

Université de Montréal

Le soutien au développement de la pratique des infirmières praticiennes spécialisées  
de première ligne au Québec

Par

Véronique Chouinard

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures  
En vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)  
En sciences infirmières  
Option administration des services infirmiers

Décembre 2014

© Véronique Chouinard, 2014

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :

Le soutien au développement de la pratique des infirmières praticiennes spécialisées  
de première ligne au Québec

Présenté par :

Véronique Chouinard

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

M. Carl-Ardy Dubois, président-rapporteur

M. Damien Contandriopoulos, directeur de recherche

M. Luc Mathieu, membre du jury

## Sommaire

Bien qu'il existe une abondante littérature scientifique sur les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL), le soutien et les modalités d'encadrement de cette pratique restent très peu explorés. Au Québec, ces questions semblent d'autant plus importantes à étudier car la diversité des milieux de pratique, l'éloignement physique entre les acteurs-clés, le partage de l'encadrement et le cadre légal complexifient l'opérationnalisation de ce soutien. Par le biais d'une étude de cas multiples, ce mémoire propose une analyse des différentes structures d'encadrement et des mécanismes déployés pour soutenir le développement de la pratique IPSPL au Québec. Issu d'un projet de recherche plus large et multicentrique, ce mémoire de maîtrise a étudié trois milieux distincts par le biais de 18 entrevues auprès de professionnels de la santé et de gestionnaires. Grâce à un modèle en trois niveaux, les besoins en termes de soutien des IPSPL et des équipes ont été identifiés. Les principaux résultats de cette recherche démontrent la pertinence d'un encadrement par les acteurs de la Direction des soins infirmiers. De plus, le soutien aux professionnels des équipes qui incluent des IPSPL semble bonifié lorsque certaines structures organisationnelles sont présentes. Finalement, les comités décisionnels autour de l'implantation des IPSPL s'avèrent davantage bénéfiques lorsqu'ils tiennent compte de l'environnement et de l'expérience acquise par les milieux.

Mots-clés : infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, soutien à la pratique, supervision médicale, Direction des soins infirmiers, structures organisationnelles, liens hiérarchiques

### **Abstract**

Although there is an abundant literature on primary health care nurse practitioners (PHCNP), the optimal structures and practices to support PHCNPs remain largely unexplored. In Quebec, this issue needs particular attention because of practice settings diversity and physical distance between major key players. Furthermore, the supervision role that seems to be shared by multiple professionals and the legal framework add to the complexity of the implementation of support structures and practices. Through a multiple case study, this paper aimed to explore the managerial structures in place and to analyze the mechanisms deployed to support the development of PHCNP practice. Issuing from a larger scale multicenter research, this study analyzed three separate cases, totaling 18 interviews with health professionals and managers. Based on a three levels model built on the central concept of support, the needs of PHCNP and their teams have been identified. The main results of this research demonstrate the relevance of supervision by the key players of the Department of Nursing. In addition, the coordination between professionals seems enhanced when some organizational structures are implemented. Finally, decision-making committees linked to the implementation of PHCNP appear to be more useful when the environment and experience of the organizations are taken into consideration.

Keywords: primary health care nurse practitioners, administrative support, medical supervision, Department of nursing, organizational structures

## Tables des matières

Liste des tableaux.....	vii
Listes des figures.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
<b>CHAPITRE 1. Problématique et contexte.....</b>	<b>4</b>
1.1. Description du contexte de pratique au Québec.....	5
1.2. Planification du déploiement.....	7
1.3. Supervision et encadrement de la pratique.....	8
1.4. Comités locaux et régionaux pour soutenir l'implantation.....	11
1.5. But de l'étude.....	12
1.6. Questions de recherche.....	12
<b>CHAPITRE 2. Recension des écrits.....</b>	<b>14</b>
2.1. Implantation des GMF : constats concernant la pratique infirmière.....	16
2.2. Le soutien à la pratique IPSPL.....	18
2.3. Modèle conceptuel.....	29
<b>CHAPITRE 3. Méthodologie.....</b>	<b>39</b>
3.1. Devis de l'étude.....	41
3.2. Sélection des cas.....	41
3.3. Sources de données.....	43

3.4.	Analyse des données .....	45
3.5.	Considérations éthiques .....	47
3.6.	Rigueur méthodologique .....	48
CHAPITRE 4. Analyse et présentation des résultats .....		50
4.1.	Cas #1 : CLSC en milieu rural .....	51
4.2.	Cas #2 : GMF en milieu rural.....	62
4.3.	Cas#3 : UMF en milieu urbain.....	74
CHAPITRE 5. Discussion.....		86
5.1.	Soutien clinique.....	87
5.2.	Soutien à l'équipe.....	94
5.3.	Soutien systémique.....	99
CHAPITRE 6. Recommandations pour la pratique .....		103
6.1.	Réponses aux questions de recherche .....	106
6.2.	Limites de l'étude.....	107
CHAPITRE 7. Conclusion .....		108
7.1.	Transfert des connaissances .....	110
7.2.	Retombées sur la pratique infirmière et pour la recherche .....	110
Références.....		112
Appendice A : Formulaire d'information et de consentement.....		xii
Appendice B : Grilles d'entrevue .....		xix
Appendice C : Schéma des codes .....		xxxiii
Appendice D : Définitions des codes.....		xxxv

Appendice E : Formulaire d'engagement à la protection de la confidentialité des  
renseignements personnels..... xxxviii

## Liste des tableaux

Tableau 1.....p.43



**Listes des figures**

Figure 1 .....	p. 19
Figure 2 .....	p. 30
Figure 3 .....	p. 53
Figure 4 .....	p. 63
Figure 5 .....	p. 75

## Liste des abréviations

Abréviations	Significations
CERES	Comité d'éthique de la recherche en santé
CIPSPL	Candidate infirmière praticienne spécialisée de première ligne
CISSS	Centre intégré de santé et services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CRI	Clinique-réseau intégrée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSG	Direction des services généraux
DSI	Directrice des soins infirmiers
DSP	Directeur des services professionnels
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GMF	Groupe de médecine familiale
IPA	Infirmière en pratique avancée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
LII	Loi sur les infirmières et infirmiers
MDP	Médecin partenaire
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordres des infirmières et infirmiers du Québec
UMF	Unité de médecine familiale

## Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier mon directeur de recherche, M. Damien Contandriopoulos, non seulement pour ses judicieux conseils et nos nombreux échanges sur mon mémoire, mais également pour avoir su m'inspirer un système de santé meilleur.

Ensuite, merci à Mélanie Perroux, pour son écoute et sa disponibilité durant les périodes plus difficiles. Tes conseils auront fait la différence et ce, aux moments opportuns.

Merci à l'équipe du projet IPSPL de m'avoir offert l'opportunité de vivre une expérience de recherche d'une telle envergure. Les apprentissages divers faits durant ces derniers mois auront sans contredits contribués à mon développement professionnel.

De nombreux collègues ont croisé mon chemin durant la rédaction de ce mémoire : Arnaud, Joachim, Isabelle, Aurore, Mona et Valérie. Nos nombreuses discussions et le partage de nos expériences respectives resteront d'une valeur inestimable.

Des remerciements sincères aux membres de ma famille et amies - Maman, papa, Marie-Ève, Mirelle, Géraldine, Mélissa; merci, pour votre soutien et votre compréhension à travers mes fameuses « phases » ... vous comprendrez.

Finalement, je voudrais souligner les différents organismes ayant financièrement contribué à la complétion de ce mémoire de maîtrise : le RRSIQ, la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM, l'ORIIM/L ainsi que le programme PASS. Merci de soutenir les projets et de croire à la contribution de la relève infirmière.

## **Introduction**

Le système de santé québécois est actuellement confronté à des enjeux tels qu'une croissance des dépenses plus rapide que celle de la richesse collective, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et le vieillissement de la population. Pour faire face à ces défis, il est impératif de mettre en place des modèles de soins innovants et performants. Le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL) s'intègre dans cette logique. L'introduction de ce rôle hybride, jumelant à la fois de la pratique infirmière avancée et des actes médicaux délégués constitue une innovation susceptible de contribuer aux solutions pour augmenter l'accessibilité aux soins de santé, enjeu particulièrement préoccupant au Québec (MSSS, 2010).

Bien qu'il existe une abondante littérature scientifique sur la pratique IPSPL, les leçons qu'il est possible d'en tirer pour soutenir leur implantation au Québec restent peu explorées. De même, cette littérature propose peu de recommandations opérationnelles sur les modèles de soutien les plus appropriés pour les équipes cliniques qui intègrent des IPSPL. De surcroît, le cadre légal, la diversité des milieux de pratique en concomitance avec l'éloignement physique entre les acteurs-clés semblent complexifier l'opérationnalisation de ce soutien. Il existe également plusieurs zones grises autour du partage et de l'articulation de l'encadrement de la pratique IPSPL, que ce soit par les professionnels et/ou les gestionnaires.

Ce mémoire de maîtrise vise à étudier les structures d'encadrement des IPSPL ainsi que les processus de soutien qui favorisent le développement de la pratique au Québec. Les questions de recherches seront les suivantes :

- 1- Quelles sont les différentes structures d'encadrement de la pratique IPSPL au Québec ?

2- Quels sont les processus qui contribuent à l'offre de soutien pour les IPSPL et leur équipe de soins?

Pour répondre à ces questions, le devis choisi est une étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués. Les données de cette étude sont issues d'une recherche multicentrique plus large intitulée «*Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL) au Québec*». Trois des sept cas de la recherche principale ont été analysés afin de correspondre davantage à l'envergure attendue dans le cadre d'un projet de maîtrise. Les cas ont été sélectionnés considérant la richesse de leurs données, mais également pour obtenir différentes perspectives du sujet à l'étude.

Le modèle conceptuel élaboré a pour objectif de permettre une approche systématique et critique du concept central de soutien. Ainsi, trois niveaux, allant du micro au macroscopique, ont servi d'assises pour explorer les besoins et les mécanismes de soutien. Cette représentation en trois niveaux se retrouve donc au sein de plusieurs chapitres et sert de fil conducteur entre les diverses sections.

La section des résultats se trouvant au chapitre 4 présente l'analyse individuelle de chacun des milieux. Par la suite, le chapitre 5 sur la discussion proposera une analyse transversale des trois milieux à l'étude. Enfin suivront les recommandations pour la pratique ainsi que la conclusion.

## **CHAPITRE 1. Problématique et contexte**

Ce premier chapitre exposera la problématique à l'étude et discutera des différents enjeux soulevés en rafale ci-haut. Elle sera divisée selon les sections suivantes : description du contexte de pratique, planification du déploiement, supervision et encadrement de la pratique ainsi que comités locaux et régionaux pour soutenir l'implantation. Ensuite, les buts et questions de recherches seront énoncés.

### **1.1. Description du contexte de pratique au Québec**

Le déploiement des IPSPL s'inscrit dans le plan stratégique en santé 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec afin de faciliter l'accès aux soins de santé, dans une optique d'amélioration des services de première ligne. L'introduction de 500 IPSPL, sur une période de cinq ans, a été ciblée comme solution innovante pour y parvenir (MSSS, 2010). Selon la définition de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), les IPSPL sont des infirmières détenant une expérience clinique variée, en plus d'avoir reçu une formation universitaire de 2<sup>e</sup> cycle en sciences infirmières et en sciences médicales leur permettant de prescrire des tests diagnostiques et des traitements, ainsi que de procéder à certaines interventions invasives (OIIQ & CMQ, 2012). En 2002, la Loi 90 a modifié le Code des professions et en particulier l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII) déléguant aux infirmières certifiées cinq activités médicales décrites à l'article 31 de la Loi médicale. Ainsi, elles sont habilitées à prodiguer des soins à une clientèle principalement ambulatoire tout au long du continuum de vie.

La pratique IPSPL est balisée par un document conjoint de l'OIIQ et du Collège des Médecins du Québec (CMQ). Ce document fait entre autres mention des actes délégués ainsi que des traitements médicamenteux et radiologiques faisant partie du champ d'exercice de



l'IPSPL québécoise. Il est évidemment souhaité que la pratique réelle des IPSPL corresponde à la pleine étendue, soit l'utilisation maximale des différents privilèges accordés aux IPSPL. Une pleine étendue de pratique sous-entend également de mobiliser des compétences propres à la pratique infirmière avancée, enseignées durant la formation académique.

En juillet 2010, le MSSS annonçait un investissement de 117 millions de dollars, dont 41.2 millions consacrés au financement des postes et 11.9 millions pour soutenir leur implantation dans les cliniques médicales. Bien que la cible initiale de 2010 était de 500 IPSPL pour 2015, la durée d'implantation semble avoir été révisée à sept ans, soit jusqu'en 2017 (MSSS, 2011a). Des statistiques publiées par OIIQ indiquent que le nombre d'IPSPL en pratique actuellement se chiffre à 173 et que ce nombre devrait doubler d'ici les deux prochaines années au Québec (OIIQ, 2012, 2014). Cette croissance rapide est évidemment souhaitable afin d'augmenter l'offre de services à la population québécoise, mais elle pose des défis concrets aux établissements employeurs d'IPSPL, particulièrement en ce qui concerne le volet du soutien administratif au développement de cette pratique en émergence.

Des enjeux divers et inhérents à l'introduction d'un nouveau professionnel sont déjà largement documentés dans la littérature scientifique: la redéfinition des rôles existants dans l'équipe de soins, l'intégration et la compréhension d'un nouveau rôle infirmier, l'établissement d'une relation de supervision entre l'IPSPL et ses partenaires médicaux ainsi que la mise en place d'une pratique collaborative satisfaisante pour les professionnels (DiCenso et al., 2010; Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt, & Dicenso, 2011; Sullivan-Bentz et al., 2010). Ces quelques exemples illustrent bien le besoin d'accompagnement auprès des équipes.

À l'heure actuelle, les modalités et le degré de soutien, qu'il soit clinique ou administratif, semblent très variables d'un milieu à l'autre. De plus, les processus liés au soutien apparaissent s'adapter de façon plutôt ad hoc, à mesure que les milieux évoluent dans les processus d'intégration des IPSPL. La documentation ministérielle reste quant à elle très générique en ce qui concerne les modalités d'encadrement des IPSPL et des équipes de soins. Ce faisant, les gestionnaires et partenaires médicaux disposent rarement de lignes directrices claires pour guider les équipes cliniques. Rappelons que l'introduction des IPSPL est encore récente au Québec. Pourtant, certains établissements du Québec ont introduit la pratique IPSPL depuis plusieurs années et détiennent conséquemment une expérience et des apprentissages riches qui seraient fort utiles pour les milieux plus novices. Force est de constater qu'il y a peu de partage de pratiques exemplaires entre les différents centres de santé et de services sociaux (CSSS). Puisque le déploiement des IPSPL progresse de plus en plus rapidement, il importe de rendre visibles les bonnes pratiques d'encadrement afin de soutenir les nombreux changements qu'amène l'introduction des IPSPL dans les milieux.

Dans l'optique de soutenir les CSSS, le MSSS a constitué «La boîte à outils». Il s'agit de documents divers énonçant les grandes orientations du déploiement ainsi que des exemples de formulaires officiels. On y retrouve notamment un plan de communication, un exemple d'entente de partenariat, une description de fonction pour les IPSPL et une grille d'évaluation pour la période de fin de probation.

## **1.2. Planification du déploiement**

Puisque la visée principale du déploiement des IPSPL est d'augmenter l'accessibilité aux soins de santé primaire pour la population québécoise, le MSSS a déterminé que les IPSPL

seraient introduites au sein de groupes de médecine de famille (GMF) dans un ratio de 50% versus 50% pour les différents services des CSSS. Outre les GMF, les IPSPL peuvent aussi être introduites dans les unités de médecine familiale (UMF), les cliniques réseaux-intégrés (CRI) et dans les dispensaires en régions isolées. Pour ce qui est des milieux en CSSS, elles peuvent travailler au sein d'équipes des services courants, du soutien à domicile, des programmes spécifiques pour clientèle vulnérable ou clientèle aux prises avec une maladie chronique. Néanmoins, peu importe le lieu de pratique, l'employeur de l'IPSPL reste le CSSS qui dessert le territoire.

La pratique de première ligne semble poser des défis supplémentaires en ce qui a trait au soutien optimal à offrir aux IPSPL puisqu'elles sont introduites au sein d'équipes ayant des cultures et des structures organisationnelles très variées. Les IPSPL sont sous la gouverne de la Direction des soins infirmiers de leur CSSS, mais pratiquent dans des établissements souvent à distance des bureaux de cette même direction et où la légitimité des cadres infirmiers du CSSS est variable. Ces faits soulèvent une réflexion sur l'encadrement immédiat et à distance qui permet de soutenir adéquatement les IPSPL et leur équipe.

### **1.3. Supervision et encadrement de la pratique**

La formation académique et clinique prépare l'IPSPL afin que l'essentiel de sa pratique se centre sur la prise en charge de clientèle et le suivi de patients, ce qui se traduit par un degré d'autonomie que l'on souhaite relativement élevé. Néanmoins, le document conjoint de l'OIIQ et CMQ que l'on nommera ici comme le cadre réglementaire (OIIQ & CMQ, 2012) mentionne qu'elles doivent être supervisées, dans leur pratique quotidienne, par un médecin-partenaire (MDP). En plus des balises provinciales indiquées dans le cadre réglementaire, une entente de

partenariat unissant l'IPSPL à un ou plusieurs MDP à titre de référents médicaux doit être rédigée et signée. Il s'agit d'un document officiel élaboré lors du processus d'embauche ou en tout début de pratique, indiquant les particularités locales pour la pratique de l'IPSPL. Dans le cas où l'IPSPL partage sa pratique avec plus d'un médecin, l'un d'eux devra être nommé responsable principal (OIIQ & CMQ, 2012). La rédaction d'un tel document permettrait notamment aux personnes principalement concernées, soit l'IPSPL, la directrice des soins infirmiers (DSI) et le(s) MDP, d'amorcer une réflexion sur le type de pratique auquel chacun aspire afin de répondre aux besoins de santé de leur population. De même, il s'agit d'un prétexte pour amener les professionnels à discuter de leurs attentes face à la relation d'encadrement IPSPL-MDP.

Par ailleurs, le cadre réglementaire stipule que la DSI doit, en collaboration avec le chef de département clinique, procéder à la surveillance de la pratique des IPSPL pour ce qui est des activités de l'article 36.1 de la LII. Elle est aussi responsable de la mise à jour d'un registre des IPSPL en exercice sur son territoire (OIIQ & CMQ, 2012). Parmi ses autres mandats généraux, la DSI doit contrôler et superviser la qualité de l'ensemble des soins infirmiers dispensés dans son organisation ainsi que d'assurer l'élaboration de règles de soins qui tiennent compte des ressources à sa disposition. Elle porte la responsabilité de la vision des soins infirmiers pour l'ensemble de l'organisation et veille à ce que les conditions optimales soient en place pour que la pratique infirmière sur son territoire s'actualise (OIIQ, 2004). À titre d'exemple pour les IPSPL, la description de la fonction suggérée par le MSSS informe que l'IPSPL devrait pouvoir consacrer environ 20% de son temps de travail à des tâches autres que des soins auprès de la clientèle. Ce temps servirait entre autres pour la formation continue de l'IPSPL, à participer à des projets de recherche ou pour élaborer et animer des activités de formation. La DSI a ici une

responsabilité en regard de l'utilisation à bon escient de ce temps afin qu'il soit bénéfique pour le volet infirmier de son organisation.

Considérant les énoncés ci-dessus, la DSI devrait être la supérieure immédiate des IPSPL. Pourtant, selon des constats dans différents milieux, il semble exister plusieurs modèles distincts d'encadrement et dans lesquels les IPSPL ne relèvent pas nécessairement de cadres infirmiers. Cela fait notamment suite à l'implantation de la gestion par programme clientèle dans le système de santé québécois en 2004, où les Directions de soins infirmiers ont changé de mission, passant d'un rôle hiérarchique formel à un rôle conseil (OHIQ, 2004). Tel que mentionné précédemment, l'introduction des IPSPL est en forte croissance au Québec, ce qui amène une réflexion sur les stratégies d'adaptation à déployer par les DSI pour suivre cette évolution. Pour le moment, nous constatons dans le cadre d'un projet de recherche plus large, et auquel s'intègre la présente étude, que plusieurs des suivis se font selon une approche «un pour un», entre la DSI (ou une déléguée de la DSI) et chacune des IPSPL de son secteur. De ce fait, les liens qu'entretiennent les DSI avec leurs IPSPL représentent des cas uniques de relation directe avec une infirmière en pratique clinique. Il devient alors intéressant d'étudier la faisabilité et la pertinence d'un tel mode de suivi considérant le rythme du déploiement.

Les différences de statuts et d'expérience des IPSPL sont également à considérer par rapport à leur influence sur le soutien requis dans l'environnement de pratique. Actuellement, et davantage au fil des années, la composition de cette main-d'œuvre sera de plus en plus diversifiée, c'est-à-dire qu'elle comptera des IPSPL de différents niveaux d'expérience, allant de la candidate à l'experte. L'IPSPL considérée suffisamment expérimentée sera également amenée à jouer un rôle de préceptrice pour les IPS stagiaires ou les candidates à la profession

(CIPSPL). Des forfaits d'installation sont maintenant offerts pour les IPSPL en provenance de l'extérieur du Québec, ce qui suppose d'accueillir des IPSPL ayant des formations et des expériences pratiques possiblement très différentes (MSSS, 2011b). Bien que le MSSS suggère de prioriser le pairage d'IPSPL avant de les déployer dans de nouveaux milieux, la réalité est souvent toute autre. Certaines DSI rapportent dès maintenant des variations importantes relativement aux besoins de soutien selon les degrés d'expérience des IPSPL. De plus, les besoins sont particulièrement marqués pour les CIPSPL, chez qui le suivi semble devoir être très étroit en début d'intégration. En soi cet énoncé ne surprend pas, toutefois il pose la réflexion sur la façon d'assurer un soutien adapté aux besoins variables et évolutifs des IPSPL. Les sources de soutien pour les IPSPL apparaissent multiples si l'on considère que les MDP, les DSI, les IPSPL expertes, les conseillères-cadres en soins infirmiers et les infirmières cliniciennes peuvent appuyer l'IPSPL dans sa pratique quotidienne. Par contre, l'articulation de l'offre de soutien par ses personnes-ressources ne fait pas l'objet d'une recommandation explicite, ni dans la documentation ministérielle ni dans la littérature scientifique.

#### **1.4. Comités locaux et régionaux pour soutenir l'implantation**

Selon les recommandations du MSSS, chaque CSSS devrait avoir formé un comité local d'implantation des IPSPL composé de plusieurs acteurs-clés tels que des IPSPL, des MDP, la DSI, le président du conseil des médecins-dentistes et pharmaciens (CMDP) et un représentant des ressources humaines. Ces comités de niveau stratégique servent à mettre en place des moyens pour faciliter l'implantation et promouvoir le rôle de l'IPSPL dans les milieux. Un comité régional devrait aussi être créé au niveau des Agences de santé et des services sociaux régionales pour le développement de la pratique sur l'ensemble de leur territoire (MSSS, 2011b). Selon le plan de déploiement du MSSS, la DSI est visée comme principale intervenante dans

les dossiers d'implantation afin de faire émerger les enjeux cliniques et les partager aux personnes concernées. En dépit de leur rôle-conseil, elles apparaissent comme étant les acteurs ayant la position la plus légitime pour défendre les intérêts des IPSPL lors de discussions d'ordre politiques sur ces différents comités. C'est grâce à sa position médiane, lui permettant d'être suffisamment impliquée auprès des différents milieux de pratique et partie prenante du volet stratégique de l'organisation que les DSI soutiennent, avec des niveaux d'implication variables, le développement de la pratique IPSPL.

Somme toute, il existe peu de données québécoises sur les défis quotidiens liées aux besoins d'encadrement et de supervision des IPSPL. Il semble donc de première importance d'analyser les différents contextes de pratique des IPSPL afin d'identifier les solutions qui permettent d'offrir un soutien accessible, tant clinique qu'administratif, aux IPSPL du Québec.

### **1.5. But de l'étude**

Le but de cette étude est de décrire et d'analyser le soutien offert aux IPSPL et à leur équipe. D'abord, nous souhaitons connaître les différentes structures d'encadrement des IPSPL au Québec. Ensuite, l'identification et l'analyse des divers processus de soutien à travers ces structures d'encadrement ajouteront à la compréhension du contexte de pratique québécois.

### **1.6. Questions de recherche**

Afin de répondre au but de l'étude, les questions de recherches seront les suivantes :

- 1- Quelles sont les différentes structures d'encadrement de la pratique IPSPL au Québec ?
- 2- Quels sont les processus qui contribuent à l'offre de soutien pour les IPSPL et leur équipe de soins?

Nous verrons dans la section suivante ce que la littérature scientifique mentionne concernant le soutien à la pratique IPSPL, en ayant notamment un regard sur l'apport des DSI dans ce soutien puisqu'elles sont actuellement ciblées dans le cadre réglementaire comme étant les principales sources d'appui (OIIQ & CMQ, 2012).



