1980). Areas of agreement in nursing theory development. *Advances in Nursing Science*, 3(1), 1-7.
- Flaskerud, J. H., Lesser, J., Dixon, E., Anderson, N., Conde, F., Kim, S., . . . Verzemnieks, I. (2002). Health Disparities Among Vulnerable Populations. Evolution of Knowledge Over Five Decades in Nursing Research Publications. *Nursing Research*, 51(2), 74-85.
- Folta, J. (1965). The perception of death. *Journal of Nursing Research*, 14, 232.
- Fontaine, A. (2011). *La culture du travail de rue: une construction quotidienne*. (Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Montréal).
- Fontaine, A., & Duval, M. (2003). *Le travail de rue dans l'entre-deux : trousse à l'intention des travailleurs de rue sur leurs rapports avec les autres intervenants*. Montréal, QC: Service aux collectivités de l'UQAM et l'ATTRueQ.

- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris, France: Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité 1: La volonté de savoir*. Paris, France: Gallimard.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the self. Dans L. H. Martin, H. Gutman & P. H. Hulton (dir.), *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault* (p. 16-49). Boston, MA: University of Massachusetts Press.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits, tome 3*. Paris, France: Gallimard.
- Fournier, P., & Potvin, L. (1995). Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme. *Sciences sociales et santé, 13*, 39-57.
- Freeman, R., Oliver, M., Bunting, G., Kirk, J., & Saunderson, W. (2001). Addressing children's oral health inequalities in Northern Ireland: a research-practice-community partnership initiative. *Public Health Reports, 116*(6), 617-625.
- Freire, P. (2006). *Pédagogie de l'autonomie: Savoirs nécessaires à la pratique éducative*. Toulouse, France: Erès.
- Freudenstein, U., & Yates, B. (2001). Public health skills in primary care in South West England - A survey of training needs, obstacles and solutions. *Public Health, 115*, 407-411.
- Frohlich, K. L., De Koninck, M., Demers, A., & Bernard, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.
- Gadow, S. (1980). Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing. Dans S. F. Spicker & S. Gadow (dir.), *Nursing: Images and ideals* (p. 79-101). New York, NY: Springer.
- Gadow, S. (1990). The advocacy covenant: Care as clinical subjectivity. Dans S. Stevenson & T. Tripp-Reimer (dir.), *Knowledge about care and caring: State of the art and future development. Proceedings of a Widespread Conference*. Kansas City, MO: American Academy of Nursing.
- Gadow, S. A. (1985). Nurse and patient : The caring relationship. Dans A. H. Bishop & J. R. Scudder, Jr. (dir.), *Caring, Curing, Coping* (p. 31-43). Tuscaloosa, AL: University of Alabama Press.
- Gagnon, E. (2009). Une société d'accompagnement. Dans M. Clément, L. Gélinau & A.-M. McKay (dir.), *Proximités. Lien, accompagnement et soin* (p. 333-353). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Gagnon, E., Moulin, P., & Eysermann, B. (2011). Ce qu'accompagner veut dire. *Revue d'intervention sociale et communautaire, 17*(1), 90-111.

- Gagnon, F., Turgeon, J., & Dallaire, C. (2008). L'évaluation d'impact sur la santé au Québec : lorsque la loi devient levier d'action. *Télescope*, 14(2), 79-94.
- Gamson, W. A. (1961). A theory of coalition formation. *American Sociological Review*, 26(3), 373-382.
- Gastaldo, D., & Holmes, D. (1999). Foucault and nursing: a history of the present. *Nursing Inquiry*, 6, 231-240.
- Gaucher, C., & Saillant, F. (2010). En Amérique du Nord, la perspective autonomiste et le mouvement sourd. Dans C. Gardou (dir.), *Le handicap au risque des cultures. Variations anthropologiques* (p. 95-109). Toulouse, France: Erès.
- Gebbie, K. M. (2000). Preparing currently employed public health nurses for changes in the health system. *American Journal of Public Health*, 90(5), 716-721.
- Gebbie, K. M., & Turnock, B. J. (2006). The public health workforce, 2006: New challenges. *Health Affairs*, 25(4), 923-933.
- Gendron, S. (1996). L'alliance des approches qualitatives et quantitatives en promotion de la santé: vers une complémentarité transformatrice. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 3, 158-172.
- Gendron, S. (2001). *La pratique participative en santé publique: l'émergence d'un paradigme*. (Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Montréal).
- Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Clavier, C., Dupuis, F., & Lachance-Fiola, J. (2012). Évaluation du volet Soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Portrait de l'intervention PSJP et analyse de l'accompagnement privilégié prénatale et postnatale 0-6 semaines. Montréal, QC: Université de Montréal.
- Genelot, D. (2011). *Manager dans la complexité: Réflexions à l'usage des dirigeants*. (4^e éd.). Paris, France: Insep Consulting.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2007). Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*, 25(12), 124-125.
- Giuliano, K. K., Tyler-Viola, L., & Lopez, R. P. (2005). Unity of knowledge in the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 18(3), 243-248.
- Godin, G., Lévy, J. J., & Trottier, G. (2002). *Vulnérabilités et prévention VIH/sida. Enjeux contemporains*. Québec, QC: Les presses de l'Université Laval.

- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24, 3-27.
- Gonot, P. J. (1989). Imogene M. King's Conceptual Framework of Nursing. Dans J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (dir.), *Conceptual Models of Nursing. Analysis and Application* (p. 271-283). Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Goodman, C., Davies, S. L., Dinan, S., See, T. S., & Iliffe, S. (2011). Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. *British Journal of Community Nursing*, 16, 12-17.
- Gottlieb, L. N., & Feeley, N. (2007). *La collaboration infirmière-patient. Un partenariat complexe*. Montréal, QC: Beauchemin.
- Gottlieb, L. N., & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing: a practice-derived model. *Advances in Nursing Science*, 9(9), 51-61.
- Goulet, O., & Dallaire, C. (2002). *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*. Boucherville, QC: Gaëtan Morin.
- Gouvernement du Québec. (1988). Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec, QC: Les publications du Québec.
- Gow, C., & Williams, J. (1977). Nurses attitudes towards death and dying: a causal interpretation. *Social Science & Medicine*, 8, 191-198.
- Grace, P. J. (2001). Advocacy: Widening the scope of accountability. *Nursing Philosophy*, 2, 151-162.
- Granberg, A., Engberg Bergbom, I., & Lundberg, D. (1998). Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part 1. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14(6), 294-307.
- Grumbach, K., Miller, J., Mertz, E., & Finocchio, L. (2004). How much public health in public health nursing practice? *Public Health Nursing*, 21(3), 266-276.
- Guay, J. (1996). L'approche proactive : rapprocher nos services des citoyens. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(2), 33-48.
- Guba, E. G. (1981). Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. *Educational Communication and Technology Journal*, 29(2), 75-91.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Halbert, T. L., Underwood, J. E., Chambers, L. W., Ploeg, J., Johnson, N. A., & Isaacs, S. M. (1993). Population-based health promotion: A new agenda for public health nurses. *Canadian Journal of Public Health, 84*, 243-245.
- Halliday, J., Asthana, S., & Richardson, S. (2004). Evaluating partnership: The role of formal assessment tools. *Evaluation, 10*(3), 285-303.
- Hardill, K. (2006). From the grey nuns to the streets: A critical history of outreach nursing in Canada. *Public Health Nursing, 24*(1), 91-97.
- Hardy, B., Hudson, B., & Waddington, E. (2003). *Assessing Strategic Partnership. The Partnership Assessment Tool*. Londre, Angleterre. Repéré à <http://www.communities.gov.uk/documents/localgovernment/pdf/135112.pdf>
- Hardy, S., Garbett, R., Titchen, A., & Manley, K. (2002). Exploring nursing expertise: nurses talk nursing. *Nursing Inquiry, 9*(3), 196-202.
- Harpham, T., Burton, S., & Blue, I. (2001). Healthy City Projects in developing countries: the first evaluation. *Health Promotion International, 16*(2), 111-125.
- Harrison, E., & Falco, S. M. (2005). Health disparity and the nurse advocate. *Advances in Nursing Science, 28*(3), 252-264.
- Hawe, P., Bond, L., & Butler, H. (2009). Knowledge Theories Can Inform Evaluation Practice: What Can a Complexity Lens Add? Dans J. M. Ottoson & P. Hawe (dir.), *Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: Implications for evaluation. New Directions for Evaluation*. Repéré à <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ev.316/pdf>
- Hawe, P., Shiell, A., Riley, T., & Gold, L. (2004). Methods for exploring implementation variation and local context within a cluster randomised community intervention trial. *Journal of Epidemiology & Community Health, 58*, 788-793.
- Hayward, R. M., & Tuckey, M. R. (2011). Emotions in uniform: How nurses regulate emotion at work via emotional boundaries. *Human relations, 64*(11), 1501-1523.
- Held, V. (2006). Care as practice and value. Dans V. Held (dir.), *The ethics of care: Personal, Political and Global* (p. 29-44). New York, NY: Oxford University Press.
- Helvie, C. O. (1998). *Advanced Practice Nursing in the Community*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *American journal of Nursing*, 64(8), 62-68.
- Herbert, C. P., Bainbridge, L., Bickford, J., Baptiste, S., Brajtman, S., Dryden, T., . . . Solomon, P. (2007). Factors that influence engagement in collaborative practice: how 8 health professionals became advocates. *Canadian Family Physician*, 53(8), 1318-1325.
- Heslon, C. (2009). L'accompagnement, art de l'ajustement. *Savoirs*, 2(20), 75-78.
- Hewitt, J. (2002). A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 439-445.
- Hills, M., Carroll, S., & Vollman, A. (2006). Promotion de la santé et professions de la santé au Canada. Dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (dir.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (p. 436-456). Lévis, QC: Les Presses de l'Université Laval.
- Hills, M., Mullett, J., & Carroll, S. (2007). Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Pan American Journal of Public Health*, 21, 125-135.
- Hinings, C. R., & Greenwood, R. (1988). *The dynamics of strategic change*. Oxford, UK: Basil Blackwell.
- Hinshaw, A. (2000). Nursing knowledge for the 21st century: opportunities and challenges. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), 117-123.
- Hiscock, J., & Pearson, M. (1996). Professional costs and invisible value in the community nursing market. *Journal of Interprofessional Care*, 10(1), 23-31.
- Holden, L. M. (2005). Complex adaptative systems: concept analysis. *Journal of Advanced nursing*, 52(6), 651-657.
- Hollar, D., Lombardo, D. M., Lopez-Mitnik, G., Hollar, T. L., Almon, M., Adgatston, A. S., & Messiah, S. E. (2010). Effective multi-level, multi-sector, school-based obesity prevention programming improves weight, blood pressure, and academic performance, especially among low-income, minority children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21(Suppl.2), S93-S108.
- Holmes, D. (2002). Police and pastoral power: governmentality and correctional forensic psychiatric nursing. *Nursing Inquiry*, 9(2), 84-92.
- Holmes, D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557-565.

- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 4, 180-186.
- Holmes, D., & O'Byrne, P. (2006). The art of public health nursing: using confession *technè* in the sexual health domain. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 430-437.
- Holmes, D., & Perron, A. (2006). Les groupes vulnérables: comprendre la vulnérabilité et agir. Dans G. Carrol (dir.), *Pratiques en santé communautaires* (p. 195-203). Montréal, QC: Chenelière.
- Holmes, D., Perron, A., & O'Byrne, P. (2006). Evidence, virulence, and the disappearance of nursing knowledge: A critique of the evidence-based dogma. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(3), 95-102.
- Hood, C. C. (1986). *The tools of government*. Chatham, NJ: Chatham House.
- Howlett, M. (2000). Managing the "hollow state": procedural policy instruments and modern governance. *Canadian Public Administration*, 43, 412-431.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris, France: De Boeck.
- INSPQ (2004). *Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être?* Montréal, QC. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/269-RuraliteVilleDifference.pdf>
- Irvine, F. (2007). Examining the correspondance of theoretical and real interpretations of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 593-602.
- Jackson, G., Thornley, S., Whoolston, J., Papa, D., Bernacchi, A., & Moore, T. (2011). Reduced acute hospitalisation with the healthy housing programme. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(7), 588-593.
- Jbilou, J., & Reinharz, D. (2006). Développement d'interfaces entre les services de santé publique et les services cliniques de première ligne à Québec: une étude de cas. *Healthcare Policy*, 2(1), 79-90.
- Jinks, A., Smith, M., & Ashdown-Lambert, J. (2003). The public health roles of health visitors and school nurses: A survey. *British Journal of Community Nursing*, 8(11), 496-501.
- Jobert, B. (1990). Modes de médiation sociale et politiques publiques. *L'Année sociologique*, 40, 155-178.
- Johns, S. (2010). Early childhood service development and intersectoral collaboration in rural Australia. *Australian Journal of Primary Health Care*, 16(1), 40-46.

- Johnson, D. E. (1974). Development of a theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*, 23(5), 372-377.
- Johnson, D. E. (1990). The behavioral system model for nursing. Dans M. E. Parker (dir.), *Nursing theories in practice* (p. 23-32). New York, NY: National league for nursing.
- Johnson, J. L., & Ratner, P. A. (1997). The Nature of Knowledge Used in Nursing Practice. Dans S. E. Thorne & V. E. Hayes (dir.), *Nursing Praxis: Knowledge and Action* (p. 3-22). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Jones, M. (1997). Thinking Nursing. Dans S. E. Thorne & V. Hayes (dir.), *Nursing Praxis: Knowledge and Action* (p. 3-22). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Jonsdottir, H., Litchfield, M., & Pharris, M. D. (2004). The relational core of nursing practice as partnership. *Journal of Advanced nursing*, 47(3), 241-250.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. (2^e  d.). Montréal, QC: Beauchemin.
- Kickbusch, I. (2003). The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *American Journal of Public Health*, 93(3), 383-388.
- Kickbusch, I. (2007). The move towards a new public health. *Promotion & Education*, 2(9), 40-41.
- Kickbusch, I., & Buckett, K. (2010). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Australie: Department of Health, Government of South Australia.
- Kilpatrick, K. (2008). Praxis and the role development of the acute care nurse practitioner. *Nursing Inquiry*, 15(2), 116-126.
- Kim, H. S. (1987). Structuring the nursing knowledge system: a typology of four domains. *Scholarly Inquiry for Nursing practice: An international Journal*, 1(2), 99-110.
- Kim, H. S. (1993). Putting theories into practice: problems and prospects. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1632-1639.
- Kim, H. S. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced nursing*, 29(5), 1205-1212.
- Kim, H. S., & Kollak, I. (2006). *Nursing Theories. Conceptual and Philosophical Foundations*. (2^e  d.). New York, NY: Springer.

- Kleffel, D. (1991). Rethinking the environment as a domain of nursing knowledge. *Advanced Nursing Sciences, 14*(1), 40-51.
- Kleffel, D. (1996). Environmental paradigms: Moving Toward an ecocentric perspective. *Advanced Nursing Sciences, 18*(4), 1-10.
- Koponen, P., Heliö, S. L., & Aro, S. (1997). Finnish public health nurses' experiences of primary health care based on the population responsibility principle. *Journal of Advanced Nursing, 26*, 41-48.
- Kosny, A., & MacEachen, E. (2010). Gendered, Invisible Work in Non-profit Social Service Organizations: Implications for Worker Health and Safety. *Gender, Work and Organization, 17*(4), 359-380.
- Kramer, M. K., & Chinn, P. L. (1988). Perspectives on Knowing: A model of Nursing Knowledge. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 2*, 129-139.
- Kreisel, W., & Von Schirnding, Y. (1998). Intersectoral action for health: a cornerstone for health for all in the 21st century. *World Health Statistics Quarterly, 51*(1), 75-78.
- Kuhn, T. S. (1983). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris, France: Flammarion.
- Kulbock, P. A., Thatcher, E., Park, E., & Meszaros, P. S. (2012). Evolving Public Health Nursing Roles: Focus on Community Participatory Health Promotion and Prevention. *The Online Journal of Issues in Nursing, 17*(2). Repéré à <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No2-May-2012/Evolving-Public-Health-Nursing-Roles.html>
- Kulig, J. C. (2000). Community Resiliency: The Potential for Community Health Nursing Theory Development. *Public Health Nursing, 17*(5), 374-385.
- Kvale, S. (1995). The Social Construction of Validity. *Qualitative Inquiry, 1*(1), 19-40.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Labonte, R. (1994). Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *Health Education and Behavior, 21*(2), 253-268.
- Labonte, R., & Robertson, A. (1996). Delivering the goods, showing our stuff: The case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. *Health Education Quarterly, 23*, 431-447.
- Lalande, A. (2006). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. (2^e éd.). Paris, France: Presses Universitaires de France.

- Lamothe, L. (2007). Le rôle des professionnels dans la structuration des réseaux: une source d'innovation. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (p. 289-298). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Lamoureux, J., & Lesemann, F. (1987). Les filières de l'action sociale - les rapports entre les services sociaux publics et les pratiques communautaires. Rapport présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec, QC: Les Publications du Québec.
- Lamoureux, J., & Lesemann, F. (1989). L'interface entre les services sociaux publics et les ressources communautaires au Québec. *Sciences sociales et santé*, 7(4), 49-67.
- Lampin-Maillet, C., Pérez, S., Ferrier, J.-P., & Allard, P. (2010). *Géographie des interfaces. Une nouvelle vision des territoires*. Paris, France: Éditions Quae.
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2001). Self-help interventions for smoking cessation. *British Journal of General Practice*, 51, 838-845.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Meyer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-389). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Laperrière, A. (2000). L'observation directe. Dans B. Gauthier (dir.), *La recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (3^e éd., p. 241-262). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Laperrière, A. (2010). L'observation directe. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (5^e éd., p. 311-336). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Laramée, M. (2013). *L'accompagnement comme idéaltype de l'intervention sociale: l'expérience et le point de vue de jeunes mères vivant une grossesse précoce et de leurs intervenantes dans un programme de soutien intensif*. (Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Montréal, Montréal).
- Lasker, R. D. (1997). *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration*. New York, NY: The New York Academy of Medicine.
- Lasker, R. D., Weiss, E. S., & Miller, R. (2001). Partnership synergy: A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *Millbank Quarterly*, 79(2), 179-205.
- Laurin, N. (2002). L'accompagnement. *Argument. Politique, société et histoire*, 4(1), 1-6.

- Laustsen, G. (2006). Environment, ecosystems, and ecological behavior: A dialogue toward developing nursing ecological theory. *Advances in Nursing Science*, 29(1), 43-54.
- Lawless, A., Williams, C., Hurley, C., Wildgoose, D., Sawford, A., & Kickbush, I. (2012). Health in All Policies: Evaluating the South Australian Approach to Intersectoral Action for Health. *Canadian Journal of Public Health*, 103(Suppl.1), S15-S19.
- Le Bossé, Y. (2004). De l'"habilitation" au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.
- Le Hénaff, L., & Lepage, C. (2007). *Processus d'implantation et pratiques d'intervention liées à la composante Soutien à la création d'environnements favorables*. Québec, QC: Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.
- Le Moigne, J.-L. (1984). *La théorie du système général: théorie de la modélisation*. (2^e éd.). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Le Moigne, J.-L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris, France: Dunot.
- Le Moigne, J.-L. (1994). *Le constructivisme. Tome I: Des fondements*. Paris, France: ESF Éditeur.
- Le Moigne, J.-L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Le Moigne, J.-L. (1999). *La Modélisation des systèmes complexes*. (2^e éd.). Paris, France: Dunot.
- Le Moigne, J.-L. (2001a). *Le constructivisme. Tome 1: Les enracinements*. Paris, France: L'Harmattan.
- Le Moigne, J.-L. (2001b). *Le constructivisme. Tome 3: Modéliser pour comprendre*. Paris, France: L'Harmattan.
- Le Moigne, J.-L. (2006). *La théorie du système général: théorie de la modélisation*. (5^e éd.). Repéré à <ftp://ftp-developpez.com/jean-louislemoigne/TGS-TM.pdf>
- Le Moigne, J.-L. (2012). *Les épistémologies constructivistes*. (4^e éd.). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Lebeau, A., Vermette, G., & Viens, C. (1996). Développer la concertation intersectorielle: des conditions à l'action. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5(2), 194-205.

- Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1, 152-160.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of Nursing*. New York, NY: National league for nursing.
- Leininger, M. (2006). Madeleine Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. Dans M. E. Parker (dir.), *Nursing theories and Nursing Practice* (2^e éd., p. 309-321). Philadelphie, PA: F.A. Davis.
- Lerbet-Sereni, F. (2004). *Expériences de la modélisation. Modélisation de l'expérience*. Paris, France: L'Harmattan.
- Levesque, J.-F., & Bergeron, P. (2003). De l'individuel au collectif: une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. *Ruptures*, 9(2), 73-89.
- Levy, R. (1994). Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1(1), 92-100.
- Levy, R. (1997). Réflexion sur la recherche en santé publique: des métaphores à la rescousse. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4(1), 35-44.
- Liaschenko, J., & Fisher, A. (1999). Theorizing the Knowledge that nurses use in the conduct of their work. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 13(1), 29-41.
- Lincoln, Y. S. (1992). Fourth generation evaluation: The paradigm revolution and health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 83(Suppl.1), S6-S11.
- Lincoln, Y. S. (1995). Emerging criteria for qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry*, 3, 275-289.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (2^e éd., p. 163-188). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1354-1361.
- Litchfield, M., & Jonsdottir, H. (2008). A practice discipline that's here and now. *Advances in nursing science*, 31(1), 79-91.
- Lock, K., & McKee, M. (2005). Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(5), 356-360.

- Loncle, P., & Jabot, F. (2007). Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers. *Santé publique, 19*(Suppl. 1), S21-S35.
- Longman, A. J., Braden, C. J., & Mishel, M. H. (1997). Pattern of association over time of side-effects burden, self-help, and self-care in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 24*(9), 1555-1560.
- Longtin, M., Richard, L., & Bisailon, A. (2006). L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière. *Recherche en Soins Infirmiers, 87*, 4-15.
- Lucke, K. T. (1998). Ethical implications of caring in rehabilitation. *Nursing Clinics of North America, 33*(2), 253-264.
- Lucke, K. T. (1999). Outcomes of nurse caring as perceived by individuals with spinal cord injury during rehabilitation. *Rehabilitation Nursing, 24*(6), 247-253.
- Lynam, M. (2005). Health as socially mediated process: Theoretical and practice imperatives emerging from research on health inequalities. *Advances in Nursing Science, 28*(1), 25-37.
- Maben, J., & Macleod Clark, J. (1995). Health promotion: a concept analysis. *Journal of Advanced nursing, 22*, 1158-1116.
- Macdonald, G. (2002). Transformative unlearning: safety, discernment and communities of learning. *Nursing Inquiry, 9*(3), 170-178.
- Macleod Clark, J., & Maben, J. (1998). Health promotion: perceptions of Project 2000 educated nurses. *Health Education Research, 13*(2), 213-220.
- Macnab, A. J., Rozmus, J., Benton, D., & Gagnon, F. A. (2008). 3-Year results of a collaborative school-based oral health program in a remot First Nations community. *Rural and Remote Health Journal, 8*(2), 1-7.
- Mallik, M. (1997). Advocacy in nursing - A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 25*, 130-138.
- Mallik, M., & McHale, J. (1995). Support for advocacy. *Nursing Outlook, 91*(4), 28-30.
- Mallinson, S., Popay, J., & Kowarzik, U. (2006). Collaborative work in public health? Reflections on the experience of public health networks. *Critical Public Health, 16*(3), 259-265.
- Mannheimer, L. N., Gulis, G., Lehto, J., & Ostlin, P. (2007). Introducing Health Impact Assessment: An analysis of political and administrative intersectoral working methods. *European Journal of Public Health, 17*(5), 526-531.

- Mannheimer, L. N., Lehto, J., Ostlin, P., Mannheimer, L. N., Lehto, J., & Ostlin, P. (2007). Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden - Open, half-open or half-shut? *Health Promotion International*, 22(4), 307-315.
- Mantoura, P., Gendron, S., & Potvin, L. (2006). Participatory research in public health: Creating innovative alliances for health. *Health and Place*, 13, 440-451.
- Mantoura, P., & Potvin, L. (2012). A realist–constructionist perspective on participatory research in health promotion. *Health Promotion International*, 28(1), 61-72.
- Markham, T., & Carney, M. (2007). Public health nurses and the delivery of quality nursing care in the community. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1342-1350.
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J. H., & Henderson, S. R. (2006). The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(5), 531-569.
- Martin, P. (2010). Pouvoir pastoral, normalisation et soins infirmiers : une analyse foucauldienne. *Aporia*, 2(2), 26-35.
- Mathieu, L. (2000). Une profession inachevée : animatrice de prévention en milieu prostitutionnel. *Sociologie du travail*, 42(2), 263-279.
- Mathieu, N. (1997). Les enjeux de l'approche géographique de l'exclusion sociale. *Économie rurale*, 242(Nov.-Déc.), 21-27.
- May, C. (1990). Research on nurse-patient relationships: problems of theory, problems of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 307-315.
- May, T. (1998). *Autonomy, authority and moral responsibility*. Dordrecht, Pays-Bas: Kluwer Academic Publishers.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York, NY: Harper Perennial.
- Mays, N., Pope, C., & Popay, J. (2005). Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in health field. *Journal of Health Services & Research Policy*, 10(Suppl. 1), 6-20.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2002). *Theoretical Basis for nursing*. Philadelphie, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- McQueen, D. V., Kickbusch, I., Potvin, L., Pelikan, J. M., Balbo, L., & Abel, T. (2007). *Health and Modernity. The role of Theory in Health Promotion*. New York, NY: Springer.
- Mele, A. R. (1995). *Autonomous agents: From self-control to autonomy*. New York, NY: Oxford University Press.

- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical Nursing: Development and progress*. Philadelphie, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing. Development and progress*. (4^e éd.). Philadelphie, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*, 42(6), 255-259.
- MELS (2005). *École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes. En bref*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.
- Melvin, C. S. (2006). A collaborative community-based oral care program for school-age children. *Clinical Nurse Specialist*, 20(1), 18-22.
- Mendell, A. (2006). *La mise en action du modèle écologique par les auteurs d'un territoire CLSC dans le cadre d'un programme de santé publique en périnatalité et pour la petite enfance*. (Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal, Montréal).
- Metzel, D. S., Foley, S. M., & Butterworth, J. (2005). State-level interagency agreements for supported employment of people with disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*, 16(2), 102-114.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2^e éd.). Paris, France: De Boeck.
- Minicucci, D. S., Schmitt, M. H., Dombeck, M. T., & Williams, G. C. (2003). Actualizing Gadov's moral framework for nursing through research. *Nursing Philosophy*, 4, 92-103.
- Mitchell, G., & Bournes, D. A. (2000). Nurse as patient advocate? In search of straight thinking. *Nursing Science Quarterly*, 13(3), 204-209.
- Mitchell, P. F., & Pattison, P. E. (2012). Organizational culture, intersectoral collaboration and mental health care. *Journal of Health Organization and Management*, 26(1), 32-59.
- Montgomery, C. L. (1993). *Healing through communication. The practice of caring*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Morgan, I. S., & Marsh, G. W. (1998). Historic and future health promotion contexts for nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 30, 379-383.
- Morin, E. (1982). *Le vif du sujet*. Paris, France: Seuil.

- Morin, E. (1995). La stratégie de la reliance. *Revue Internationale de Systémique*, 9(2), 105-112.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, France: Seuil.
- Morin, R. (2007). Agir sur les environnements ou sur les individus: Comparaisons France-Québec en promotion de la santé. *Santé publique*, 19(5), 439-448.
- Moser, A., Houtepen, R., & Widdershoven, G. (2007). Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 357-365.
- MSSS (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en situation de vulnérabilité. Cadre de référence*. Montréal, QC: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>
- MSSS (2008a). *L'itinérance au Québec - Cadre de référence*. Montréal, QC: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-846-01.pdf>
- MSSS (2008b). *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*. Montréal, QC: Direction générale de la santé publique du Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris, France: Armand Collin.
- Muhr, T., & Friese, S. (2004). *User's Manual for ATLAS.ti 5.0*. (2^e éd.). Berlin, Allemagne: Scientific software development.
- Murray, S. J., Holmes, D., Perron, A., & Rail, G. (2007). No exit? Intellectual integrity under the regime of "evidence" and "best-practices". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(4), 512-516.
- Murray, S. J., Holmes, D., Perron, A., & Rail, G. (2008). Towards an ethics of authentic practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 682-689.
- Nagle, L. M., & Mitchell, G. J. (1991). Theoretic diversity: Evolving paradigmatic issues in research and practice. *Advances in Nursing Science*, 14, 17-25.
- Nagy, S. (1999). Strategies used by burns nurses to cope with the infliction of pain on patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1427-1433.
- Nay, O., & Smith, A. (2004). *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action publique*. Paris, France: Economica.

- Neuman, B. (1995). The Neuman Systems Model. Dans B. Neuman (dir.), *The Neuman Systems Model* (p. 3-63). Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Newman, M. A. (1990). Newman's Theory of Health as Praxis. *Nursing science quarterly*, 3, 37-41.
- Newman, M. A. (1991). Prevailing paradigms in nursing. *Nursing outlook*, 40(1), 10-14.
- Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances of nursing science*, 14(1), 1-6.
- Nightingale, F. (1859/1969). *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. New York, NY: Dover Publications Inc.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec, QC: Les Presses de l'Université Laval.
- O'Byrne, P., & Holmes, D. (2009). The Politics of Nursing Care : Correcting Deviance in Accordance with the Social Contract. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 10(2), 153-162.
- O'Neill, M., Boyer, M., & Roch, G. (2011). *Petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé*. Québec, QC: Les presses de l'Université Laval.
- O'Neill, M., Dupéré, S., Pederson, A., & Rootman, I. (2006). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Québec, QC: Les Presses de l'Université Laval.
- O'Neill, M., Gagnon, F., & Dallaire, C. (2006). La Politique, les Politiques, le Politique: trois manières d'aborder l'action politique en santé communautaire. Dans G. Carroll (dir.), *Pratiques en santé communautaire* (p. 113-126). Montréal, QC: Chenelière.
- O'Neill, M., Lemieux, V., Groleau, G., Fortin, J. P., & Lamarche, P. A. (1997). Coalition theory as a frame work for understanding and implementing intersectoral health-related interventions. *Health Promotion International*, 12(1), 79-87.
- O'Reilly, L. (2007). *La signification de l'expérience d'« être avec » la personne soignée et sa contribution à la réadaptation : la perception d'infirmières*. (Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Montréal).
- O'Reilly, L., & Cara, C. (2010). "Être avec" la personne soignée en réadaptation: une rencontre humaine profonde thérapeutique et transformatrice. *Recherche en Soins Infirmiers*, Décembre(103), 46-66.
- O'Reilly, L., Cara, C., Avoine, M.-P., & Brousseau, S. (2010). *Défis et enjeux de pratiques humanisantes en réadaptation: La perspective de personnes*

hospitalisées. Communication présentée à Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Palais des congrès de Montréal.

- O'Reilly, L., Cara, C., Avoine, M.-P., & Brousseau, S. (2011). Résilience: pour voir autrement l'intervention en réadaptation. *Journal of Human Development, Disability, and Social Change*, 19(1), 111-116.
- Öhlén, J., & Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced nursing*, 28, 720-727.
- Omar, M. A., Pariyo, G. W., Bufardec, G. M., & Guerra, R. (1993). A need for community education, popular participation and intersectoral action to develop and sustain water and sanitation programmes. *Annali di igiene : medicina preventiva e di comunita*, 5(3), 161-173.
- OMS. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Première Conférence Internationale pour la promotion de la santé*. Repéré à http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- OMS. (2008). Comblent le fossé en une génération. Instauration de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final. Genève, Suisse: Commission des Déterminants sociaux de la santé.
- OMS, & ASPC (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Repéré à http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf
- Orem, D. E. (1987). *Soins infirmiers: les concepts et la pratique*. Montréal, QC: McGraw-Hill.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. (5^e éd.). St-Louis, MO: Mosby.
- Orem, D. E. (2006). Dorothea E. Orem's: Self-care deficit nursing theory. Dans M. E. Parker (dir.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (2^e éd., p. 141-149). Philadelphie, PA: F.A. Davis.
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. New York, NY: GP Putnam's Sons.
- Ouellet, F., Paiement, M., & Tremblay, P.-H. (1995). L'action intersectorielle: un jeu d'équipe. Montréal, QC: Direction de la santé publique de Montréal-centre.
- Pagliccia, N., Spiegel, J., Alegret, M., Bonet, M., Martinez, B., & Yassi, A. (2010). Network analysis as a tool to assess the intersectoral management of health determinants at the local level: A report from an exploratory study of two Cuban municipalities. *Social Science & Medicine*, 71, 394-399.

- Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative : Postures de recherche et travail de terrain*. Paris, France: Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France: Armand Collin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (2^e éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3^e éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Paley, J. (2007). Complex adaptative systems and nursing. *Nursing Inquiry*, 14(3), 233-242.
- Pampalon, R., Hamel, D., & Raymond, G. (2004). *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé au Québec - Mise à jour 2001*. Québec, QC: INSPQ.
- Pampalon, R., & Raymond, G. (2000). A deprivation index for Health and Welfare Planning in Québec. *Chronic diseases in Canada*, 21(3), 104-113.
- Paquette, D., & Reinharz, D. (2009). Le renforcement de l'interface entre les services de santé publique et de première ligne: enjeux et pistes de solution. *Healthcare Policy*, 4(4), 186-196.
- Parker, J. M. (2004). Nursing on the medical ward. *Nursing Inquiry*, 11(4), 210-217.
- Parker, M. E. (2006). *Nursing Theories and Nursing Practice*. (2^e éd.). Philadelphie, PA: F.A. Davis.
- Parker, M. E., & Smith, M. C. (2010). *Nursing Theories and Nursing Practice*. (3^e éd.). Philadelphie, PA: F.A. Davis.
- Parse, R. R. (2003). *L'humain en devenir : Nouvelle approche de soin et de la qualité de vie*. Québec, QC: Les Presses de l'Université Laval.
- Parse, R. R. (2006). Rosemarie Rizzo Parse's Human Becoming School of Thought. Dans M. E. Parker (dir.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (2^e éd., p. 187-194). Philadelphie: F.A. Davis.
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1988). *Humanistic Nursing*. (2^e éd.). New York, NY: National league for nursing.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage publications.
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*. Paris, France: L'Harmattan.

- Paul, M. (2009a). Autour du mot accompagnement. *Recherche et Formation*, 62, 129-139.
- Paul, M. (2009b). L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, 2(20), 11-63.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services & Research Policy*, 10(Suppl. 1), 21-34.
- Pechter, E., Azaroff, L. S., Lopez, I., & Goldstein-Gelb, M. (2009). Reducing hazardous cleaning product use: a collaborative effort. *Public Health Reports*, 124(Suppl. 2), 49-52.
- Peifer, K., & Perez, L. (2011). Effectiveness of a coordinated community effort to promote early literacy behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 15(6), 765-771.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Penney, W., & Warelow, P. J. (1999). Understanding the prattle of praxis. *Nursing Inquiry*, 6, 259-268.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3^e   d.). Montréal, QC: Chenelière.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York, NY: Putnam.
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London, Angleterre: Macmillan Education.
- Peretz, H. (2007). *Les méthodes en sociologie - L'observation*. Paris, France: La Découverte.
- Perron, A., Fluet, C., & Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 5(5), 536-544.
- Pinson, G., & Sala Pala, V. (2007). Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique? *Revue française de science politique*, 57(5), 555-597.
- Piper, S. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. *Nurse Education Today*, 28, 186-193.

- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Lapperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Poland, B. (2002). Transcription Quality. Dans J. F. Gubrium & J. A. Holstein (dir.), *Handbook of Interview Research. Context and Method* (p. 629-650). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Potvin, L. (2012). Intersectoral action for health: more research is needed! *International Journal of Public Health*, 57, 5-6.
- Potvin, L., Cargo, M., McComber, A. M., Delormier, T., & Macaulay, A. C. (2003). Implementing participatory intervention and research in communities: lessons from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project in Canada. *Social Science & Medicine*, 56(6), 1295-1305.
- Potvin, L., Gendron, S., Bilodeau, A., & Chabot, P. (2005). Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health*, 95(4), 591-595.
- Poulton, B. (2009). Barriers and facilitators to the achievement of community-focused public health nursing practice: a UK perspective. *Journal of Nursing Management*, 17, 74-83.
- Poupart, J., Groulx, L.-H., Deslauriers, J.-P., Lapperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Price, A., & Williams, A. (2003). Primary care nurse practitioners and the interface with secondary care: a qualitative study of referral practice. *Journal of Interprofessional Care*, 17(3), 239-249.
- Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Esch-Janssen, W. P., Crebolder, H. F. J. M., & Meulen, R. H. J. (2000). Patient autonomy during rehabilitation: the experiences of Instroke patients in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 267-276.
- Purkis, M. E. (1994). Entering the field: intrusions of the social and its exclusion from studies of nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 31(4), 315-336.
- Purkis, M. E., & Bjornsdottir, K. (2006). Intelligent nursing: accounting for knowledge as action in practice. *Nursing Philosophy*, 7, 247-256.
- Quint, J. (1966). Awareness of death and the nurse's composure. *Nursing Research*, 15, 49-55.

- Rafael, A. R. (1995). Advocacy and empowerment: Dichotomous or synchronous concepts? *Advances in Nursing Science, 18*, 25-32.
- Rafael, A. R. (1996). Power and caring: A dialectic in nursing. *Advances in Nursing Science, 19*(1), 3-17.
- Rafael, A. R. (2000). Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. *Advances in nursing science, 23*(2), 34-49.
- Raphael, D. (2006). Les inégalités de santé au Canada: faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités. Dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (dir.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (p. 138-159). Lévis, QC: Les presses de l'Université Laval.
- Raphael, D. (2009). Poverty, human development, and health in Canada: Research, practice, and advocacy dilemmas. *Canadian Journal of Nursing Research, 41*(2), 7-18.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment / Exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 15*, 121-148.
- Ratcliffe, J. W., & Gonzalez-del-Valle, A. (1988). Rigor in health-related research: Toward an expanded conceptualization. *International Journal of Health Sciences, 18*, 361-392.
- Reeve, K., Byrd, T., & Quill, B. E. (2004). Health promotion attitudes and practices of Texas nurse practitioners. *Journal of Academic Nurse Practitioners, 16*, 125-133.
- Reutter, L. I., & Ford, J. S. (1998). Perceptions of changes in public health nursing practice: A Canadian perspective. *International Journal of Nursing Studies, 35*, 85-94.
- Reutter, L. I., & Kushner, K. E. (2010). Health equity through action on the social determinants of health: taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry, 17*(3), 269-280.
- Rice, M. C. (2007). The importance of nursing advocacy for the health promotion of female welfare recipients. *Nursing Outlook, 55*(5), 220-223.
- Richard, L., Fortin, S., & Bérubé, F. (2004). Prévention et promotion de la santé pour les enfants et les jeunes: description et enjeux de la pratique infirmière en CLSC. *Santé publique, 42*(2), 273-285.
- Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Sauvé, M., & Garceau-Brodeur, M.-H. (2010). Health Promotion and Disease Prevention Among Nurses Working in

- Local Public Health Organizations in Montréal, Québec. *Public Health Nursing*, 27(5), 450-458.
- Richard, L., Pineault, R., D'Amour, D., Brodeur, J. M., Séguin, L., & Latour, L. (2005). The diversity of prevention and health promotion services offered by Quebec Community Health Centers: A study of infant and toddler programmes. *Health and Social Care in the Community*, 13(5), 399-408.
- Riley, T., & Hawe, P. (2005). Researching practice: the methodological case for narrative inquiry. *Health Education Research*, 20(2), 226-236.
- Risjord, M. (2010). *Nursing Knowledge. Science, Practice and Philosophy*. Oxford, Angleterre: Wiley-Blackwell.
- Rissel, C., & Rowling, L. (2000). Intersectoral Collaboration for the development of a national framework for health promoting schools in Australia. *Journal of School Health*, 70(6), 248-250.
- Roach, M. S. (1987). *The human act of caring*. Ottawa, ON: Canadian Hospital Association
- Roach, M. S. (2002). *Caring, the human mode of being: A blueprint for the health professions*. (2^e éd.). Ottawa, ON: Presses de l'Association Canadienne en Santé.
- Robinson, A. (1999). At the interface of health and community care: developing linkages between aged care services in a rural context. *Australian Journal of Rural Health*, 7, 172-180.
- Rodney, P., & Varcoe, C. (2001). Toward ethical inquiry in the economic evaluation. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(1), 35-57.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65-72.
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphie, PA: F. A. Davis.
- Rogers, M. E. (1980). A science of unitary man. Dans J. P. Riehl & C. Roy (dir.), *Conceptual models for nursing practice* (2^e éd.). New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Rogers, M. E. (1983). Science of unitary human beings: A paradigm for nursing. Dans I. W. Clements & F. B. Roberts (dir.), *Family health: A theoretical approach to nursing care* (p. 219-227). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Rogers, M. E. (1986). Science of unitary Human Beings. Dans V. M. Malinski (dir.), *Explorations on Martha Rogers' Science of Unitary Human Beings* (p. 3-8). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

- Rogers, M. E. (1990). Nursing: Science of unitary, irreducible, human beings. Update 1990. Dans E. A. M. Berrett (dir.), *Visions of Rogers' science-based nursing* (p. 5-11). New York, NY: National league for nursing.
- Rolfe, G. (1993). Closing theory-practice gap: a model for nursing praxis. *Journal of clinical nursing*, 2, 173-177.
- Rolfe, G. (2005). The deconstructing angel: nursing reflection and evidence-based practice. *Nursing Inquiry*, 12(2), 78-86.
- Rosnay, J. (1975). *Le macroscopie. Vers une vision globale*. Paris, France: Seuil.
- Roy, C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 26-34.
- Roy, C. (1995). Developing nursing knowledge: Practice issues raised from four philosophical perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 8(2), 79-85.
- Roy, C. (1997a). Future of the Roy model: Challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 42-48.
- Roy, C. (1997b). Knowledge as universal cosmic imperative. Dans D. R. Jones (dir.), *Knowledge Impact 1996: Conference Proceedings* (p. 95-117). Chestnut Hill, MA: Boston College Press.
- Roy, C., & Andrews, H. (1991). *The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement*. Norwalk, CT: Appleton & Lange
- Roy, C., & Andrews, H. (1999). *The Roy Adaptation Model*. (2^e éd.). Stanford, CA: Appleton & Lange.
- Roy, C., & Zhan, L. (2006). Sister Callista Roy's Adaptation Model and Its Applications. Dans M. E. Parker (dir.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (2^e éd., p. 268-280). Philadelphie, PA: F.A. Davis.
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 46-57.
- Saillant, F. (2000). Identité, Indivisibilité sociale, Altérité: Expérience et Théorie anthropologique au coeur des pratiques soignantes. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 155-171.
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Salazar, M. K., & Primomo, J. (1994). Tacking the lead in environmental health. Defining a model for practice. *American Association of Occupational Health nurses*, 42(7), 317-324.

- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advanced in Nursing Science*, 8(3), 27-37.
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (3^e éd., p. 263-285). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation: ses cadres épistémologiques, sa pertinence, ses limites. Dans M. Anadón & M. L'Hostie (dir.), *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation* (p. 15-49). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche en sociales sociales: de la problématique à la collecte de données* (5^e éd., p. 337-360). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Schoenfeld, B. M., & MacDonald, M. B. (2002). Saskatchewan public health nursing survey: Perceptions of roles and activities. *Canadian Journal of Public Health*, 93(6), 452-456.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. New York, NY: Basic Books.
- Schultz, D. S., & Carnevale, F. A. (1996). Engagement and suffering in responsible caregiving: On overcoming maleficence in health care. *Theoretical Medicine*, 17(3), 189-207.
- Schwandt, T. A. (2007). *The Sage Dictionary of Qualitative Inquiry*. (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Schwartz, L. (2002). Is there an advocate in the house? The role of healthcare professionals in patients advocacy. *Journal of Medical Ethics*, 37(4), 1-6.
- Sellman, D. (2005). Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nusing Philosophy*, 6, 2-10.
- Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Greaves, L., & O'Campo, P. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*, 57, 25-33.
- Sheilds, L. E., & Lindsey, A. E. (1998). Community health promotion nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 20, 23-36.
- Sherring, J., Robson, A., Morris, A., Frost, B., & Tirupali, S. (2010). A working reality: evaluating enhanced intersectoral links in supported employment for people with psychiatric disabilities. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(4), 261-267.

- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M.-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science and Medicine*, 55, 991-1003.
- Sieloff, C. L. (2006). Interacting Systems Framework and Middle Range Theory of Goal Attainment. Dans A. M. Tomey & M. R. Alligood (dir.), *Nursing Theorists and Their work* (p. 297-317). St-Louis, MO: Mosby.
- Simon, H. A. (2004). *Les sciences de l'artificiel*. Cambridge, MA: Gallimard.
- Sindall, C. (1997). Intersectorial collaboration: the best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 12(1), 5-7.
- Sjogren, A., Poskiparta, M., Limatainen, M., & Kettunen, T. (2002). Teachers' views on curricula, development in health promotion in two Finnish polytechnics. *Nurse Education Today*, 23, 112-122.
- Smith, G. (2007). Health disparities: What can nursing do? *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(4), 285-291.
- Spichiger, E., Wallhagen, M. I., & Benner, P. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinave journal of caring science*, 19, 303-309.
- Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 715-721.
- St-Pierre, M., Reinharz, D., & Gauthier, J.-B. (2006). Organizing the public health - clinical health interface: Theoretical bases. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9, 97-106.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stake, R. E. (2005). Qualitative case studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3^e éd., p. 443-466). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basic qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.

- Tarlier, D. (2004). Mediating the meaning of evidence through epistemological diversity. *Nursing Inquiry*, 12(2), 126-134.
- Taylor, C. (1992). *Grandeur et misère de la modernité*. Montréal, QC: Bellarmin.
- Taylor, C. (1998). *Les sources du moi. La formation de l'identité moderne*. Paris, France: Seuil.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York, NY: The Falmer Press.
- Thorne, S. E., Canam, C., Dahinten, S., Hall, W., Henderson, A., & Kirkham, S. R. (1998). Nursing's Metaparadigm Concepts: Disimpacting the Debates. *Journal of Advanced nursing*, 27(6), 1257-1268.
- Thorne, S. E., & Hayes, E. V. (1997). *Nursing praxis. Knowledge and action*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Thurston, W. E., Scott, C. M., Horne, T., & Donner, L. (2003). Constraints on women's intersectoral health partnerships: lessons from Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(3), 108-122.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing Theorists and their work*. (6^e éd.). St-Louis, MO: Mosby.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. (7^e éd.). St-Louis, MO: Mosby.
- Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy*, 16, 125-146.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
- Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphie, PA: F.A. Davis.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2^e éd.). Philadelphie, PA: F.A. Davis.
- Trent, M., Jennings, J. M., Waterfield, G., Lyman, L. M., & Thomas, H. (2009). Finding Targets for Obesity Intervention in Urban Communities: School-Based Health Centers and the Interface with Affected Youth. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 86(4), 571-583.
- Turnbull, J., & Beese, J. (2000). Negotiating the boundaries: the experience of the mental health nurse at the interface with the criminal justice system. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 289-296.

- Van Herten, L. M., Reijneveld, S. A., & Gunning-Schepers, L. J. (2001). Rationalising chances of success in intersectoral health policy making. *Journal of Epidemiology & Community Health, 55*(5), 342-347.
- Villarruel, A. M., Bishop, T. L., Simpson, E. M., Jemmott, L. S., & Fawcett, J. (2001). Borrowed theories, shared theories, and the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly, 14*(2), 158-163.
- Villeneuve, M. (2008). Yes we can! Eliminating health disparities as part of the core business of nursing on a global level. *Policy, Politics & Nursing Practice, 9*, 334-341.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion, 6*(3), 197-205.
- Walther, P., & Scott, H. (2012). Conceptions of health promotion held by pre-registration student nurses in four schools of nursing in New Zealand. *Nurse Education Today, 32*, 229-234.
- Warnet, S. (2007). Identité infirmière et professionnalisation. *La revue de l'infirmière, 56*(43), 28-29.
- Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social network analysis: Methods and applications*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human Science and Human Care*. Denver, CO: National league for nursing.
- Watson, J. (1988). New dimensions of human caring theory. *Nursing science quarterly, 1*, 175-181.
- Watson, J. (1990). Caring Knowledge and Informed Moral Passion. *Advances in nursing science, 13*, 15-24.
- Watson, J. (1997). The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nursing science quarterly, 10*(1), 49-52.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. St-Louis, MO: Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2000). Via negativa: Considering caring by way of non-caring. *The Australian Journal of Holistic Nursing, 7*(1), 4-8.
- Watson, J. (2001). Theory of human caring. Dans M. A. Parker (dir.), *Nursing theories and nursing practices* (p. 344-354). Philadelphie, PA: F.A. Davies.
- Watson, J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness: a practice of transpersonal nursing. *Holistic Nursing Practice, 16*(4), 12-19.

- Watson, J. (2005). Caring Science: Belonging Before Being as Ethical Cosmology. *Nursing science quarterly*, 18(4), 304-305.
- Watson, J. (2006). Jean Watson's Theory of Human Caring. Dans M. E. Parker (dir.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (2^e éd., p. 295-302). Philadelphie, PA: F.A. Davis.
- Watson, J. (2007). Theoretical questions and concerns: response from a Caring Science framework. *Nursing science quarterly*, 20(1), 13-15.
- Watson, J. (2008a). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2008b). Social justice and human caring: a model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice and humanity. *Creative Nursing*, 14(2), 54-61.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing*. (2^e éd.). Boulder, CO: Jones and Bartlett.
- Watson, J., Speller, V., Markwell, S., & Platt, S. (2000). The Verona Benchmark: Applying evidence to improve the quality of partnership. *Promotion & Education*, 2, 16-23.
- Webb, K., Hawe, P., & Noort, M. (2001). Collaborative Intersectoral Approaches to Nutrition in a community on the Urban Fringe. *Health Education and Behavior*, 28(3), 306-319.
- Weiss, E. S., Anderson, R. M., & Lasker, R. D. (2002). Making the most of collaboration: Exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning. *Health Education and Behavior*, 29(6), 683-698.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning Meaning and Identity*. (6^e éd.). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Werrett, J. A., Helm, R. H., & Carnwell, R. (2001). The primary and secondary care interface: the educational needs of nursing staff for the provision of seamless care. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 629-638.
- Westbrook, L. O., & Schultz, P. R. (2000). From theory to practice: community health nursing in a public health neighborhood team. *Advances in Nursing Science*, 23(2), 50-61.
- White, D., Jobin, L., McCann, D., & Morin, P. (2002). *Pour sortir des sentiers battus: l'action intersectorielle en santé mentale*. Québec, QC: Les Presses de l'Université du Québec.

- White, J. (1995). Patterns of Knowing: Review, Critique, and Update. *Advances in nursing science, 17*(4), 73-86.
- Whitehead, D. (1999). The application of health promoting practice within orthopaedic-settings. *Journal of Orthopaedic Nursing, 3*, 101-107.
- Whitehead, D. (2001a). Applying collaborative practice to health promotion. *Nursing Standard, 15*(20), 33-37.
- Whitehead, D. (2001b). Health education, behavioural change and social psychology: nursing's contribution to health promotion. *Journal of Advanced Nursing, 34*(6), 822-832.
- Whitehead, D. (2001c). A social cognitive model for health education/health promotion practice. *Journal of Advanced Nursing, 36*(3), 417-425.
- Whitehead, D. (2002). The "health promotional" role of a pre-registration student cohort in the UK: a grounded theory study. *Nurse Education in Practice, 2*, 197-207.
- Whitehead, D. (2003). Health promotion and health education viewed as symbolic paradigms: bridging the theory and practice gap between them. *Journal of Clinical Nursing, 12*, 796-805.
- Whitehead, D. (2006a). The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing. *International Journal of Nursing Studies, 43*, 123-131.
- Whitehead, D. (2006b). Health promotion in the practice setting: Findings from a review of clinical issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 3*(4), 165-184.
- Whitehead, D. (2006c). Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *Journal of Nursing Management, 14*, 59-68.
- Whitehead, D. (2009). Reconciling the differences between health promotion in nursing and "general" health promotion. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 856-874.
- Whitehead, D. (2010). Health promotion in nursing: a deridean discourse analysis. *Health Promotion International, 1*-11.
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research, 11*(4), 522-537.
- Wiens, A. G. (1993). Patient autonomy in care: a theoretical framework for nursing. *Journal of Professional Nursing, 9*(2), 95-103.
- Wilhensson, S., & Lindberg, M. (2007). Prevention and Health promotion and evidence-based fields of nursing: a literature review. *International Journal of Nursing Practice, 13*, 154-265.

- Wilhensson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice, 15*, 156-163.
- Wilkinson, S. (1991). Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing, 16*, 677-688.
- Williams, A., & Sibbald, B. (1999). Changing roles and identities in primary health care: exploring a culture of uncertainty. *Health and nursing policy issues, 29*(3), 737-745.
- Williams, P. (2002). The competent boundary spanner. *Public Administration, 80*(1), 103-124.
- Wills, R., Morris, M. K., Hedley, C., Freer, T., & Morris, H. (2010). Improving school readiness with the Before School Check: early experience in Hawke's Bay. *The New Zealand Medical Journal, 123*(1326), 47-58.
- Wilson, F. L., Baker, L. M., Nordstrom, C. K., & Legwand, C. (2008). Using the teach-back and Orem's Self-care Deficit Nursing theory to increase childhood immunization communication among low-income mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 31*(1), 7-22.
- Wilson, S. M., & Ferch, S. R. (2005). Enhancing resilience in the workplace through the practice of caring relationships. *Organization Development Journal, 23*(4), 45-60.
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris, France: L'Harmattan.
- Wittorski, R. (2008). La professionnalisation : note de synthèse. *Revue Savoirs, 2*(17), 9-36.
- Zahner, S. J., & Gredig, Q. N. B. (2005). Public health nursing practice change and recommendations for improvement. *Public Health Nursing, 22*(5), 422-428.
- Zandee, G., Bossenbroek, D., Friesen, M., Blech, K., & Engberg, R. (2010). Effectiveness of community health worker/nursing student teams as a strategy for public health nursing education. *Public Health Nursing, 27*(3), 277-284.

Appendices⁵⁷

⁵⁷ Par soucis de transparence, les appendices qui sont présentés correspondent aux documents originaux élaborés à l'amorce de notre projet de recherche et auxquels ont été exposés les participants. Cependant, il est à spécifier que la terminologie relative à notre projet a évolué et s'est précisée en cours d'étude, sans toutefois en changer les paramètres fondamentaux.

Appendice 1

Exemple d'une lettre d'invitation à collaborer à notre projet de recherche⁵⁸

⁵⁸ Certains éléments de cette lettre ont été masqués en noir afin de protéger l'anonymat du milieu sollicité.

[REDACTED]

OBJET: Demande de collaboration à un projet de recherche doctoral

Madame, Monsieur,

C'est avec vif intérêt que nous vous transmettons une demande de collaboration à la réalisation de notre projet de recherche doctoral. Ce projet est le fruit de travaux entrepris dans le cadre de l'obtention d'un grade de doctorat en sciences infirmières [REDACTED]

[REDACTED] Tel que vous serez à même de le constater, notre projet s'inscrit dans l'axe [REDACTED] de votre programmation de recherche, avec un intérêt particulier d'appuyer le développement de pratiques infirmières en première ligne visant à agir selon des modalités collectives intersectorielles, à l'interface entre des familles vulnérables et les ressources du milieu.

Les infirmières sont des acteurs essentiels des services de première ligne en CSSS. Au cœur d'une pluralité de programmes desservant des populations vivant en contexte de vulnérabilité sociale, les infirmières se retrouvent dans une position privilégiée pour comprendre les besoins complexes des personnes et des familles. Par ailleurs, dans la conjoncture actuelle de mise en œuvre de l'approche populationnelle, leurs connaissances des ressources et des conditions dans lesquelles vivent les populations du territoire font en sorte qu'elles représentent un apport substantiel aux concertations qui prennent forme pour répondre aux problèmes sociaux et de santé des clientèles vulnérables. De ce fait, elles sont des acteurs fondamentaux à considérer dans des pratiques collectives qui s'élaborent hors des frontières de l'institution de santé, pour réduire la vulnérabilité sociale.

Un parcours exhaustif de la littérature ainsi que la réalisation d'entretiens informels auprès d'infirmières laissent toutefois croire que leur contribution effective dans des pratiques collectives demeure encore limitée. D'une part, malgré les évidences quant à l'apport essentiel des infirmières aux réseaux qui se mettent en place dans les services de première ligne en CSSS, force est de constater que peu d'infirmières sont préparées à entreprendre de telles pratiques, et que l'accompagnement par leurs organisations pour déployer ces pratiques constitue toujours un défi de taille. D'autre part, pour celles qui commencent à s'y engager, il s'avère que peu de recherches apportent un éclairage spécifique aux infirmières, ce qui restreint notre capacité de soutenir leur déploiement.

Le projet de recherche proposé ici vise à modéliser les pratiques collectives auxquelles prennent part des infirmières en CSSS par l'intermédiaire de leur participation à des programmes de santé publique dédiés à des clientèles vulnérables. Il s'agit, plus particulièrement, d'identifier des repères pour accompagner le développement de telles pratiques, de cibler des pistes pour la formation des infirmières, de même que des repères pour soutenir les organisations dans les changements qui s'opèrent.

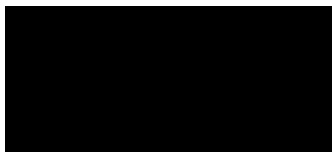
Tel que l'indique le devis ci-joint, une étude qualitative exploratoire est proposée dans deux à trois CSSS d'un territoire urbain donné. Notre étude se déroulera à l'intérieur de programmes des *services généraux et spécifiques* en CSSS, de manière à être exposée à des niveaux de développement différents de pratiques collectives dans lesquelles les infirmières commencent à s'impliquer. En particulier, le programme des SIPPE, dans lequel nous souhaitons recruter des infirmières dans votre organisation, a été retenu car il convie ces dernières à s'inscrire dans un axe d'intervention visant la création d'environnements favorables (CEF) à la santé de familles vulnérables. Cet axe mise sur des processus de mise en relation avec la clientèle et des acteurs de secteurs variés, et interpelle les infirmières pour agir *dans* l'environnement de personnes vulnérables. En termes d'implication pour votre CSSS, nous envisageons rencontrer de 4 à 6 infirmières pour la réalisation d'un entretien semi-dirigé d'une durée de 90 minutes. À la suite de cet entretien, les infirmières seraient invitées à compléter un bref questionnaire auto-administré visant à dresser un portrait de leur profil professionnel et de formation. Au terme des analyses du contenu des entretiens, l'une des infirmières de votre organisation pourrait être approchée pour participer à une phase de collecte de données destinée à l'observation de pratiques infirmières collectives. Si tel est le cas, cette observation se déroulerait selon des modalités convenues avec elle ainsi que selon les possibilités du milieu, pour une durée estimée de 6 mois. Cette observation vise à recueillir de l'information sur les lieux, le contexte ainsi que les acteurs impliqués dans des pratiques infirmières collectives. Des entretiens informels avec l'infirmière retenue pour de l'observation sont aussi envisagés, soit à mi-parcours et à la fin de la période d'observation, pour permettre d'enrichir et/ou de nuancer les données recueillies. Enfin, le chef de programme du secteur EFJ serait contacté pour l'obtention de documents permettant la réalisation d'une analyse documentaire ayant pour intention de compléter la description du contexte à l'intérieur duquel prennent place ces pratiques. La rigueur scientifique de ce projet a été évaluée dans le cadre d'un examen de synthèse doctoral ainsi qu'un comité d'approbation constitué de professeurs de l'Université de Montréal et de l'Université d'Ottawa.

Tout au long de la démarche de recherche, la chercheuse principale du projet sera supervisée par ses directrices de thèse. Une bourse d'étude doctorale du Ministère de l'éducation, des loisirs et des sports (MELS) permet de supporter la chercheuse

principale dans la tenue de ses activités de recherche. Sur le plan éthique, la participation à ce projet est volontaire. De plus, l'information transmise dans le cadre de la recherche demeurera strictement confidentielle. Les résultats de cette étude feront l'objet de communications dans les milieux où se déroulera la recherche, dans des congrès scientifiques et dans des articles scientifiques rédigés à la suite de la thèse. Aucune information pouvant identifier les participants ou les milieux ne sera dévoilée.

Si cette recherche est accueillie dans votre établissement, nous nous engageons à respecter les conditions qui seront émises quant aux modalités particulières de collaboration de votre milieu. Ci-joint, vous trouverez les documents nécessaires à l'évaluation de cette demande.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, à l'expression de nos sentiments les meilleurs,



Lauralie Richard, inf., Ph.D (candidate),
Chercheure principale,
Étudiante au doctorat,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal



Appendice 2

Formulaire d'information et de consentement pour les entretiens de recherche :


Programme des SIPPE

Formulaire d'information et de consentement

- Entretiens- Programme des SIPPE

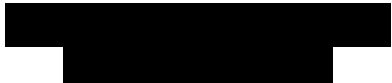
Chercheure principale :

Lauralie Richard, Ph.D (candidate)
Étudiante au doctorat
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

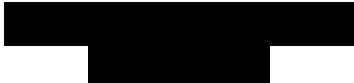


Directrice et co-directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D,
Directrice de thèse,
Professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal



Chantal Cara, inf. Ph.D,
Co-directrice de thèse,
Professeure titulaire,
Vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal



Formulaire d'information et de consentement

| | |
|-------------------------------------|--|
| Titre du projet de recherche | Modélisation systémique de pratiques infirmières collectives en émergence. |
| Population visée | Infirmières œuvrant au sein des SIPPE. |

PRÉAMBULE

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche parce que vous travaillez en tant qu'infirmière⁵⁹ au sein du Programme SIPPE dans un CSSS. Ce formulaire de consentement vous informe sur les composantes de la recherche et sur la nature de votre participation, si vous décidez de prendre part au projet. Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Le document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. La chercheuse sera disponible pour vous donner des explications supplémentaires que vous pourriez souhaiter.

I. INFORMATION

Qui fait cette recherche ?

Investigatrice principale :

Lauralie Richard, inf. Ph.D (candidate)
Étudiante au doctorat en sciences infirmières,
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D.,
Professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Co-directrice de thèse :

Chantal Cara, inf. Ph.D.
Professeure titulaire,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Financement :

L'investigatrice principale est soutenue par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) (2007-2008), le Ministère de l'éducation, des loisirs et du sport (MELS) (2008-2010) et la Faculté des études supérieures et postdoctorales (FESP) de l'Université de Montréal (2007-2009).