## **CHAPITRE 2. Recension des écrits**

Cette deuxième partie se veut une discussion à propos de ce que la littérature scientifique peut apporter à notre compréhension de ce que nous appelons ici soutien à la pratique IPSPL. Depuis le début des années 2000, la littérature scientifique sur la pratique infirmière avancée, et particulière sur les infirmières praticiennes spécialisées, s'est significativement développée. Parmi le nombre grandissant de publications, divers sujets tels que l'étendue de pratique, la clarification des rôles, la collaboration interdisciplinaire, les processus liés à l'implantation ainsi que la pertinence et l'efficacité du rôle ont été étudiés. Dans le cadre de ce mémoire, l'exploration de cette vaste littérature s'est amorcée à partir d'une base de données existante et spécialisée en pratique infirmière avancée développée par le Canadian Center for Advanced Practice Nursing Research (CCAPR), hébergée à l'Université McMaster, en Ontario. Une première sélection de 2700 documents avait été faite par l'équipe de la recherche primaire. De ceux-ci, 56 ont finalement été choisis pour une analyse détaillée. La méthode utilisée est décrite en détail dans Contandriopoulos et al. (2015). Afin de répondre aux questions de recherche proposées et d'explorer l'état des connaissances en lien avec la problématique présentée au chapitre 1, seuls les articles à propos des composantes structurelles et des relations d'encadrement, médicales ou administratives, ont été retenus. Ensuite, la littérature grise produite au Québec a été scrutée pour ajouter les données étroitement liées au contexte à l'étude.

Pour débiter la recension des écrits, nous nous intéresserons aux constats et recommandations issus de l'implantation des infirmières cliniciennes en GMF au Québec afin de mieux comprendre les enjeux autour de l'introduction d'un nouveau rôle infirmier en première ligne. Ensuite, une définition du concept central du soutien à la pratique sera présentée et nous poursuivrons avec l'apport de la littérature scientifique, que nous scinderons alors en trois sous-sections : soutien clinique, soutien à l'équipe et soutien systémique. Finalement, un

modèle conceptuel incluant un ensemble de notions dérivées des théories sur les organisations et du *Management* sera exposé afin d'offrir des propositions théoriques permettant de mieux saisir les processus inhérents au soutien dans les différents types d'organisations qui accueillent les IPSPL.

### **2.1. Implantation des GMF : constats concernant la pratique infirmière**

D'entrée de jeu, rappelons que le déploiement des IPSPL au Québec cible les GMF comme lieu de pratique principal, d'où la pertinence de s'intéresser à l'intégration de rôles infirmiers dans ces milieux. À ce propos, le rapport ministériel sur le développement des GMF au Québec nous présente des données issues d'une étude de cas comprenant 19 GMF, à différents moments de leur développement (MSSS, 2008). Une collecte de données en deux temps, à partir de questionnaires et d'entrevues semi-dirigées, a été réalisée entre 2003 et 2006. Lorsque l'on s'attarde aux résultats qui concernent la pratique infirmière, le rapport nous présente le rôle des DSI en tant que personne-ressource, c'est-à-dire que la DSI permettait aux infirmières de GMF de garder une attache avec la profession infirmière tout en les amenant à poser un regard critique sur leur pratique. Par la singularité de leur rôle, les infirmières cliniciennes de GMF semblaient entretenir des relations directes avec leur DSI. Particulièrement en début d'introduction, elles sollicitaient fréquemment l'avis des DSI. Toutefois, ce besoin semblait diminuer au fur et à mesure que l'infirmière gagnait en confiance et en autonomie. Le rapport relate que la transformation des Directions de soins infirmiers vers un rôle-conseil a été un élément affectant le soutien offert. Les données avant et après les modifications de responsabilités ont révélé une prise de distance entre les infirmières de GMF et les DSI, conséquence du manque de temps et de la nature modifiée des responsabilités de la DSI. Peu

favorables à l'ingérence du CSSS dans leur milieu, les équipes de GMF réservaient un accueil plutôt froid aux DSI (MSSS, 2008). En termes de constats, les infirmières de GMF disaient se sentir isolées dans un milieu majoritairement médical. Elles mentionnaient aussi avoir souhaité développer davantage de liens avec d'autres infirmières de GMF.

Un second rapport d'évaluation des GMF montréalais rapporte une insatisfaction générale des infirmières lors de leur implantation dans le milieu, principalement en raison du manque de préparation et au flou dans la définition de leur rôle. Leurs principaux défis semblaient liés au développement de ce nouveau rôle ayant un assez grand niveau d'autonomie, tout en gagnant la confiance des médecins. Les cliniciennes se sentaient isolées des autres infirmières du CSSS et n'auraient pas été tenues à jour sur les nouvelles pratiques de soins, ni de la vie courante du CSSS (ASSSM, 2010).

Enfin, Beaulieu et al. (2006) rapportent que les principaux enjeux soulevés par des infirmières introduites en GMF relativement au développement de leur pratique seraient liés à leur autonomie professionnelle, à l'utilisation optimale de leurs compétences et au développement d'une pratique collaborative.

L'introduction de rôles infirmiers en GMF est encore relativement récente au Québec, mais il semble néanmoins possible d'identifier certaines difficultés potentiellement ressenties par les IPSPL. Retenons que la reconnaissance de leur autonomie, le développement des pratiques collaboratives et le sentiment d'isolement sont des aspects à prioriser lorsque l'on souhaite soutenir une infirmière en GMF.

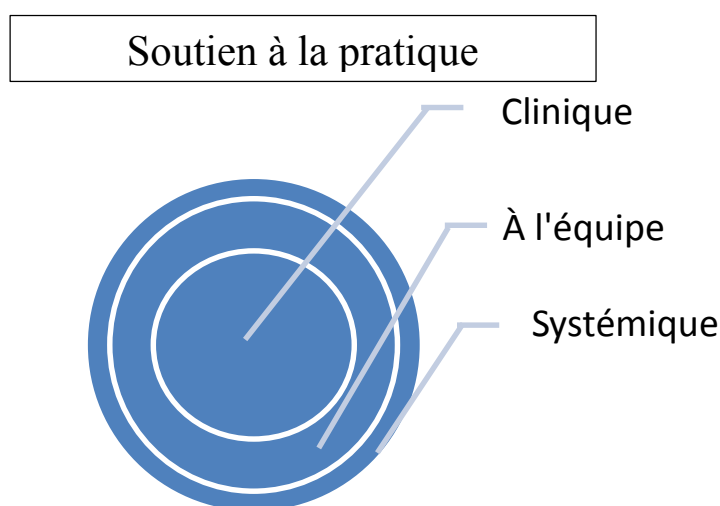
## **2.2. Le soutien à la pratique IPSPL**

### *2.2.1. Définition du concept de soutien*

Le terme «soutien à la pratique» utilisé dans cette étude se réfère à un concept assez large et générique représentant un ensemble d'activités qui répondent aux besoins de l'IPSPL ou à un autre professionnel travaillant avec une IPSPL. Il s'agit d'un appui pour résoudre des problèmes, relever les défis ou simplement pour améliorer un processus (Poghosyan, Nannini, & Clarke, 2013). Nous incluons dans ce concept la participation des différents acteurs ayant des mandats définis par le cadre réglementaire, tel que l'encadrement par la DSI ou la supervision par les MDP, puisqu'ils fournissent un accompagnement aux cliniciens dans l'exécution de leurs fonctions (Patrick & Laschinger, 2006). Le soutien peut se présenter sous différentes formes telles que clinique, psychologique ou administratif par exemple, ainsi que se retrouver à travers différents niveaux organisationnels (American Medical Directors Association, 2011; Yegdich, 1999).

Malgré qu'il soit de nombreuses fois cité en tant que facteur facilitateur, le concept de soutien est peu explicité dans la littérature sur les IPSPL (Almost & Laschinger, 2002; de Guzman, Ciliska, & DiCenso, 2010; DiCenso et al., 2010; Read, 1999; Reay, Golden-Biddle, & Germann, 2003; Sangster-Gormley, Martin-Misener, & Burge, 2013; Sangster-Gormley et al., 2011; Sullivan-Bentz et al., 2010). De plus, les écrits sur le soutien sont généralement peu diserts sur les manières de l'opérationnaliser. Selon notre recherche, la littérature sur la pratique IPSPL ne propose aucun modèle spécifique sur le soutien à la pratique IPSPL, ce qui est corroboré par l'équipe de DiCenso et al. (2010).

Résultat d'une co-construction avec le directeur de recherche, nous proposons une classification qui présente le soutien en trois sous-concepts, allant du niveau local vers un niveau plus macroscopique. Ainsi, le concept global de soutien à la pratique se décomposera en trois sphères complémentaires que nous décrirons dans chacune des sections ci-dessous: le soutien clinique, le soutien à l'équipe et le soutien systémique. La figure 1 présente cette typologie sous forme de schéma. Pour le moment, les surfaces des différents niveaux ne sont pas équivalentes. Cette nuance volontaire représente la proportion des données repérées dans la littérature, soit une portion plus importante pour le soutien clinique.



*Figure 1.* Typologie du soutien à la pratique.

### *2.2.2. Soutien clinique*

Le soutien clinique se réfère à l'ensemble des ressources mises à la disposition des IPSPL afin de les appuyer dans leur pratique quotidienne. Nous incluons dans ce concept l'accès à de l'information ou à des ressources, les mécanismes qui permettent à l'IPSPL de pratiquer selon une pleine étendue ainsi que le développement des compétences, via de la formation continue

ou le partage entre collègues par exemple. Dans la littérature scientifique disponible, ce type de soutien nous apparaît comme le plus fréquemment discuté et de ce fait, la section sur le soutien clinique sera la plus étoffée. On distingue deux types de soutien provenant du réseau intra et interdisciplinaire de l'infirmière : soutien horizontal et le soutien vertical (MacPhee, 2007).

Le soutien horizontal concerne le soutien entre les individus d'un même niveau organisationnel et se manifeste le plus souvent par l'échange de conseils ou le partage d'expertise entre collègues. En plus d'être fondamentales sur le plan du développement des compétences, les relations entre collègues permettent aussi aux professionnels de se soutenir mutuellement sur le plan émotionnel (MacPhee, 2007). Puisque les IPSPL peuvent être affectées par divers bouleversements liés au changement d'identité professionnelle ou à leur intégration dans une nouvelle équipe, le soutien psychologique provenant d'une personne de confiance, qui comprend la situation, s'avèrerait précieux.

Parmi les sources de soutien horizontal, les relations qu'entretiennent les IPSPL avec leurs MPD sont particulièrement riches pour l'IPSPL, notamment pour les échanges de conseils et d'informations lors des moments de consultation mutuels. Kilminster, Jolly, et van der Vleuten (2002) affirment que la relation IPSPL-MDP devrait être abordée dans une perspective positive, qui s'apparente davantage à une relation de collaboration plutôt qu'à une supervision. Dynamique et évolutive, cette relation varierait en fonction de certains facteurs: la durée de la relation MDP-IPSPL, l'expérience antérieure de l'IPSPL et la complexité des cas vu par l'IPSPL (American Medical Directors Association, 2011). Ainsi, ces facteurs viendraient moduler l'intensité de l'encadrement. En début de pratique, un encadrement plus structuré et directif serait à privilégier. Un suivi étroit serait apprécié des infirmières novices puisqu'elles

privilégient les certitudes et les rétroactions immédiates. C'est au fil des expériences que l'IPSPL apprend à tolérer l'ambiguïté et les prises de décisions complexes (Kilminster et al., 2002). Les caractéristiques nécessaires à une relation IPSPL-MDP mutuellement satisfaisante seraient le respect, la collégialité et l'approche centrée sur les besoins des patients (American Medical Directors Association, 2011). Selon la récente étude de Poghosyan et al. (2015) ayant interrogé près de 600 IPSPL qui exercent aux États-Unis, les IPSPL se disaient généralement satisfaites de la relation qu'elles entretiennent avec leur(s) MDP. Finalement, la facilité d'accès à un MDP lors d'incertitudes ou de questionnements sur un patient serait un facteur contribuant à la qualité des soins globaux dispensés par les équipes professionnelles (Cottrell, Kilminster, Jolly, & Grant, 2002).

Bien que la relation avec le(s) MDP soit une partie importante du soutien au sein de l'équipe interprofessionnelle, il n'en demeure pas moins que le soutien horizontal dépasse les murs d'un établissement et peut également s'appliquer à des relations plus lointaines, entre collègues répartis sur plusieurs sites par exemple (MacPhee, 2007). Pour soutenir ces différents réseaux, l'utilisation de diverses stratégies et technologies, telles que des forums de discussions, des messageries instantanées ou des réunions statutaires, peuvent s'avérer des moyens simples pour promouvoir la communication entre collègues (Brown et al., 2009).

Le soutien clinique vertical, quant à lui, représente les interactions entre les différents niveaux hiérarchiques. Il serait d'autant plus fort lorsque les professionnels et gestionnaires démontrent de l'accessibilité ainsi que de l'ouverture à la communication. Pour MacPhee (2007), les infirmières-gestionnaires sont des collaboratrices indispensables issues du réseau intradisciplinaire de l'IPSPL. Elles permettent un lien entre les diverses directions de



l'organisation et le niveau clinique, soit un aspect vital pour mener à bien des projets impliquant plusieurs changements pour la pratique des professionnels. Pourtant, peu d'études discutent des relations d'encadrement et des modalités visant à promouvoir le soutien au développement de la pratique IPSPL (Bryant-Lukosius, Dicenso, Browne, & Pinelli, 2004). De même, la clarification des lignes hiérarchiques et le partage des responsabilités entre les différents acteurs seraient des éléments à discuter ouvertement (Carter et al., 2010). Puisqu'une partie des responsabilités concernant le développement et l'évolution de la pratique de l'IPSPL revient le plus souvent aux infirmières-gestionnaires mandatées sur les projets d'implantation, la communication entre l'IPSPL et sa supérieure-immédiate est un élément fondamental. Ce lien privilégié fournirait un contact avec la discipline infirmière, fort apprécié par les IPSPL, et il contrerait l'isolement dans un contexte où l'effectif infirmier est plutôt restreint. On conseille que les contacts soient réguliers et centrés sur les enjeux du moment (Almost & Laschinger, 2002). Tout comme pour le soutien horizontal, l'accès à la technologie améliorerait le réseautage professionnel entre les niveaux hiérarchiques et en cas d'éloignement physique entre les interlocuteurs (Patrick & Laschinger, 2006). Grâce à leur position stratégique, les infirmières-gestionnaires procurent aux IPSPL un accès aux informations et aux ressources du milieu. Or, les résultats de l'étude quantitative de Poghosyan et al. (2015) ayant interrogé près de 600 IPSPL révèle que les IPSPL sont le plus souvent insatisfaites de la relation avec leur gestionnaire immédiate. Un faible soutien des infirmières-gestionnaires peut être interprété comme le reflet du peu d'intérêt que l'on accorde aux IPSPL dans l'organisation, ce qui pourrait mener à des effets néfastes sur la satisfaction au travail et les taux de roulement (Liu, Finkelstein, & Poghosyan, 2013).

Read (1999) s'est aussi intéressé au soutien administratif offert aux professionnels dans un contexte d'introduction d'un nouveau rôle infirmier. Les résultats de sa recherche découlent d'analyses secondaires de données qualitatives et quantitatives provenant d'une étude qui avaient pour but d'explorer l'efficacité organisationnelle de groupes qui introduisent de nouveaux professionnels. Ainsi, il apparaît essentiel de développer des lignes directrices claires sur les responsabilités et l'imputabilité de chacun et ce, autant pour les professionnels de la santé que pour les différents gestionnaires encadrant les équipes de soins (Read, 1999). De plus, il affirme que les professionnels endossant de nouveaux rôles sont à risque d'isolement et que la supervision clinique pourrait notamment aider à pallier cet isolement. Alors que les professionnels interrogés identifiaient le soutien de la part des gestionnaires au premier rang des facteurs facilitateurs pour leur intégration, ils estimaient toutefois n'avoir reçu qu'un faible soutien de leur part (Read, 1999).

Les caractéristiques individuelles des IPSPL en poste, telles que leur niveau d'expérience et leurs habiletés à créer des réseaux, sont aussi à considérer pour leurs influences sur l'intensité et la nature du soutien à offrir. Woods (1998) propose trois stades d'évolution suite à l'introduction d'une infirmière en pratique avancée (IPA), comme étant un processus séquentiel dans le temps : l'idéalisme de la reconstruction, la gouvernance organisationnelle et la résolution. Nonobstant le focus très individuel de ce modèle, l'effet de certains facteurs organisationnels venant influencer les transitions entre les différentes phases sont discutées. Le premier stade d'idéalisme de la reconstruction représente l'infirmière débutante emballée par son nouveau rôle élargi. Cependant, ce stade entrerait rapidement en conflit avec des contraintes présentes dans l'environnement telles que l'ambiguïté du rôle et l'absence d'un cadre explicite pour guider la pratique. La phase suivante, la gouvernance organisationnelle, représente

l'opérationnalisation du rôle et met de l'avant le fait que les organisations tendent à sélectionner les activités de la pratique infirmière avancée qui répondent aux besoins du moment plutôt que de mettre en place la pleine étendue de pratique. Finalement, la phase de résolution, qui surviendrait vers la fin de la deuxième année de pratique, serait la phase compromise entre les contraintes organisationnelles et la formalisation d'une vision commune entre l'IPA, les porteurs de dossier et l'équipe médicale. Il s'agirait d'ailleurs de la phase où l'efficacité de l'IPA est à son meilleur, non seulement parce qu'elle est naturellement plus expérimentée, mais surtout parce qu'elle a appris à travailler en fonction des contingences de son environnement (Woods, 1999).

En somme, le soutien clinique qu'il soit horizontal ou vertical, est le plus perceptible et intégré à l'environnement de travail immédiat de l'IPSPL. La relation IPSPL-MDP, que l'on souhaite dynamique et évolutive au fil des expériences, contribue au développement des compétences cliniques. D'autre part, le réseau intradisciplinaire, composé des collègues IPSPL ou des infirmières cliniciennes, représente une seconde source de soutien clinique horizontal. Ce dernier est plutôt mobilisé pour son volet psychosocial durant la phase d'adaptation au rôle, mais les échanges issus du réseau intradisciplinaire concourent également au développement des compétences propres à la pratique infirmière avancée. Le soutien clinique vertical, mandat le plus souvent attribué aux infirmières-gestionnaires responsables des dossiers IPSPL, supporte le développement de la pratique en aplanissant les enjeux émergeant du quotidien de l'IPSPL.

Les défis que soulève l'intégration d'une IPSPL dans un milieu donné n'incombent pas uniquement aux IPSPL car les autres professionnels de l'équipe sont souvent affectés dans leurs

propres pratiques quotidiennes. De ce fait, les modalités de soutien devraient également s'adresser aux équipes et non exclusivement aux IPSPL (Carter et al., 2010).

### *2.2.3. Soutien à l'équipe*

Nous savons que les IPSPL se joignent à des équipes ayant déjà un fonctionnement et des routines bien établies, ce qui engendre un remaniement inévitable des pratiques. Ceci dit, l'une des finalités de ces ajustements est d'obtenir une vision et des buts communs d'équipe. Les gestionnaires locaux faciliteraient l'implantation des IPSPL en aidant l'équipe à comprendre la valeur ajoutée des IPSPL, mais aussi en supportant les professionnels face aux différents stress qu'amène ce changement (Sangster-Gormley et al., 2013). Les caractéristiques personnelles de la personne désignée comme étant en charge de l'équipe ont une importance cruciale, par exemple d'avoir une légitimité forte auprès des professionnels des diverses disciplines, un leadership formel et informel assumé ainsi qu'une motivation à intégrer des IPSPL (Ducharme, Buckley, Alder, & Pelletier, 2009).

L'article de Reay et al. (2003) est le seul, à notre connaissance, qui offre une réflexion sur les défis des gestionnaires d'équipes ayant une ou plusieurs IPSPL. Les pistes de réflexion et les résultats de cet article nous semblent étroitement rattachés aux éléments soulevés dans le chapitre 1 sur la problématique. Malgré quelques faiblesses, notamment la date de parution et le faible échantillon, nous accordons un intérêt particulier à cette étude. À la section discussion, les auteurs proposent notamment des défis émergeant de la pratique auxquels s'agencent des principes de gestion. Le premier défi des gestionnaires de proximité (décrits comme des facilitateurs) concerne la réallocation des tâches au sein de l'équipe, non seulement avec les médecins, mais aussi avec les autres infirmières. Le second défi réfère à la gestion des relations

entre les membres de l'équipe de même qu'aux questionnements des gestionnaires pour éviter les conflits potentiels lors de l'introduction d'une IPSPL. Les résultats indiquent l'importance de valoriser le travail de groupe en assurant la complémentarité des rôles et en travaillant sur l'élaboration d'une vision et de buts communs. Le troisième défi des gestionnaires consiste à savoir comment gérer les enjeux qui émergent du quotidien. Les auteurs proposent alors une approche intéressante qu'ils nomment «*leading from the balcony perspective*» (Reay et al., 2003, p. 402), conseillant ainsi que les gestionnaires aient une vue d'ensemble des activités de l'équipe, sans se laisser ensevelir par les détails opérationnels. En ce sens, il leur est plutôt recommandé de valoriser l'*empowerment* des équipes dans l'autogestion de leurs difficultés et de mettre en place des conditions gagnantes pour que les professionnels y arrivent.

Le partage d'information entre les différents professionnels qui constituent l'équipe ainsi qu'avec les gestionnaires de proximité contribuerait à bâtir une dynamique de confiance, élément essentiel pour prodiguer des services de qualité à la clientèle (Almost & Laschinger, 2002). Globalement, un des rôles des gestionnaires d'équipes serait d'ouvrir les réseaux de communications et de réduire les différences de statuts hiérarchiques, afin de promouvoir une communication bidirectionnelle (Liu et al., 2013).

Peu de données empiriques qui correspondent à notre conception du soutien à l'équipe ont été repérées dans la littérature. Conséquemment, cette section est la moins documentée de notre typologie en trois niveaux. Malgré cela, nous savons que les processus de soutien à l'équipe interviennent sur des défis à propos de la réallocation des tâches et de la gestion des relations interpersonnelles. Vue la nature des enjeux soulevés, la plupart des articles recensés et classés dans ce type de soutien adoptent un angle plutôt administratif. Néanmoins, peu de

pratiques exemplaires sont proposées. L'effet d'un leadership de proximité, issu du milieu ou par des interventions locales ponctuelles, représente une avenue peu explorée.

En soi, l'introduction des IPSPL peut s'avérer une opportunité pour repenser et optimiser la pratique de l'ensemble des infirmières d'un milieu donné (Carter et al., 2010). Pour amorcer et conduire une transformation de cet ordre, l'implication de cadres infirmiers ayant une vue d'ensemble de l'étendue de pratique infirmière semble idéale afin d'arrimer et d'harmoniser les différents rôles infirmiers au sein des organisations.

#### *2.2.4. Soutien systémique*

Le soutien systémique s'inscrit dans une perspective plus macro, de l'ordre des enjeux que soulève la pratique IPSPL qui doivent être discutés au niveau régional ou provincial. De cet angle, l'environnement plus large dans lequel s'inscrivent les milieux accueillant des IPSPL est pris en compte.

L'étude de Cameron et Masterson (2000) s'intéresse au soutien des infirmières-gestionnaires de niveau hiérarchique supérieur. À partir d'entrevues semi-structurées réalisées auprès de ces gestionnaires, ils explorent leur rôle dans la mise en place de nouveaux rôles infirmiers. Selon les auteurs, elles ont un rôle central dans la création d'un climat opportun pour faciliter l'intégration des nouvelles professionnelles. Certains facteurs moduleraient le degré d'influence des infirmières-gestionnaires tels que leur niveau de connaissances sur le nouveau rôle, leur capacité à agir stratégiquement au sein de l'organisation et leur part de responsabilités dans le dossier. Les résultats relatent aussi l'existence de deux modèles d'introduction des rôles infirmiers: celui où règnent des relations collégiales entre les infirmières-gestionnaires et les acteurs-clés des milieux, notamment les médecins, et le deuxième, soit celui où l'élément

déclencheur initial provient du corps médical dans une tentative de répondre à leurs propres besoins, sans égard à l'approbation des Directions de soins infirmiers. L'influence du corps médical est certes un élément à considérer pour les infirmières-gestionnaires. À priori, une relation de type partenariat où le dialogue est ouvert et que les deux parties tendent à bâtir une vision commune faciliterait l'intégration du nouveau rôle infirmier à la pratique (Cameron & Masterson, 2000). À propos de l'influence médicale sur l'intégration de nouveaux rôles infirmiers au Québec, des études de cas ont révélé que les infirmières dans ces nouveaux rôles étaient souvent défavorisées dans leurs pouvoirs légitimes et avaient peu de latitude pour déterminer la nature de leurs activités. En dépit des cadres réglementaires en vigueur, la façon dont les infirmières étaient mises à contribution dépendait intimement de la bonne volonté des médecins et de leur niveau de confiance envers ces infirmières (D'Amour D., Tremblay D., & Proulx M., 2009).