⁵⁹ L'utilisation du mot « infirmière » désigne autant l'infirmier que l'infirmière. Il en est de même pour la forme féminine, privilégiée dans le texte, pour plus de commodité et pour alléger la lecture.

| | |
|--|---|
| <p>Introduction</p> | <p>Dans les services de première ligne en CSSS au Québec, des infirmières sont interpellées pour prendre part à des pratiques collectives pour participer à la création de milieux de vie favorables à la santé et au bien-être de populations vulnérables. Ces pratiques conviennent les infirmières à franchir leurs frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles traditionnelles pour agir dans le milieu de vie de la clientèle et interagir avec une multitude d'acteurs issus de secteurs d'activités variés. Il semble toutefois que pour les infirmières, des conditions préalables à de telles pratiques soient précaires et que des enjeux professionnels et organisationnels se posent quant à leurs possibilités de développement. Le programme des <i>Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance</i> (SIPPE), qui comporte un axe d'intervention visant la création d'environnements favorables à la santé de familles vulnérables, tout comme les programmes de services spécifiques en CSSS, qui reposent sur des approches de proximité incitant à agir dans les ressources de la communauté, figurent parmi des programmes de santé publique à l'intérieur desquels des infirmières sont conviées à s'inscrire dans des pratiques collectives. À ce jour, étant donné que peu d'études ont documenté la mise en action de pratiques collectives dans lesquels sont impliquées des infirmières qui interviennent en contexte de vulnérabilité sociale, nous disposons de peu de pistes pour soutenir leur développement et leur renforcement.</p> |
| <p>Buts et objectifs de l'étude</p> | <p>Cette étude qualitative exploratoire a pour but de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modéliser les pratiques infirmières collectives en émergence à l'intérieur de programmes de santé publique de première ligne dédiés à des clientèles vulnérables, en vue de soutenir leur élaboration aux plans théorique et pratique. <p>Afin de mieux comprendre les pratiques collectives qui prennent forme, nous souhaitons rencontrer des infirmières qui interviennent dans des programmes des <i>services généraux</i> (SIPPE) et <i>spécifiques</i> en CSSS.</p> <p>L'étude vise à répondre aux questions de recherche suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avec quels acteurs les infirmières agissent-elles dans la mise en action de pratiques collectives?, 2- Par quelles activités ou processus contribuent-elles à de telles pratiques?, 3- À partir de quelles finalités?, 4- Dans quels contextes interviennent-elles?, 5- Comment ces pratiques infirmières collectives évoluent-elles dans le temps? <p>L'étude des pratiques infirmières collectives, qui sont en développement, permettra de renforcer le rôle des infirmières en promotion de la santé et d'identifier les conditions favorables à leur mise en place, à leur élaboration et à leur soutien.</p> |

| | |
|--|---|
| <p><i>Modalités de participation à l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vous êtes sollicitée pour la réalisation d'un entretien individuel semi-dirigé d'une durée de 90 minutes. Cet entretien aura lieu dans votre milieu professionnel, de préférence durant les heures de travail, à un moment qui vous convient. Le contenu de l'entretien fera l'objet d'un enregistrement numérique audio. Cet enregistrement permettra que vos propos soient retranscrits le plus fidèlement possible. ▪ Les thèmes de l'entretien individuel porteront sur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Votre expérience d'intervention et votre rôle d'intervenante au sein des SIPPE; ▪ Vos interventions d'accompagnement réalisées auprès des familles et des ressources du territoire CSSS; ▪ Vos liens/rapports avec les ressources extérieures au CSSS; ▪ Les activités permettant de vous inscrire dans des pratiques collectives qui se mettent en place dans le programme SIPPE; ▪ Le contexte (organisationnel et professionnel) dans lequel votre pratique s'insère. ▪ À la suite de l'entretien, vous serez invitée à répondre à quelques questions sur votre profil professionnel. Le questionnaire prendra tout au plus 5 minutes à compléter et pourra être remis à la chercheuse à la fin de la rencontre. ▪ Suite à une analyse préliminaire de votre entretien, vous pourriez être recontactée afin de clarifier, de bonifier ou de soustraire des propos. Pour ce faire, je vous fournirai une synthèse écrite des principales idées dont nous avons discuté lors de votre entretien. Vous serez alors libre d'accepter ou non cette nouvelle sollicitation, et les propos seront traités selon la même procédure que celle utilisée lors de l'entretien, pour garantir la confidentialité. ▪ La réalisation des entretiens pourra permettre de préciser des thèmes d'observation qui n'auraient pas dès lors été identifiés, pour la tenue de la seconde partie de l'étude. |
| <p><i>Avantages à participer à l'étude</i></p> | <p>En participant à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vous aurez l'opportunité de réfléchir à votre pratique dans un contexte de confidentialité et d'anonymat; ▪ Vous contribuez à comprendre une pratique infirmière en élaboration pour mieux la soutenir et pour renforcer son déploiement, s'il y a lieu. |
| <p><i>Risques et inconforts</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les risques encourus dans ce projet sont minimes et renvoient au temps passé à répondre aux questions lors de l'entretien, ce qui pourrait vous amener à vous interroger sur vous-même ou sur la façon dont vous travaillez. |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ En participant aux entretiens, vous pourriez aussi vous inquiéter de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles décrites. Soyez cependant assuré que la participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances ou de celles du CSSS pour lequel vous travaillez. Il s'agit plutôt de produire une description de votre implication dans des pratiques collectives, exempte de jugement, afin de comprendre et de contribuer à leur développement. ▪ Il est possible que vous puissiez ressentir une certaine fatigue liée à la durée de l'entretien, dans lequel cas, il est possible de prendre une pause sur demande. ▪ La chercheuse mettra tout en œuvre pour créer un climat propice aux échanges. |
| <p><i>Participation volontaire et retrait de l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ La participation à cette étude est volontaire. ▪ Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment sans avoir à le justifier, et cela sans préjudice. Il faudra toutefois contacter l'investigatrice principale du projet ou sa directrice de thèse pour l'avertir de votre décision. ▪ Si vous vous retirez de l'étude, seules les données recueillies jusqu'au moment de votre départ pourront être considérées, avec votre accord. ▪ En cas de suspension du projet de recherche, les données recueillies jusqu'au moment de la suspension seront conservées selon les modalités décrites dans la section « caractère confidentiel des données ». |
| <p><i>Caractère confidentiel des informations</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'information transmise par vous, en tant que participante, sera utilisée uniquement pour les besoins de la recherche et demeurera strictement confidentielle. ▪ Un code de participation vous sera assigné. Une seule liste nominale associant les codes aux participants sera créée et conservée à l'Université de Montréal dans une filière barrée sous la responsabilité de la directrice de thèse. Cette liste sera consultée dans l'éventualité de recontacter les participants pour la conduite d'observation. Une copie de votre formulaire de consentement sera aussi conservée dans la même filière, dans une chemise à part. Seules l'investigatrice principale de même que les directrices et co-directrice de thèse auront accès aux renseignements nominatifs et pourraient faire le lien entre ces renseignements et les données de recherche. ▪ Le questionnaire que vous aurez rempli, de même que les bandes audio de votre entretien, seront réservés à l'usage exclusif de la chercheuse et de ses directrices de thèse. ▪ Les documents électroniques seront enregistrés sur un disque |

| | |
|---|--|
| | <p>dur et protégés grâce à un code de sécurité connu uniquement de la chercheuse principale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les documents seront conservés à l'Université de Montréal dans la même filière barrée sous la responsabilité de la directrice de thèse pendant 7 ans après la fin du projet de recherche. Ils seront détruits par la suite. ▪ Les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans des forums de discussion dans les milieux et dans des congrès scientifiques. Aucune information pouvant identifier les participants ou les milieux ne sera dévoilée. |
| <p><i>Dédommagement en cas de préjudices</i></p> | <p>En acceptant de participer à l'étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs responsabilités légales et professionnelles.</p> <p>Aucun dédommagement n'est offert pour participer à l'étude.</p> |
| <p><i>Questions sur l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour toutes les questions au sujet de ce projet de recherche ou encore pour se retirer de l'étude, il suffit de contacter : <p style="text-align: center;">Lauralie Richard, Inf. B.Sc. Investigatrice principale du projet [REDACTED]</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p style="text-align: center;">Sylvie Gendron, Inf. Ph.D. Directrice de thèse [REDACTED]</p> |
| <p><i>Éthique</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le comité d'éthique de la recherche de votre CSSS a approuvé ce projet et il en assure le suivi. <p>Date d'approbation du protocole et du formulaire par le CÉR de l'institution : _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement et au protocole de recherche. <p>Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule la participation d'une personne à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, exprimer vos préoccupations à la représentante de votre établissement qui reçoit les plaintes ou commentaires : _____</p> |

II. CONSENTEMENT (*copie du participant*)

Je soussigné-e

(Nom et prénom en lettres moulées)

Confirme que,

(Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. J'ai pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** :

- La nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche;
- Que ma participation à ce projet de recherche est volontaire;
- Le caractère confidentiel des informations recueillies;
- Les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'**accepte** de participer à un entretien individuel et d'être recontactée, le cas échéant, pour la validation d'une synthèse des propos tenus lors de cet entretien ou pour de l'observation de ma pratique.

Je **comprends** que les documents et enregistrements audio des rencontres seront codés de manière à ce que ni les participants, ni les institutions ne puissent être reconnus.

Je **comprends** que les données recueillies et que les observations dans le cadre de cette étude sont confidentielles et qu'elles ne doivent pas poser de préjudice à qui que ce soit.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans devoir me justifier et sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- De participer à un entretien individuel. Oui Non
- D'être recontactée, le cas échéant, pour prendre part à la seconde partie de l'étude. Oui Non

Signature du participant : _____

Date : _____

Je soussigné-e,

(Nom et prénom en lettres moulées)

- Certifie avoir expliqué au participant identifié ci-dessus les termes du présent formulaire.
- J'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard.
- J'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation sans devoir se justifier et ce, sans préjudice.
- Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

Signature du responsable de
l'obtention du consentement : _____ Date : _____

II. CONSENTEMENT (*copie pour le projet de recherche*)

Je soussigné-e

(Nom et prénom en lettres moulées)

Confirme que,

(Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. J'ai pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** :

- La nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche;
- Que ma participation à ce projet de recherche est volontaire;
- Le caractère confidentiel des informations recueillies;
- Les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'**accepte** de participer à un entretien individuel et d'être recontactée, le cas échéant, pour la validation d'une synthèse des propos tenus lors de cet entretien ou pour de l'observation de ma pratique.

Je **comprends** que les documents et enregistrements audio des rencontres seront codés de manière à ce que ni les participants, ni les institutions ne puissent être reconnus.

Je **comprends** que les données recueillies et que les observations dans le cadre de cette étude sont confidentielles et qu'elles ne doivent pas poser de préjudice à qui que ce soit.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans devoir me justifier et sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- De participer à un entretien individuel. Oui Non
- D'être recontactée, le cas échéant, pour prendre part à la seconde partie de l'étude. Oui Non

Signature du participant : _____

Date : _____

Je soussigné-e,

(Nom et prénom en lettres moulées)

- Certifie avoir expliqué au participant identifié ci-dessus les termes du présent formulaire.
- J'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard.
- J'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation sans devoir se justifier et ce, sans préjudice.
- Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

Signature du responsable de
l'obtention du consentement : _____ Date : _____

Appendice 3

Formulaire d'information et de consentement pour les entretiens de recherche :
Programmes spécifiques et services connexes

Formulaire d'information et de consentement

- Entretiens- Programmes spécifiques & Services connexes

Chercheure principale :

Lauralie Richard, Ph.D (candidate)

Étudiante au doctorat

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal



Directrice et co-directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D,

Directrice de thèse,

Professeure agrégée,

Faculté des sciences infirmières,

Université de Montréal




Chantal Cara, inf. Ph.D,

Co-directrice de thèse,

Professeure titulaire,

Vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche,

Faculté des sciences infirmières,

Université de Montréal




Formulaire d'information et de consentement

| | |
|-------------------------------------|--|
| Titre du projet de recherche | Modélisation systémique de pratiques infirmières collectives en émergence. |
| Population visée | Infirmières œuvrant au sein de programmes de services spécifiques en première ligne et leurs services connexes. |

PRÉAMBULE

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche parce que vous travaillez en tant qu'infirmière⁶⁰ au sein d'un programme de services spécifiques en CSSS. Ce formulaire de consentement vous informe sur les composantes de la recherche et sur la nature de votre participation, si vous décidez de prendre part au projet. Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Le document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. La chercheuse sera disponible pour vous donner des explications supplémentaires que vous pourriez souhaiter.

I. INFORMATION

Qui fait cette recherche ?

Investigatrice principale :

Lauralie Richard, inf. Ph.D (candidate)
Étudiante au doctorat en sciences infirmières,
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D.,
Professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Co-directrice de thèse :

Chantal Cara, inf. Ph.D.
Professeure titulaire,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Financement :

L'investigatrice principale est soutenue par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) (2007-2008), le Ministère de l'éducation, des loisirs et du sport (MELS) (2008-2010) et la Faculté des études supérieures et postdoctorales (FESP) de l'Université de Montréal (2007-2009).

⁶⁰ L'utilisation du mot « infirmière » désigne autant l'infirmier que l'infirmière. Il en est de même pour la forme féminine, privilégiée dans le texte, pour plus de commodité et pour alléger la lecture.

| | |
|--|---|
| <p>Introduction</p> | <p>Dans les services de première ligne en CSSS au Québec, des infirmières sont interpellées pour prendre part à des pratiques collectives pour participer à la création de milieux de vie favorables à la santé et au bien-être de populations vulnérables. Ces pratiques conviennent les infirmières à franchir leurs frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles traditionnelles pour agir dans le milieu de vie de la clientèle et interagir avec une multitude d'acteurs issus de secteurs d'activités variés. Il semble toutefois que pour les infirmières, des conditions préalables à de telles pratiques soient précaires et que des enjeux professionnels et organisationnels se posent quant à leurs possibilités de développement. Le programme des <i>Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance</i> (SIPPE), qui comporte un axe d'intervention visant la création d'environnements favorables à la santé de familles vulnérables, tout comme les programmes de services spécifiques en CSSS, qui reposent sur des approches de proximité incitant à agir dans les ressources de la communauté, figurent parmi des programmes de santé publique à l'intérieur desquels des infirmières sont conviées à s'inscrire dans des pratiques collectives. À ce jour, étant donné que peu d'études ont documenté la mise en action de pratiques collectives dans lesquels sont impliquées des infirmières qui interviennent en contexte de vulnérabilité sociale, nous disposons de peu de pistes pour soutenir leur développement et leur renforcement.</p> |
| <p>Buts et objectifs de l'étude</p> | <p>Cette étude qualitative exploratoire a pour but de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modéliser les pratiques infirmières collectives en émergence à l'intérieur de programmes de santé publique de première ligne dédiés à des clientèles vulnérables, en vue de soutenir leur élaboration aux plans théorique et pratique. <p>Afin de mieux comprendre les pratiques collectives qui prennent forme, nous souhaitons rencontrer des infirmières qui interviennent dans des programmes des <i>services généraux</i> (SIPPE) et <i>spécifiques</i> en CSSS.</p> <p>L'étude vise à répondre aux questions de recherche suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avec quels acteurs les infirmières agissent-elles dans la mise en action de pratiques collectives?, 2- Par quelles activités ou processus contribuent-elles à de telles pratiques?, 3- À partir de quelles finalités?, 4- Dans quels contextes interviennent-elles?, 5- Comment ces pratiques infirmières collectives évoluent-elles dans le temps? <p>L'étude des pratiques infirmières collectives, qui sont en développement, permettra de renforcer le rôle des infirmières en promotion de la santé et d'identifier les conditions favorables à leur mise en place, à leur élaboration et à leur soutien.</p> |

| | |
|--|---|
| <p><i>Modalités de participation à l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vous êtes sollicitée pour la réalisation d'un entretien individuel semi-dirigé d'une durée de 90 minutes. Cet entretien aura lieu dans votre milieu professionnel, de préférence durant les heures de travail, à un moment qui vous convient. Le contenu de l'entretien fera l'objet d'un enregistrement numérique audio. Cet enregistrement permettra que vos propos soient retranscrits le plus fidèlement possible. ▪ Les thèmes de l'entretien individuel porteront sur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Votre expérience d'intervention et votre rôle d'intervenante au sein du programme spécifique auquel vous participez; ▪ Vos interventions d'accompagnement réalisées auprès de la clientèle ou dans les ressources du territoire CSSS; ▪ Vos liens/rapports avec les ressources extérieures au CSSS; ▪ Les activités permettant de vous inscrire dans des pratiques collectives; ▪ Le contexte (organisationnel et professionnel) dans lequel votre pratique s'insère. ▪ À la suite de l'entretien, vous serez invitée à répondre à quelques questions sur votre profil professionnel. Le questionnaire prendra tout au plus 5 minutes à compléter et pourra être remis à la chercheuse à la fin de la rencontre. ▪ Suite à une analyse préliminaire de votre entretien, vous pourriez être recontactée afin de clarifier, de bonifier ou de soustraire des propos. Pour ce faire, je vous fournirai une synthèse écrite des principales idées dont nous avons discuté lors de votre entretien. Vous serez alors libre d'accepter ou non cette nouvelle sollicitation et les propos seront traités selon la même procédure que celle utilisée lors de l'entretien, pour garantir la confidentialité. ▪ La réalisation des entretiens pourra permettre de préciser des thèmes d'observation qui n'auraient pas dès lors été identifiés, pour la tenue de la seconde partie de l'étude. |
| <p><i>Avantages à participer à l'étude</i></p> | <p>En participant à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vous aurez l'opportunité de réfléchir à votre pratique dans un contexte de confidentialité et d'anonymat; ▪ Vous contribuez à comprendre une pratique infirmière en élaboration pour mieux la soutenir et pour renforcer son déploiement, s'il y a lieu. |
| <p><i>Risques et inconvénients</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les risques encourus dans ce projet sont minimes et renvoient au temps passé à répondre aux questions lors de l'entretien, ce qui pourrait vous amener à vous interroger sur vous-même ou |

| | |
|---|---|
| | <p>sur la façon dont vous travaillez.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En participant aux entretiens, vous pourriez aussi vous inquiéter de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles décrites. Soyez cependant assuré que la participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances ou de celles du CSSS pour lequel vous travaillez. Il s'agit plutôt de produire une description sur laquelle aucun jugement n'est porté afin de comprendre et de contribuer au développement de la pratique infirmière. ▪ Il est possible que vous puissiez ressentir une certaine fatigue liée à la durée de l'entretien, dans lequel cas il est possible de prendre une pause sur demande. ▪ La chercheuse mettra tout en œuvre pour créer un climat propice aux échanges. |
| <p><i>Participation volontaire et retrait de l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ La participation à cette étude est volontaire. ▪ Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment sans avoir à le justifier, et cela sans préjudice. Il faudra toutefois contacter l'investigatrice principale du projet ou sa directrice de thèse pour l'avertir de votre décision. ▪ Si vous vous retirez de l'étude, seules les données recueillies jusqu'au moment de votre départ pourront être considérées, avec votre accord. ▪ En cas de suspension du projet de recherche, les données recueillies jusqu'au moment de la suspension seront conservées selon les modalités décrites dans la section « caractère confidentiel des données ». |
| <p><i>Caractère confidentiel des informations</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'information transmise par vous, en tant que participante, sera utilisée uniquement pour les besoins de la recherche et demeurera strictement confidentielle. ▪ Un code de participation vous sera assigné. Une seule liste nominale associant les codes aux participants sera créée et conservée à l'Université de Montréal dans une filière barrée sous la responsabilité de la directrice de thèse de la chercheuse. Cette liste sera consultée dans l'éventualité de recontacter les participants pour la conduite d'observation. Une copie de votre consentement sera aussi conservée dans la même filière, dans une chemise à part. Seules l'investigatrice principale de même que les directrices et co-directrice de thèse auront accès aux renseignements nominatifs et pourraient faire le lien entre ces renseignements et les données de recherche. ▪ Le questionnaire que vous aurez rempli de même que les bandes audio de votre entretien seront réservés à l'usage exclusif de la chercheuse et de ses directrices de thèse. |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les documents électroniques seront enregistrés sur un disque dur et protégés grâce à un code de sécurité connu uniquement de la chercheuse principale. ▪ Tous les documents seront conservés à l'Université de Montréal dans la même filière barrée sous la responsabilité de la directrice de thèse pendant 7 ans après la fin du projet de recherche. Ils seront détruits par la suite. ▪ Les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans des forums de discussion dans les milieux et dans des congrès scientifiques. Aucune information pouvant identifier les participants ne sera dévoilée. |
| <p><i>Dédommagement en cas de préjudices</i></p> | <p>En acceptant de participer à l'étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs responsabilités légales et professionnelles.</p> <p>Aucun dédommagement n'est offert pour participer à l'étude.</p> |
| <p><i>Questions sur l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour toutes les questions au sujet de ce projet de recherche ou encore pour se retirer de l'étude, il suffit de contacter : Lauralie Richard, Inf. B.Sc. Investigatrice principale du projet [REDACTED] ou Sylvie Gendron, Inf. Ph.D. Directrice de thèse [REDACTED] |
| <p><i>Éthique</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le comité d'éthique de la recherche de votre CSSS a approuvé ce projet et il en assure le suivi. Date d'approbation du protocole et du formulaire par le CÉR de l'institution : _____ ▪ Il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement et au protocole de recherche. <p>Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule la participation d'une personne à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, exprimer vos préoccupations à la représentante de votre établissement qui reçoit les plaintes ou commentaires : _____</p> |

II. CONSENTEMENT (*copie du participant*)

Je soussigné-e

(Nom et prénom en lettres moulées)

Confirme que,

(Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. J'ai pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** :

- La nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche;
- Que ma participation à ce projet de recherche est volontaire;
- Le caractère confidentiel des informations recueillies;
- Les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'**accepte** de participer à un entretien individuel et d'être recontactée, le cas échéant, pour la validation d'une synthèse des propos tenus lors de cet entretien ou pour de l'observation de ma pratique.

Je **comprends** que les documents et enregistrements audio des rencontres seront codés de manière à ce que ni les participants, ni les institutions ne puissent être reconnus.

Je **comprends** que les données recueillies et que les observations dans le cadre de cette étude sont confidentielles et qu'elles ne doivent pas poser de préjudice à qui que ce soit.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans devoir me justifier et sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- De participer à un entretien individuel. Oui Non
- D'être recontactée, le cas échéant, pour prendre part à la seconde partie de l'étude. Oui Non

Signature du participant : _____

Date : _____

Je soussigné-e,

(Nom et prénom en lettres moulées)

- Certifie avoir expliqué au participant identifié ci-dessus les termes du présent formulaire.
- J'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard.
- J'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation sans devoir se justifier et ce, sans préjudice.
- Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

Signature du responsable de
l'obtention du consentement : _____ Date : _____

II. CONSENTEMENT (*copie pour le projet de recherche*)

Je soussigné-e

(Nom et prénom en lettres moulées)

Confirme que,

(Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. J'ai pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** :

- La nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche;
- Que ma participation à ce projet de recherche est volontaire;
- Le caractère confidentiel des informations recueillies;
- Les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'**accepte** de participer à un entretien individuel et d'être recontactée, le cas échéant, pour la validation d'une synthèse des propos tenus lors de cet entretien ou pour de l'observation de ma pratique.

Je **comprends** que les documents et enregistrements audio des rencontres seront codés de manière à ce que ni les participants, ni les institutions ne puissent être reconnus.

Je **comprends** que les données recueillies et que les observations dans le cadre de cette étude sont confidentielles et qu'elles ne doivent pas poser de préjudice à qui que ce soit.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans devoir me justifier et sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- De participer à un entretien individuel. Oui Non
- D'être recontactée, le cas échéant, pour prendre part à la seconde partie de l'étude. Oui Non

Signature du participant : _____

Date : _____

Je soussigné-e,

(Nom et prénom en lettres moulées)

- Certifie avoir expliqué au participant identifié ci-dessus les termes du présent formulaire.
- J'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard.
- J'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation sans devoir se justifier et ce, sans préjudice.
- Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

Signature du responsable de
l'obtention du consentement : _____ Date : _____

Appendice 4

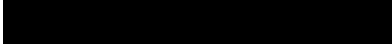
Résumé du guide d'entretien : Programme des SIPPE

Guide d'entretien

-Programme des SIPPE-

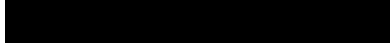

Chercheure principale :

Lauralie Richard, Ph.D (candidate)
Étudiante au doctorat
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal





Directrice et co-directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D,
Directrice de thèse,
Professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Chantal Cara, inf. Ph.D,
Co-directrice de thèse,
Professeure titulaire,
Vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Guide d'entretien⁶¹ avec les infirmières⁶² SIPPE

Introduction à l'entretien

- Présentation de la chercheuse, du projet de recherche et de son contexte;
- Explication et présentation du formulaire de consentement, réponse aux questions;
- Précisions sur le déroulement de l'entretien (durée, prise de notes par la chercheuse, enregistrement audio) ;
- Rappeler à l'interlocuteur qu'il/elle est libre de mettre fin à l'entretien en tout temps ou de demander la suspension de l'enregistrement ;
- Toute information abordée dans le cadre de l'entretien demeure strictement confidentielle;
- Faire signer le formulaire de consentement si l'infirmière souhaite poursuivre l'entretien et lui en remettre une copie signée par les deux parties.

Durant cet entretien, nous aborderons deux thèmes : votre rôle en tant qu'intervenante SIPPE au CSSS; et votre pratique, avec votre équipe, dans le cadre du volet de création d'environnements favorables (CEF) du programme.

Rôle en tant qu'intervenante SIPPE : Pour commencer, je voudrais que vous me décriviez votre rôle en tant qu'intervenante dans les SIPPE, pour que je puisse me mettre en contexte.

Plus précisément, comment se déroulent vos interventions d'accompagnement des familles?

Pensez à une famille auprès de laquelle vous êtes intervenue dans les deux dernières semaines. Racontez-moi votre intervention auprès de cette famille (chronologie de l'intervention depuis le premier contact).

Accompagnement vers :

- Vous arrive-t-il d'accompagner des familles *vers* des ressources extérieures au CSSS?
- De quels types de ressources s'agit-il?
- Comment avez-vous établi vos liens avec ces ressources? Pouvez-vous me donner un exemple récent?

Exemple(s) :

- Pourriez-vous me raconter une expérience d'accompagnement d'une famille *vers* une ressource qui, selon vous, a permis de répondre aux besoins de cette famille? Une expérience qui, selon vous, a permis de renforcer son pouvoir d'agir?

⁶¹ Ce guide d'entretien sera mis à l'épreuve puis précisé à la suite de la réalisation des premiers entretiens de recherche et des analyses préliminaires.

⁶² L'utilisation du mot « infirmière » désigne autant l'infirmier que l'infirmière. Il en est de même pour la forme féminine, privilégiée dans le texte, pour plus de commodité et pour alléger la lecture.

- Dans ce cas-ci, qu'est-ce qui a fait que vous avez décidé d'accompagner cette famille *vers* cette ressource?

Processus ou conditions facilitants :

- Dans ce cas-ci, qu'est-ce qui a facilité l'accompagnement de cette famille *vers* une ressource?
- En général, selon votre expérience, qu'est-ce qui facilite l'accompagnement des familles *vers* des ressources?

Obstacles ou défis :

- Quels sont les principaux obstacles ou défis auxquels vous avez été confrontée dans l'accompagnement des familles *vers* des ressources? Pouvez-vous me donner un exemple récent?

Stratégie(s) :

- Pourriez-vous me raconter une situation récente où vous avez pu composer avec ou surmonter l'un de ces obstacles ou défis?

Accompagnement dans (ou avec) :

- Vous arrive-t-il parfois d'intervenir *dans (ou avec)* les ressources?
- De quels types de ressources s'agit-il?

Exemple(s) :

- Pourriez-vous me raconter une expérience d'intervention *dans (ou avec)* une ressource?
- Comment avez-vous établi vos liens *avec* cette ressource? Comment en êtes-vous arrivée à travailler avec cette ressource?

Processus ou conditions facilitants :

- Dans ce cas-ci, qu'est-ce qui a facilité votre intervention / implication *dans (ou avec)* cette ressource?
- En général, selon votre expérience, qu'est-ce qui facilite l'intervention d'une infirmière de CSSS *dans (ou avec)* une ressource-partenaire?

Obstacles ou défis :

- Quels sont, selon votre expérience, les principaux obstacles ou défis dans le fait de travailler *avec* des partenaires à l'extérieur du CSSS? Pouvez-vous me donner un exemple récent?

Stratégie(s) :

- Pourriez-vous me raconter une situation récente où vous avez pu composer avec ou surmonter l'un de ces obstacles ou défis?

Nous allons maintenant aborder ce qui se fait dans le volet CEF des SIPPE, dans votre CSSS :

Dans votre équipe, y-a-t-il des gens qui sont impliqués dans le volet de création d'environnements favorables (CEF) des SIPPE? De quels types d'activités s'agit-il?

Ça peut ressembler à quoi des actions de CEF, pour vous et votre équipe au CSSS (action intersectorielle, tables de concertation, implication à l'intérieur ou hors CSSS...)

En particulier, quel est votre rôle, votre apport? (présent, à venir, souhaité)?

Exemple(s) :

- Pourriez-vous me donner un (ou deux) exemple d'action de CEF qui a été menée récemment? Qui étaient les personnes impliquées et leurs rôles? Comment étiez-vous impliqué dans ce projet?
- Dans le cadre d'expériences antérieures, peut-être même dans un programme autre que les SIPPE, vous est-il arrivé de prendre part à des actions de CEF, intersectoriels, ou de concertation? J'aimerais entendre votre expérience.
- Ce type d'intervention : qu'est-ce que cela vous apporte? Qu'est-ce que ça change pour vous? Qu'est-ce que ça exige pour vous? (présent et avenir)

Processus ou conditions facilitants :

- Pourriez-vous me parler d'une situation (ou d'une expérience) où, à votre avis, il y avait des conditions facilitant le travail de CEF (intersectoriel ou de concertation)?

Obstacles et défis :

- Quels sont, selon votre expérience, les principaux obstacles ou défis dans le fait de travailler pour la CEF ?
- Pouvez-vous me donner un exemple récent?

Stratégie(s) :

- Pourriez-vous me raconter une situation récente où vous avez pu composer avec ou surmonter l'un de ces obstacles ou défis?
- Quelles stratégies utilisez-vous (vous ou votre équipe au CSSS) pour faciliter votre travail en CEF?
- Comment élaborez-vous, construisez-vous vos ententes pour pouvoir travailler en collaboration?
- Pour poursuivre dans ce mode d'intervention, qu'est-ce que ça vous prendrait, ou qu'est-ce que vous souhaiteriez pour vous aider?

Nous terminons maintenant l'entretien :

- J'aimerais avoir votre avis sur un dernier point : qu'est-ce que cela apporte aux infirmières de travailler avec d'autres d'acteurs, d'autres secteurs et organisation hors du CSSS? (aspects positifs et défis)

Enfin, y a-t-il des sujets qui n'ont pas été abordés au cours de cet entretien et dont vous auriez aimé discuter?

L'entretien prend fin ici. Je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'avez accordé. J'en profite pour vous rappeler que ce qui a été abordé au cours de notre rencontre demeure strictement confidentiel. Vous pourriez être recontactée, si vous acceptez, afin de clarifier, de bonifier ou de soustraire des propos à ceux qui auront été énoncés aujourd'hui. Pour ce faire, je vous fournirais une synthèse écrite des principales idées dont nous avons discuté lors de notre entretien. Si cela vous convient, nous aurions terminé. Fin de l'enregistrement.

Appendice 5


Résumé du guide d'entretien : Programmes spécifiques et services connexes

Guide d'entretien

-Programmes spécifiques & Services connexes-


Chercheure principale :

Lauralie Richard, Ph.D (candidate)
Étudiante au doctorat
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal




Directrice et co-directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D,
Directrice de thèse,
Professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal



Chantal Cara, inf. Ph.D,
Co-directrice de thèse,
Professeure titulaire,
Vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal



Guide d'entretien⁶³ avec les infirmières⁶⁴ de programmes et services spécifiques

Introduction à l'entretien

- Présentation de la chercheure, du projet de recherche et de son contexte;
- Explication et présentation du formulaire de consentement, réponse aux questions;
- Précisions sur le déroulement de l'entretien (durée, prise de notes par la chercheure, enregistrement audio);
- Rappeler à l'interlocuteur qu'il/elle est libre de mettre fin à l'entretien en tout temps, de ne pas répondre à des questions ou de demander la suspension de l'enregistrement;
- Toute information abordée dans le cadre de l'entretien demeure strictement confidentielle;
- Faire signer le formulaire de consentement si l'infirmière souhaite poursuivre l'entretien et lui en remettre une copie signée par les deux parties.

Durant cet entretien, nous aborderons votre rôle dans des pratiques infirmières collectives, en particulier dans des pratiques intersectorielles, de concertation ou de mise en réseau.

Pour commencer, je souhaiterais que vous me décriviez brièvement le programme auquel vous appartenez de même que le profil de la clientèle auprès de laquelle vous intervenez.

Pourriez-vous me parler de la composition de l'équipe dont vous faites partie? Ça peut ressembler à quoi des pratiques collectives, pour vous et votre équipe au CSSS? Dans votre équipe, qui est impliqué dans les pratiques collectives et comment décririez-vous leur rôle? De quels types d'activités s'agit-il?

Plus précisément, comment se sont développées les pratiques collectives dans lesquelles vous êtes impliquée? Quel est votre rôle, votre apport? Comment votre implication dans des pratiques collectives a-t-elle pris forme dans le temps?

Exemple(s) :

- Pourriez-vous me donner un (ou deux) exemple d'action ou de projet dans laquelle/lequel vous avez été impliquée récemment? Qui étaient les personnes impliquées et leurs rôles? Comment étiez-vous impliquée dans ce projet?
- Ce type d'intervention ou ces pratiques collectives : qu'est-ce que cela vous apporte? Qu'est-ce que ça change pour vous? Qu'est-ce que ça exige pour vous? (présent et avenir)

⁶³ Ce guide d'entretien sera mis à l'épreuve puis précisé à la suite de la réalisation des premiers entretiens de recherche et des analyses préliminaires.

⁶⁴ L'utilisation du mot « infirmière » désigne autant l'infirmier que l'infirmière. Il en est de même pour la forme féminine, privilégiée dans le texte, pour plus de commodité et pour alléger la lecture.

Processus ou conditions facilitants :

- Pourriez-vous me parler d'une situation (ou d'une expérience) où, à votre avis, il y avait des conditions facilitant les pratiques collectives?

Obstacles et défis :

- Quels sont, selon votre expérience, les principaux obstacles ou défis dans le fait de prendre part à des pratiques collectives?
- Pouvez-vous me donner un exemple récent?

Stratégie(s) :

- Pourriez-vous me raconter une situation récente dans laquelle vous avez pu composer avec ou surmonter l'un de ces obstacles ou défis?
- Quelles stratégies utilisez-vous (vous ou votre équipe au CSSS) pour faciliter votre travail dans le cadre des pratiques collectives?
- Comment élaborez-vous, construisez-vous vos ententes pour pouvoir travailler en collaboration?
- Pour poursuivre dans ce mode d'intervention, qu'est-ce que ça vous prendrait, ou qu'est-ce que vous souhaiteriez pour vous aider?

Nous terminons maintenant l'entretien :

- J'aimerais avoir votre avis sur un dernier point : qu'est-ce que cela apporte aux infirmières de travailler avec d'autres d'acteurs, d'autres secteurs et organisations hors du CSSS? (aspects positifs et défis)

Enfin, y a-t-il des sujets qui n'ont pas été abordés au cours de cet entretien et dont vous auriez aimé discuter?

L'entretien prend fin ici. Je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'avez accordé. J'en profite pour vous rappeler que ce qui a été abordé au cours de notre rencontre demeure strictement confidentiel. Vous pourriez être recontactée, si vous acceptez, afin de clarifier, de bonifier ou de soustraire des propos à ceux qui auront été énoncés aujourd'hui. Pour ce faire, je vous fournirais une synthèse écrite des principales idées dont nous avons discuté lors de notre entretien. Si cela vous convient, nous aurions terminé. Fin de l'enregistrement.

Appendice 6


Formulaire d'information et de consentement pour la collecte de données par
observation : Programme des SIPPE

Formulaire d'information et de consentement

- Observation- Programme des SIPPE

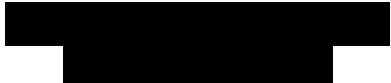
Chercheure principale :

Lauralie Richard, Ph.D (candidate)
Étudiante au doctorat
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

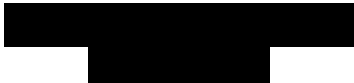


Directrice et co-directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D,
Directrice de thèse,
Professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal



Chantal Cara, inf. Ph.D,
Co-directrice de thèse,
Professeure titulaire,
Vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal



Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet de recherche

Modélisation systémique de pratiques infirmières collectives en émergence.

Population visée

Infirmières œuvrant au sein des SIPPE.

PRÉAMBULE

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche parce que vous travaillez en tant qu'infirmière⁶⁵ au sein du Programme SIPPE dans un CSSS. Ce formulaire de consentement vous informe sur les composantes de la recherche et sur la nature de votre participation, si vous décidez de prendre part au projet. Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Le document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. La chercheuse sera disponible pour vous donner des explications supplémentaires que vous pourriez souhaiter.

I. INFORMATION

Qui fait cette recherche ?

Investigatrice principale :

Lauralie Richard, inf. Ph.D (candidate)
Étudiante au doctorat en sciences infirmières,
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D.,
Professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Co-directrice de thèse :

Chantal Cara, inf. Ph.D.
Professeure titulaire,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Financement :

L'investigatrice principale est soutenue par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) (2007-2008), le Ministère de l'éducation, des loisirs et du sport (MELS) (2008-2010) et la Faculté des études supérieures et postdoctorales (FESP) de l'Université de Montréal (2007-2009).

⁶⁵ L'utilisation du mot « infirmière » désigne autant l'infirmier que l'infirmière. Il en est de même pour la forme féminine, privilégiée dans le texte, pour plus de commodité et pour alléger la lecture.

| | |
|--|---|
| <p>Introduction</p> | <p>Dans les services de première ligne en CSSS au Québec, des infirmières sont interpellées pour prendre part à des pratiques collectives pour participer à la création de milieux de vie favorables à la santé et au bien-être de populations vulnérables. Ces pratiques conviennent les infirmières à franchir leurs frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles traditionnelles pour agir dans le milieu de vie de la clientèle et interagir avec une multitude d'acteurs issus de secteurs d'activités variés. Il semble toutefois que pour les infirmières, des conditions préalables à de telles pratiques soient précaires et que des enjeux professionnels et organisationnels se posent quant à leurs possibilités de développement. Le programme des <i>Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance</i> (SIPPE), qui comporte un axe d'intervention visant la création d'environnements favorables à la santé de familles vulnérables, tout comme les programmes de services spécifiques en CSSS, qui reposent sur des approches de proximité incitant à agir dans les ressources de la communauté, figurent parmi des programmes de santé publique à l'intérieur desquels des infirmières sont conviées à s'inscrire dans des pratiques collectives. À ce jour, étant donné que peu d'études ont documenté la mise en action de pratiques collectives dans lesquels sont impliquées des infirmières qui interviennent en contexte de vulnérabilité sociale, nous disposons de peu de pistes pour soutenir leur développement et leur renforcement.</p> |
| <p>Buts et objectifs de l'étude</p> | <p>Cette étude qualitative exploratoire a pour but de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modéliser les pratiques infirmières collectives en émergence à l'intérieur de programmes de santé publique de première ligne dédiés à des clientèles vulnérables, en vue de soutenir leur élaboration aux plans théorique et pratique. <p>Afin de mieux comprendre les pratiques collectives qui prennent forme, nous souhaitons rencontrer des infirmières qui interviennent dans des programmes des <i>services généraux</i> (SIPPE) et <i>spécifiques</i> en CSSS.</p> <p>L'étude vise à répondre aux questions de recherche suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avec quels acteurs les infirmières agissent-elles dans la mise en action de pratiques collectives?, 2- Par quelles activités ou processus contribuent-elles à de telles pratiques?, 3- À partir de quelles finalités?, 4- Dans quels contextes interviennent-elles?, 5- Comment ces pratiques infirmières collectives évoluent-elles dans le temps? <p>L'étude des pratiques infirmières collectives, qui sont en développement, permettra de renforcer le rôle des infirmières en promotion de la santé et d'identifier les conditions favorables à leur mise en place, à leur élaboration et à leur soutien.</p> |

| | |
|--|--|
| <p><i>Modalités de participation à l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vous êtes sollicitée pour prendre part à une collecte de données par observation. Les modalités d'observation de votre pratique seront déterminées avec vous et selon les possibilités de votre milieu. ▪ Cette observation vise à recueillir de l'information sur les lieux, les contextes et les acteurs impliqués dans votre pratique, pour approfondir notre compréhension de votre rôle dans des pratiques infirmières collectives. La durée envisagée de l'observation serait d'environ 6 mois, pour permettre une exposition à une variété de contextes d'observation (entre 15 et 20 situations d'observation). ▪ Les lieux et moments d'observation pourraient être les suivants: des rencontres d'équipe interprofessionnelle; des rencontres de tables de concertation intersectorielles ou de quartier; lors de l'accompagnement des familles vers des ressources. L'intervention auprès de la clientèle à domicile ou en CSSS ne constitue pas une situation d'observation dans cette étude. ▪ Nous observerons plus particulièrement les types d'acteurs interpellés dans vos pratiques collectives, les modes d'interaction qui sont privilégiés, les objets des échanges et des interventions, les services qui sont proposés, la façon dont les liens sont établis avec les différents acteurs. D'autres thèmes d'observation pourront être précisés grâce aux entretiens et aux observations consignées en cours de route. ▪ La chercheuse avisera les acteurs en présence des raisons motivant sa présence lors de la réalisation d'observation. Elle s'assurera d'obtenir préalablement leur consentement et elle acceptera de se retirer en tout temps en cas de refus de leur part ou d'inconfort en cours de route. ▪ Aucune intervention de la part de la chercheuse ne sera réalisée auprès des familles dans le cadre de l'observation. ▪ Deux entretiens semi-dirigés sont aussi prévus durant la période d'observation, l'un à mi-parcours puis l'autre à la fin de la période d'observation, pour permettre d'enrichir ou de nuancer les données recueillies. Ces entretiens seront d'une durée approximative de 60 minutes et se tiendront dans votre milieu professionnel. Le contenu de l'entretien fera l'objet d'un enregistrement numérique audio. Cet enregistrement permettra que vos propos soient retranscrits le plus fidèlement possible. |
| <p><i>Avantages à participer à l'étude</i></p> | <p>En participant à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vous aurez l'opportunité de réfléchir à votre pratique dans un contexte de confidentialité et d'anonymat; ▪ Vous contribuez à comprendre une pratique infirmière en |