Des études de cas en provenance de provinces canadiennes ayant intégrées des IPSPL avant le Québec soulèvent d'autres problématiques de niveau systémique. Le soutien financier par les gouvernements revient fréquemment (DiCenso et al., 2010; Sullivan-Bentz et al., 2010; Tarrant & Associates, 2005). Ces études rapportent la nécessité d'avoir des directives précises en ce qui concerne le remboursement des actes médicaux pour un médecin en collaboration avec une IPSPL puisque l'absence de mesures claires serait un frein à la pleine étendue de pratique pour les IPSPL (Sullivan-Bentz et al., 2010). Les difficultés d'entérinement de prescriptions ou de références auprès des médecins spécialistes ou d'autres professionnels de la santé sont des exemples d'obstacles nécessitant des interventions de niveau macro pour régulariser ces processus courants à la pratique IPSPL.

L'absence de leaders infirmiers sur les tables de concertation qui concerne les IPSPL est une barrière majeure à l'implantation du rôle (DiCenso et al., 2010). Avoir des représentants infirmiers siégeant sur ces comités de direction serait une bonne façon de faire circuler les données entre la pratique et le niveau stratégique, de même que de permettre de concentrer les efforts sur les défis qui émergent véritablement du terrain. Les mécanismes de communication mis en place entre les Directions de soins infirmiers et les IPSPL contribueraient à l'épanouissement et à la socialisation des IPSPL en plus de promouvoir le développement des soins infirmiers dans l'organisation (Ducharme et al., 2009).

En ce qui concerne le volet du soutien systémique, il semble y avoir un large consensus à l'effet que les infirmières-gestionnaires doivent être invitées sur les différentes tables de concertations qui concernent les IPSPL. Des enjeux financiers, de dotations des postes et sur la reconnaissance du rôle nécessitent une communication transversale.

Les données relatives au soutien clinique, à l'équipe et systémiques des paragraphes précédents interpellent une panoplie d'acteurs susceptibles d'être une source de soutien pour les IPSPL ou les autres professionnels de l'équipe. Néanmoins, les modalités qui permettent l'opérationnalisation du soutien par ces acteurs restent encore méconnues. La présentation du modèle conceptuel constitue une tentative théorique pour amorcer une réflexion sur les structures d'encadrement et les processus de soutien qui découlent de ces structures.

### **2.3. Modèle conceptuel**

Comme la présentation du contexte et de la littérature le fait ressortir, de nombreux facteurs influencent à la fois les besoins de soutien des équipes qui intègrent des IPSPL et les



caractéristiques des modalités de soutien les plus appropriées. La recension des écrits témoigne également de la nécessité d'appuyer les équipes cliniques et a permis d'identifier les zones grises sur le partage de l'encadrement entre les différents acteurs. Le modèle conceptuel suivant sert d'amorce à la réflexion en proposant des concepts théoriques qui contribueront à la compréhension du soutien optimal à offrir aux IPSPL. Nous aurons recours à plusieurs théories complémentaires organisées de manière matricielle (voir figure 2). Tout d'abord, nous divisons les interventions au sein de l'organisation selon une typologie en trois paliers: micro, méso et macro. Par la suite, nous y ajoutons le modèle "structure, processus, résultats" de Donabedian (1966). Finalement, nous opérationnalisons les trois niveaux définis par Donabedian (1966) en appuyant l'analyse de chacun sur une approche conceptuelle distincte.

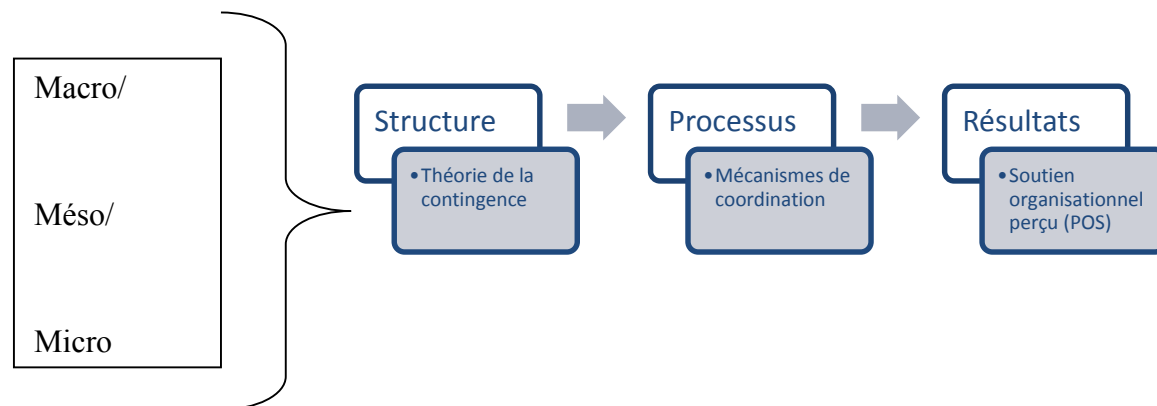


Figure 2. Matrice du modèle conceptuel.

### 2.3.1. Les niveaux de l'organisation

Les organisations de santé étant sans contredit des systèmes complexes, il est facilitant d'analyser leur fonctionnement en utilisant une typologie selon leurs niveaux d'activités: micro, méso et macroscopique. Le niveau micro représente le système clinique et inclut toutes activités qui se rapportent à la pratique des professionnels ainsi qu'aux compétences requises pour qu'ils

soient aptes à prodiguer les soins. Le niveau méso quant à lui se rapporte aux processus qui concernent le fonctionnement et la dynamique des équipes de soins. Finalement, au niveau macro, on s'intéresse aux relations entre les différentes instances que l'on regroupe au niveau systémique et qui constituent l'environnement dans lequel les organisations fonctionnent, tel que la région sociodémographique ou la province (Contandriopoulos, 2008). Ces niveaux d'organisation ont notamment servi à élaborer la typologie pour le soutien à la pratique présentée à la figure 1 du chapitre 2. En ce sens, le soutien clinique correspond au niveau micro, le soutien à l'équipe au niveau méso et le soutien systémique au niveau macro.

Maintenant que nous avons scindé l'organisation en trois niveaux, partons du cadre proposé par Donabedian (1966) afin de mettre l'accent sur l'interdépendance de trois composantes permettant d'analyser la performance d'une organisation: la structure organisationnelle, les processus ainsi que les résultats. Si l'on applique cette dernière typologie à notre contexte d'étude, nous postulons par exemple que la structure organisationnelle spécifique à l'encadrement des IPSPL influencera les pratiques de soutien, ou autrement dit, les processus. De surcroît, l'interaction des structures et des pratiques aura un impact sur la façon dont les professionnels sont soutenus. Pour discuter des trois composantes du cadre de Donabedian, les prochaines sections présenteront certains concepts permettant de saisir l'essence des composantes, en traçant le parallèle avec notre contexte d'étude.

### *2.3.2. Composante «Structure»: Théorie de la contingence*

La théorie de la contingence repose sur l'idée qu'il n'existe pas de façon unique et généralisable de structurer les organisations. Dans cette approche, les organisations sont perçues comme des systèmes ouverts sur leur environnement et qui s'adaptent aux fluctuations

(Hasenfeld, 1992). Puisque les milieux de pratique des IPSPL diffèrent considérablement, en termes de taille notamment, il apparaissait pertinent de considérer différents facteurs qui influencent la structure organisationnelle. Ainsi, selon la théorie de la contingence, la performance organisationnelle résulterait de la congruence (le *fit*) entre la structure et divers facteurs de contingence. À travers les nombreuses recherches dans le domaine, plusieurs facteurs de contingence ont été identifiés et discutés (Donaldson, 2001; Lawrence & Lorsch, 1967; Mintzberg, 1982, 1989; Pfeffer, 1997). Les facteurs « taille » et « complexification de l'environnement » (Mintzberg, 1982) semblent les plus pertinents à considérer dans le contexte de cette étude. Tel que mentionné dans les chapitres précédents, les organisations qui accueillent les IPSPL au Québec apparaissent différentes les unes des autres en ce qui concerne leur structure d'encadrement pour la pratique IPSPL. De même, elles sont diversifiées tant au niveau de leur taille que de leur mission et modes de fonctionnement. Finalement, l'intégration d'une IPSPL dans une équipe de travail amène son lot de changements pour les professionnels et vient modifier la façon d'offrir les services à la clientèle. C'est pourquoi le facteur « complexification de l'environnement » nous semble pertinent à explorer.

*Taille* : La taille, soit le nombre d'employés travaillant pour l'organisation, est une contingence d'importance pour la composition de la structure. Plus une organisation s'agrandit, plus elle aura tendance à former des divisions spécialisées et différenciées les unes des autres. Il en résulte alors un organigramme pointu avec de nombreux niveaux hiérarchiques. Les grandes organisations tendent aussi à être plus bureaucratisées, c'est-à-dire que le comportement des employés est formalisé par des descriptions de poste précis ainsi que guidé par un système de règles explicites et écrites. Inversement, les petites organisations sont plutôt considérées comme organiques puisqu'elles s'organisent de façon informelle, en ne formant qu'un seul

groupe de même niveau hiérarchique et où les tâches sont départagées en fonction des habiletés requises. Les petites organisations favorisent la mise en commun des connaissances et la communication directe entre les employés pour la coordination des activités interdépendantes.

*Complexification de l'environnement* : La notion de complexité réfère au degré de connaissances ou de compétences requis pour produire les services qui répondront aux besoins variés des clients. Plus l'environnement de travail nécessite des tâches complexes pour les professionnels, plus la structure sera organique et décentralisée. La complexification des tâches influe aussi sur les façons de coordonner le travail des professionnels. Un environnement complexe nécessite non seulement un haut niveau de compétences de la part de l'employé, mais requiert aussi des mécanismes à l'intérieur de la structure qui permettent une coordination adaptée aux besoins des professionnels.

En somme, retenons que les contingences taille et complexification de l'environnement sont celles qui semblent principalement influencer la composition de la structure d'encadrement.

### 2.3.3. Composante «processus» : Les mécanismes de coordination

La structure organisationnelle a une influence directe sur le fonctionnement et la performance d'une organisation. Toutefois, cette influence passe par la médiation des processus de production. En ce sens, le modèle de Donabedian pose que les résultats sont le produit de l'interaction entre les structures et les processus. Dans la mesure que nous nous questionnons sur les interrelations entre les divers acteurs susceptibles de soutenir les IPSPL, il est fondamental d'analyser non seulement les structures, mais aussi les processus par lesquels les pratiques de soutien s'opérationnalisent. Pour conceptualiser les processus d'opérationnalisation

du soutien, nous utiliserons ici un modèle dérivé des deux grands mécanismes proposé par Mintzberg (1982) concernant la coordination des activités des professionnels dans les organisations de santé : l'ajustement mutuel et la standardisation.

*Ajustement mutuel* : L'ajustement mutuel est le mécanisme privilégié au sein de petites équipes et il se définit comme la coordination du travail par la communication informelle. Le fait d'être en petit nombre, à proximité les uns des autres, facilite les communications de type «discussions de corridor» ou «rencontres spontanées» qui sont fréquentes lorsque les équipes travaillent en interdisciplinarité. Pour optimiser le partage d'information, les structures en place doivent être suffisamment flexibles pour suivre l'évolution des relations entre les professionnels. Par exemple, on s'attend à ce que la consultation entre l'IPSPL et son MDP soit plus étroite dans le début de sa pratique et à ce que la fréquence de consultation diminue au fur et à mesure que l'IPSPL prend de l'expérience et que la confiance s'installe entre les professionnels. Cette évolution du flux de communication illustre l'adaptation, selon le jugement des professionnels impliqués, pour soutenir la pratique de l'IPSPL. Bien que l'ajustement mutuel se retrouve principalement au sein de petites équipes, il est aussi profitable d'utiliser la communication directe et informelle dans les grandes organisations lorsque les tâches sont complexes.

*La standardisation des qualifications, résultats et procédés* : La coordination des activités professionnelles peut aussi reposer sur des standards de pratique. Au sein de grandes organisations composées de professionnels, les processus s'articulent majoritairement par la mise en place de standards. Une standardisation dite des qualifications signifie que chaque professionnel a été formé pour intervenir auprès du client, en fonction du champ de compétences

inhérent à son rôle. Une grande part des savoirs utilisés dans son travail provient de sa formation académique ou grâce à la formation continue qu'il reçoit en cours d'emploi. Chacun des professionnels détenant une expertise plus particulière, les processus de soins sont ainsi répartis, avec un niveau d'autonomie plus ou moins grand selon le cas. Ce type de standardisation est largement utilisé au sein de très grandes organisations où plusieurs professionnels partagent la même clientèle et doivent prodiguer des services complémentaires. Ensuite, la standardisation des résultats implique que l'on coordonne les activités professionnelles en spécifiant les objectifs à atteindre, qui varient selon le type de professionnel qui accomplit la tâche. Dans notre contexte d'étude, on pourrait déterminer un nombre de patients/jour à voir par l'IPSPL ou un temps de consultation maximal par client lors d'une première visite. Finalement, la standardisation des procédés est la subdivision des services en tâches et l'assignation de ces tâches aux différents professionnels de l'équipe de soins pour favoriser une continuité entre les services offerts.

Ces différents mécanismes qui facilitent la coordination entre les professionnels illustrent à quel point les processus dépendent ou non d'interactions interpersonnelles. Les processus qui sous-tendent le soutien aux IPSPL sont conformes à cette théorie et cet apport théorique nous permettra de les regrouper en catégories distinctes afin d'en analyser leur effet.

#### *2.3.4. Composante «Résultats» : Le soutien organisationnel perçu*

La dernière composante de Donabedian, soit les «résultats», abordera le soutien du point de vue de l'employé. Autrement dit, qu'est-ce que les professionnels s'attendent de la part de leur supérieur et qu'est-ce que le soutien représente pour eux.

Le concept du soutien organisationnel perçu (traduction libre de l'anglais *perceived organisational support*) représente une grande proportion des apports théoriques sur le soutien organisationnel. L'estimation du soutien obtenu serait une façon d'apprécier si les actions entreprises dans l'organisation permettent le développement et l'épanouissement des employés. Trois catégories d'activités ont été identifiées comme centrales par les travaux sur cette approche: l'équité, la relation avec le superviseur et les conditions de travail (Rhoades & Eisenberger, 2002). Ces facteurs peuvent modifier soit positivement, soit négativement, le soutien organisationnel perçu. Conséquemment, le dévouement envers l'organisation et le niveau de performance de l'employé s'en verront affectés.

*L'équité* : L'équité peut être structurelle ou sociale. L'équité structurelle se rapporte à la justice dans les processus de prises de décision ainsi qu'à la capacité des professionnels à se faire entendre dans ces prises de décisions. Il importe alors de s'intéresser à la façon dont l'information circule entre les différents niveaux hiérarchiques ainsi qu'entre les départements de même niveau. L'équité sociale réfère quant à elle aux interactions interpersonnelles reliées à l'allocation des diverses ressources : financières, matérielles et informationnelles. Plus l'employé est traité avec équité, plus le soutien perçu est élevé.

*Relation avec le superviseur* : La relation avec le superviseur importe dans la mesure où il est perçu par son subordonné comme un agent de l'organisation. Il devient donc le reflet de la vision et des valeurs organisationnelles. Le superviseur a un rôle de premier plan sur la perception du niveau de soutien offert dans l'environnement de travail immédiat. Ainsi, promouvoir les opportunités de discussions ou des rétroactions sur la pratique permet à l'employé de se sentir soutenu et le motive à s'investir davantage dans son milieu.

*Conditions de travail* : Les conditions de travail rassemblent plusieurs facteurs: l'autonomie de pratique, la présence d'éléments de stress et l'accès à de la formation. Lorsque l'on s'attarde à l'environnement de travail de l'employé en réduisant les irritants et en favorisant le développement des compétences, l'employeur démontre ainsi un intérêt à ce que le professionnel s'épanouisse et augmente le niveau de soutien perçu. De plus, lorsque les gestionnaires reconnaissent la performance d'un employé, cela augmente sa motivation et son désir de contribuer davantage à l'organisation.

En plus des facteurs présentés, il est intéressant de souligner que le soutien perçu a aussi un effet de diffusion (traduction libre de l'anglais *trickle down effect*), c'est-à-dire qu'il se propage entre les différents niveaux de l'organisation et entre les différents réseaux sociaux. Autrement dit, une personne se sentant bien soutenue par son organisation sera non seulement plus performante et motivée, mais aussi intéressée à soutenir d'autres collègues dans son environnement. Les employés bien soutenus contribueront plus activement à l'atteinte des objectifs organisationnels et seront plus enclins à endosser volontairement des rôles complémentaires, comme du mentorat envers des novices par exemple.

En somme, le modèle conceptuel utilisé dans le présent mémoire est composé de plusieurs propositions théoriques en analyse des organisations, regroupées sous forme matricielle telle que présentée à la figure 2. Ce modèle permet une conceptualisation des mécanismes de soutien qui favorisent le développement de la pratique IPSPL. L'utilisation de cadres basés sur des théories organisationnelles dans les études en sciences infirmières permettrait une meilleure compréhension de l'influence des différents niveaux organisationnels sur la pratique (Mick & Mark, 2005). De plus, Ducharme et al. (2009) mentionnent l'importance



de bien comprendre la culture et les structures des organisations puisqu'elles ont un impact indéniable sur les processus de soins. En plus d'ajouter un corpus de connaissances aux sujets habituellement abordés dans la littérature sur le déploiement d'IPSPL et de maximiser notre compréhension des interactions au sein des organisations ciblées par le déploiement, cet apport théorique annonce l'angle d'analyse de cette recherche et servira de guide à l'émergence des résultats provenant de la collecte de données.

## **CHAPITRE 3. Méthodologie**

Ce chapitre présentera la méthode choisie pour répondre aux questions de recherche. Comme mentionné précédemment, les données de cette étude proviendront d'une recherche multicentrique plus large intitulée «*Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL) au Québec*». Il s'agit d'une recherche en cours, qui vise à développer des connaissances robustes et contextualisées ainsi qu'à émettre des recommandations sur le déploiement des IPSPL de manière holistique. Cette recherche, que nous identifierons comme étant la principale, est cofinancée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par le MSSS. Fort de son interdisciplinarité, le groupe de recherche se compose d'une dizaine de chercheurs et collaborateurs d'expériences, détenant des expertises complémentaires en pratique clinique de première ligne, collaboration interdisciplinaire, pratique infirmière avancée et en analyse des politiques de santé. Le chercheur principal, Monsieur Damien Contandriopoulos, est professeur agrégé à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal de même que le directeur de recherche de cette étude de maîtrise.

Le mémoire de maîtrise ici présenté sera alors considéré comme étant complémentaire puisqu'il approfondira un des thèmes abordés par la recherche principale, soit celui du soutien à la pratique IPSPL, plusieurs chercheurs de l'équipe jugeant d'ailleurs pertinent de conduire des analyses additionnelles sur le sujet. Cette étude se distinguera de la recherche principale par l'angle managérial et organisationnel de son analyse. D'autre part, nous explorerons le thème du soutien dans une perspective post-intégration, plutôt axée sur le développement de la pratique. Ceci diffère de la recherche principale qui s'attarde davantage aux enjeux liés aux processus autour de la préparation à l'accueil et de l'introduction de l'IPSPL dans un milieu.

Ce chapitre présentant la méthodologie sera divisé selon les parties suivantes : devis de l'étude, sélection des cas, sources et analyses des données, considérations éthiques, rigueur méthodologique, transfert des connaissances et retombées pour la pratique.

### **3.1. Devis de l'étude**

Le devis choisi est une étude de cas multiples avec niveaux d'analyses imbriqués. Chacun des cas ici considérés correspondent à un milieu de pratique d'au moins une IPSPL, par exemple un CLSC, un GMF ou une clinique. Ainsi, si nous avons plusieurs milieux de pratiques au sein d'un même CSSS, ils seraient examinés indépendamment. La première unité d'analyse sera l'individu, donc ce qui se rattache à l'IPSPL même. Puisqu'il est difficile d'occulter les effets systémiques qu'occasionne la pratique IPSPL, le second niveau se rapportera aux éléments qui ont un impact sur l'équipe dans laquelle l'IPSPL pratique. Finalement, le troisième niveau sera plus macro-organisationnel. Les différentes unités d'analyses correspondent une fois de plus aux trois niveaux de soutien présentés dans la typologie de la figure 1. L'étude de cas est à privilégier dans ce type de recherche, car elle procure une description en profondeur d'un phénomène considéré complexe qui est largement influencé par son contexte (Yin, 2009). Ce devis permet également de décrire ou de mettre en relief des interventions pertinentes qui tiennent compte de la réalité du terrain.

### **3.2. Sélection des cas**

Comme la visée de la recherche principale est de faire émerger les bonnes pratiques lors d'introduction d'une IPSPL, les milieux reconnus comme étant performants ont été privilégiés et sélectionnés selon une approche par choix raisonnés (Fortin, 2010). Afin de correspondre

d'avantage à l'envergure attendue par un projet de maîtrise, seulement certains cas parmi les sept de la recherche principale ont été choisis pour la présente étude. De ce fait et après avoir fait une analyse préliminaire chacun des sept cas potentiels, l'étudiante-chercheuse et le directeur de recherche en ont sélectionné trois. Plus précisément, les critères suivants ont servi à départager les milieux et obtenir le choix final : la richesse des données obtenues, la taille du milieu, le type de milieu, le niveau d'expérience des IPSPL et la région sociosanitaire. La maximisation de la variabilité entre les cas a été utilisée afin d'obtenir un échantillon plus diversifié permettant de démontrer différentes perspectives du sujet de recherche, contribuer à la richesse des résultats et ultimement ajouter à la compréhension du phénomène à l'étude (Creswell, 2013). Ceci dit, puisque les données de chacun des milieux de la recherche principale sont connues par l'étudiante-chercheur, la section «Discussion» du chapitre 5 pourra traiter d'éléments en provenance de l'ensemble des milieux et non seulement de ceux analysés de façon systématique, ce qui permettra d'ajouter à la richesse des résultats.

Les trois cas sélectionnés sont répartis dans trois CSSS différents des régions sociosanitaires suivantes : Montérégie, Montréal et Lanaudière. L'échantillon final comprend 18 entrevues avec des informateurs-clés de plusieurs disciplines et incluent minimalement une IPSPL, un MDP en partenariat avec l'IPSPL, une DSI ou la personne responsable du dossier au sein de l'organisation ainsi que des infirmières cliniciennes de GMF. Les précisions concernant l'échantillon sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1

Détail de l'échantillon

<b>CSSS</b>	<b>Types de milieu</b>	<b>Professionnels rencontrés</b>
#1	CLSC	-DSI -Coordonnatrice à la direction des soins infirmiers -2 IPSPL -Médecin partenaire -2 Infirmières
#2	GMF	- IPSPL -médecin partenaire, responsable de clinique -DSI -Infirmière clinicienne -Adjointe à la direction des services généraux(DSG), secteur soins infirmiers
#3	CRI-UMF-GMF	-DSI -Conseillère-cadre, secteur première ligne -2 IPSPL -Médecin partenaire -Infirmière clinicienne

### 3.3. Sources de données

Les données considérées dans cette étude proviennent de deux sources distinctes: des entrevues de la recherche principale et de la consultation d'une banque de documents. Une grande diversité de sources de données est, au sens de Yin (2009), un élément impératif pour obtenir des études de cas de qualité.

#### 3.3.1. Entrevues de la recherche principale

La collecte de données de l'étude principale a débuté à l'automne 2012 et s'est poursuivie à l'hiver 2013. Chacun des milieux a fait l'objet d'une collecte de données dirigée par un ou plusieurs chercheurs du groupe. Les entrevues, d'une durée moyenne d'une heure, ont

été enregistrées après l'obtention du consentement écrit des participants (cf. formulaire d'information et de consentement, Appendice A). De deux à sept entrevues semi-structurées pour chacun des cas à l'étude ont été réalisées à l'aide d'un guide d'entrevue élaboré par les membres de la recherche principale, incluant l'étudiante-chercheure (cf. grilles d'entrevue, Appendice B). Afin de répondre aux buts de la recherche principale, une approche holistique permettant de dresser un portrait large de la pratique IPSPL au Québec a été privilégiée. Les questions étaient orientées vers la description du milieu, les actions et pratiques utilisées pour intégrer l'IPSPL, sur les processus de collaboration et sur les structures organisationnelles. La consultation du matériel lors de la sélection des cas du présent projet de maîtrise a permis de confirmer la pertinence de conduire une étude complémentaire à partir de ces entrevues. La richesse des données permettait sans contredire une analyse secondaire.

### *3.3.2. Banque de documents*

Le déploiement des IPSPL au Québec est un processus encadré par plusieurs articles de loi ainsi que par de nombreuses directives du MSSS. Les ouvrages produits par les ordres professionnels concernés sont des impératifs à considérer étant donné leur forte contribution dans les processus d'intégration des milieux et pour le développement de cette pratique. Citons en l'occurrence le cadre réglementaire, la boîte à outils ainsi que l'exemple-type pour la rédaction de l'entente de partenariat (OIIQ, 2013; OIIQ & CMQ, 2012). Dès le début du projet, et à mesure que des documents pertinents étaient consultés, l'équipe de la recherche principale avait pris soin de les répertorier à l'intérieur d'une banque de documents afin d'accéder rapidement à ces informations essentielles. Cette banque a été explorée dans le but de considérer les extraits pertinents à la présente étude.

### **3.4. Analyse des données**

Selon Yin (2003), la phase d'analyse des données consiste en un examen approfondi dans lequel on teste ou combine les informations disponibles afin de dégager des conclusions empiriques contribuant à la description et à l'explication du phénomène à l'étude. Afin d'assurer une certaine structure au processus d'analyse, nous départagerons la tâche en trois étapes: la préparation et description du matériel brut, la réduction des données ainsi que le choix et l'application des méthodes d'analyse (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1990).

#### *3.4.1. Préparation du matériel brut*

Au début de la phase d'analyse de ce mémoire, les entrevues conduites au sein des milieux sélectionnés n'étaient disponibles qu'en format audio. Pour permettre la phase d'analyse de la présente étude, elles ont été retranscrites en intégralité. Par la suite, l'étudiante-chercheure a procédé à l'écoute des bandes audio, en simultané avec la lecture du texte retranscrit, afin d'en vérifier la concordance.

#### *3.4.2. Réduction des données*

La réduction des données a pour but de cibler les informations pertinentes et de les classer afin d'en faciliter l'accès. L'association de certains passages à des codes consiste en une déconstruction du texte continu en unités de sens (Fortin, 2010). Étant donné le grand volume de données plutôt génériques, une première série de thèmes plus larges ont été appliqués au texte écrit afin d'en extraire les passages pertinents à notre étude. Dans un premier temps, les extraits à propos des structures d'encadrement ont été isolés afin de rendre explicites les



relations entre les différents acteurs impliqués. Ensuite, l'analyse des processus de soutien a débuté à partir de ces structures. Cette stratégie de réduction nous a permis d'isoler les passages en lien avec les questions de recherches et le modèle conceptuel. Un schéma des codes d'analyse détaillant les éléments isolés à l'intérieur du matériel plus générique de la recherche principale a été construit (cf. Schéma des codes, Appendice C). Les éléments présentés dans le schéma correspondent aux codes utilisés pour classer les extraits. Ainsi, les différents regroupements de texte étaient ensuite divisés selon les codes du niveau suivant (cf. Définition des codes, Appendice D). Une stratégie dite mixte a été utilisée puisque certains passages ayant émergé des verbatim s'inséraient difficilement dans un des codes prédéterminés. Ces passages ont ensuite été colligés sous le code « autre facteur ».

Les étapes précédentes, soient d'extraction et de codification, impliquent une organisation des données de manière à retrouver facilement le matériel. Ainsi, la création de dossiers thématiques a permis d'y insérer des mémos et des notes de lectures lors de la lecture intégrale du texte. Une fois extraient, les passages retenus à travers les trois cas ont été colligés de façon systématique, en les regroupant au sein d'un document unique pour chacun des thèmes.

#### 3.4.3. *Choix de la méthode d'analyse*

Dans une première étape, chacun des milieux sélectionnés a été étudié de manière séquentielle. Tout d'abord, l'appariement des *patterns* (traduction libre de *patterns matching*) a été utilisé comme stratégie d'analyse pour les segments de texte isolés et classés sous les différents codes (Yin, 2009). Nous étions à la recherche de deux types de *patterns*. Tout d'abord, les *patterns* récurrents entre les données théoriques et nos données empiriques. En second lieu,

nous essayions de repérer la récurrence de *patterns* à l'intérieur des cas. Cette étape a notamment permis de faire émerger une première série de résultats.

La seconde étape de la phase d'analyse selon Contandriopoulos et al. (1990) est l'équivalent de l'une des techniques d'analyse pour les études de cas multiples proposée par Yin (2009), c'est-à-dire l'analyse transversale des cas. Suite à l'analyse séquentielle de chacun de cas, nous avons superposé les résultats de chacun des milieux pour tenter de faire ressortir les résultats qui se répétaient d'un CSSS à l'autre. L'analyse de chacun des cas de façon indépendante et séquentielle était préalable à l'analyse transversale.

### **3.5. Considérations éthiques**

La recherche principale a fait l'objet d'un examen éthique approfondi par plusieurs comités. La première approbation éthique a été obtenue le 23 février 2012 par le comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal. Par la suite, le projet a été présenté à chacun des CSSS à l'étude et au Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (CÉR de l'Agence) qui agit en tant qu'instance principale pour l'évaluation éthique lors de projets multicentriques. L'approbation éthique finale du CÉR de l'Agence a été obtenue le 10 avril 2012. D'entrée de jeu, les participants ont chacun signé un consentement éthique qui stipule les informations ici discutées (cf. formulaire d'information et de consentement, Appendice A). De même, ils ont été avisés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment. Le consentement écrit pour les enregistrements audio des entrevues a aussi été obtenu des participants. Le plus grand risque de la recherche principale et de la présente étude de maîtrise concerne la confidentialité des milieux et des participants. À cet effet, chacun des membres de l'équipe de recherche s'est formellement engagé, par écrit, à

respecter la confidentialité (cf. formulaire d'engagement à la protection de la confidentialité des renseignements personnels, Appendice D). Le partage d'informations restait donc exclusivement au sein du groupe de recherche. Les documents produits à cet effet étaient rapidement anonymisés et conservés dans les bureaux des chercheurs responsables de cas, localisés à l'Université de Montréal.

La présente étude se veut complémentaire et dans la continuité de la recherche principale. L'étudiante-chercheuse du projet de maîtrise, en tant que membre participant à la recherche principale, a conséquemment signé le formulaire de confidentialité mentionné ci-haut et l'accès aux données découle de son implication dans le projet à titre de professionnelle de recherche. Suite à l'évaluation de cette étude de niveau maîtrise, le CERES de l'Université de Montréal a donné son approbation pour la poursuite du projet.

### **3.6. Rigueur méthodologique**

Les critères pour juger la qualité d'une étude de cas sont la validité de construit, la validité interne et externe ainsi que la fidélité des résultats (Yin, 2009).

#### *3.6.1. Validité de construit*

Dans cette étude, l'utilisation de plusieurs sources de données, soit les entrevues de plusieurs milieux et la banque de documents, permet de trianguler l'information. Au fur et à mesure que cette étude prenait forme, il a été possible de faire valider le contenu développé par les membres experts de l'équipe de la recherche principale.

### 3.6.2. *Validité interne*

La validité interne réfère «à la capacité d'une recherche de mettre à l'épreuve un ensemble de relations composant un modèle théorique» (Contandriopoulos et al., 1990, p.42). La présence de *patterns* récurrents au sein d'un même cas ou entre le cas et les propositions théoriques renforçait la validité interne de l'étude (Yin, 2009).

### 3.6.3. *Validité externe*

La validité externe correspond au degré de transférabilité des résultats à d'autres contextes. Étant donné que les études de cas prennent en compte un nombre restreint de cas d'analyse et se concentrent plutôt sur une exploration en profondeur en considérant le contexte, la transférabilité des résultats apparaît souvent limitée. Néanmoins, puisque notre échantillon était varié et que des descriptions en détails de chacun des cas étudiés ont été partagées, la transférabilité à d'autres milieux québécois similaires pourrait être envisagée.

### 3.6.4. *Fidélité des résultats*

Pour permettre une plus grande fidélité des résultats, les informations concernant la collecte de données et les méthodes d'analyses utilisées ont été décrites de façon opérationnelle et chronologique dans les paragraphes ci-dessus. De même, le système de codification est fourni de manière explicite.

## **CHAPITRE 4. Analyse et présentation des résultats**

Cette section discutera des résultats ayant émergé suite à l'analyse du matériel des entrevues et de la banque de documents. Nous présenterons les trois cas analysés de manière séquentielle et les mêmes sections seront proposées afin de faciliter la compréhension des sujets abordés. Cette disposition permettra également la superposition des résultats des trois milieux par la suite. Les sections seront donc: description générale du cas, structure d'encadrement, soutien clinique, soutien à l'équipe, soutien systémique et conclusion du cas. Pour chacun des milieux, une figure illustrant la structure d'encadrement sera présentée.

Rappelons que la conception du soutien en trois niveaux correspond à une modélisation heuristique résultant de discussions entre l'étudiante-chercheuse et le directeur de recherche. Ce genre d'approche apparaissait essentielle afin de traiter et d'analyser l'abondance de données sur un sujet complexe comme le soutien. Étant donné l'interdépendance des trois types de soutien, la présentation des données provient du raisonnement subjectif de l'étudiante-chercheuse, dans le but de permettre une lecture fluide et de limiter la récurrence des éléments.

#### **4.1. Cas #1 : CLSC en milieu rural**

Le premier cas est un CLSC en milieu rural où travaille une petite équipe, principalement composée de deux IPSPL, quatre infirmières et de deux médecins. Les IPSPL avaient été introduites de façon séquentielle, la première étant arrivée sept ans auparavant avec une expérience de pratique avancée considérable, notamment dans le nord du Québec et en Ontario. La deuxième IPSPL avait quant à elle débuté dans ce CLSC aussitôt sa formation académique complétée, et comptait désormais deux années d'expérience dans ce même milieu. La main d'œuvre en santé était difficile à recruter dans cette région et les nouveaux professionnels embauchés ne compensaient malheureusement pas pour les nombreux départs qu'ils avaient

connus dans les dernières années. Ceci dit, la situation de précarité avait eu pour effet de rallier les professionnels vers un objectif commun: mettre en place des modèles de prestation de soins innovants, promouvoir le travail collaboratif et miser sur la contribution maximale de chaque professionnel pour répondre aux demandes populationnelles.

#### *4.1.1. Structure d'encadrement*

Au niveau de la structure d'encadrement des IPSPL, la DSI avait choisi de déléguer le dossier du déploiement à une coordonnatrice de la Direction des soins infirmiers, cette dernière pouvant suivre plus étroitement le niveau opérationnel. Cette coordonnatrice devenait donc la supérieure-immédiate des IPSPL et avait les mandats de planifier, implanter ainsi que soutenir le développement de la pratique IPSPL. Dans ses autres mandats non spécifiques à la pratique IPSPL, elle devait réviser l'ensemble de la pratique infirmière du CSSS dans le cadre d'un projet d'optimisation et de rehaussement des rôles. Elle détenait donc une position stratégique pour arrimer la pratique des IPSPL à celle de la communauté infirmière de cette région. Environ 40% de son temps était alloué au dossier des IPSPL.

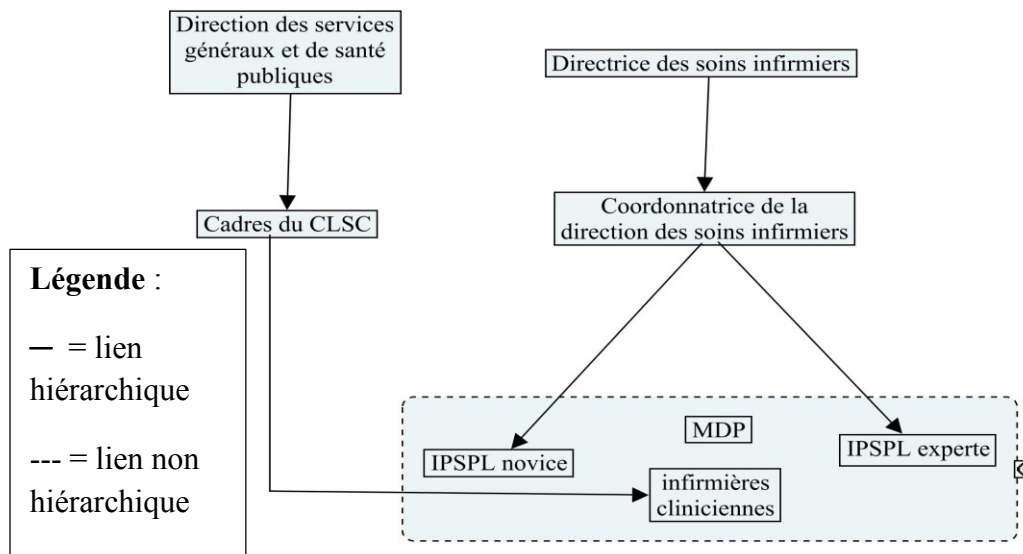


Figure 3. Structure d'encadrement cas #1.

La coordonnatrice avait une vision claire pour le dossier des IPSPL de sa région. Avant tout, elle désirait que les IPSPL maintiennent des liens concrets avec la discipline infirmière, que ce soit par des contacts réguliers avec elle ou avec des conseillères de la direction des soins infirmiers : «La pratique infirmière ne doit pas se développer en fonction de la vision médicale. Elle doit se développer en fonction d'une vision infirmière, en collaboration » (Coordonnatrice de la direction des soins infirmiers). Ce faisant, la formation de dyades IPSPL, en priorisant l'introduction des nouvelles IPSPL au sein de milieu ayant déjà une IPSPL plus expérimentée, était un principe que les gestionnaires du CSSS tentaient de privilégier autant que possible.

La coordonnatrice s'occupait aussi de soutenir les milieux d'accueil dans la rédaction des documents officiels. Bien que l'entente de partenariat tel qu'exigé par le MSSS était dûment remplie lors des préparatifs d'accueil, il semble que les professionnels ne ressentent aucunement le besoin de s'y référer, ni de le mettre à jour. Sinon, la supervision par le MDP était exclusivement centrée sur la surveillance du volet clinique de l'IPSPL. Aucun lien



hiérarchique n'existait entre les IPSPL et le MDP. Pour ce qui était des infirmières cliniciennes, elles relevaient des cadres du CLSC et non pas de la coordonnatrice, contrairement à leurs collègues IPSPL.

#### *4.1.2. Soutien clinique : interactions entre les professionnels de l'équipe*

Dans le quotidien à l'intérieur du CLSC, le champ de pratique des IPSPL variait légèrement entre elles, mais découlait essentiellement d'une réflexion d'équipe, visant à l'adéquation des besoins populationnels selon les intérêts et le confort des IPSPL vis-à-vis certaines clientèles. De plus, la volonté de la Direction des soins infirmiers était de les exposer à une grande variété de clientèles afin qu'elles se perfectionnent sans cesse. Pour faciliter la distinction entre les deux IPSPL lors de la présentation de leurs activités respectives, nous nommerons «experte» la première IPSPL introduite, alors que la seconde correspondra au terme «novice».

À l'époque où la première IPSPL avait été intégrée, les médecins vivaient une situation de surcharge de travail suite à des départs inattendus de collègues. De ce fait, l'IPSPL experte tenait absolument à minimiser l'impact de son arrivée, notamment en ce qui concerne les activités de supervision médicale. Ce faisant, sa pratique s'était développée de manière parallèle et dans une optique de complémentarité avec celles des médecins. Elle voyait principalement des clientèles qui n'arrivaient pas à avoir de suivis médicaux, tels que la pédiatrie et la santé jeunesse, essentiellement axée sur le dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que les suivis reliés à la contraception. Il s'agissait de patients qu'elle pouvait aisément suivre seule, avec des besoins minimes de consultation auprès des MDP. À travers ses sept années dans le CLSC, l'IPSPL experte avait développé une pratique avec un fort degré

d'autonomie et avait maintenant complété sa cohorte de patients à charge. Parmi ses tâches non liées à la clientèle, cette IPSPL supervisait des stagiaires IPSPL lors de leur stage final, ce qui avait notamment été le cas pour la seconde IPSPL introduite.

Cette seconde IPSPL, ici nommée l'IPSPL novice, avait trouvé facilitant de débiter sa pratique officielle à titre de CIPSPL dans un milieu qu'elle connaissait déjà. Durant les premières semaines, l'IPSPL experte avait été sa première source de soutien, principalement en rapport à des questionnements sur l'environnement de travail ou sur sa compréhension de son nouveau rôle. À propos de sa clientèle, l'IPSPL novice voyait également des cas de pédiatrie et prenait en charge des clients du guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO). Bien qu'initialement il n'y avait pas de sélection de la clientèle, l'équipe avait rapidement réalisé qu'il était préférable que l'IPSPL novice ne voie que des patients considérés plus stables afin de maximiser son degré d'autonomie et de diminuer le besoin de supervision pour le MDP. Une entente avec l'infirmière responsable du GACO avait donc été convenue à ce propos. Ainsi, elle lui référait les cas les plus appropriés, soit ceux ayant une cote de priorité 4 ou 5 sur l'échelle canadienne de triage et de gravité utilisée par l'infirmière du GACO lors d'une évaluation initiale (Beveridge et al., 1998). Très influencée par la façon dont les rôles étaient déjà établis dans le CLSC, l'IPSPL novice avait elle aussi développé une pratique assez individuelle, en parallèle à celles du MDP et de l'IPSPL experte.

À propos des interactions entre les professionnels à l'intérieur du CLSC, un seul des deux médecins de l'équipe avait signé l'entente de partenariat avec les IPSPL. Aucune modalité formelle de consultation n'avait été mise en place. Tous semblaient compter sur leurs habiletés de communication et sur la proximité de leurs locaux pour se coordonner. Avec sa clientèle déjà

connue et correspondant à une prise en charge autonome, l'IPSPL experte n'avait que rarement recours au MDP. L'IPSPL novice, quant à elle, requerrait plus de soutien et avait à sa disposition deux professionnels pour répondre à ses besoins: le MDP et l'IPSPL experte. Encore une fois, ces échanges se faisaient de façon informelle et selon le jugement de l'IPSPL novice pour décider auprès de qui elle désirait se renseigner, la nature du besoin ou la disponibilité de chacun influençant son choix:

[...] si j'avais une question, j'allais cogner à la porte en face ou je pouvais demander au médecin, puis il était toujours disponible si jamais j'avais besoin qu'il vienne voir, confirmer quelque chose sur place, il pouvait descendre. Sinon, des fois, je les appelais, puis je leur demandais qu'est-ce qu'ils en pensaient pour avoir une deuxième opinion. (IPSPL)

Le moment opportun était déterminé en fonction du motif et de l'urgence de la demande : une évaluation physique du patient nécessitait une rencontre immédiate, alors qu'une signature de requête d'examen pouvait attendre un rendez-vous de fin de journée. La fréquence de consultation par l'IPSPL novice avait été exigeante pour le MDP dans les premiers mois de sa pratique. Une rencontre formelle, entre l'IPSPL, la coordonnatrice et le MDP, s'était avérée nécessaire afin de corriger la situation. En résumé, le MDP trouvait que les demandes de l'IPSPL étaient trop fréquentes alors que parallèlement, l'IPSPL se sentait dépassée par l'intensité clinique des patients soignés. Les solutions proposées visaient essentiellement à resserrer la sélection des patients, permettant ainsi à l'IPSPL d'être plus autonome. Tant la rencontre que le changement instauré par la suite avaient nettement amélioré le contexte de pratique. Hormis cet ajustement en début de parcours, le MDP affirmait que la supervision des deux IPSPL se jumelait aisément avec son agenda habituel auprès de sa clientèle. Toutefois, il avait soulevé que le degré d'expérience antérieure de l'IPSPL était une variable importante à considérer par le MDP pour déterminer l'intensité du suivi nécessaire dans les premiers mois. La différence

d'expérience prononcée entre les deux IPSPL, au moment de leur entrée respective, avait été un élément inattendu pour le MDP. Vers les six mois de pratique de l'IPSPL novice, il avait toutefois noté une progression significative et une plus grande confiance dans son rôle, marquant ainsi une diminution des demandes de consultation auprès de lui.

Pour ce qui est des contacts avec les autres IPSPL de la région, des rencontres étaient régulièrement organisées et animées par la coordonnatrice à la DSI. Ces réunions se concentraient sur des discussions de cas afin de développer les compétences de chacun, tout en créant des opportunités de réseautage entre IPSPL. D'autre part, ces rencontres permettaient à la coordonnatrice de garder un contact étroit avec les IPSPL malgré la distance géographique, de connaître leurs besoins de formation et d'identifier les difficultés possiblement vécues dans leur milieu respectif.

En somme, les interactions entre les IPSPL et le MDP étaient basées sur la confiance et leur respect mutuel. Ils faisaient part au fur et à mesure de leurs préoccupations par le biais de communications informelles. La majeure partie du soutien clinique était offert entre collègues, la coordonnatrice de la direction des soins infirmiers intervenant plutôt sur des éléments administratifs.

#### *4.1.3. Soutien à l'équipe : le rôle central de la coordonnatrice*

Au-delà des interactions entre les professionnels de l'équipe clinique du CLSC, deux groupes de gestionnaires étaient susceptibles de contribuer par des actions managériales au soutien de l'équipe gravitant autour de l'IPSPL. D'abord, la Direction des soins infirmiers, via la coordonnatrice. En second lieu, la Direction des services généraux et de santé publique

puisque les CSLC, et donc certains professionnels de ce milieu, étaient sous la gouverne de cette direction.

Concernant la coordonnatrice, elle n'hésitait pas à intervenir localement sur des enjeux affectant non seulement les IPSPL, mais également les autres professionnels de l'équipe. Deux fois par année, elle consultait le MDP pour s'informer du fonctionnement général et faire une évaluation du rendement de l'IPSPL, à l'aide de standards préalablement établis avec la contribution des IPSPL d'expérience. Grâce à ces standards, elle offrait aux IPSPL, ainsi qu'au MDP qui les encadrait, un aperçu des attentes du CSSS envers eux :

Le rendement de base, sur un quart de travail de 8 heures, qui inclut une période de repas et deux pauses, c'est 9 à 10 clients. Une moyenne de 45 minutes par client [...] tous mes IPS me le disent. Donc ça, c'est après un an de pratique, quand elle est toute seule (Coordonnatrice de la direction des soins infirmiers).

Le MDP était confiant de pouvoir joindre la coordonnatrice en cas de problèmes sur des éléments reliés à la pratique des IPSPL. Une relation de confiance s'était installée entre eux depuis la phase de préparation de l'arrivée de l'IPSPL, période durant laquelle la coordonnatrice avisait le MDP de sa part de responsabilités envers les IPSPL. Elle s'assurait aussi que le MDP comprenne qu'il allait être un précieux collaborateur et que ce faisant, elle serait autant disponible pour lui que pour les IPSPL. En somme, la coordonnatrice intervenait non seulement avec les IPSPL en ce qui a trait au développement de leur pratique, mais également auprès des collaborateurs dans l'optique que les IPSPL soient bien intégrées aux processus d'équipe. Elle s'assurait aussi qu'ils partagent tous la même vision sur leurs rôles et contributions respectifs.

Bien que les services du CLSC relevaient de la Direction des services généraux et de la santé publique, aucun cadre de cette direction n'intervenait directement sur les enjeux qui

impliquaient les IPSPL. Les participants rencontrés, notamment les infirmières cliniciennes qui étaient sous leur gouverne, présentaient les cadres de cette direction plutôt comme un obstacle au développement des différents rôles infirmiers dans le CLSC. Ceci s'expliquait par une vision très managériale, fortement orientée sur la gestion des budgets, qui laissait peu de flexibilité pour la mise en place de projets novateurs. Alors que les professionnels fonctionnaient principalement entre eux par la communication informelle et par l'échange de bons procédés, les gestionnaires du CSLC avec une tendance forte à vouloir standardiser les activités de soins et appliquer les mêmes normes à travers les autres points de services. Malgré leur absence dans le dossier IPSPL, c'était à travers leurs décisions concernant le CLSC qu'ils devenaient un obstacle plutôt qu'une aide. À titre d'exemple, une réorganisation majeure du personnel clérical avait mené à des coupures de personnel, engendrant des problèmes de coordination et de distribution de l'information-patient, ce qui avait grandement nuit à l'efficacité des équipes cliniques.

En somme, les interventions s'adressant à l'équipe étaient fortement centralisées vers la coordonnatrice de la Direction des soins infirmiers, alors que les gestionnaires plus locaux du CLSC ne prenaient aucune responsabilité sur les enjeux découlant de la pratique IPSPL.

#### *4.1.4. Soutien systémique: acteurs stratégiques et comités divers*

Tel que préalablement discuté, la coordonnatrice de la Direction des soins infirmiers était une actrice pivot, intervenant tant localement auprès des IPSPL et des équipes cliniques, qu'avec la haute direction lors de problématiques à résoudre. Périodiquement, elle tenait la DSI avisée de l'avancement global du dossier IPSPL et sollicitait son aide pour des situations nécessitant des interventions auprès d'autres instances du CSSS. Dans la grande majorité des cas, la DSI

était mobilisée pour des défis reliés à la reconnaissance des droits de pratique de l'IPSPL. Des interventions, telles que des présentations sur le rôle des IPSPL ou des discussions avec les directions concernées, avaient notamment été requises à propos de prescriptions d'IPSPL non reconnues par certains services du CSSS, comme les départements de radiologie et les laboratoires biomédicaux. Étonnamment, ces incidents n'étaient pas toujours soulevés au moment de l'intégration, mais émergeaient après quelques mois ou mêmes années de pratique de l'IPSPL. En ce sens, une vigilance continue et un contact étroit avec les équipes apparaissaient requis afin de déceler les obstacles et les résoudre rapidement.