| | |
|---|--|
| | <p>élaboration pour mieux la soutenir et pour renforcer son déploiement, s'il y a lieu.</p> |
| <p><i>Risques et inconforts</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les risques encourus dans ce projet sont minimes et renvoient au temps lors des entretiens et à l'observation de votre pratique, ce qui pourrait vous amener à vous interroger sur vous-même ou sur la façon dont vous travaillez. ▪ En participant aux entretiens et à l'observation, vous pourriez aussi vous inquiéter de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles décrites. Soyez cependant assurée que la participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances ou de celles du CSSS pour lequel vous travaillez. Il s'agit plutôt de produire une description sur laquelle aucun jugement n'est porté afin de comprendre et de contribuer au développement de la pratique infirmière. ▪ Il est possible que vous puissiez ressentir une certaine fatigue liée à la durée de l'entretien, dans lequel cas il est possible de prendre une pause sur demande. ▪ La chercheure mettra tout en œuvre pour créer un climat propice aux échanges. |
| <p><i>Participation volontaire et retrait de l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ La participation à cette étude est volontaire. ▪ Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment sans avoir à le justifier, et cela sans préjudice. Il faudra toutefois contacter l'investigatrice principale du projet ou sa directrice de thèse pour l'avertir de votre décision. ▪ Si vous vous retirez de l'étude, seules les données recueillies jusqu'au moment de votre départ pourront être considérées, avec votre accord. ▪ En cas de suspension du projet de recherche, les données recueillies jusqu'au moment de la suspension seront conservées selon les modalités décrites dans la section « caractère confidentiel des données ». |
| <p><i>Caractère confidentiel des informations</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'information transmise par vous, en tant que participante, sera utilisée uniquement pour les besoins de la recherche et demeurera strictement confidentielle. ▪ Un code de participation vous sera assigné. Une seule liste nominale associant les codes aux participants sera créée et conservée à l'Université de Montréal dans une filière barrée sous la responsabilité de la directrice de thèse de la chercheure. Cette liste sera consultée dans l'éventualité de recontacter les participants pour la conduite d'observation. Une copie de votre consentement sera aussi conservée dans la même filière, dans une chemise à part. Seules l'investigatrice principale de même que les directrices et co-directrice de |

| | |
|---|---|
| | <p>thèse auront accès aux renseignements nominatifs et pourraient faire le lien entre ces renseignements et les données de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les bandes audio des entretiens seront réservés à l'usage exclusif de la chercheuse et de ses directrices de thèse. ▪ Les documents électroniques seront enregistrés sur un disque dur et protégés grâce à un code de sécurité connu uniquement de la chercheuse principale. ▪ Tous les documents seront conservés à l'Université de Montréal dans la même filière barrée sous la responsabilité de la directrice de thèse pendant 7 ans après la fin du projet de recherche. Ils seront détruits par la suite. ▪ Les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans des forums de discussion dans les milieux et dans des congrès scientifiques. Aucune information pouvant identifier les participants ne sera dévoilée. |
| <p><i>Dédommagement en cas de préjudices</i></p> | <p>En acceptant de participer à l'étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs responsabilités légales et professionnelles.</p> <p>Aucun dédommagement n'est offert pour participer à l'étude.</p> |
| <p><i>Questions sur l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour toutes les questions au sujet de ce projet de recherche ou encore pour se retirer de l'étude, il suffit de contacter : Lauralie Richard, Inf. B.Sc. Investigatrice principale du projet [REDACTED] ou Sylvie Gendron, Inf. Ph.D. Directrice de thèse [REDACTED] |
| <p><i>Éthique</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le comité d'éthique de la recherche de votre CSSS a approuvé ce projet et il en assure le suivi. Date d'approbation du protocole et du formulaire par le CÉR de l'institution : _____ ▪ Il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement et au protocole de recherche. <p>Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule la participation d'une personne à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, exprimer vos préoccupations à la représentante de votre établissement qui reçoit les plaintes ou commentaires :</p> |

II. CONSENTEMENT (*copie du participant*)

Je soussigné-e

(Nom et prénom en lettres moulées)

Confirme que,

(Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. J'ai pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** :

- La nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche;
- Que ma participation à ce projet de recherche est volontaire;
- Le caractère confidentiel des informations recueillies;
- Les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'**accepte** de participer à un entretien individuel et d'être recontactée, le cas échéant, pour la tenue d'un second entretien de recherche, pour de l'observation de ma pratique ou encore pour participer au comité de suivi participatif du projet.

Je **comprends** que les documents et enregistrements audio des rencontres seront codés de manière à ce que ni les participants, ni les institutions ne puissent être reconnus.

Je **comprends** que les données recueillies et que les observations dans le cadre de cette étude sont confidentielles et qu'elles ne doivent pas poser de préjudice à qui que ce soit.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans devoir me justifier et sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- Que ma pratique soit observée. Oui Non
- De participer à deux entretiens individuels. Oui Non

Signature du participant : _____ Date : _____

Je soussigné-e,

(Nom et prénom en lettres moulées)

- Certifie avoir expliqué au participant identifié ci-dessus les termes du présent formulaire.
- J'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard.
- J'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation sans devoir se justifier et ce, sans préjudice.
- Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

Signature du responsable de

l'obtention du consentement : _____ Date : _____

II. CONSENTEMENT (*copie pour le projet de recherche*)

Je soussigné-e

(Nom et prénom en lettres moulées)

Confirme que,

(Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. J'ai pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** :

- La nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche;
- Que ma participation à ce projet de recherche est volontaire;
- Le caractère confidentiel des informations recueillies;
- Les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'**accepte** de participer à un entretien individuel et d'être recontactée, le cas échéant, pour la tenue d'un second entretien de recherche, pour de l'observation de ma pratique ou encore pour participer au comité de suivi participatif du projet.

Je **comprends** que les documents et enregistrements audio des rencontres seront codés de manière à ce que ni les participants, ni les institutions ne puissent être reconnus.

Je **comprends** que les données recueillies et que les observations dans le cadre de cette étude sont confidentielles et qu'elles ne doivent pas poser de préjudice à qui que ce soit.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans devoir me justifier et sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- Que ma pratique soit observée. Oui Non
- De participer à deux entretiens individuels. Oui Non

Signature du participant : _____ Date : _____

Je soussigné-e,

(Nom et prénom en lettres moulées)

- Certifie avoir expliqué au participant identifié ci-dessus les termes du présent formulaire.
- J'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard.
- J'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation sans devoir se justifier et ce, sans préjudice.
- Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

Signature du responsable de

l'obtention du consentement : _____ Date : _____

Appendice 7

Formulaire d'information et de consentement pour la collecte de données par
observation : Programmes spécifiques et services connexes

Formulaire d'information et de consentement

- Observation- Programmes spécifiques & Services connexes

Chercheure principale :

Lauralie Richard, Ph.D (candidate)

Étudiante au doctorat

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal



Directrice et co-directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D,

Directrice de thèse,

Professeure agrégée,

Faculté des sciences infirmières,

Université de Montréal




Chantal Cara, inf. Ph.D,

Co-directrice de thèse,

Professeure titulaire,

Vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche,

Faculté des sciences infirmières,

Université de Montréal




Formulaire d'information et de consentement

| | |
|-------------------------------------|--|
| Titre du projet de recherche | Modélisation systémique de pratiques infirmières collectives en émergence. |
| Population visée | Infirmières œuvrant au sein de programmes de services spécifiques en première ligne et leurs services connexes. |

PRÉAMBULE

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche parce que vous travaillez en tant qu'infirmière⁶⁶ au sein d'un programme de services spécifiques en CSSS. Ce formulaire de consentement vous informe sur les composantes de la recherche et sur la nature de votre participation, si vous décidez de prendre part au projet. Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Le document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. La chercheuse sera disponible pour vous donner des explications supplémentaires que vous pourriez souhaiter.

I. INFORMATION

| | |
|--|--|
| Qui fait cette recherche ? | |
| Investigatrice principale : Lauralie Richard, inf. Ph.D (candidate) Étudiante au doctorat en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières Université de Montréal | |
| Directrice de thèse : Sylvie Gendron, inf. Ph.D., Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal | Co-directrice de thèse : Chantal Cara, inf. Ph.D. Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal |
| Financement : L'investigatrice principale est soutenue par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) (2007-2008), le Ministère de l'éducation, des loisirs et du sport (MELS) (2008-2010) et la Faculté des études supérieures et postdoctorales (FESP) de l'Université de Montréal (2007-2009). | |

⁶⁶ L'utilisation du mot « infirmière » désigne autant l'infirmier que l'infirmière. Il en est de même pour la forme féminine, privilégiée dans le texte, pour plus de commodité et pour alléger la lecture.

| | |
|--|---|
| <p>Introduction</p> | <p>Dans les services de première ligne en CSSS au Québec, des infirmières sont interpellées pour prendre part à des pratiques collectives pour participer à la création de milieux de vie favorables à la santé et au bien-être de populations vulnérables. Ces pratiques conviennent les infirmières à franchir leurs frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles traditionnelles pour agir dans le milieu de vie de la clientèle et interagir avec une multitude d'acteurs issus de secteurs d'activités variés. Il semble toutefois que pour les infirmières, des conditions préalables à de telles pratiques soient précaires et que des enjeux professionnels et organisationnels se posent quant à leurs possibilités de développement. Le programme des <i>Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance</i> (SIPPE), qui comporte un axe d'intervention visant la création d'environnements favorables à la santé de familles vulnérables, tout comme les programmes de services spécifiques en CSSS, qui reposent sur des approches de proximité incitant à agir dans les ressources de la communauté, figurent parmi des programmes de santé publique à l'intérieur desquels des infirmières sont conviées à s'inscrire dans des pratiques collectives. À ce jour, étant donné que peu d'études ont documenté la mise en action de pratiques collectives dans lesquels sont impliquées des infirmières qui interviennent en contexte de vulnérabilité sociale, nous disposons de peu de pistes pour soutenir leur développement et leur renforcement.</p> |
| <p>Buts et objectifs de l'étude</p> | <p>Cette étude qualitative exploratoire a pour but de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modéliser les pratiques infirmières collectives en émergence à l'intérieur de programmes de santé publique de première ligne dédiés à des clientèles vulnérables, en vue de soutenir leur élaboration aux plans théorique et pratique. <p>Afin de mieux comprendre les pratiques collectives qui prennent forme, nous souhaitons rencontrer des infirmières qui interviennent dans des programmes des <i>services généraux</i> (SIPPE) et <i>spécifiques</i> en CSSS.</p> <p>L'étude vise à répondre aux questions de recherche suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avec quels acteurs les infirmières agissent-elles dans la mise en action de pratiques collectives?, 2- Par quelles activités ou processus contribuent-elles à de telles pratiques?, 3- À partir de quelles finalités?, 4- Dans quels contextes interviennent-elles?, 5- Comment ces pratiques infirmières collectives évoluent-elles dans le temps? <p>L'étude des pratiques infirmières collectives, qui sont en développement, permettra de renforcer le rôle des infirmières en promotion de la santé et d'identifier les conditions favorables à leur mise en place, à leur élaboration et à leur soutien.</p> |

| | |
|--|--|
| <p><i>Modalités de participation à l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vous êtes sollicitée pour prendre part à une collecte de données par observation. Les modalités d'observation de votre pratique seront déterminées avec vous et selon les possibilités de votre milieu. ▪ Cette observation vise à recueillir de l'information sur les lieux, les contextes et les acteurs impliqués dans votre pratique, pour approfondir notre compréhension de votre rôle dans des pratiques infirmières collectives. La durée envisagée de l'observation serait d'environ 6 mois, pour permettre une exposition à une variété de contextes d'observation (entre 15 et 20 situations d'observation). ▪ Les lieux et moments d'observation pourraient être les suivants: des rencontres d'équipe interprofessionnelle; des rencontres de tables de concertation intersectorielles ou de quartier; lors de l'accompagnement des familles vers des ressources. L'intervention auprès de la clientèle à domicile ou en CSSS ne constitue pas une situation d'observation dans cette étude. ▪ Nous observerons plus particulièrement les types d'acteurs interpellés dans vos pratiques collectives, les modes d'interaction qui sont privilégiés, les objets des échanges et des interventions, les services qui sont proposés, la façon dont les liens sont établis avec les différents acteurs. D'autres thèmes d'observation pourront être précisés grâce aux entretiens et aux observations consignées en cours de route. ▪ La chercheuse avisera les acteurs en présence des raisons motivant sa présence lors de la réalisation d'observation. Elle s'assurera d'obtenir préalablement leur consentement et elle acceptera de se retirer en tout temps en cas de refus de leur part ou d'inconfort en cours de route. ▪ Aucune intervention de la part de la chercheuse ne sera réalisée auprès des familles dans le cadre de l'observation. ▪ Deux entretiens semi-dirigés sont aussi prévus durant la période d'observation, l'un à mi-parcours puis l'autre à la fin de la période d'observation, pour permettre d'enrichir ou de nuancer les données recueillies. Ces entretiens seront d'une durée approximative de 60 minutes et se tiendront dans votre milieu professionnel. Le contenu de l'entretien fera l'objet d'un enregistrement numérique audio. Cet enregistrement permettra que vos propos soient retranscrits le plus fidèlement possible. |
| <p><i>Avantages à participer à l'étude</i></p> | <p>En participant à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vous aurez l'opportunité de réfléchir à votre pratique dans un contexte de confidentialité et d'anonymat; ▪ Vous contribuez à comprendre une pratique infirmière en |

| | |
|---|--|
| | <p>élaboration pour mieux la soutenir et pour renforcer son déploiement, s'il y a lieu.</p> |
| <p><i>Risques et inconforts</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les risques encourus dans ce projet sont minimes et renvoient au temps lors des entretiens et à l'observation de votre pratique, ce qui pourrait vous amener à vous interroger sur vous-même ou sur la façon dont vous travaillez. ▪ En participant aux entretiens et à l'observation, vous pourriez aussi vous inquiéter de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles décrites. Soyez cependant assurée que la participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances ou de celles du CSSS pour lequel vous travaillez. Il s'agit plutôt de produire une description sur laquelle aucun jugement n'est porté afin de comprendre et de contribuer au développement de la pratique infirmière. ▪ Il est possible que vous puissiez ressentir une certaine fatigue liée à la durée de l'entretien, dans lequel cas il est possible de prendre une pause sur demande. ▪ La chercheuse mettra tout en œuvre pour créer un climat propice aux échanges. |
| <p><i>Participation volontaire et retrait de l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ La participation à cette étude est volontaire. ▪ Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment sans avoir à le justifier, et cela sans préjudice. Il faudra toutefois contacter l'investigatrice principale du projet ou sa directrice de thèse pour l'avertir de votre décision. ▪ Si vous vous retirez de l'étude, seules les données recueillies jusqu'au moment de votre départ pourront être considérées, avec votre accord. ▪ En cas de suspension du projet de recherche, les données recueillies jusqu'au moment de la suspension seront conservées selon les modalités décrites dans la section « caractère confidentiel des données ». |
| <p><i>Caractère confidentiel des informations</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'information transmise par vous, en tant que participante, sera utilisée uniquement pour les besoins de la recherche et demeurera strictement confidentielle. ▪ Un code de participation vous sera assigné. Une seule liste nominale associant les codes aux participants sera créée et conservée à l'Université de Montréal dans une filière barrée sous la responsabilité de la directrice de thèse de la chercheuse. Cette liste sera consultée dans l'éventualité de recontacter les participants pour la conduite d'observation. Une copie de votre consentement sera aussi conservée dans la même filière, dans une chemise à part. Seules l'investigatrice principale de même que les directrices et co-directrice de |

| | |
|---|---|
| | <p>thèse auront accès aux renseignements nominatifs et pourraient faire le lien entre ces renseignements et les données de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les bandes audio des entretiens seront réservés à l'usage exclusif de la chercheuse et de ses directrices de thèse. ▪ Les documents électroniques seront enregistrés sur un disque dur et protégés grâce à un code de sécurité connu uniquement de la chercheuse principale. ▪ Tous les documents seront conservés à l'Université de Montréal dans la même filière barrée sous la responsabilité de la directrice de thèse pendant 7 ans après la fin du projet de recherche. Ils seront détruits par la suite. ▪ Les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans des forums de discussion dans les milieux et dans des congrès scientifiques. Aucune information pouvant identifier les participants ne sera dévoilée. |
| <p><i>Dédommagement en cas de préjudices</i></p> | <p>En acceptant de participer à l'étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs responsabilités légales et professionnelles.</p> <p>Aucun dédommagement n'est offert pour participer à l'étude.</p> |
| <p><i>Questions sur l'étude</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour toutes les questions au sujet de ce projet de recherche ou encore pour se retirer de l'étude, il suffit de contacter : Lauralie Richard, Inf. B.Sc. Investigatrice principale du projet [REDACTED] ou Sylvie Gendron, Inf. Ph.D. Directrice de thèse [REDACTED] |
| <p><i>Éthique</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le comité d'éthique de la recherche de votre CSSS a approuvé ce projet et il en assure le suivi. Date d'approbation du protocole et du formulaire par le CÉR de l'institution : _____ ▪ Il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement et au protocole de recherche. <p>Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule la participation d'une personne à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, exprimer vos préoccupations à la représentante de votre établissement qui reçoit les plaintes ou commentaires :</p> |

II. CONSENTEMENT (*copie du participant*)

Je soussigné-e

(Nom et prénom en lettres moulées)

Confirme que,

(Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. J'ai pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** :

- La nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche;
- Que ma participation à ce projet de recherche est volontaire;
- Le caractère confidentiel des informations recueillies;
- Les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'**accepte** de participer à un entretien individuel et d'être recontactée, le cas échéant, pour la tenue d'un second entretien de recherche, pour de l'observation de ma pratique ou encore pour participer au comité de suivi participatif du projet.

Je **comprends** que les documents et enregistrements audio des rencontres seront codés de manière à ce que ni les participants, ni les institutions ne puissent être reconnus.

Je **comprends** que les données recueillies et que les observations dans le cadre de cette étude sont confidentielles et qu'elles ne doivent pas poser de préjudice à qui que ce soit.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans devoir me justifier et sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- Que ma pratique soit observée. Oui Non
- De participer à deux entretiens individuels. Oui Non

Signature du participant : _____ Date : _____

Je soussigné-e,

(Nom et prénom en lettres moulées)

- Certifie avoir expliqué au participant identifié ci-dessus les termes du présent formulaire.
- J'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard.
- J'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation sans devoir se justifier et ce, sans préjudice.
- Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

Signature du responsable de

l'obtention du consentement : _____ Date : _____

II. CONSENTEMENT (*copie pour le projet de recherche*)

Je soussigné-e

(Nom et prénom en lettres moulées)

Confirme que,

(Nom et prénom en lettres moulées)

m'a remis une copie du document « *Formulaire d'information et de consentement* » sur le projet. J'ai pris connaissance de la totalité de l'information.

On m'a **expliqué** et je **comprends** :

- La nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche;
- Que ma participation à ce projet de recherche est volontaire;
- Le caractère confidentiel des informations recueillies;
- Les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

On m'a **expliqué**, je **comprends** et j'**accepte** de participer à un entretien individuel et d'être recontactée, le cas échéant, pour la tenue d'un second entretien de recherche, pour de l'observation de ma pratique ou encore pour participer au comité de suivi participatif du projet.

Je **comprends** que les documents et enregistrements audio des rencontres seront codés de manière à ce que ni les participants, ni les institutions ne puissent être reconnus.

Je **comprends** que les données recueillies et que les observations dans le cadre de cette étude sont confidentielles et qu'elles ne doivent pas poser de préjudice à qui que ce soit.

On m'a **expliqué** et je **comprends** qu'en signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi et je ne libère pas les membres de l'équipe de recherche et les intervenants de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je **comprends** que je demeure libre de me retirer en tout temps, sans devoir me justifier et sans préjudice d'aucune sorte.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre une décision.