Dès l'introduction des premières IPSPL, un comité local d'implantation avait été mis en place. Siégeaient sur ce comité la coordonnatrice, un représentant de la direction des affaires médicales, un représentant de la direction des services généraux, une IPSPL, un représentant de l'agence et la DSI. À mesure que le plan de déploiement du CSSS avançait et que le dossier cheminait, la pertinence de regrouper tous les acteurs autour d'une même table se faisait moins ressentir, d'autant plus que l'objectif premier de ces réunions était de tracer les lignes directrices pour la planification des effectifs de la région et non de résoudre les problèmes émergents. Qui plus est, l'essentiel des décisions semblait se prendre hors des rencontres, par le biais de communications informelles, rendant donc les réunions surtout informatives.

Au niveau régional, il existait un second comité d'implantation, tenu par l'agence de santé et des services sociaux de la région cette fois, et avec qui les relations paraissaient plutôt difficiles. Le CSSS étant avant-gardiste en ce qui concerne le développement de la pratique infirmière, le comité régional ralentissait quelques fois le cours de l'évolution : « Quand tu es dans les premiers, ça prend une agence qui est très... très ouverte, puis ça, c'est pas toujours

évident dans la région, ici » (DSI). Le CSSS ne se sentait ni soutenu, ni outillé par l'agence. Alors que l'approche de l'agence pour l'intégration des IPSPL était formalisée et séquentielle, le CSSS fonctionnait plutôt sur une base informelle, s'adaptant aux variables de leur environnement.

La DSI et les autres de collaborateurs de la même direction entretenaient néanmoins de bons contacts avec leurs homologues des régions avoisinantes. Ils avaient ainsi créé des alliances pouvant être stratégiques lors que négociations avec l'agence, mais en ils retiraient également un bénéfice au niveau du partage d'information et du soutien entre cadres appartenant à une Direction des soins infirmiers.

#### *4.1.5. Synthèse du cas*

La structure d'encadrement principalement développée autour des interventions de la coordonnatrice de la Direction des soins infirmiers offrait un soutien adéquat, accessible et satisfaisant pour les professionnels du CLSC. Au fil des années, cet encadrement était resté pratiquement inchangé sur le plan des rôles et des modalités de supervision. À propos du soutien clinique, un élément distinctif de la dyade IPSPL était que l'une soit suffisamment expérimentée pour offrir un encadrement à la novice. Retenons également qu'il n'y avait qu'un seul MDP. Bien qu'il supervisait deux IPSPL, il mentionnait que ce nouveau mandat ne constituait pas une surcharge de travail. Ayant vécu l'intégration des deux IPSPL, il avait soulevé d'importantes variations entre les besoins de supervision et de consultation des IPSPL. Au niveau méso, les processus de soutien envers l'équipe provenaient essentiellement de la coordonnatrice de la Direction des soins infirmiers, œuvrant pourtant à distance du CLSC. Malgré le manque de leadership local, il semble que la petite taille du milieu amoindrissait les besoins d'interventions



pour soutenir l'équipe. Finalement, les acteurs-clés au niveau stratégique du CSSS avançaient que les comités locaux et régionaux étaient peu pertinents. Les communications informelles entre les directions du CSSS ou avec les DSI d'autres régions suffisaient pour soutenir les interventions systémiques.

## **4.2. Cas #2 : GMF en milieu rural**

Le deuxième cas analysé était un GMF en milieu rural, le premier du CSSS à avoir accueilli une IPSPL. Il s'agissait d'une petite équipe composée d'une IPSPL ayant deux années d'expérience, de quatre médecins à temps partiel, d'une infirmière clinicienne et d'une secrétaire. Avant même que le MSSS annonce les montants forfaitaires pour la supervision, le médecin responsable de ce GMF avait demandé une IPSPL, ce qui s'avère un élément qui distingue ce cas des autres de cette étude. Par la suite, sur une période d'approximativement deux ans, le CSSS avait intégré trois IPSPL, chacune sur des sites différents et prévoyait en accueillir deux autres dans les prochaines années.

### *4.2.1. Structure d'encadrement : partagée entre deux directions*

Dans ce CSSS, les IPSPL relevaient hiérarchiquement de l'adjointe à la Direction des services généraux (DSG), qui était de formation infirmière. Ses mandats de gestion couvraient l'ensemble des services infirmiers à travers les milieux de première ligne du CSSS. Quant à la DSI, elle se disait en lien fonctionnel avec les IPSPL, intervenant surtout dans les processus initiaux reliés à l'accueil, tel que la sélection des milieux, la rédaction de l'entente de partenariat et le plan de communication aux différents professionnels de santé du CSSS. Un lien

hiérarchique est inscrit entre le MDP responsable et l'équipe afin d'exposer la responsabilité officielle de celui-ci. Nous approfondirons davantage leur implication respective dans les sections suivantes alors que nous explorerons les diverses formes de soutien à l'intérieur de ce deuxième cas à l'étude.

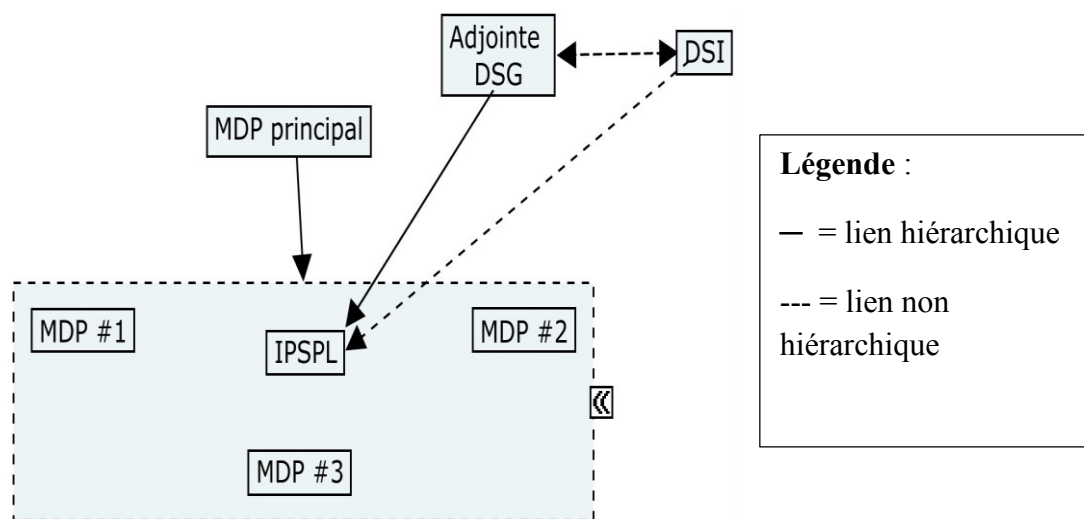


Figure 4. Structure d'encadrement cas #2

#### 4.2.2. Soutien clinique: proximité et organisation

Étant relativement peu nombreux, chacun des médecins de la clinique avait été approché pour être partenaire, ce qu'ils avaient tous accepté sans hésitations. Cette demande venait du médecin responsable du GMF, qui allait lui-même devenir le MDP principal. Par ailleurs, il connaissait bien le rôle pour avoir contribué au développement du cursus de formation universitaire des IPSPL et pour avoir travaillé auprès d'IPSPL dans un autre milieu. Ses expériences et sa compréhension du rôle le plaçaient alors en excellente position pour informer ses collègues médecins. Le modèle adopté pour la consultation entre IPSPL et MDP était que

l'IPSPL sollicitait en priorité le MDP principal quand celui-ci était présent. En cas d'absence du MDP principal, le MDP suppléant était ciblé dans l'horaire de travail et ainsi, l'ensemble de l'équipe en était avisé. Sinon, lorsque l'IPSPL prenait part au service de sans-rendez-vous, c'était le médecin de ce service qui prenait le relais pour la supervision. L'avantage de ce système bien organisé était aussi de répartir la charge d'encadrement entre les MDP, tout en permettant à chacun d'eux de prévoir leurs moments de disponibilité pour l'IPSPL. Bien que ce système de supervision apparaissait à prime abord plus exigeant pour le MDP principal, dans les faits, il recevait au maximum trois sollicitations par jour, ce qui ne représentait nullement une surcharge selon lui. De son côté, l'IPSPL se sentait à l'aise de consulter chacun d'eux et ce, peu importe le moment. L'autre facteur contribuant à minimiser la fréquence des consultations auprès des MDP était le type de clientèle vue par l'IPSPL. Puisque la majorité des clients correspondaient à des cas adaptés à l'étendue de sa pratique, l'IPSPL était plus autonome et elle avait donc moins recours à ses collègues médicaux.

Pour permettre à l'IPSPL de voir des patients qui correspondaient à une prise en charge autonome et dans un souci de coordination avec les activités du reste de l'équipe, un triage dès l'accueil, par la secrétaire, permettait d'orienter les patients vers le bon professionnel, au moment opportun. Les professionnels connaissaient le motif de consultation du patient au préalable et s'assuraient que la situation de santé était adaptée à leur champ de compétences. Le cas contraire, il le référerait au professionnel adéquat afin d'éviter de débiter une consultation en vain. L'étape du triage impliquait nécessairement que la secrétaire à l'accueil connaisse les différents rôles au sein de l'équipe. Pour assigner un patient à un professionnel, elle considérait plusieurs critères tels que l'appartenance à un médecin ou non ainsi que le but de la consultation,

informations qu'elle obtenait suite à une collecte des données succincte. En cas d'ambiguïté, elle pouvait toujours consulter un membre de l'équipe pour obtenir un second avis.

Au moment de statuer sur les clientèles qui seraient vues par l'IPSPL, la préoccupation principale du médecin responsable était que l'IPSPL contribue à répondre aux besoins populationnels. Étant donné que la région présentait des besoins de services dans la plupart des clientèles, il était réaliste que l'IPSPL choisisse en fonction de ses préférences personnelles. Suite à une discussion avec le MDP responsable, les services auxquelles l'IPSPL participait étaient donc en adéquation avec ses intérêts, son confort envers cette clientèle et ses expertises professionnelles :

Moi, j'ai toujours voulu respecter la zone de confort de [Nom du participant] en me disant que si elle est confortable dans certains domaines, bien, elle va être plus heureuse, puis elle va être plus productive [...] C'est un pari que je fais. Puis je pense que dans le cas de [Nom du participant] là, j'ai gagné mon pari (MDP).

L'horaire de l'IPSPL se divisait de la façon suivante : deux journées au service de sans rendez-vous et deux journées pour des suivis auprès de sa clientèle inscrite. D'une semaine à l'autre, ses journées étaient fixes. Par exemple, les lundis matins étaient réservés pour le service de sans rendez-vous alors qu'elle faisait du suivi de clientèle les mercredis après-midi. Cette stabilité de l'horaire aurait facilité l'adaptation de l'équipe, notamment en ce qui concerne les moments à privilégier pour discuter entre collègues ainsi que pour le partage de la supervision entre les MDP. Finalement, la cinquième journée était réservée pour la formation personnelle, ou des projets du CSSS. Le GMF avait implanté la journée non-clinique, c'est-à-dire qu'il respectait fidèlement la norme de 20% non consacré à la clientèle directement, tel que proposée par le MSSS. L'IPSPL rencontrée utilisait également cette journée comme marge de manœuvre

pour faire des suivis téléphoniques auprès de sa clientèle ou pour rattraper le retard de la semaine lorsqu'elle en avait. À son avis, des suivis de clientèle à raison de cinq jours par semaine représenteraient une tâche plutôt ardue. Des moments libres, offrant de la latitude à l'horaire, faciliteraient grandement la gestion du temps : « Je trouve que c'est une journée tampon parce que faire cinq jours de clinique, je trouve ça beaucoup. Oui, je trouve ça beaucoup, cinq jours de prises de décision» (IPSPL).

Néanmoins, l'essentiel de cette journée était consacré à des activités infirmières pour le CSSS. Cette portion de travail statutaire avait été négociée et inscrite dans l'entente de partenariat, ce que le responsable du GMF respectait sans problème. Bien que ce temps n'était pas directement adressé à des patients du GMF, le médecin responsable y voyait sans contredits une valeur ajoutée pour la population. Que ce soit pour de la formation personnelle continue ou pour animer des ateliers auprès d'infirmières du CSSS, la journée non-clinique contribuait à améliorer la qualité des soins prodigués dans la région. Pour sa part, l'IPSPL percevait l'existence de cette journée comme une marque de respect à l'égard de ses liens avec la discipline infirmière. De même, les projets conduits lors de cette journée lui permettaient de s'accomplir différemment, ce qui était gratifiant pour elle. Finalement, les activités hors du GMF représentaient aussi une opportunité pour faire la promotion du rôle des IPSPL à l'intérieur du CSSS : « [...] puis je trouve ça intéressant de m'impliquer auprès de la formation des autres infirmières. Encore une fois, c'est pour promouvoir mon rôle là aussi» (IPSPL).

À titre d'exemple de projets menés durant ces journées, une présentation pour expliquer le rôle avait été élaborée par l'IPSPL du GMF et ensuite présentée à certaines équipes médicales du territoire ayant manifesté de l'intérêt pour la pratique IPSPL. Lors des présentations, la DSI

avait accompagné l'IPSPL afin de compléter l'information transmise et pour répondre aux questions de natures législatives ou administratives des médecins. À propos de l'implication de la DSI à l'égard de la journée non-clinique, elle veillait d'abord à ce que toutes les IPSPL de son territoire y aient effectivement droit, tel que négocié dans les ententes de partenariat, et elle leur proposait des projets en lien avec les différents enjeux prioritaires du CSSS. En étant statutaire et simultanée pour chacune des IPSPL du CSSS, cette journée semblait tout indiquée pour l'élaboration de projets communs. Toutefois, aucun projet, ni réseautage formel entre les IPSPL du CSSS n'avait encore été instauré. Les échanges entre elles résultaient plutôt d'initiatives personnelles et avaient lieu de façon informelle, hors des heures de travail. De tels réseaux parallèles démontraient un véritable besoin d'échanges entre IPSPL. Le partage d'expériences cliniques, des échanges de conseils ou des suggestions sur le fonctionnement au quotidien étaient les principaux thèmes dont elles discutaient. Consciente de l'existence et de l'utilité du réseautage entre IPSPL, la DSI envisageait d'organiser des rencontres formelles avec toutes les IPSPL, auxquelles elle-même assisterait. L'absence d'un réseautage organisé pour ce CSSS semblait être le résultat d'un contexte particulier où plusieurs congés de maternité, absences pour maladie à durée indéterminée, de même que l'arrivée de nouvelles infirmières pour les remplacements étaient survenus dans un intervalle de temps rapproché.

#### *4.2.3. Soutien à l'équipe: GMF et CSSS, deux entités quasi distinctes*

La communication était fluide et quotidienne entre les professionnels de l'équipe du GMF. Le médecin responsable organisait occasionnellement des réunions d'équipe, plutôt en fonction de la nécessité du moment et non de façon statutaire. Ces rencontres avaient lieu environ trois fois dans l'année et servaient autant pour discuter de cas cliniques que pour

soulever des questions de logistique en présence de toutes les personnes de la clinique, personnel clérical inclus :

Je te dirais deux à trois fois par année, mais tout le monde est présent. Tout le monde. Pour moi, c'est très important. Il n'y a pas d'histoire de : « Les docteurs, on se fait nos réunions. Puis les infirmières ou les secrétaires se font les leurs » (MDP).

Les processus au sein de ce GMF reposaient sur une base organisée, mais aussi modulable en fonction des interactions entre les différents professionnels. Vraisemblablement, la petite taille de ce groupe de professionnels semblait favoriser les occasions pour les échanges ainsi que pour développer des relations de confiance au sein de l'équipe.

L'encadrement de l'IPSPL externe au GMF était essentiellement issu du domaine infirmier, se composant de la DSI et l'adjointe à la DSG, volet soins infirmiers. Hiérarchiquement, les IPSPL relevaient de l'adjointe DSG qui décrivait sa fonction comme étant majoritairement un rôle administratif : traiter les demandes de congé, approuver les horaires et les heures de travail supplémentaires puis les évaluations de fin de probation. Dans le lot des processus avant l'arrivée de l'IPSPL, elle se chargeait d'apparier les IPSPL avec les médecins responsables de clinique, en considérant les besoins populationnels et les types de personnalités. Sa compréhension du rôle reposant principalement sur la lecture du document conjoint OIIQ-CMQ ainsi que sur quelques discussions avec la DSI et les IPSPL, elle ne se considérait pas une spécialiste du rôle. Bien qu'elle était la gestionnaire qui se déplaçait le plus souvent dans les milieux, elle n'intervenait que lorsqu'elle était réclamée, soit par un MDP ou par l'IPSPL, offrant plutôt un soutien à distance aux IPSPL. La responsabilité de maintenir des relations interpersonnelles harmonieuses au sein de l'équipe revenait, de façon implicite, à l'IPSPL et au

médecin responsable du GMF puisque l'adjointe DSI évitait d'intervenir localement, notamment en cas de conflits :

En terme GMF, nos infirmières, elles ont une partie qui leur appartient, en termes de relations personnelles : « Si tu as un problème au quotidien, tu vas t'asseoir avec ton médecin responsable, tu en discutes. Vous faites des échanges, ça ne marche pas? Retourne le voir, voir si tu peux... » Mais si, à la limite, il y a quelque chose qui ne marche plus, là, je vais intervenir (Adjointe à la DSG).

Soulignons également que l'IPSPL rencontrée n'a pas mentionné la contribution de l'adjointe DSG lors de l'entrevue, indiquant plutôt la DSI comme première source de soutien.

Pour ce qui est de la DSI, elle endossait plutôt une fonction de promotrice du rôle IPSPL au sein du CSSS. Elle soutenait la mise à contribution des compétences et de l'expertise des IPSPL au profit de la communauté infirmière et des patients de la région. En plus d'augmenter l'offre de formation clinique auprès des infirmières cliniciennes, elle sollicitait les IPSPL pour développer de nouveaux projets tels que des corridors de services pour désengorger l'urgence hospitalière, une participation à l'élaboration d'ordonnances collectives ou la création d'une clinique dédiée au dépistage ITSS et à la contraception.

La DSI et l'adjointe DSG n'avait pas de difficulté à contacter ou à interagir avec les IPSPL. Toutefois, les interventions auprès des autres professionnels des GMF étaient inexistantes. À plusieurs reprises durant les entrevues, elles ont soulevé ne pas avoir la légitimité nécessaire pour intervenir ou s'introduire dans les GMF. En raison des responsabilités de premier plan dont elles étaient mandatées dans le dossier IPSPL, la DSI et l'adjointe DSG avaient un inconfort en ce qui concerne leur capacité d'intervention. Or, elles misaient sur des relations de collaboration avec les responsables de clinique pour soutenir, de manière indirecte,



leurs IPSPL. Les motifs de discussions avec les médecins responsables de GMF étaient principalement à propos des types de clientèle vues par l'IPSPL, sur l'horaire et les conditions de travail dans le GMF ou sur l'arrimage des projets IPSPL développés par le CSSS avec les services du GMF :

Nous pouvons amener une réflexion chez le médecin responsable. Nous pouvons, mais on ne peut pas nécessairement l'obliger à dire : « Ben là, regarde, nous, on veut que notre infirmière praticienne fasse ça et ça » C'est toujours une histoire de collaboration avec notre médecin responsable (adjointe à la DSG).

Ces limites d'intervention dans le GMF transparaisaient également par des ententes de partenariat très explicites afin de baliser, autant que possible, les conditions de pratique de l'IPSPL. On y retrouvait les noms de tous les MDP, le type de pratique de l'IPSPL, la notion du 20% non clinique et toutes autres clauses particulières au milieu. Cette stratégie de formalisation des conditions de pratique était également utilisée pour améliorer l'intégration des IPSPL à venir. À titre d'exemple, une IPSPL du CSSS n'avait pas pu avoir un bureau attribué. Elle devait donc constamment changer de local, traîner son matériel de soins et perdait un temps précieux à coordonner ses nombreux déplacements, ce qui nuisait à son efficacité et au développement de son sentiment d'appartenance envers l'équipe. De cette expérience, l'adjointe DSG avait songé à ajouter la clause « désigner à l'IPSPL un local fixe » en tant que condition *sine qua non* lors des prochaines rédactions d'ententes de partenariat.

Parmi les interactions entre les IPSPL et la gouverne infirmière, une évaluation de la performance et sur la progression se faisait à mi-chemin et à la fin de la probation, qui s'échelonnait sur une période d'environ trois mois après l'introduction dans l'équipe. Lors de cette rencontre d'évaluation étaient présents l'IPSPL et le MDP principal, ainsi que la DSI ou

l'adjointe à la DSG. Pour les guider, les participants utilisaient la grille fournie dans la boîte à outils du MSSS. Concernant les évaluations subséquentes, il n'y avait pas encore de structure à proprement dit. Elles étaient plutôt aléatoires et faites selon un principe d'auto-évaluation, c'est-à-dire que l'IPSPL jugeait elle-même de son rendement. Par la suite, cette auto-évaluation faisait également l'objet d'une discussion avec la DSI. Pour ce faire, les IPSPL n'avaient pas de critères sur lesquels appuyer leur réflexion, ce que la DSI désirait justement définir dans un avenir rapproché.

Pour la DSI et l'adjointe à la DSG, l'intégration et le soutien au développement de la pratique IPSPL étaient perçus comme un ensemble de processus complexes. La part d'imprévisibilité était grande considérant les nombreux facteurs d'influence possibles, tel qu'exposé dans les sections antérieures: différents niveaux de compréhension du rôle dans les équipes, personnalités diverses et parfois moins compatibles devant tout de même travaillées en étroite collaboration, niveaux d'expériences antérieures variés des IPSPL et le degré de confiance mutuelle entre MDP et IPSPL. Une offre de soutien continue dans le temps paraissait indispensable pour la DSI et l'adjointe DSG afin de veiller au développement optimal du rôle et à l'épanouissement des IPSPL de la région : «Les leçons, une grande leçon de vie : ne jamais rien prendre pour acquis»(DSI). Certes les enjeux rencontrés et les expériences vécues antérieurement avaient contribué à bâtir l'expérience du CSSS. Même si le CSSS était à sa troisième IPSPL intégrée, les processus d'intégration ne s'avéraient jamais identiques les uns aux autres.

#### *4.2.4. Soutien systémique*

Dans ce CSSS, il n'existait pas de comité local d'implantation à proprement dit. La DSI et l'adjointe à la DSG appuyaient leurs actions et décisions sur le document conjoint OIIQ-CMQ et sur la documentation ministérielle fournie dans la boîte à outils du MSSS. Outre les deux gestionnaires nommées, le DSP avait été sollicité occasionnellement pour sélectionner les milieux de pratique des prochaines IPSPL à intégrer le CSSS, mais sans plus.

En plus de l'implication de la gouverne infirmière, les médecins responsables de GMF avaient leurs propres mécanismes parallèles pour les outiller dans leurs mandats de supervision et d'intégration des IPSPL à leur équipe. Des réunions mensuelles étaient prévues à leur agenda, leur permettant de discuter d'enjeux divers, notamment des IPSPL, sujet qui revenait d'ailleurs à chacune de leurs rencontres. Ceci porte à croire que les médecins responsables se préoccupaient eux de même de la pratique IPSPL dans leur GMF. L'adjointe à la DSG assistait à l'occasion à ces rencontres entre médecins responsables, particulièrement lorsque des sujets précis avaient besoin d'être discutés. Hormis ces visites ponctuelles, il ne semblait pas exister de coordination officielle entre la gouverne infirmière et les médecins responsables de clinique, les communications étant plutôt aléatoires. Les deux groupes, ayant pourtant plusieurs responsabilités communes en matière d'intégration d'IPSPL, apparaissaient œuvrer comme des réseaux parallèles.

Au-delà des processus à l'intérieur du CSSS, il existait un comité d'implantation au niveau de l'agence régionale, toutefois la DSI de ce CSSS n'assistait pas aux rencontres puisqu'une seule DSI de la région était partie prenante dudit comité. Essentiellement, les rencontres avaient pour objectif de planifier l'attribution des nouvelles IPSPL, par CSSS. Peu

d'informations découlant de ces discussions étaient transmises à la DSI en question, nonobstant les effectifs alloués à son CSSS : « je vois l'Agence comme une courroie de transmission de l'information [...] Dans le fond, ils reçoivent tout l'attribution provinciale, puis ils nous le font suivre» (DSI). La DSI affirmait aussi ne pas avoir d'occasions pour échanger avec ses collègues DSI. Toutefois, elle les consultait parfois à propos de questionnements divers, sur une base informelle, puisqu'elles se connaissaient personnellement.

#### *4.2.5. Synthèse du cas*

Ce milieu était le seul GMF parmi les trois cas analysés et la structure se démarque par l'absence de liens hiérarchiques avec la DSI. Au niveau du soutien clinique, les modalités de supervision médicale faisaient l'unanimité et permettaient un partage de l'encadrement entre les quatre MDP. Sous l'effet du leadership assumé et participatif du médecin responsable, les professionnels du GMF travaillaient en étroite collaboration et la plupart des interactions se déroulaient dans l'informel. D'autre part, la journée non-clinique appliquée de façon statutaire représentait un moyen favorable, tant pour les IPSPL que pour le CSSS, de décloisonner la pratique de l'IPSPL, d'élargir son champ de compétences et de rayonner vers d'autres services du CSSS. Le soutien méso montrait une absence de communication entre le GMF et les directions du CSSS, notamment celle de la DSG de qui relevaient hiérarchiquement les IPSPL. Plusieurs participants avaient noté la difficulté pour la gouverne infirmière d'intervenir directement dans les milieux, ce qui semblait se traduire par une propension plus forte à la formalisation, via l'entente de partenariat notamment. L'élément à retenir à propos du soutien systémique était l'absence de la DSI du CSSS sur le comité régional. Ainsi, le MSSS ne figurait pas comme une source de soutien, mais était plutôt perçu comme un diffuseur d'information.

Jusqu'à présent, les deux cas analysés étaient de petites équipes cliniques. Attardons-nous désormais à l'exploration d'un grand milieu, ayant plusieurs types de professionnels et équipes de travail distinctives.

### **4.3. Cas#3 : UMF en milieu urbain**

Le troisième cas était un UMF en région urbaine. Il s'agissait d'un très grand milieu où se côtoyaient plusieurs types de professionnels. Au moment des entrevues, deux IPSPL étaient en fonction depuis deux ans. Elles avaient été accueillies dans ce milieu directement après leur formation académique et ce, simultanément. L'UMF était réparti sur deux lieux physiques, mais la plupart des employés ne pratiquaient qu'à un seul endroit, à l'exception d'une IPSPL qui consacrait une demi-journée par semaine au deuxième point de service. Cette affectation à la seconde clinique visait essentiellement à augmenter l'accessibilité aux services pour la clientèle.

#### *4.3.1. Structure d'encadrement*

En ce qui concerne la structure d'encadrement, l'UMF était dirigé par un médecin responsable travaillant en collaboration avec une adjointe-administrative qui s'occupait des activités de gestion (voir figure 5). Ce même médecin était également le MDP principal des IPSPL. L'UMF étant sous la gouverne de la Direction des services généraux du CSSS, il avait été entendu que les IPSPL relèveraient de cette direction et que l'adjointe-administrative serait leur supérieure-immédiate. Cependant, les participants rencontrés spécifiaient qu'en pratique, il s'agissait plutôt d'une cogestion avec la Direction des soins infirmiers vu que le dossier de l'intégration et du développement de la pratique IPSPL leur avait été confié. L'intensité du suivi apparaissant trop important à la DSI pour qu'elle puisse l'assumer de façon optimale, elle l'avait

alors délégué à une conseillère-cadre en soins infirmiers sous sa supervision. Ainsi, la principale responsable du projet d'intégration aurait le temps de consulter les milieux, d'informer les gens sur le nouveau rôle et d'assurer un encadrement plus étroit.

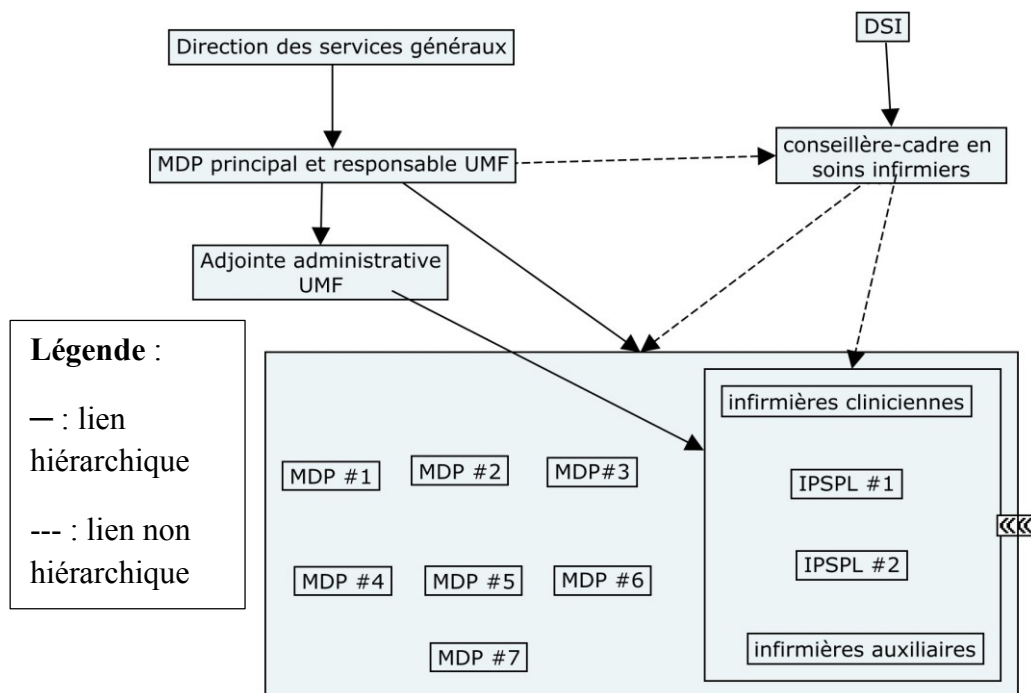


Figure 5. Structure d'encadrement cas #3.

#### 4.3.2. Soutien clinique

Chacune des IPSPL se partageait les mêmes huit MDP. Les relations de confiance s'étaient établies au fil des consultations concernant les patients, par des processus de discussions informelles. Souhaitant des relations harmonieuses entre les professionnels de l'UMF, le responsable de la clinique encourageait fortement les IPSPL à interagir avec l'ensemble des médecins et non uniquement avec leurs MDP. Elles participaient donc aux réunions médicales et professionnelles, ainsi qu'aux formations médicales continues. Travailler

dans une UMF avait l'avantage pour les IPSPL de se trouver dans un milieu de formation professionnelle, ce qui impliquait des médecins familiers avec le travail infirmier, autant celui des cliniciennes que des praticiennes. Ceci semblait permettre un meilleur partage des connaissances et des échanges interprofessionnels plus fréquents. L'organisation physique du lieu était conçue pour favoriser un accès immédiat à un médecin référent. Pour le service de sans rendez-vous, trois médecins, partenaires des IPSPL ou non, étaient installés dans une salle de supervision pour répondre aux questions des résidents, ce qui représentait une opportunité d'accès supplémentaire à une ressource médicale pour elles. Les IPSPL étant bien intégrées à l'équipe, elles n'hésitaient pas à consulter un des médecins en cas d'incertitudes sur la condition d'un patient ou pour prescrire un médicament hors de leur champ d'exercices.

En début d'intégration, la consultation IPSPL-MDP avait tout de même engendré quelques défis en termes d'adaptation, notamment pour élaborer des horaires de travail qui respectent les postes demi-temps des MDP et qui permettent aux IPSPL d'obtenir des référents à tous moments. Le défi de logistique des horaires s'appliquait aussi pour les IPSPL et les MDP qui avaient besoin de discuter d'un patient suivi conjointement. Ces périodes de consultations impliquaient donc certaines modifications à leur fonctionnement habituel afin d'être suffisamment disponibles pour soutenir l'IPSPL dans sa pratique :

Il faut être croyant dans le projet, pour se dire : j'investis, je vais voir un peu moins de patients pour prendre le temps de la former et pour qu'elle soit bien intégrée. À moyen terme, je sais qu'elle pourra beaucoup m'aider (MDP).

Les ajustements n'étaient pas uniquement pour les MDP. Travailler avec plusieurs MDP impliquait que les IPSPL devaient aussi s'ajuster aux diverses préférences de traitements de chacun. La réalité des suivis conjoints et même simplement de la supervision par un médecin

obligeait l'IPSPL à connaître et souvent à adhérer au plan de soins proposé par son collègue médecin.

La communication informelle avait permis tant aux IPSPL qu'aux MDP de faire des rétroactions sur leurs modes de collaboration. Au final, les modalités de consultation étaient restées propres à chaque MDP, certains acceptant de les rencontrer dès qu'un besoin survenait, alors que d'autres préféraient regrouper les cas et en discuter à un moment précis de la journée. La fréquence et les durées de consultation auprès des MDP s'étaient rapidement améliorées dans les premiers mois, pour atteindre un certain équilibre après la première année de pratique. Cet équilibre permettait une offre de soutien répondant aux besoins de l'IPSPL, sans surcharger les MDP :

Au début, je dirais qu'au total, j'avais besoin de réviser peut-être une heure et demie par semaine [...] et maintenant, c'est très variable. Certaines semaines, j'ai à peine à le faire [...] Alors en moyenne, je dirais entre 15 et 30 minutes par semaine (IPSPL).

Les changements apportés concernant la consultation IPSPL-MDP avaient surtout porté sur les caractéristiques de la clientèle vue. Les cas plutôt complexes, pris en charge de façon autonome, causaient un stress important aux IPSPL, engendrant le sentiment de ne pas être à la hauteur des attentes et la crainte de commettre des erreurs. Pour leur éviter ce type de clientèle, des systèmes de sélection des patients, basés sur le type de spécialité et la gravité des cas ont permis d'orienter les patients vers le bon professionnel. À titre d'exemple, au sans rendez-vous, un triage par une infirmière auxiliaire avait lieu avant que le patient soit vu par l'IPSPL ou par un médecin :

Il y a un triage avec une infirmière-auxiliaire, disons qu'il y a 25 patients, je vais regarder le triage, puis je vais essayer de sélectionner les patients que je sais que je peux régler par moi-même, sans consulter un médecin (IPSPL).



Ainsi, la collecte de données permettait de colliger les informations utiles pour que le patient soit pris en charge par le professionnel détenant l'expertise requise.

Les défis d'intégration auxquelles étaient confrontés les IPSPL tels qu'endosser le nouveau rôle, intégrer les limites de leur propre pratique et bâtir des relations interprofessionnelles de confiance avaient persisté plusieurs mois après leur introduction dans le milieu. Être deux IPSPL dans le même milieu offrait l'opportunité de créer une alliance forte entre elles, non seulement pour développer et partager la vision du rôle, mais aussi proposer lorsque nécessaire, des changements vers l'atteinte d'une étendue de pratique optimale. L'identification au rôle semblait être un enjeu pour les IPSPL de ce milieu. Puisque celui-ci exige à la fois d'avoir une pratique infirmière, mais également d'exercer de nombreuses activités médicales, elles se sentaient partagées entre les deux disciplines et s'interrogeaient sur leurs allégeances. Ces IPSPL, étant issues des premières cohortes, avaient été en grande partie formées par des médecins, tant au niveau académique que durant leur intégration dans les milieux. Conséquemment, l'application, la compréhension et l'intériorisation de leur nouveau rôle étaient davantage complexes. En contrepartie, la présence d'une autre IPSPL dans l'environnement de travail semblait avoir facilité la résolution des enjeux liés au rôle. La proximité, au quotidien, leur avait également permis d'avoir aisément accès une personne pour valider leurs idées, tant sur une situation clinique d'un patient, que sur leurs perceptions concernant leur intégration à l'équipe. De plus, elles pouvaient se soutenir par de l'écoute et du réconfort : «... ça a été un support très important. C'est tellement stressant au début. C'est comme une autre façon de travailler, tout est nouveau. Donc d'être à deux pour valider que moi, je me sens comme ci, comme ça» (IPSPL).

La dyade IPSPL semblait aussi avoir un intérêt au niveau de l'efficacité du travail. Des tâches communes et partagées pouvaient quelques fois être réalisées par l'une d'entre elles, permettant ainsi à l'autre IPSPL de se consacrer à la pratique directe auprès des patients. Durant les congés ou les périodes de vacances, il était plus facilitant de laisser les suivis de clientèle à l'horaire de l'autre IPSPL que d'orienter chacune des activités vers le MDP responsable du patient. Finalement, l'efficacité résultait aussi d'échanges de conseils et d'astuces tels que l'aménagement optimal d'une salle de consultation par exemple.

La conseillère-cadre de la Direction des soins infirmiers assurait le suivi du dossier IPSPL pour l'ensemble du CSSS. La nomination d'une personne relevant de la Direction des soins infirmiers comme gardienne du rôle, ici la conseillère-cadre, semble avoir été un élément gagnant pour ce milieu. Elle était souvent la première ressource pour les IPSPL en cas de difficultés, reliées à leurs conditions de travail ou aux relations entre collègues. Elles évitaient à l'occasion de discuter avec le médecin-responsable de certaines situations, comme le non-respect des heures de repas par exemple, craignant d'être jugées négativement. La conseillère-cadre offrait alors un appui neutre et externe afin d'aborder des sujets plus délicats. L'appui de la conseillère-cadre s'apparenterait à un rôle d'*advocacy* dans la mesure où elle déployait temps et énergie à s'assurer que l'environnement de pratique des IPSPL était optimal et qu'elles exerçaient au plein potentiel de leurs compétences.

Comme moyen de communication avec les IPSPL, l'approche en personne, à l'intérieur de l'UMF, était souvent utilisée par la conseillère-cadre. Elle intervenait directement auprès des IPSPL et sollicitait la participation du médecin responsable de l'UMF pour résoudre des enjeux qui concernaient d'autres professionnels non infirmiers. Elle rencontrait aussi les MDP pour

discuter de leur relation avec les IPSPL. Étant reconnue au sein de l'UMF grâce à ses contacts répétés, les MDP l'interpelaient occasionnellement pour des questions ou commentaires sur la pratique IPSPL.

Pour permettre de suivre l'évolution des IPSPL dans les milieux tout en créant une opportunité de réseautage entre les IPSPL, une table de discussion avait été initiée. Il s'agissait en pratique de rencontres entre les IPSPL, la conseillère-cadre et la DSI, ayant lieu quatre fois par an. L'idée était de mettre à l'agenda des réunions statutaires afin d'offrir une tribune de discussions pour l'ensemble des IPSPL du CSSS pour qu'elles échangent des informations, conseils ou documentation, et qu'elles discutent de cas cliniques ou de problématiques vécues dans leur milieu. Tous les participants de cette table ont mentionné qu'il s'agissait d'un soutien indispensable, permettant de regrouper à la fois des cliniciens et des gestionnaires. C'était aussi l'occasion pour la DSI, moins impliquée avec les IPSPL dans la pratique, d'interagir directement avec elles et de faire émerger les préoccupations du terrain. En plus de la table DSI-IPSPL, les IPSPL rencontraient annuellement, de façon formelle, la conseillère-cadre, la DSI et le MDP responsable, pour une évaluation de rendement. Or, puisque les acteurs de soutien les plus impliqués étaient réunis, ces rencontres s'avéraient également un moment propice pour discuter d'enjeux variés. La rétroaction sur leur pratique importait beaucoup aux IPSPL. Ayant relativement peu de balises et de moyens de comparaisons dans leur pratique quotidienne, elles avaient de la difficulté à déterminer leur niveau de performance, ce qui ajoutait à leur anxiété d'intégration :

On était dans les premières cohortes, on n'avait pas de modèle. On ne savait même pas comment organiser nos bureaux. Combien de patients je suis supposée de voir sans rendez-vous? J'en ai juste vu quatre ou j'en ai juste vu cinq : c'est tu normal? (IPSPL).

Somme toute, les deux IPSPL se considéraient choyées d'évoluer au sein de cette équipe. Le cumul des différentes sources de soutien clinique, soient les relations avec les MDP, la dyade IPSPL-IPSPL, la conseillère-cadre et le réseau intradisciplinaire, semblaient combler bons nombres de leurs besoins puisqu'elles se disaient globalement bien soutenues.

#### *4.3.3. Soutien à l'équipe*

Concernant les actions qui visent à soutenir l'équipe, les défis qui émergeaient de ce milieu étaient principalement liés à l'étendue de pratique et à l'arrimage avec les autres services professionnels. Essentiellement, le soutien méso était assumé par le médecin responsable de la clinique. Il prenait sous sa responsabilité les activités qui concernaient l'adéquation des services offerts par son équipe en fonction des besoins de la population. C'est aussi à lui que les autres MDP adressaient leurs questionnements ou commentaires relatifs à l'IPSPL, notamment à propos de l'intensité et de la fréquence de consultation. En cours d'intégration, certains MDP avaient préféré se retirer de leur engagement avec l'IPSPL, alors que d'autres ont voulu s'ajouter comme MDP après avoir observé le travail des IPSPL. Dans les deux cas, c'est le médecin responsable qui avait apporté les modifications à l'entente de partenariats. Le retrait de la demi-journée de l'IPSPL à l'autre point de service est un autre exemple d'intervention entrepris auprès de l'équipe par le médecin responsable. La tentative d'intégration de l'IPSPL à la deuxième clinique avait engendré des perturbations majeures au fonctionnement usuel, notamment liées au rythme de rendez-vous plus rapide du deuxième point de service. Ce facteur, ajouté au fait que l'IPSPL n'était pas encore très autonome dans ses fonctions, avait mené à une grande insatisfaction des MDP, les temps de consultation auprès d'eux étant très exigeants pour le fonctionnement de cette clinique. La décision unilatérale du médecin responsable avait alors été

de la retirer temporairement afin d'atténuer la situation conflictuelle. Au moment des entrevues, l'IPSPL n'avait toujours pas recommencé à travailler au second point de service.

Il semble qu'avoir un responsable d'équipe ayant une perspective plus large et globale du milieu favoriserait aussi l'émergence de projets permettant aux professionnels de développer leurs compétences, tout en répondant aux besoins de la clientèle. À ce propos, l'alliance des deux IPSPL avec le médecin responsable avait permis de développer une clinique de dépistage ITSS et contraception, où les IPSPL pratiquaient de façon très autonome. Ce projet innovant était de même une opportunité de partage des connaissances pour les résidents en médecine faisant un stage à l'UMF. En y participant à l'occasion, ils pouvaient ainsi se familiariser avec cette clientèle spécifique.

Au gré des expériences vécues et avec sa vision globale de l'UMF, le médecin responsable avait proposé des balises pour guider les professionnels de son équipe travaillant auprès des IPSPL. Il estimait que les médecins devaient connaître les attentes à l'égard de leur disponibilité envers l'IPSPL : « les premières semaines, faut que vous coupez le nombre de patients que vous voyez par 25 % parce qu'il faut que vous soyez disponibles » (MDP).

En ce qui concerne l'adjointe-administrative, elle était très peu impliquée dans le soutien aux IPSPL et ce, bien qu'elle ait été leur supérieure-immédiate. Selon le discours de certains participants, il semble qu'elle n'avait pas une compréhension suffisamment précise de la portée du rôle pour s'impliquer. À l'occasion, la conseillère-cadre avait dû intervenir sur des enjeux de logistique, tels que l'attribution de clés, d'un local et l'obtention de codes informatiques pour l'accès aux dossiers numérisés, soient tâches qui apparaissaient plutôt revenir à l'adjointe-administrative.

La conseillère-cadre participait aussi au soutien à l'équipe, mais de façon plus indirecte. Un tableau différenciant les différents rôles infirmiers et médicaux susceptibles de chevauchement avait été initié par la conseillère-cadre lors d'une table ronde avec des infirmières, IPSPL, médecins et autres professionnels. Puisque l'UMF était une équipe non seulement très nombreuse, mais où le taux de roulement des professionnels était élevé compte tenu de la forte proportion de stagiaires, il avait été très utile pour l'équipe d'avoir un outil formel à diffuser et consulter au besoin. À quelques reprises, la conseillère-cadre avait aussi organisé des rencontres avec le médecin responsable de l'UMF et les deux IPSPL pour discuter d'optimisation de leur pratique, notamment en ce qui concerne le type de clientèle et l'arrimage avec les autres services infirmiers de l'UMF.

La coordination entre les principaux acteurs méso, le médecin-responsable et la conseillère-cadre, ne semblait pas très bien établie au sein de l'équipe. À priori, la conseillère-cadre avait plutôt un rôle de consultante en ce qui concerne les services des IPSPL touchant l'équipe alors que le médecin responsable décidait des lignes de conduites à tenir. Au final, le soutien global offert à l'équipe avait contribué à non seulement à bonifier l'apport des IPSPL, mais aussi d'augmenter l'offre de services à la clientèle.

#### *4.3.4. Soutien systémique*

Le soutien plus systémique était peu sollicité deux ans après l'implantation, bien qu'encore disponible au besoin. La DSI était moins impliquée dans les détails opérationnels quoique fréquemment tenue avisée de l'avancement général, sa contribution étant principalement sur des enjeux politiques à l'intérieur du CSSS. Des problèmes de cet ordre, tel que la reconnaissance d'ordonnances pour des tests diagnostiques ou l'entérinement de

prescriptions pour des médicaments dans les pharmacies, avaient été vécus en début d'intégration et rapidement pris en charge par la DSI. Pour intervenir dans de tels cas, elle faisait occasionnellement appel à des collaborations stratégiques, comme le CMDP notamment. Bien qu'il ait été décidé que les IPSPL relèveraient hiérarchiquement de la Direction des services généraux, peu d'interventions de leur part avaient été faites selon les dires des participants. Le dossier était majoritairement piloté par la Direction des services infirmiers, et ceci semblait satisfaisant pour tous :

La gestionnaire qui s'occupe des IPS est celle des services généraux. Une cogestion aurait été bien, ça n'a pas été possible, puis nous nous sommes entendus comme ça. Ça m'a quand même permis de jouer mon rôle comme direction et nous avons été capables de s'entendre comme ça (DSI).

Au-delà des actions qui se passaient dans ce CSSS, il existait une table de discussion régionale des DSI, conduite mensuellement par l'agence de santé et des services sociaux. La DSI interviewée estimait qu'il s'agissait d'une tribune appréciée pour elle et les autres DSI de la région puisqu'elles pouvaient discuter de leurs expériences respectives et partager des solutions aux différents enjeux. Cette table faisait aussi office de moyen de diffusion pour les dernières recommandations en provenance du MSSS.

#### *4.3.5. Synthèse du cas*

Bien que les IPSPL relevaient hiérarchiquement de la Direction des services généraux, la conseillère-cadre déléguée par la DSI participait étroitement aux processus d'introduction et de soutien au sein de l'UMF. La dyade d'IPSPL intégrée simultanément démarque ce milieu des autres étudiés ici et apparaît avoir été un facteur de réussite en termes d'accessibilité à une source de soutien clinique. Les IPSPL devaient par contre composer avec plusieurs MDP, ajoutant un

élément de complexité à leur intégration et au développement de leur pratique. Au niveau de l'équipe, l'ensemble des professionnels de l'UMF pouvaient se référer au MDP responsable pour tout ce qui concernait à la pratique des IPSPL. La conseillère-cadre de la Direction des soins infirmiers intervenait également auprès de l'équipe, le plus souvent quand le MDP principal demandait sa participation. L'étroite collaboration entre la conseillère-cadre et le MDP principal avait permis, dans la complémentarité de leur rôle respectif, de résoudre les défis ayant émergé. Bien que la DSI n'ait pas été en lien hiérarchique avec les IPSPL, il semble que sa contribution pour résoudre les enjeux d'ordres systémiques ait été mobilisée à quelques reprises. La DSI et ses collègues des autres CSSS siégeaient sur des tables de concertation régionales. Cette tribune, qu'elles estimaient très favorable, leur permettait notamment de discuter du dossier IPSPL sur les thématiques suivantes: le partage de succès, la validation des prises de décisions et les stratégies d'intervention avec les milieux.



## **CHAPITRE 5. Discussion**

La discussion ici présentée correspondra à l'analyse transversale des trois cas. Alors que le chapitre précédent proposait une description détaillée et séquentielle des milieux, celui-ci a pour objectif de superposer les sections abordant le même niveau de soutien, pour les trois cas à l'étude. Nous appliquerons les propositions théoriques du chapitre 2 à chacun des thèmes qui ressortent de l'analyse et ce, en les classant selon les trois niveaux de soutien. Rappelons que notre modèle conceptuel est dérivé du cadre proposé par Donabedian (1966) sur l'interrelation entre la structure, les processus et les résultats. En termes de structure, nous avons discuté de la théorie de la contingence qui stipule que la structure varie sous l'influence de certains facteurs, dont la taille de l'organisation et la complexification de l'environnement. Ensuite, la composante « processus » faisait référence aux mécanismes de coordination selon Mintzberg (1982). Cet auteur propose l'ajustement mutuel et la standardisation (des résultats, des procédés et des qualifications) pour coordonner les activités entre les professionnels. Finalement, la théorie du soutien organisationnel perçu présente trois éléments à considérer par les supérieurs hiérarchiques: l'équité, la relation avec le superviseur ainsi que les conditions de travail. Voyons en quoi ces apports théoriques soutiennent nos résultats.