En signant le formulaire de consentement, j'accepte :

- Que ma pratique soit observée. Oui Non
- De participer à deux entretiens individuels. Oui Non

Signature du participant : _____ Date : _____

Je soussigné-e,

(Nom et prénom en lettres moulées)

- Certifie avoir expliqué au participant identifié ci-dessus les termes du présent formulaire.
- J'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard.
- J'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation sans devoir se justifier et ce, sans préjudice.
- Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

Signature du responsable de

l'obtention du consentement : _____ Date : _____

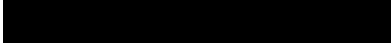
Appendice 8

Entente de confidentialité

Entente de confidentialité

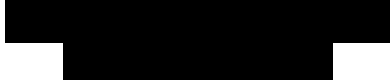
Chercheure principale :

Lauralie Richard, Ph.D (candidate)
Étudiante au doctorat
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

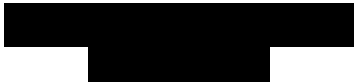


Directrice et co-directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D,
Directrice de thèse,
Professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal



Chantal Cara, inf. Ph.D,
Co-directrice de thèse,
Professeure titulaire,
Vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal



Cette entente de confidentialité doit être signée par toute personne qui sera en contact avec des données de la recherche nommée en rubrique (par exemple : transcripteur, membres du dispositif d'accompagnement, agente de recherche qui participe à l'analyse documentaire).

ENTENTE DE CONFIDENTIALITÉ

Je m'engage à respecter la confidentialité du matériel de recherche dont je prends connaissance dans le cadre de mes fonctions reliées à ce projet et à ne pas divulguer des données. De plus, je m'engage à ne pas diffuser les documents auxquels j'aurai eu accès au courant de la recherche.

Signature : _____

Date : _____

Appendice 9

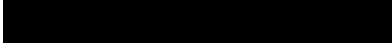
Questionnaire auto-administré : Programme des SIPPE

Questionnaire auto-administré

Programme des SIPPE



Chercheure principale :

Lauralie Richard, Ph.D (candidate)
Étudiante au doctorat
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal





Directrice et co-directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D,
Directrice de thèse,
Professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Chantal Cara, inf. Ph.D,
Co-directrice de thèse,
Professeure titulaire,
Vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Code : _____

5- Dans les 3 dernières années, avez-vous suivi de la formation continue concernant :

- L'action intersectorielle?
Oui Non
- La création d'environnements favorables (CEF)?
Oui Non
- L'intervention en contexte de pauvreté?
Oui Non
- Le développement social?
Oui Non
- La collaboration interprofessionnelle/interdisciplinaire?
Oui Non

6- Présentement, combien de familles suivez-vous dans le cadre des SIPPE?

7- En moyenne, combien de rencontres par semaine avez-vous avec les familles (exclure les rencontres de groupe)?

8- En moyenne par semaine ou par mois, combien de fois travaillez-vous avec des ressources extérieures au CSSS dans le cadre de votre intervention (excluant la formation)? Pour quels motifs? Qui sont généralement les acteurs impliqués?

9- En moyenne parmi les moments où vous travaillez avec les ressources extérieures au CSSS, combien de fois est-ce pour de l'accompagnement des familles?

Appendice 10

Questionnaire auto-administré : Programmes spécifiques et services connexes

Questionnaire auto-administré

Programmes spécifiques & Services connexes

Chercheure principale :

Lauralie Richard, Ph.D (candidate)

Étudiante au doctorat

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal



Directrice et co-directrice de thèse :

Sylvie Gendron, inf. Ph.D,

Directrice de thèse,

Professeure agrégée,

Faculté des sciences infirmières,

Université de Montréal



Chantal Cara, inf. Ph.D,


Co-directrice de thèse,

Professeure titulaire,

Vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche,

Faculté des sciences infirmières,

Université de Montréal



Code : _____

QUESTIONNAIRE

Vous êtes sollicitée pour répondre à un questionnaire dans le but de dresser un portrait du profil professionnel et de l'expérience d'intervention des infirmières qui acceptent de participer aux entretiens. Ce questionnaire prendra environ cinq minutes à compléter.

1- Veuillez compléter le tableau suivant :

| Depuis combien d'années travaillez-vous : | |
|--|--|
| a) Dans ce quartier ? | |
| b) Dans un CSSS ? | |
| c) Au sein de ce CSSS ? | |
| d) À titre de professionnel(le) de la santé ? | |
| e) Dans ce programme ou auprès de cette clientèle? | |

2- Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu?

3- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

Moins de 20 ans

De 20 à 29 ans

De 30 à 39 ans

De 40 à 49 ans

De 50 à 59 ans

Plus de 60 ans

4- Quel est votre genre : Féminin

Masculin

Code : _____

5- Dans les 3 dernières années, avez-vous suivi de la formation continue concernant :

- L'action intersectorielle?
Oui Non
- La création d'environnements favorables (CEF)?
Oui Non
- L'intervention en contexte de pauvreté?
Oui Non
- Le développement social?
Oui Non
- La collaboration interprofessionnelle/interdisciplinaire?
Oui Non

6- En moyenne par semaine ou par mois, combien de fois travaillez-vous avec des ressources extérieures au CSSS dans le cadre de votre intervention (excluant la formation)? Pour quels motifs? Qui sont généralement les acteurs impliqués?

7- En moyenne parmi les moments où vous travaillez avec les ressources extérieures au CSSS, combien de fois est-ce pour de l'accompagnement de la clientèle?

Appendice 11
Grille d'observation

Grille d'observation

Date : _____

Lieu : _____

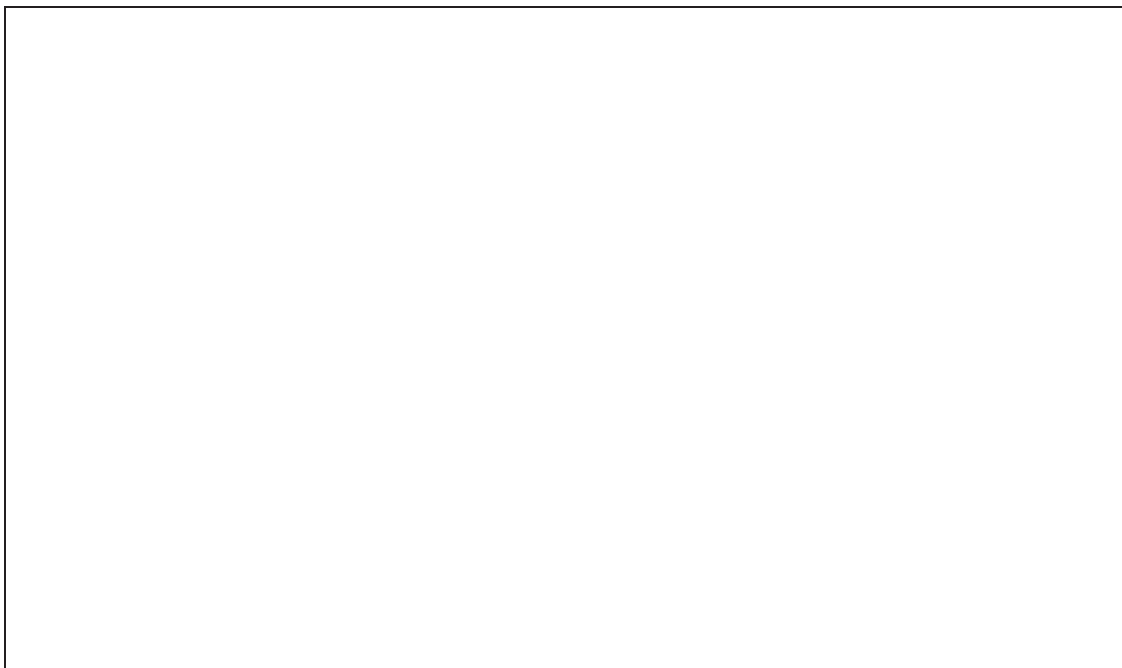
Situation/activité : _____

Acteurs présents : _____

Rôle particulier de l'infirmière :

Déroulement : _____

Interactions/rapports entre les acteurs: _____

SCHÉMATISATION DES LIEUX

Description des lieux: _____

Autres observations pertinentes/notes : _____

Appendice 12

Extraits de notes d'observation

Extrait de notes d'observation d'une rencontre d'équipe

Date : octobre 2011

Type d'activité : rencontre d'équipe

Acteurs présents : l'ensemble des membres de l'équipe sont présents sauf l'organisateur communautaire.

Thème/Objectif : Rencontre organisée par le chef de programme afin de discuter avec son équipe de la question de l'uniformisation des pratiques entre les sites du territoire. La discussion prend la forme d'un exercice où chaque professionnel/groupe de professionnels doit préciser son rôle dit « exclusif » et « partagé » avec d'autres.

L'exercice est qualifié d'exigeant par les intervenants, dès le départ. Parfois les échanges sont tendus, parce que ce que l'un perçoit comme son rôle exclusif ne l'est pas toujours pour un autre. Une intervenante propose de distinguer les rôles selon ce qui relève de la « santé » et du « social »... l'ensemble de l'équipe acquiesce.

- Cela pose pour moi la question de la conception de la santé, particulièrement dans un contexte d'intervention en situation de vulnérabilité sociale? Comment intégrer un espace social comme le milieu de vie et les ressources pour les infirmières si on les « classe » dans la catégorie « santé » qui est perçue comme étant distincte du « social »? Discuter de la conception de la « santé » lors de ma prochaine séance d'observation avec Julie⁶⁷.
- Cela renforce aussi ce que j'ai observé dans d'autres rencontres d'équipe/milieus où le chef de programme s'adresse à son équipe en spécifiant : « bon, là je m'adresse juste aux « sociaux » ou juste au « nursing » ». Le social et la santé ne seraient donc pas si « mélangés »?

En ce qui a trait spécifiquement au rôle infirmier, des aspects cliniques relatifs à l'intervention prénatale (par exemple : préparation à l'accouchement, soulagement de la douleur, allaitement, contraception, enseignement pour les soins du bébé) ou postnatale (par exemple : aide à l'allaitement, santé du bébé, vaccination, suivi médical de la mère) ont surtout été ciblés.

Les activités suivantes ont été établies comme étant communes entre les membres de l'équipe. En prénatal : adaptation à la vie avec un bébé, santé mentale des parents, gestion du stress, conditions de vie, organismes communautaires. En postnatal : stimulation du bébé, alimentation mère/enfant, développement psychomoteur de

⁶⁷ Le prénom « Julie » est utilisé ici à titre de nom fictif pour représenter l'infirmière du milieu avec laquelle je réalisais de l'observation.

l'enfant, référence aux organismes communautaires. La référence aux ressources institutionnelles et communautaires figurait aussi dans ce qui pouvait être « partagé » entre les membres de l'équipe. Lorsqu'il est fait mention de l'axe d'intervention visant la CEF à la santé des familles, ce sont surtout les organisateurs communautaires qui sont ciblés comme acteurs privilégiés.

La question du rôle d'accompagnement de la clientèle dans les ressources du milieu a soulevé des questions : « Pourquoi l'accompagnement d'une cliente dans une ressource n'est pas considéré comme « prendre par la main ? » » ; « Où est la limite entre « faire pour » elle et « être avec » elle ? » Une infirmière et une travailleuse sociale entreprennent d'amorcer la discussion et s'expriment à l'effet que « c'est gênant de demander des services soi-même » pour les jeunes mères, surtout pour des besoins alimentaires et de l'aide matérielle. Elles partagent leur vision de ce que représente pour elles l'accompagnement : un moyen de « donner un petit coup de pouce » aux jeunes mères pour qu'elles se prennent en main; en général, la clientèle ne se déplace pas par elle-même du premier coup et encore moins les plus vulnérables donc « ça leur donne un point de départ ».

Les intervenants disent percevoir « une brisure » entre eux et les ressources communautaires du territoire. À ce propos, le chef de programme rapporte une diminution de l'achalandage dans les ressources et propose une discussion autour de stratégies pour favoriser l'accès des familles aux ressources affiliées au programme. Il semblerait que les ressources souhaitent avoir des ateliers/activités pour les familles dans leur milieu. D'une part, il est convenu de discuter avec l'organisateur communautaire à ce sujet, lors d'une prochaine rencontre d'équipe. Une infirmière propose une tournée des ressources pour se remettre en lien avec le milieu. Il semble que ça fait plus d'un an que l'équipe n'a pas eu d'événement avec les ressources communautaires. C'est mis au prochain ordre du jour...

Séance d'observation de la pratique d'interface d'une infirmière⁶⁸

Décembre 2010

Type d'activité : observation d'une séance de travail dans une ressource communautaire.
Acteurs présents : infirmière et travailleur social (TS) (travail en dyade), intervenants communautaires, clientèle du milieu.

En route vers la ressource, l'infirmière et le TS s'entendent sur les patients qu'ils aimeraient rencontrer : certains qu'ils n'ont pas vu depuis longtemps, d'autres pour lesquels ils aimeraient faire un suivi, quelques uns qui les inquiètent particulièrement. Cette dyade infirmière-TS est formée depuis plus de six mois. Les intervenants disent bien se connaître et avoir une certaine expérience/routine dans la ressource qu'ils visitent aujourd'hui.

À leur arrivée dans la ressource, l'infirmière et le TS signalent leur présence au responsable du milieu. Il y a une façon de fonctionner et qu'il faut respecter dans cette ressource pour garder de bons liens : ne pas circuler « librement » sans « autorisation ». Ils demandent au responsable de la ressource s'il a des personnes à référer durant leur temps de présence dans le milieu (2h) (par exemple : des personnes dont l'état de santé mentale se serait dégradé récemment). Les intervenants procèdent donc à un partage d'informations à propos de certains usagers de la ressource qui sont jugés « dans le besoin ». L'infirmière et le TS consignent ces informations dans un carnet de route, puis établissent leur plan de travail à partir de ces discussions. Ils s'installent dans un local qui leur est attribué, en retrait de l'aire d'activité principale. Ils ne vont donc pas directement vers la clientèle, ils attendent que les gens viennent vers eux. Déjà après quelques minutes, ce petit bureau sombre se transforme en lieu actif d'intervention.

Échange entre l'infirmière, le TS et un intervenant de la ressource:

Un intervenant du milieu se présente dans le local et manifeste son inquiétude vis-à-vis d'un usager. Visiblement, il semble très touché par la situation. L'infirmière confirme à l'intervenant que des démarches ont déjà été tentées dans le passé mais que l'usager ne souhaitait pas qu'on lui vienne en aide. L'intervenant dit être très triste de la situation et se sentir « impuissant ». Il aimerait que cette personne puisse recevoir de l'aide. L'infirmière et le TS proposent à l'intervenant de l'accompagner pour évaluer si l'usager accepterait de l'aide aujourd'hui. L'infirmière insiste sur le fait qu' « on ne peut pas forcer un patient à recevoir des soins, à moins qu'il représente un danger pour lui-même ». Finalement, l'usager a refusé l'aide. L'infirmière et le TS ont donc rencontré de

⁶⁸ Certains détails pouvant compromettre l'anonymat des participants et des milieux de recherche ont été omis dans cet extrait de notes d'observation. Cela ne porte toutefois pas atteinte à l'intégrité du propos et n'en altère pas le sens.

nouveau l'intervenant pour faire un suivi. S'ensuivent plusieurs minutes d'échange sur la réalité vécue de cet intervenant, les situations difficiles auxquelles il est confronté tous les jours. Il y a un échange sur certaines stratégies pour aider l'intervenant à gérer avec ces composantes exigeantes de l'intervention auprès de personnes vulnérables au plan émotionnel. L'infirmière et le TS prennent le temps d'écouter l'intervenant et se montrent sensibles face à l'inquiétude et aux sentiments qui sont verbalisés.

- L'intervenant de cette ressource devient donc ici l'une des cibles du « soin »? La pratique d'interface ouvre peut-être la porte à des cibles plus diversifiées? À une conception différente du soin?

Quelques interventions ont lieu avec des usagers de la ressource durant la séance d'observation. Je me retire. Ce que je constate toutefois c'est que ce sont les intervenants du milieu qui introduisent les usagers à l'infirmière et au TS. Ceux-ci utilisent leurs liens avec les usagers pour établir le contact avec les intervenants du CSSS.

À la fin de la séance d'observation, l'infirmière se confie par rapport au fait qu'il est parfois difficile de composer avec des façons de faire qui sont différentes dans les ressources communautaires, et que ça exige, de part et d'autre, de l'ouverture.

Appendice 13

Exemple de synthèse validée d'un entretien de recherche⁶⁹

⁶⁹ Certains éléments de cette synthèse ont été masqués en noir afin de protéger l'anonymat de la participante et du milieu.

Synthèse d'entretien (code [REDACTED])

Les pratiques infirmières collectives qui s'élaborent dans le programme au sein duquel vous intervenez en CSSS constituent l'objet principal de ce projet de recherche doctoral, tout comme le contexte et les conditions particulières dans lesquelles ces pratiques prennent forme. Par « pratiques infirmières collectives », nous entendons les pratiques qui se déroulent en dehors des murs du CSSS et dans lesquelles les infirmières sont appelées à interagir, intervenir ou collaborer avec des intervenants ou acteurs qui n'appartiennent pas au secteur de la santé (organismes communautaires, CPE, milieu scolaire, centre local d'emploi, etc.). Le résumé de notre entretien est organisé en fonction des thèmes qui se rapportent à cet intérêt de recherche.

Nous souhaiterions, d'une part, que vous lisiez attentivement le résumé qui suit. D'autre part, vous êtes invitée à le commenter, au besoin, afin d'ajouter, de soustraire ou encore de nuancer ses propos, ceci pour qu'il représente de façon juste les idées que vous avez émises lors de notre rencontre. Une enveloppe préaffranchie accompagne ce document afin que vous puissiez me le retourner. Si toutefois vous avez reçu une version électronique, s.v.p. me la retourner à l'adresse suivante : [REDACTED]

Idées principales de l'entretien

Rôle de l'infirmière dans le programme :

- L'infirmière joue le rôle d'« accompagnante »; c'est une personne ressource qui travaille à partir des priorités et des besoins de la clientèle; elle établit des liens et les préserve dans le cadre de ses interventions auprès de la clientèle.
- Quelques verbes d'action permettant de décrire l'intervention infirmière : maintenir la relation, accompagner, évaluer les priorités, travailler avec les ressources pour répondre aux besoins de la clientèle, négocier, écouter.
- Métaphore de la mangeoire d'oiseaux pour illustrer la pratique infirmière :
 - o « Je me considère comme une mangeoire d'oiseaux. Je ne sais jamais quel oiseau va venir et quand il va repasser. Je suis là. (Je suis) la stabilité qu'ils n'ont jamais eue. Je ne demande rien en retour ».

Accompagnement des familles vers des ressources ou intervention dans les ressources :

- Processus de référence et d'accompagnement de la clientèle pour aller vers/dans les ressources de la communauté : l'infirmière appelle dans la ressource afin de s'assurer de leur disponibilité pour accueillir la clientèle (par exemple, la disponibilité pour une place en ressource d'hébergement), elle donne ensuite le numéro de téléphone de la ressource à la cliente et l'encourage à contacter elle-même l'organisme, l'infirmière soutient la cliente dans ses démarches de prise de

contact en lui expliquant comment les choses vont se dérouler (par exemple, les questions auxquelles elle devra répondre, les documents à fournir pour être éligible dans la ressource). Dans certains cas, l'infirmière accompagne la clientèle dans la ressource. Il s'agit alors d'introduire ou de présenter la cliente aux intervenants et réciproquement, de lui faire connaître les intervenants et les services offerts.

- Donner des ateliers ou de la formation directement dans les ressources de la communauté permet de favoriser l'intégration de la clientèle à ces ressources. Par exemple, donner des cours dans une ressource avec laquelle on a un bon lien plutôt qu'au CSSS pour introduire les jeunes mères aux intervenants de la ressource, faire sentir à la clientèle que les intervenants du milieu sont importants pour moi comme infirmière et que j'ai un bon lien avec eux. C'est aussi une occasion de favoriser l'établissement du lien entre la clientèle et les intervenants pour que ce soit ensuite plus facile pour la clientèle de se déplacer « par elle-même » afin d'aller chercher les services.
 - o Accompagner la clientèle permet de favoriser l'accès des familles aux ressources du territoire. Donner l'adresse ou le numéro de téléphone ne suffit pas à ce que la clientèle se mobilise pour aller chercher les services disponibles dans la communauté. Ça prend du courage pour se déplacer vers un lieu inconnu, rencontrer de nouveaux intervenants et leur raconter notre vie. Le rôle de l'infirmière c'est donc d'introduire la clientèle, de la présenter (porte-parole). « Tout le monde a le droit d'être accompagné ».
- Principaux motifs pour l'accompagnement de la clientèle dans les ressources (données issues du questionnaire) : problèmes sociaux divers, accompagner dans les démarches pour le logement, aide alimentaire, aide matérielle, permettre à la clientèle de s'inscrire dans un réseau de soutien/briser l'isolement.

Projet de CEF:

- Projet initié par l'infirmière afin de promouvoir l'allaitement maternel dans la communauté. [REDACTED]
- [REDACTED]
- Motivations de l'infirmière pour réaliser ce projet : mettre en place un projet qui permettrait de faire en sorte que le milieu de vie des mères soit favorable à l'allaitement; engager les commerces du quartier dans la promotion de l'allaitement en proposant des lieux agréables, sécuritaires et dans lesquels la pratique de

l'allaitement se fait dans le respect de la femme et de l'enfant, tout en sachant que l'allaitement a aussi des bienfaits sur l'attachement et la relation mère-enfant.