### **5.1. Soutien clinique**

Le soutien clinique est le plus largement discuté des trois niveaux et ce, dans chacun de nos cas. Ce résultat démontre d'entrée de jeu l'importance qu'accordent les participants à offrir un soutien proximal aux IPSPL. Les principaux thèmes qui concernent le soutien clinique sont l'encadrement par la Direction des soins infirmiers, le réseautage entre IPSPL et la relation avec le(s) MDP.

### *5.1.1. Encadrement par la Direction des soins infirmiers*

#### *5.1.1.1. Structure*

En ce qui concerne la personne désignée comme supérieure-immédiate pour les IPSPL, nos résultats sont peu convergents. Seul le cas n°1 avait organisé sa structure d'encadrement afin que les IPSPL relèvent de cadres infirmiers provenant de la Direction des soins infirmiers, comme le suggèrent Cameron et Masterson (2000). Ce principe rejoint également les idées de Mintzberg (1989) qui recommande que les gestionnaires en santé soient issus du même système professionnel que leurs employés. L'auteur affirme que le partage de valeurs communes ainsi que la compréhension des soins et des défis reliés à la fonction faciliteraient l'encadrement. L'analyse du cas n°1 montre d'autres avantages à relever de la Direction de soins infirmiers, soit la possibilité d'arrimer la pratique IPSPL à celles des autres services infirmiers et d'optimiser le développement de la pratique infirmière de l'organisation (Bryant-Lukosius et al., 2004). Dans les deux autres cas, les Directions des soins infirmiers étaient impliquées dans les dossiers IPSPL, mais plutôt dans un rôle-conseil. Le plus souvent, les IPSPL sollicitaient d'abord l'aide des cadres de la Direction des soins infirmiers avant même de consulter leur supérieure-immédiate. Ainsi, les IPSPL des cas n° 2 et n° 3 devaient transiger avec des gestionnaires de deux directions différentes et composer avec des lignes hiérarchiques complexes. Ceci diverge des recommandations de Carter et al. (2010) qui suggèrent de mettre en place des lignes d'encadrement claires afin de faciliter la communication entre les cliniciens et les gestionnaires.

Pour les cas n°1 et n°3, les DSI avaient délégué le dossier IPSPL à des cadres intermédiaires pour suivre les détails opérationnels de près et offrir une plus grande disponibilité auprès des IPSPL et des équipes. Cette structure d'encadrement concorde avec la

recommandation de Reay et al. (2003) qui proposent le « *leading by the balcony perspective* », c'est-à-dire d'assurer une gouverne constante sans se laisser ensevelir par les détails opérationnels.

#### 5.1.1.2. Processus

L'implantation et le développement de la pratique IPSPL représentent un mandat complexe qui exige un investissement de temps considérable de la part des parties prenantes, particulièrement les DSI et/ou cadres intermédiaires de cette direction. À ce propos, le cas n°1 indique que la gestionnaire responsable y consacrait près de 40% de son temps. Pour que le soutien clinique offert par les cadres intermédiaires soit bénéfique, ces dernières doivent avoir une excellente connaissance du rôle et du cadre réglementaire, en plus de posséder une vision globale du développement de la pratique pour la région. Les cadres intermédiaires qui maintenaient un contact étroit avec les IPSPL et les équipes, en se déplaçant à l'occasion dans les milieux, étaient davantage conscientisées aux enjeux réels. Dans tous les cas analysés, l'accompagnement auprès des IPSPL était surtout concentré durant les six premiers mois de pratique. Bien que l'encadrement étroit devenait de plus en plus souple au fil des mois, l'intensité du suivi fluctuait afin de se moduler aux défis émergents.

#### 5.1.1.3. Résultat : Soutien organisationnel perçu

Dans les cas n°1 et n°3, les cadres intermédiaires étaient intervenues localement sur des enjeux qui touchaient les conditions de pratique : les heures de repas, les horaires de travail et le respect du champ de pratique. Ces interventions représentent des activités de soutien, perceptibles par les IPSPL, qui augmentent leur sentiment d'être soutenu par l'organisation. Plus le soutien organisationnel perçu est élevé, plus l'IPSPL est reconnaissante envers ses supérieurs et désire s'investir dans son milieu (Rhoades & Eisenberger, 2002). Cette

reconnaissance peut se traduire par des actions bénéfiques pour la région, telle que l'acceptation des IPSPL d'encadrer des stagiaires IPSPL, le mentorat des novices ou l'animation de formations auprès des infirmières.

### *5.1.2. Réseautage entre IPSPL*

#### *5.1.2.1. Structure*

Le désir de réseautage entre IPSPL est manifeste dans chacun des cas. Ce réseautage, étant soit interne ou externe au milieu de pratique, semble facilité par certaines structures organisationnelles. D'abord, les cas n°1 et n°3 avaient opté pour le pairage d'IPSPL dans les milieux. Le cas n°2 avait quant à lui aménagé les horaires de travail afin qu'une plage hebdomadaire soit identique à chacune des IPSPL du CSSS. Bien que ce CSSS n'avait pas encore organisé un réseautage formel dans la région, nous avançons que ces éléments de structure apparaissent favorables aux interactions, ce qui est également soutenu par Brown et al. (2009).

#### *5.1.2.2. Processus*

Les cas n°1 et n°3 sont deux exemples de réseautage IPSPL à l'intérieur du milieu. La proximité et les interactions régulières entre IPSPL favoriseraient la compréhension et l'intériorisation du rôle. Particulièrement durant les premiers mois suivants l'intégration, les IPSPL appréciaient les conversations plus personnelles avec une collègue ayant une très bonne compréhension du contexte de pratique. Les IPSPL du cas n°3 relataient que leur lien étroit avait significativement contribué à faciliter leur intégration. La présence de collègues IPSPL dans l'environnement immédiat, par le biais des discussions cliniques, contribue aussi au développement des compétences. D'autre part, le cas n°3 témoigne d'avantages au plan de

l'efficacité du travail et sur le partage de la clientèle, notamment lors de vacances ou de congés de l'une d'entre elles.

Le réseautage externe au milieu se développait surtout lors de rencontres visant à l'élaboration de projets communs à travers les IPSPL du CSSS. Pour celles ne bénéficiant pas de la présence d'une collègue infirmière dans leur milieu, c'était l'occasion de garder un contact avec la discipline. Réunir les IPSPL autour de projets communs représente aussi une excellente tribune pour échanger entre elles, particulièrement sur les bonnes pratiques ou les succès vécus dans leur milieu respectif.

#### 5.1.2.3. Résultat : soutien organisationnel perçu

Lorsqu'un réseautage formel n'était pas soutenu par les directions responsables, des échanges informels, provenant d'initiatives personnelles d'IPSPL, se tenaient à l'extérieur des temps et des lieux professionnels. Le réseautage répond donc à un ou même plusieurs besoins des IPSPL. La reconnaissance de ce besoin par la mise en place d'interventions visant à promouvoir le réseautage bonifie l'offre de soutien. En plus de soutenir les interactions sociales, le réseautage contribue au développement des compétences par le biais de la co-construction en groupe. Comme Liu et al. (2013) l'affirment, l'attention que l'on accorde à la formation et à l'opinion de l'IPSPL reflète l'intérêt de l'organisation à l'égard de sa contribution.

### 5.1.3. *Relation avec le(s) MDP*

#### 5.1.3.1. Structure

Le nombre de MDP variait sensiblement entre les cas. Bien qu'il n'y ait pas de tendance forte qui confirme un nombre idéal, il semble préférable de viser un équilibre. Un petit nombre risque de générer une surcharge pour le(s) MDP et de limiter les sources d'apprentissage pour

l'IPSPL. Inversement, un grand nombre de MDP force l'IPSPL à s'adapter au style de chacun et à développer plusieurs relations collaboratives. De plus, la prise en charge de patients suivis conjointement se complexifie davantage lorsque l'IPSPL est jumelée à plusieurs MDP. Ainsi, une moyenne de trois ou quatre MDP paraît un nombre recommandable, comme démontre le cas n°2.

#### 5.1.3.2. Processus

Dans les trois cas analysés, les interactions entre l'IPSPL et le(s) MDP étaient majoritairement coordonnées par l'ajustement mutuel. Ce mécanisme informel permet de moduler la supervision en fonction de l'évolution de l'IPSPL dans son rôle, particulièrement fluctuante en début d'intégration (Kilminster et al., 2002). Certains milieux avaient aussi ajouté des mécanismes supplémentaires pour optimiser la coordination de l'encadrement. Pour le cas n°2, il s'agissait d'un horaire IPSPL identique chaque semaine. En fonction des services auxquels l'IPSPL participait, cet horaire établi indiquait quel MDP devait la superviser. Le cas n°3, quant à lui, utilisait plutôt des standards, tel qu'un pourcentage de temps à dégager dans l'horaire des MDP pour la supervision des IPSPL.

Comme l'American Medical Directors Association (2011) le mentionne, la complexité des cas vus par l'IPSPL module l'intensité du soutien par le(s) MDP. La mise en place de mécanismes de sélection des patients suivis par l'IPSPL apparaît primordiale pour non seulement améliorer la coordination des services offerts par l'équipe, mais également pour contrôler le temps de supervision pour les MDP. Dans les cas analysés, les mécanismes aménagés variaient en fonction de l'expertise de l'IPSPL, de ses intérêts pour certaines clientèles et des besoins du milieu. Deux mécanismes de sélection ressortaient particulièrement: l'attribution d'une spécialité à l'IPSPL et le triage de la clientèle à partir de critères de

complexité. Dans le cas n° 1, la clientèle pédiatrique était exclusivement suivie par les IPSPL, ce qui répondait à un besoin criant de la région. La clientèle pédiatrique est un bon exemple à citer puisque l'étendue de pratique des IPSPL permet, la plupart du temps, d'assurer les suivis de façon autonome. Cette stratégie semble aussi s'appliquer avec la clientèle ITSS et contraception, tel que discuté dans le cas n°3. Concernant les IPSPL dans les services de sans rendez-vous, les cas n°2 et n°3 soulèvent la nécessité d'avoir un système de triage pour orienter les patients vers le bon professionnel, au bon moment. Ces systèmes évitent aux IPSPL d'être dépassées par la complexité clinique de certains clients et aux MDP d'être fréquemment demandés en renfort pour des avis ou pour faire une prescription hors du champ de pratique de l'IPSPL. Malgré ces quelques exemples de standardisation des procédés, rappelons que l'ajustement mutuel entre les cliniciens dominait au sein de chacun des milieux (Mintzberg, 1982). Une coordination basée sur l'ajustement mutuel, à laquelle on ajoute des mécanismes supplémentaires qui tiennent compte des particularités du milieu, génère un environnement propice au soutien clinique par les MDP.

#### 5.1.3.3. Résultat : soutien organisationnel perçu

La relation avec le(s) MDP fait partie du quotidien de l'IPSPL et représente un reflet direct de l'offre de soutien qu'elle reçoit. Rhoades et Eisenberger (2002) indiquent que la relation avec le superviseur est considérée comme première source de soutien en importance pour un employé.

#### 5.1.4. Synthèse des résultats pour le soutien clinique

On remarque à travers les trois cas que les Directions de soins infirmiers étaient toutes impliquées, peu importe de qui relevaient les IPSPL. Par contre, des variations importantes



s'observaient entre elles, les liens hiérarchiques n'étant pas directement liés à un haut degré d'implication pratique. Les relations intradisciplinaires au sein du milieu supportaient les IPSPL en termes d'adaptation aux pratiques existantes et au rôle, en plus de favoriser le développement des compétences. Les échanges pouvant être quotidiens et informels, la perception de l'offre de soutien était meilleure pour les IPSPL qui travaillaient en dyade. Finalement, le soutien obtenu par la supervision médicale dépendait du nombre de MDP, mais également de la mise en place de mécanismes de coordination clairs et consensuels. Que ces mécanismes soient fondés sur l'ajustement mutuel ou la standardisation, ils bonifient l'offre de soutien aux IPSPL dans la mesure où ils sont en adéquation avec les contingences du milieu. La section suivante sur le soutien à l'équipe discutera de l'influence des caractéristiques du milieu sur l'offre de soutien.

## **5.2. Soutien à l'équipe**

Au niveau du soutien à l'équipe, les thèmes suivants ressortent de l'analyse des résultats: l'influence de la taille et du type de milieu ainsi que la présence de responsables locaux.

### *5.2.1. Influence de la taille du milieu*

#### 5.2.1.1. Structure

L'arrivée des IPSPL modifiait inévitablement certaines structures du milieu, dont les horaires de travail et les systèmes de partage des clientèles. La capacité d'adaptation des équipes lors de l'introduction des IPSPL semble étroitement influencée par la taille du milieu. Comme la théorie de Mintzberg (1982) le laissait présager, les plus petits milieux (n°1 et n°2) semblent avoir eu plus de facilité à s'adapter aux changements générés par l'introduction de la pratique IPSPL. Dans le grand milieu (n°3), les ajustements affectaient un plus grand nombre de professionnels et la réactivité des structures existantes était plus lente.

#### 5.2.1.2. Processus

Les défis communs à tous les milieux concernaient la compréhension du rôle IPSPL, les conditions d'exercices, le développement des relations de collaboration et le partage des services. Dans les petits milieux (cas n°1 et n°2), les interactions étaient modulées par les besoins du moment. Quand une difficulté survenait, les professionnels concernés se rencontraient informellement pour en discuter ou faisaient une réunion spontanée sur le sujet. L'information circulait plus librement dans les petits milieux et les ajustements s'intégraient rapidement dans la pratique quotidienne. Le milieu n°3 était de très grande taille et les participants mentionnaient que la période d'adaptation s'était échelonnée sur une période d'environ deux années. Quelques initiatives telles que des présentations d'information sur le rôle, un tableau pour départager les frontières professionnelles et des réunions interprofessionnelles périodiques sont des exemples de bonnes pratiques ayant facilité le développement de la pratique IPSPL au sein de ce grand milieu (Mintzberg, 1982).

#### 5.2.1.3. Résultat : soutien organisationnel perçu

Nos données ne nous permettent pas d'identifier un lien entre le soutien organisationnel perçu et la taille du milieu.

### 5.2.2. *Influence du type de milieu*

#### 5.2.2.1. Structure

Le type de milieu apparaît comme un second facteur ayant une influence sur les structures de soutien au niveau des équipes. Certains participants des cas n°1 et n°2 soulignaient que la communication était complexe entre les GMF et les acteurs externes, notamment avec les cadres de la Direction des soins infirmiers. Cette difficulté de communication a aussi été relevée dans le rapport de Beaulieu et al. (2006) sur la mise en œuvre des GMF.

#### 5.2.2.2. Processus

Les cadres responsables des IPSPL du cas n°2 affirmaient se sentir limitées dans leur capacité d'agir dans les milieux. Cette limitation à intervenir localement se traduisait par une plus grande utilisation des mécanismes de formalisation, tels que des ententes de partenariat très détaillées. Ces ententes, étant rédigées au tout début de l'entrée en fonction de l'IPSPL, devenaient rapidement insuffisantes pour soutenir les infirmières à distance dans les GMF.

#### 5.2.2.3. Résultat : soutien organisationnel perçu

Les IPSPL du CSSS n°2 avaient soulevé la faible présence des cadres de la Direction des soins infirmiers dans leur milieu. En l'absence de soutien externe, la responsabilité de résoudre les enjeux découlant de sa pratique incombait à l'IPSPL. Au quotidien, elle devait elle-même faire valoir ses droits et militer pour le respect de ses conditions d'exercice. Lorsque l'accessibilité au milieu est limitée pour les cadres de la Direction des soins infirmiers, le soutien organisationnel perçu semble donc moindre pour les IPSPL.

### 5.2.3. *Responsable local pour l'équipe*

#### 5.2.3.1. Structure

Tous les cas témoignent du rôle central du responsable local pour gérer les difficultés des professionnels, allouer les ressources du milieu, traiter les demandes ponctuelles de l'équipe et pour assurer la coordination des services. Le plus souvent et particulièrement au sein des GMF, les médecins en charge assumaient cette tâche. Certaines caractéristiques semblent influencer la capacité à accomplir ce rôle: un leadership reconnu et respecté par les professionnels de l'équipe, une vision globale de la clientèle et de ses besoins, une volonté de collaboration avec les autres services du CSSS et une connaissance fine du rôle IPSPL. Les

caractéristiques énumérées recourent plusieurs de celles retrouvées dans l'étude de Reay et al. (2003).

#### 5.2.3.2. Processus

Dans les cas n°2 et n°3, les responsables de GMF étaient également les MDP principaux des IPSPL. Ils entretenaient donc des interactions sur une base régulière avec les IPSPL lors des activités de supervision. Grâce à ces contacts, ils étaient davantage conscientisés aux difficultés que l'IPSPL vivait dans sa pratique quotidienne. Le plus souvent sur une base informelle, ils assuraient aussi des suivis réguliers auprès des autres MDP de l'équipe. Des rencontres de mise au point avec les professionnels avaient lieu de façon ponctuelle, selon les exigences du moment. Les MDP responsables s'occupaient, en plus des suivis interpersonnels, de gérer les horaires et d'allouer les ressources, comme les locaux ou le matériel de soins. Aucun des responsables locaux n'a fait mention que le soutien à l'équipe, jumelé au mandat du MDP principal, était trop exigeant. En ce qui concerne le cas n°1, c'était plutôt la coordonnatrice de la Direction des soins infirmiers qui assurait les responsabilités vis-à-vis de l'équipe. Pour sa part, elle accédait facilement au CLSC, ce qui n'était pas toujours possible pour les cadres infirmiers des autres milieux.

À propos du soutien entre gestionnaires locaux, les médecins responsables des GMF dans le cas n°2 tenaient des réunions mensuelles et profitaient de ces moments pour discuter des défis en lien avec la pratique IPSPL. À l'intérieur d'une structure déjà existante, leurs réunions statutaires, ils avaient développé une modalité leur permettant de partager leurs difficultés et les bonnes pratiques. Rappelons qu'en vertu du cadre réglementaire, la pratique IPSPL est sous la responsabilité de la Direction des soins infirmiers. Il apparaît alors pertinent d'ajouter la présence systématique d'un cadre infirmier lors de ces discussions. Ceci permettrait à la

Direction des soins infirmiers de connaître les difficultés du terrain et d'informer les médecins sur l'avancement du dossier IPSPL pour la région.

#### 5.2.3.3. Résultat : Soutien organisationnel perçu

Étant donné que les nouvelles IPSPL sont déployées progressivement, au fur et à mesure que de nouveaux postes d'IPSPL sont attribués à des milieux de pratique, les gestionnaires locaux sont le plus souvent novices en rapport au soutien à la pratique IPSPL. Les cadres de la Direction des soins infirmiers, quant à eux, sont habituellement plus expérimentés puisqu'ils encadrent toutes les IPSPL du CSSS. En somme, deux sources de soutien s'avèrent disponibles pour les responsables locaux : les collègues des autres GMF et les cadres de la Direction des soins infirmiers. La collaboration entre les acteurs de la Direction des soins infirmiers et les responsables locaux paraît une avenue primordiale à développer.

#### 5.2.4. *Synthèse du soutien à l'équipe*

Les caractéristiques des milieux où sont déployés les IPSPL influencent à la fois les structures d'encadrement mises en place et la manière dont les professionnels échangent au sein de ces structures. Ainsi, les plus petits milieux apparaissent favorables puisque la coordination entre les professionnels se base principalement sur des échanges informels, ce qui contribue à des rétroactions immédiates pour l'IPSPL et à des ajustements ponctuels dans les pratiques. Les milieux GMF, où le leadership reposait essentiellement sur le responsable médical et où la capacité d'intervention des cadres de la Direction des soins infirmiers est variée et limitée, ajoutent une complexité au soutien à l'équipe.

### 5.3. Soutien systémique

Au niveau systémique, rappelons que deux types de comités d'implantation proposés par le MSSS ont été analysés dans chacun des milieux : les comités locaux et régionaux.

#### 5.3.1. *Comités locaux d'implantation*

##### 5.3.1.1. Structure

Aucun des CSSS à l'étude n'avait développé de comités locaux conformes à la proposition du MSSS. Le cas n°1, soit celui où l'intégration des IPSPL était la plus avancée des trois, mentionnait que le besoin de rassembler tous les acteurs se faisait de moins en moins ressentir au fil du temps. Cette tendance s'est également perçue à travers les autres cas. Qui plus est, la formule proposée par le MSSS mobilise des acteurs n'ayant que des rôles très ponctuels et leur présence systématique aux comités locaux paraît peu justifiée.

##### 5.3.1.2. Processus

Dans le jour à jour, il semble que la plupart des décisions se prenaient à l'extérieur des comités formels, en ne consultant que les acteurs pertinents sur les enjeux à résoudre. Pour les CSSS avec une expérience significative sur l'intégration des IPSPL, les apprentissages faits lors des premières introductions contribuaient à bâtir l'expérience de l'organisation et facilitaient grandement les implantations subséquentes. Cependant, chacune des intégrations soulevait des défis propres et imprévisibles sur lesquels les acteurs du niveau stratégique devaient intervenir. Dans l'ensemble, la formule «comité local d'implantation » semble plutôt rigide pour répondre aux besoins des CSSS, particulièrement si l'on considère le degré d'expérience grandissant des milieux.

### 5.3.1.3. Résultat : soutien organisationnel perçu

Dans la mesure où les comités locaux étaient plutôt déficients, les DSI portaient souvent seules la responsabilité de résoudre les problématiques amenées à leur attention. Pour aplanir les enjeux réels de la pratique et défendre les intérêts des IPSPL auprès des autres acteurs stratégiques, elles devaient impérativement être informées du déroulement de l'implantation. Une DSI ayant une connaissance fine du rôle IPSPL, des défis du terrain et détenant une vision globale de la pratique infirmière de son organisation peut contribuer à la résolution des obstacles au développement (Ducharme et al., 2009). Lorsque les gestionnaires s'attardent aux conditions de pratique dans les milieux, les professionnels perçoivent l'engagement et le soutien organisationnel (Rhoades & Eisenberger, 2002).

## 5.3.2. *Comités régionaux*

### 5.3.2.1. Structure

Notre analyse à propos des comités régionaux d'implantation met en relief des divergences dans les buts poursuivis lors de ces rencontres. Alors que le comité régional du cas n°2 visait essentiellement à élaborer le plan de déploiement, d'autres comme celui du cas n°3, servaient plutôt à discuter des problématiques vécues dans les CSSS. Certaines DSI participant à ces comités semblaient partagées sur la pertinence de cette structure. Le cas n°1 souligne que les Agences de santé et de services sociaux qui pilotent ces comités avaient quelques fois de la difficulté à suivre le rythme des CSSS.

### 5.3.2.2. Processus

Les DSI de nos trois cas laissaient entendre que les informations et directives en provenance du MSSS ne descendaient pas toujours jusqu'aux CSSS. Les réseaux de communications semblaient flous et inégaux à travers les régions, ce qui compliquait la mise en

application des exigences du MSSS. Plus complexe encore dans le cas de la région n°2, les DSI n'étaient pas toutes conviées à prendre part aux rencontres des comités régionaux.

Chacune des DSI rencontrées avait développé un réseautage informel avec leurs collègues des CSSS avoisinants. Hors des comités régionaux, les DSI communiquaient entre elles pour valider leur compréhension des directives du MSSS et pour échanger sur leurs difficultés. La DSI du cas n°3 avait également développé une collaboration très étroite avec sa collègue d'un CSSS moins expérimenté. Cette collaboration se manifestait notamment par la participation de la DSI et l'IPSPL du CSSS novice à leurs rencontres statutaires.

#### 5.3.2.3. Résultat : soutien organisationnel perçu

Selon le principe du « *Trickle down effect* », les DSI doivent elles-mêmes être soutenues pour bien accompagner les cadres intermédiaires et les IPSPL sous leur responsabilité (Rhoades & Eisenberger, 2002). Pour y parvenir, elles devraient être tenues informées via des réseaux de communication clairs, de même que prévenues des objectifs poursuivis avec l'intégration de l'IPSPL dans leur région. Les comités régionaux offrent une excellente tribune pour informer les DSI, permettre d'échanger sur les défis liés à l'intégration et pour le partage des pratiques performantes.

#### 5.3.3. Synthèse du soutien systémique

Les comités locaux d'implantation semblaient surtout pertinents et mobilisés lors de l'introduction des premières IPSPL. L'expérience acquise par les CSSS leur permettait ensuite de transiger par des communications informelles, directement auprès des acteurs-clés concernés. Quant aux comités régionaux, ils poursuivaient des buts différents, dépendamment de la région. Sur certains, les DSI d'une même région n'étaient pas toutes conviées à participer, limitant ainsi



la mise en commun des enjeux qui émergent de la pratique, à la recherche de solutions pour les aplanir et au partage des conditions de succès. Le réseautage informel entre les DSI d'une même région était présent dans chacun des cas à l'étude.