- Les commerçants deviennent une cible pour l'intervention puisqu'ils sont au cœur du projet.

Éléments facilitant l'accompagnement et le travail avec les ressources :

- Connaître le quartier et les ressources favorise le processus de référence de la clientèle. On a confiance aux organismes lorsqu'on réfère la clientèle. Par exemple, le fait d'avoir vécu dans le milieu et d'avoir consulté les ressources à titre personnel et bénévole a permis de connaître les gens, les rouages, l'intensité de l'intervention, les services qui sont offerts, l'importance de la confidentialité dans les interventions réalisées et la fiabilité des gens pour référer au CSSS dans le cas où une personne ne va pas bien.
- Le fait d'avoir un petit territoire favorise le travail d'accompagnement des familles et les liens avec les ressources.
- Avoir le support du gestionnaire de programme est un facteur facilitant. Cela peut se manifester par le fait qu'il encourage les idées nouvelles et qu'il manifeste de l'ouverture et de l'intérêt pour comprendre et accueillir, le cas échéant, les projets proposés.
- Pour avoir du succès lorsqu'on travaille avec les gens des ressources, il faut être impliqué dans l'établissement et le maintien des liens avec eux.
- Lorsqu'on est active dans la communauté, qu'on connaît bien les ressources et qu'on entretient nos liens avec celles-ci, on remarque une plus grande rétention de la clientèle dans le programme.
- Il faut manifester de l'intérêt comme infirmière et démontrer de l'initiative pour travailler avec les partenaires puis entretenir ce lien dans le temps.
- Une ressource qui privilégie une philosophie d'intervention valorisant l'autonomie de la clientèle s'aligne davantage à la philosophie du programme et facilite généralement les interventions. Cela favorise aussi les rapports avec les gens de la ressource.

Obstacles / défis pour l'accompagnement et le travail avec les ressources :

- La confidentialité est une composante éthique délicate dans les rapports avec les ressources, plus particulièrement en ce qui concerne le partage d'informations sur la clientèle (violence, criminalité, Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)). Il faut à la fois préserver le lien avec la clientèle et avec la ressource.
- Les règles strictes dans certaines ressources peuvent entraîner la perte de suivis et la rupture des liens avec la clientèle, ce qui peut complexifier les rapports avec certains de ses intervenants.

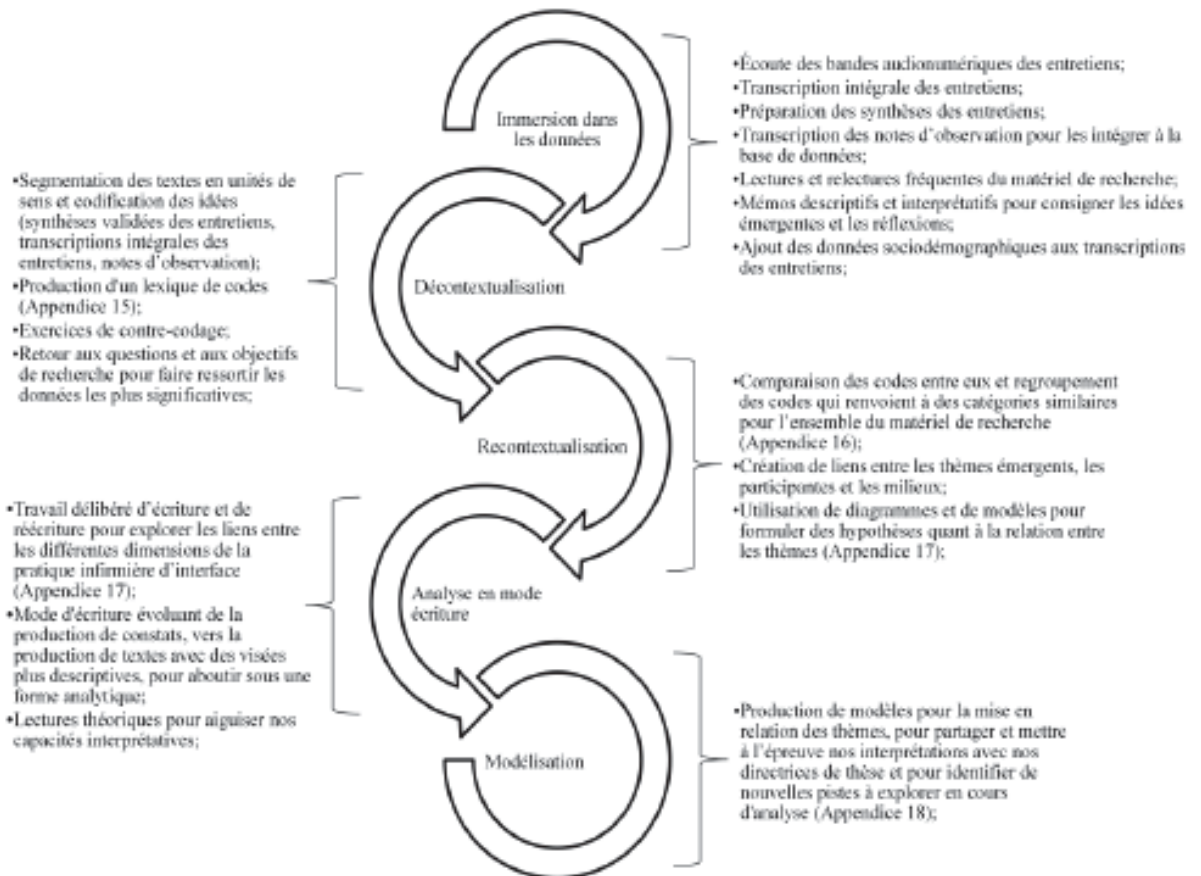
Description du contexte d'intervention :

- Intervenir en contexte de vulnérabilité sociale : les problèmes sociaux vécus par la clientèle créent de la souffrance.
- S'impliquer dans la CEF et dans le travail avec les ressources signifie d'aller parfois à « contre-courant », sans le soutien d'autres membres de son équipe. L'implication dans la communauté repose sur la volonté personnelle de chacun.



Appendice 14

Représentation générale du processus d'analyse de données



Appendice 15

Extrait du lexique de codes

Code: accompagnement

« Le code accompagnement est utilisé ici au sens large. Il renvoie à ce que les infirmières identifient comme le fait d'« être avec » la personne par rapport aux démarches qu'elle entreprend et à ses projets, ce qui comprend le fait de se mobiliser avec elle vers les ressources du milieu. »

Code: acteur communautaire

« L'acteur communautaire réfère à un intervenant, un responsable administratif ou encore, un bénévole d'un organisme/ressource communautaire. »

Code: autonomie

« Ce que les infirmières identifient comme le fait pour la clientèle d'agir ou de prendre des décisions par elle-même; sentiment de contrôle sur sa vie; pouvoir d'agir. »

Code: confiance

« Ce que les infirmières qualifient comme un sentiment de confiance qui se forge dans le rapport à l'Autre, que ce soit avec la clientèle ou d'autres acteurs des ressources de la communauté. »

Code : crainte

« Crainte, inquiétude, stress exprimé par les infirmières vis-à-vis de la perte possible de leur travail hors du CSSS, dans les ressources. »

Code: inconnu

« L'absence de repères pour les infirmières par rapport à leur rôle, pour s'identifier. Ce qui est nouveau. »

Code: liens

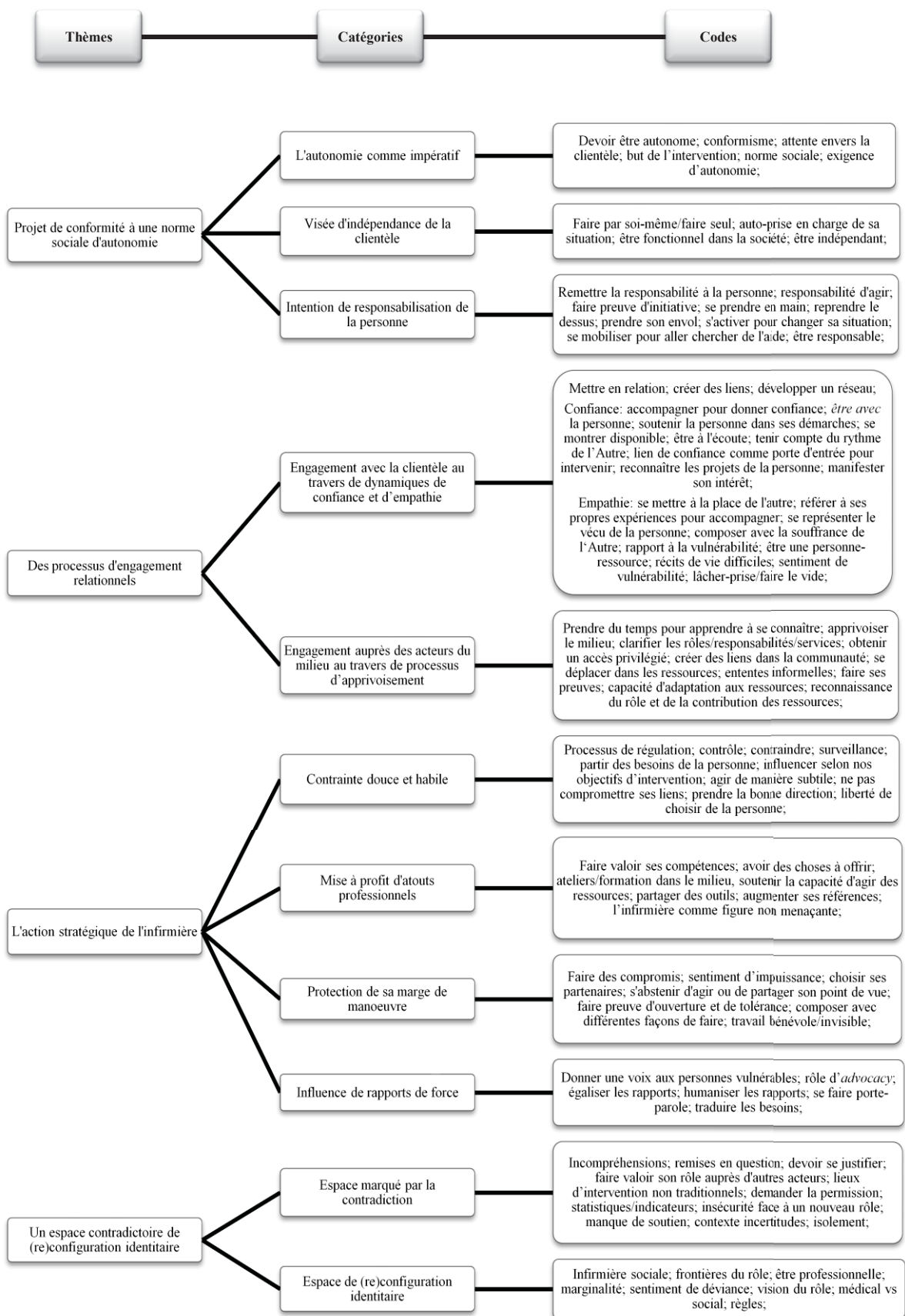
« Éléments permettant de décrire ou de qualifier l'établissement de liens/d'une relation entre les infirmières et d'autres acteurs (incluant la clientèle, les membres des équipes interprofessionnelles en CSSS, les acteurs communautaires et autres). »

Code : prise de contact

« Éléments qui correspondent aux activités/démarches de prise de contact avec les ressources, hors des murs du CSSS. »

Appendice 16

Diagramme synthèse du regroupement des codes pour la création des thèmes issus de l'analyse de données



Appendice 17
Exemples d'exercices analytiques

Développement d'une typologie de pratiques selon trois profils d'infirmières

| Profil 1 « L'infirmière qui réfère et apprivoise l'accompagnement » | Profil 2 « L'infirmière sociale qui accompagne la clientèle » | Profil 3 « L'infirmière qui intervient dans les ressources » |
|--|--|---|
| Ce qui les qualifie ... | | |
| <p>Programme Services généraux-SIPPE;</p> <p>Accompagnement pour favoriser l'indépendance/l'autonomie de la clientèle en étant avec elle, occasionnellement en se déplaçant vers/dans les ressources;</p> <p>Conception des ressources comme sources d'aide complémentaires;</p> <p>Liens de l'ordre de la référence; accompagnement vers des gens qu'on apprend à connaître; processus de reconnaissance;</p> <p>Interface social et santé au sein des Services de santé et services sociaux;</p> | | <p>Programmes Services spécifiques, clientèle marginale;</p> <p>Un certain accompagnement des acteurs communautaires;</p> <p>Conception des ressources comme partenaires;</p> <p>Espace d'intervention social/dans les ressources;</p> <p>Liens de réciprocité et d'engagement;</p> <p>Interface intersectorielle; déplacement des ressources vers réseau public (amener les clients vers le CSSS);</p> |
| Ce qu'ils ont en commun... | | |
| <p>Finalité de réponse aux besoins de la clientèle;</p> <p>Caractère fortuit des liens;</p> <p>Liens reposent sur des attributs individuels;</p> | | |

| Profil 1 « L'infirmière qui réfère et apprivoise l'accompagnement » | Profil 2 « L'infirmière sociale qui accompagne la clientèle » | Profil 3 « L'infirmière qui intervient dans les ressources » |
|--|--|---|
| Dimensions qui permettent de les comprendre et de les distinguer | | |
| <p>Questionnements sur ce que représente l'accompagnement et sa dimension sociale;</p> <p>Difficulté à intégrer la dimension sociale;</p> <p>Contexte organisationnel peu favorable;</p> | <p>Expriment davantage leur marginalité:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inconfort dans un espace d'intervention « social » (vs médical), traversent les frontières traditionnelles du CSSS, « enfreignent » des règles/déviât à la norme; <p>Conçoivent davantage le « social » comme leur rôle;</p> <p>Contexte: dynamique du travail d'équipe favorable;</p> | <p>Contexte: rôle d'interface intégré aux programmes d'intervention spécifiques;</p> <p>Dynamique d'intervention en réseau bien installée;</p> |



Exercice d'analyse en mode écriture
Transcription d'un extrait tiré du journal de bord –août 2012

Hypothèse en élaboration : la pratique infirmière d'interface s'élabore au croisement d'un processus de « vulnérabilité » et d'« innovation ».

Les thèmes qui se dégagent progressivement de l'analyse des données font ressortir des dynamiques d'exclusion, de marginalité, d'invisibilité et une certaine fragilité de la pratique infirmière d'interface. Ces dynamiques peuvent-elles être associées au concept de vulnérabilité? Généralement présentée en tant qu'état caractéristique d'une personne ou d'un groupe de personnes, la vulnérabilité à laquelle on renvoie ici est plutôt utilisée au sens symbolique pour qualifier l'émergence d'une pratique infirmière en contexte de vulnérabilité sociale. Nous définissons la vulnérabilité comme un processus systémique inhérent au développement de la pratique infirmière d'interface, donc qui prend forme en relation avec les acteurs de la pratique, selon les projets qu'ils poursuivent et dans l'environnement au sein duquel leur pratique se déroule. Suite à un parcours des écrits sur les conceptions de la vulnérabilité sociale, trois caractéristiques particulières de la notion de vulnérabilité ressortent : un état de fragilité, une vulnérabilité situationnelle et relationnelle, des processus d'exclusion. Ces trois caractéristiques seront utilisées dans ce qui suit et dans les exercices d'analyse ultérieurs pour réfléchir à la relation entre les résultats préliminaires issus de notre analyse de données et le concept de vulnérabilité.

Un état de fragilité semble entourer le développement de la pratique infirmière d'interface. Il affecte/restreint, du moins en partie, la capacité d'agir des infirmières, leur habileté à se concevoir dans un espace d'intervention social et d'intégrer de nouveaux rôles. Certaines dimensions « fragilisantes » de la pratique infirmière d'interface peuvent être identifiées dans nos résultats, particulièrement dans le thème 4 (espace contradictoire de (re)configuration identitaire) : une pratique que l'on conçoit « hors norme » par rapport au rôle d'une infirmière traditionnelle; une pratique qui bénéficie généralement de peu de soutien pour agir hors des frontières de l'institution de santé; des infirmières qui expriment un inconfort vis-à-vis de processus d'engagement que suppose leur pratique d'interface (par exemple : des processus d'engagement relationnels et humains inscrits dans la tradition du *caring* sont liés à des rapports éminemment stratégiques pour rencontrer les exigences de l'intervention en contexte de vulnérabilité sociale et son projet de conformité); l'inquiétude entourant la pérennité de la pratique d'interface (par exemple : les infirmières expriment une crainte de voir disparaître une pratique à laquelle elles croient et dont les activités demeurent souvent invisibles, peu reconnues et rarement soutenues).

Le processus de vulnérabilité dont il est question dans le cas de la pratique d'interface semble aussi prendre forme au travers des liens que les infirmières tentent d'établir avec les divers acteurs de leur pratique (institutionnels et communautaires). Les infirmières ont fait état de nombreuses expériences dans lesquelles leur pratique d'interface est remise en question, particulièrement leur présence, leur rôle et leur contribution hors du CSSS, dans des lieux non traditionnels du soin.

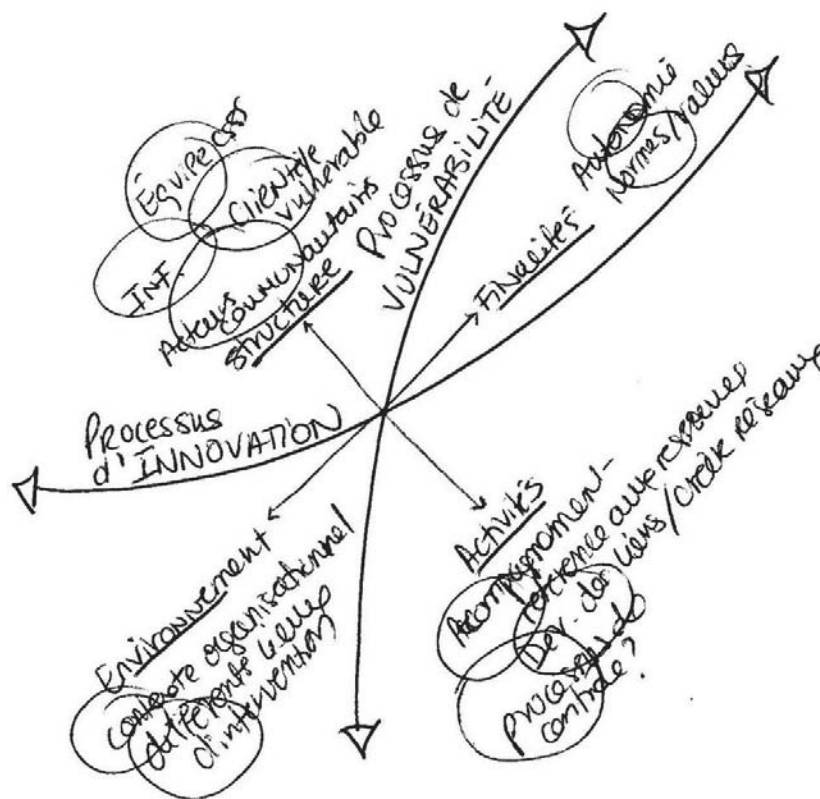
Un processus d'exclusion caractéristique de la pratique d'interface est exprimé par les infirmières sous la forme de sentiments de marginalité et de déviance à une règle ou à une norme qui correspond à *ce que c'est* et *ce que fait* une infirmière traditionnellement. Ainsi, il apparaît que les infirmières de la pratique d'interface, tout comme la clientèle vulnérable, doivent composer avec un projet de conformité normatif qui tend à les positionner en marge d'une norme de pratique. Parallèle intéressant. Une (re)configuration de l'identité professionnelle des infirmières de la pratique d'interface en tant qu'« infirmières sociales » témoigne d'un certain potentiel d'innovation et d'émergence entourant cette pratique, cela malgré (ou *grâce à* ?) un espace socioprofessionnel contradictoire et contraignant. Le « rapport à l'autre » et « l'environnement » semblent participer au processus de vulnérabilité qui construit la pratique d'interface. Pour élaborer davantage à ce propos, il semble que les notions de « frontières d'action » et de processus de « construction de l'identité professionnelle » sont à explorer.

Questionnements : Est-ce que la contestation entourant le renouvellement des frontières du rôle des infirmières et la redéfinition de leur professionnalité selon de nouveaux repères est associée à la « vulnérabilité » ou au « changement » en général? Est-ce que l'innovation émerge au cœur de rapports de contestation? Les rapports de contestation sont-ils nécessaires et producteurs de changement?

Appendice 18

Exemples de modèles utilisés comme supports interprétatifs

Modèle élaboré dans le cadre de la réflexion sur le croisement de processus d'innovation et de vulnérabilité pour le développement de la pratique infirmière d'interface.
 Tiré du carnet de notes du mois d'août 2012.



Modèle produit en support à l'émergence du thème de l'« action stratégique de l'infirmière » (thème 3). Mise en perspective de rapports facilitants et contraignants avec la clientèle et dans le contexte du développement de la pratique infirmière d'interface.
 Tiré du carnet de notes du mois de novembre 2012.