## **CHAPITRE 6. Recommandations pour la pratique**

Le soutien à la pratique apparaît comme un levier indispensable à maximiser afin de contribuer l'intégration et à la pérennisation de la pratique IPSPL au Québec. Alors que la plupart des recherches scientifiques affirment que le soutien est un facilitateur de premier ordre, cette littérature reste relativement abstraite sur la façon de l'opérationnaliser. Ainsi, nous avons étudié les différentes structures d'encadrement et les pratiques performantes utilisées pour répondre aux besoins des IPSPL et de leur équipe. Pour y parvenir, nous avons décomposé le concept central de soutien en trois niveaux, en nous appuyant sur des concepts théoriques. Les résultats présentés dans les précédents chapitres nous amènent désormais à formuler des recommandations contextualisées, s'adressant tant aux cliniciens qu'aux gestionnaires.

Pour ce qui est du soutien clinique, le principal constat qui ressort de l'étude est que la supérieure-immédiate des IPSPL devrait faire partie de la Direction des soins infirmiers. Il semble que la délégation du dossier à un cadre intermédiaire, une coordonnatrice ou une conseillère-cadre par exemple, permette un encadrement infirmier plus étroit au niveau opérationnel. Ceci dit, une structure de la sorte implique par le fait même de tenir la DSI informée des détails du terrain et ce, périodiquement. Pour renforcer la légitimité des cadres infirmiers dans les milieux, il est primordial qu'elles s'impliquent très tôt auprès des équipes cliniques afin que la collaboration avec les professionnels du milieu s'établisse en amont des interventions d'encadrement.

Concernant la supervision médicale, nous suggérons un maximum de trois ou quatre MDP. Retenons également que l'appropriation du rôle et le développement des compétences de l'IPSPL sont des variables évolutives, qui fluctuent considérablement à travers les mois, mais également d'une IPSPL à l'autre. Pour assurer l'adaptation entre l'IPSPL et le(s) MDP, les

structures organisationnelles en place doivent être suffisamment flexibles pour suivre cette évolution.

Afin de maximiser les sources de soutien clinique, nous recommandons de planifier l'intégration d'IPSPL à l'intérieur de milieux ayant déjà une IPSPL. L'ajout de deux IPSPL au même moment comporte certains avantages, mais paraît plus risqué puisque les changements sur les dynamiques d'équipes seront d'autant plus grands. Dans le même ordre d'idées, encourager le réseautage entre les IPSPL d'un CSSS offre d'autres occasions de soutien horizontal et intradisciplinaire. L'élaboration de projets communs entre IPSPL contribue à maintenir les liens avec la discipline infirmière et à mobiliser l'ensemble des compétences de pratique infirmière avancée.

Tous les milieux auraient avantage à déterminer un responsable pouvant intervenir localement et avec aisance lors de problématiques qui concernent l'équipe. Les caractéristiques suivantes apparaissent essentielles pour offrir un soutien adéquat: une bonne connaissance des différents champs de pratique des professionnels de l'équipe (notamment celui des IPSPL), un leadership reconnu et respecté ainsi qu'une vision globale des services offerts par le milieu. Grâce à une étroite collaboration avec les acteurs stratégiques de la Direction des soins infirmiers, la personne ressource au niveau local serait informée des directives en provenance du MSSS, tout en recevant elle-même du soutien face aux multiples défis reliés à son rôle de soutien vis-à-vis l'équipe.

D'autre part, il semble que les milieux de petite taille favorisent une adaptation plus rapide de l'IPSPL et des autres professionnels. Bien que nous ayons présenté des mécanismes de coordination qui s'appliquent à l'intérieur de grandes équipes, il n'en demeure pas moins que

la taille est une contingence influençant la souplesse et la réactivité des structures existantes. L'implantation dans les milieux GMF semble poser un défi supplémentaire en ce qui a trait à la communication avec les acteurs du CSSS. Une étroite collaboration entre les responsables locaux et les cadres infirmiers contribue à soutenir les IPSPL et les équipes en GMF.

Enfin, les comités locaux d'implantation tels que définis par le MSSS représentent une formule plutôt rigide, notamment pour les CSSS ayant déjà intégré des IPSPL. Ainsi, il semble bénéfique de laisser aux CSSS la liberté de déterminer les structures adéquates, qui tiennent compte de leur niveau d'expérience en matière d'intégration d'IPSPL et des contingences propres à leur environnement. Pour que cette autonomie soit profitable, les CSSS doivent recevoir les informations et directives de la part du MSSS via des canaux de communication clairs. En ce sens, les comités régionaux paraissent appropriés pour assurer ce mandat, à condition que toutes les DSI puissent y participer. Ces rencontres favoriseraient également le réseautage et le partage de pratiques exemplaires entre les CSSS.

### **6.1. Réponses aux questions de recherche**

À la lumière des sections précédentes, nous estimons avoir répondu aux questions de recherche mentionnées au chapitre 1. Alors que la première question portait sur les structures d'encadrement de la pratique IPSPL au Québec, les descriptions de cas du chapitre 4 exposaient des schémas représentatifs pour chacun des milieux et informaient sur les motifs inhérents à ces choix de structures. Bien que les trois cas analysés aient démontré des différences notables, il a été possible de dégager des convergences qui font désormais l'objet de recommandations.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes interrogés sur les liens entre les structures d'encadrement et les processus de soutien. Plus encore, nous voulions connaître la perception des IPSPL ainsi que des autres professionnels de l'équipe à propos du soutien qu'ils recevaient. Les lignes précédentes ont décrit en quoi les structures influençaient l'offre de soutien et quels processus permettaient de bonifier l'offre globale de soutien. La présente étude a su révéler des résultats jusqu'ici peu traités dans la littérature scientifique et encore moins dans le contexte de pratique québécois.

## **6.2. Limites de l'étude**

La première limite de cette étude concerne le nombre de cas analysés. Rappelons que ce projet se concentrait autour de trois cas, soient trois milieux de pratique d'une ou plusieurs IPSPL faisant partie de la même équipe. La recherche primaire comprenant un total de sept cas, il aurait été pertinent de considérer chacun d'eux afin d'obtenir un plus grand bassin de résultats. Néanmoins, le facteur temps et l'envergure attendue pour un projet de maîtrise ont orienté le choix de circonscrire l'étude à trois milieux. De plus, les cas initialement sélectionnés par la recherche primaire étant reconnus comme performant, nous ne pouvons pas prétendre que les données s'appliquent à l'ensemble des milieux au Québec.

Un second élément à discuter est la source des données puisque l'essentiel de l'analyse de ce mémoire repose sur des données secondaires. Il faut toutefois préciser que l'étudiante-chercheuse a participé aux étapes initiales de la recherche principale, de même qu'à quelques entrevues. De plus, les deux études, soient le projet de maîtrise et la recherche principale, se sont déroulées de façon synchrone.

## **CHAPITRE 7. Conclusion**

En somme, cette étude a permis d'apporter des précisions concernant le concept de soutien à la pratique IPSPL. Nos questions de recherche ont été répondues en exposant les diverses structures d'encadrement de nos trois milieux à l'étude. De même, plusieurs mécanismes permettant d'offrir du soutien, et ce à différents niveaux, ont été mis en relief. Désormais, les acteurs-clés autour de l'implantation des IPSPL en connaissent davantage sur la portée et sur les défis en lien avec leur implication. Au moment de la rédaction de ce mémoire, un projet de loi ambitieux modifiant la gouvernance du réseau de santé était en débat à l'Assemblée nationale. Cette proposition législative, intitulée «*Projet de loi n°10: Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux*» prévoyait réorganiser les CSSS et les autres établissements en des réseaux plus vastes par le biais de fusions administratives régionales : les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) (MSSS, 2014). De surcroît, le ministre de la santé et des services sociaux annonçait une modification au plan de déploiement, proposant d'intégrer 2000 IPSPL plutôt que les 500 initialement prévues. Étant donné qu'il est plausible de croire qu'une seule DSI soit nommée par CISSS, notre recommandation à l'égard que les IPSPL relèvent de la Direction des soins infirmiers, en misant sur la délégation du dossier IPSPL à un cadre intermédiaire, prend davantage de sens. Puisqu'il existe déjà de nombreux défis opérationnels pour former et intégrer les 500 IPSPL de la planification initiale, nous sommes convaincus que les résultats et les recommandations issus de ce mémoire seront à considérer pour multiplier les succès d'intégration et favoriser la rétention des IPSPL déjà en fonction.



### **7.1. Transfert des connaissances**

Le transfert des connaissances, provenant autant de la littérature scientifique que des données empiriques de la recherche principale, est soutenu par la création et la mise à jour d'une plateforme web qui concerne le déploiement des IPSPL au Québec: [www.ipspl.info](http://www.ipspl.info). Cette page internet, initiative de l'équipe de la recherche principale, se veut une source fiable d'informations utiles et concises pour tous les types de professionnels, autant les infirmières, les médecins que les gestionnaires, qui travaillent de près ou de loin avec des équipes de première ligne ou qui sont simplement intéressés à en apprendre davantage sur la pratique des IPSPL. Ainsi, les résultats de cette étude pourront être diffusés via cette plateforme web.

### **7.2. Retombées sur la pratique infirmière et pour la recherche**

Les retombées anticipées de cette recherche sont de plusieurs ordres. D'abord, les résultats issus des milieux permettront de rendre disponibles de nouvelles connaissances à propos du contexte de pratique au Québec, ainsi que de mettre en lumière les différents enjeux pouvant faire partie du quotidien des professionnelles et/ou gestionnaires. Ensuite, les recommandations et éléments de succès présentés dans ce mémoire pourront outiller les différents acteurs afin d'optimiser le développement de la pratique des IPSPL. Puisque les modèles d'encadrement ainsi que les pratiques de gestion pour soutenir les équipes apparaissent comme des sujets peu abordés dans la littérature scientifique, les résultats de cette étude apporteront de nouveaux savoirs dans le domaine. Des avenues pour des recherches ultérieures ont également été soulevées, notamment en regard de la supervision clinique organisée autour d'IPSPL expertes en contraste avec le modèle de supervision médicale actuellement en place. D'autre part, le modèle conceptuel utilisé tout au long de ce mémoire représente une co-

construction étudiante-directeur aux fins de ce mémoire. En ce sens, il pourrait être pertinent de valider le modèle auprès d'équipes intégrant des IPSPL ou des infirmières en pratique infirmière avancée.

## Références

- Almost, J., & Laschinger, H. K. (2002). Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(9), 408-420.
- American Medical Directors Association. (2011). Collaborative and Supervisory Relationships Between Attending Physicians and Advanced Practice Nurses in Long-Term Care Facilities. *Geriatric Nursing*, 32(1), 7-17.
- Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., . . . Cyr, G. (2006). L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle—Étude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec. Montréal: Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale.
- Beveridge, R., Clarke, B., Janes, L., Savage, N., Thompson, J., Dodd, G., . . . Vadeboncoeur, A. (1998). L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence. Canada.
- Brown, J. B., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T. R., & Kasperski, M. J. (2009). Mechanisms for communicating within primary health care teams. *Can Fam Physician*, 55(12), 1216-1222.
- Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs*, 48(5), 519-529. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x
- Cameron, A., & Masterson, A. (2000). Managing the unmanageable? Nurse Executive Directors and new role developments in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5). doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01384.x
- Carter, N., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Bryant-Lukosius, D., . . . DiCenso, A. (2010). The role of nursing leadership in integrating clinical nurse specialists and nurse practitioners in healthcare delivery in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 23 Spec No 2010, 167-185.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A. P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance. *Sante Publique*, 20(2), 191-199.
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Dubois, C.-A., Perroux, M., Beaulieu, M.-D., Brault, I., . . . Sangster-Gormley, E. (2015). A process-based framework to guide Nurse Practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Services Research*, In press.
- Cottrell, D., Kilminster, S., Jolly, B., & Grant, J. (2002). What is effective supervision and how does it happen? A critical incident study. *Med Educ*, 36(11), 1042-1049.

- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. (3<sup>e</sup> éd.). Californie: SAGE publications.
- D'Amour D., Tremblay D., & Proulx M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.
- de Guzman, A., Ciliska, D., & DiCenso, A. (2010). Nurse practitioner role implementation in Ontario public health units. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*, 101(4), 309-313.
- DiCenso, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Donald, F., . . . Abelson, J. (2010). *Clinical nurse specialists and nurse practitioners in Canada: a decision support synthesis*. Ottawa, ON: Canadian health services research foundation.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, 44(3), Suppl:166-206.
- Donaldson, L. (2001). *The contingency theory of organizations*. Londre: Sage Publications.
- Ducharme, J., Buckley, J., Alder, R., & Pelletier, C. (2009). The application of change management principles to facilitate the introduction of nurse practitioners and physician assistants into six Ontario emergency departments. *Healthcare Quarterly*, 12(2), 70-77.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. (2<sup>e</sup> éd.). Mtl, Québec: Chenelière.
- Hasenfeld, Y. (1992). *Human services as complex organizations*. USA: Sage Publications.
- Kilminster, S., Jolly, B., & van der Vleuten, C. P. (2002). A framework for effective training for supervisors. *Med Teach*, 24(4), 385-389. doi: 10.1080/0142159021000000834
- Lawrence, P., & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and integration in complex organization. *Administrative Science Quarterly*, 12, 1-47.
- Liu, N., Finkelstein, S. R., & Poghosyan, L. (2013). A new model for nurse practitioner utilization in primary care: Increased efficiency and implications. *Health Care Manage Rev*. doi: 10.1097/HMR.0b013e318276fadf
- MacPhee, M. (2007). Strategies and tools for managing change. *J Nurs Adm*, 37(9), 405-413. doi: 10.1097/01.NNA.0000285138.34247.5b
- Mick, S. S., & Mark, B. A. (2005). The contribution of organization theory to nursing health services research. *Nurs Outlook*, 53(6), 317-323. doi: 10.1016/j.outlook.2005.07.002
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. France: Éditions d'organisation
- Mintzberg, H. (1989). *Le management; voyage au centre des organisations*. France: Éditions d'organisation.

- MSSS (2008). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. Québec.
- MSSS. (2010). Plan stratégique 2010-2015. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>
- MSSS (2011a). *Lieux de pratique potentiels pour les étudiantes infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne pour l'année 2012-2013*. Québec.
- MSSS (2011b). *Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée et de l'infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne: modalités d'application* Québec. Repéré à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/specialites/infirmiere-praticienne-specialisee/etudiantes/programme-dintereseeme>
- MSSS (2014). *Projet de loi no 10: Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Québec. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>
- OIIQ (2004). *La gouvernance des soins infirmiers dans un cadre d'une organisation des services intégrés*. Québec. Repéré à <http://www.oiiq.org/lordre/partenaires-infirmiers/directrice-des-soins-infirmiers>
- OIIQ. (2012). Deux ans après l'annonce du financement de 500 postes en soins de première ligne. *InfoStats*, 4(2). Repéré à <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol04n02/index.htm>
- OIIQ. (2013). *Élaboration d'une entente de partenariat entre une IPSPL ou une CIPSP et un ou plusieurs médecins partenaires: guide pratique (2<sup>e</sup> éd.)*. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/guide-pratique-delaboration-dune-entente-de-partenariat-entre-une-ips-en-soi>.
- OIIQ. (2014). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2013-2014*. Québec.
- OIIQ, & CMQ (2012). *Lignes directrices: Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne* (n° ISBN 978-2-89229-596-2).
- Patrick, A., & Laschinger, H. K. (2006). The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. *J Nurs Manag*, 14(1), 13-22. doi: 10.1111/j.1365-2934.2005.00600.x
- Pfeffer, J. (1997). *New directions in organizational theory: Problems and prospects* New-York: Oxford University Press.
- Poghosyan, L., Nannini, A., & Clarke, S. (2013). Organizational climate in primary care settings: Implications for nurse practitioner practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 25(3), 134-140. doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00765.x

- Poghosyan, L., Shang, J., Liu, J., Poghosyan, H., Liu, N., & Berkowitz, B. (2015). Nurse practitioners as primary care providers: Creating favorable practice environments in New York State and Massachusetts. *Health Care Management Review, 40*(1), 46-55. doi: 10.1097/HMR.0000000000000010
- Read, S. M. (1999). Nurse-led care: The importance of management support. *Nursing Times Research, 4*(6), 408-421.
- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2003). Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of nursing management, 11*(6), 396-403.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: a review of the literature. *J Appl Psychol, 87*(4), 698-714.
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., & Burge, F. (2013). A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: what happens when new roles are introduced? *BMC Nurs, 12*, 1. doi: 10.1186/1472-6955-12-1
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., & Dicenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *J Adv Nurs, 67*(6), 1178-1190. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x
- Sullivan-Bentz, M., Humbert, J., Cragg, B., Legault, F., Laflamme, C., Bailey, P. H., & Doucette, S. (2010). Supporting primary health care nurse practitioners' transition to practice. *Can Fam Physician, 56*(11), 1176-1182.
- Tarrant, F., & Associates. (2005). Practice Component: Literature review report. Supports, Barriers, and Impediments to Practice (p. 1-42). Ottawa, ON: Canadian Nurses Association; Canadian Nurse Practitioner Initiative.
- Woods, L. P. (1999). The contingent nature of advanced nursing practice. *J Adv Nurs, 30*(1), 121-128.
- Yegdich, T. (1999). Clinical supervision and managerial supervision: some historical and conceptual considerations. *J Adv Nurs, 30*(5), 1195-1204.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE publications.

## **Appendice A : Formulaire d'information et de consentement**



## Formulaire d'information et de consentement

Vous êtes invité-e à participer à un projet de recherche. Nous vous invitons à lire attentivement le formulaire d'information et à poser toutes les questions que vous jugerez nécessaires.

### Renseignements généraux

Le projet s'intitule Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne (IPSPL) au Québec. Le chercheur principal est monsieur Damien Contandriopoulos, professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Madame Sylvie Hains, cadre-conseil en soins infirmiers au ministère de la Santé et des Services (MSSS) et responsable opérationnelle du déploiement des IPSPL agit à titre de décideure principale.

#### Les cochercheurs sont :

- madame Danielle D'Amour, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal;
- monsieur Carl-Ardy Dubois, professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal;
- madame Kelley Kilpatrick, professeure au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais;
- madame Julie Lajeunesse, professeure agrégée de clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal;
- madame la docteure Marie-Dominique Beaulieu, professeure titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal;
- madame Astrid Brousselle, professeure agrégée au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke;
- madame Isabelle Brault, chargée d'enseignement à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

#### Les collaboratrices sont :

- madame Alba DiCenso, professeure à l'École des sciences infirmières et au Département d'épidémiologie clinique et biostatistique de l'Université McMaster (Hamilton) ;
- madame Sophie Charland, professeure invitée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Ce projet est cofinancé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) par le biais du programme des Partenariats pour l'amélioration du système de santé (PASS) des IRSC.

Projet: Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne au Québec  
Formulaire d'information et de consentement

(IPSP) au Québec par l'analyse de l'implantation des premières cohortes et par le développement et la diffusion de recommandations sur la mise en œuvre de modèles de pratique performants et adaptés aux différentes structures de soins. Le projet comporte trois composantes avec des objectifs spécifiques : l'analyse logique, l'analyse de l'implantation des IPSP et la mise à disposition de données probantes. Ces trois composantes seront menées en synergie dans un processus de rétroaction entre l'équipe de chercheurs et l'équipe de professionnels du milieu (participants). Vous êtes invité-e à participer aux entrevues du volet de l'analyse de l'implantation.

L'analyse de l'implantation est faite à partir de l'étude de 6 milieux dans 3 régions où les premières cohortes d'IPSP sont déployées. Les critères qui ont été pris en compte dans le choix des milieux sont le type de clinique (GMF, CLSC, UMF), le milieu (urbain, banlieue, rural) et le niveau d'expérience de l'infirmière praticienne spécialisée en poste. Le nombre de participants pourrait varier selon les milieux entre 5 et 10 personnes environ, et ce, en fonction de la taille des équipes impliquées dans le processus d'implantation des IPSP de ces milieux.

L'analyse est de type *Developmental Evaluation* ; elle vise à soutenir les équipes sur le terrain de manière participative pour favoriser le développement de modèles de pratique performants et ainsi apprendre de l'expérience. Une telle participation constitue en elle-même une retombée à l'échelle des milieux participants. À l'échelle de l'ensemble des milieux, les connaissances produites dans l'ensemble du projet pourraient bénéficier à tous les professionnels et aux équipes participantes de même qu'aux autres professionnels dans le réseau de la santé et des services sociaux.

## Nature, durée et conditions de la participation

Les données collectées dans le présent projet portent exclusivement sur votre pratique professionnelle et votre expérience de travail. Au cours du déroulement du projet, vous serez invité à participer à une ou plusieurs entrevues, individuelles ou collectives sur ces thèmes. Le projet repose sur une approche de collaboration entre les participants et l'équipe de recherche. Il est donc très difficile de pouvoir préciser, dès le départ, le nombre d'entrevues ou de discussions liées au projet. En revanche, vous serez toujours en mesure de décider si vous désirez participer à chacune des étapes. À titre d'information les acteurs les plus centraux aux phénomènes étudiés pourraient être invités à participer à 4 entrevues tandis que l'implication d'acteurs moins centraux serait limitée à une entrevue. Les entrevues seront d'une durée d'environ une heure et s'échelonneront sur une période d'environ 1 an. Si vous donnez votre accord, les entrevues seront enregistrées. Si vous ne voulez pas que l'entrevue soit enregistrée, vous pourrez le spécifier à la fin du présent formulaire et, dans ce cas, seules des notes manuscrites seront utilisées. Un résumé des thèmes abordés dans les entrevues vous sera communiqué avant celles-ci, et ce, dans un délai raisonnable pour vous permettre de connaître les thèmes abordés. Votre participation consistera donc en une ou plusieurs entrevues telles que décrites ici et, si vous avez des questions sur l'étendue de l'implication que votre participation au projet implique, n'hésitez pas à en discuter avec le chercheur qui réalise l'entrevue

## Risques et inconvénients

Le seul risque lié à la participation à ce projet est une brèche dans les mesures de protection de la confidentialité. Les mesures prises pour la protection de la confidentialité visent à éviter qu'il ne soit possible d'identifier les participants ou de faire un lien entre les données collectées et l'identité des participants (des détails à ce sujet sont fournis plus loin). Les mesures de protection de la confidentialité mise en œuvre dans le projet seront conformes aux meilleures pratiques dans le domaine mais il reste toujours un très faible risque qu'il y ait un bris de confidentialité. Par ailleurs, le temps accordé pour les entrevues et leur préparation pourrait constituer un inconvénient à votre participation, mais pourrait être aussi compensé par les bénéfices potentiels de votre participation.

Projet: Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne au Québec  
Formulaire d'information et de consentement

Selon les ententes établies avec votre établissement et vos préférences, les entrevues pourront se dérouler pendant vos heures de travail ou en dehors des heures de travail.

Dans l'éventualité, très peu probable, d'un malaise ou d'un problème en cours d'entrevue, l'entrevue serait immédiatement interrompue, les données seraient détruites et les membres de l'équipe de recherche ont reçu des instructions sur les ressources susceptibles de pouvoir vous aider.

## Avantages et bénéfices

Le projet repose sur le principe du *Developmental Evaluation* c'est-à-dire une approche dans laquelle la collecte de donnée passe par le développement d'une relation entre l'équipe de recherche et les informateurs qui ressemble à une relation de consultation. L'équipe de recherche met son expertise au service des personnes impliquées dans les pratiques étudiées – ici l'équipe des cliniques médicales étudiées comme milieu – pour soutenir leurs efforts – ici l'intégration des IPS et le développement de modèles de pratique performants. La création de connaissances passe par le biais des apprentissages faits au cours de cette collaboration. Dans ce contexte, il existe un bénéfice potentiel à votre participation lié au support qui vous sera offert ou à votre équipe de même qu'à l'accessibilité à l'expertise de l'équipe de recherche. Vous aurez aussi accès en cours et après le projet à une plateforme Web portant sur des thèmes liés à l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées.

## Compensation

Aucune compensation n'est prévue.

## Diffusion des résultats

L'approche du *Developmental Evaluation* décrite précédemment implique une collaboration entre les participants et l'équipe de recherche. Dans ce cadre une rétroaction continue sera offerte aux milieux au fur et à mesure que l'analyse progressera. Les données finales de l'ensemble des milieux participants au projet feront l'objet d'un rapport disponible et accessible aux participants. Il est prévu la création et le développement d'une plateforme Web, comportant une liste d'articles par thème touchant l'implantation des IPS en première ligne. Cette plateforme sera accessible à tous.

La diffusion scientifique des résultats de l'ensemble du projet portant sur le processus de mise en œuvre de la pratique IPSPL et des modèles de pratique performants se fera en ligne. L'existence de ce site Web sera publicisée par le biais des sites des agences, du MSSS, du centre Formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI) ainsi que par le biais de publications professionnelles (journaux des ordres professionnels et des fédérations).

## Protection de la confidentialité

Les résultats de la recherche prendront principalement la forme de recommandations génériques visant à faciliter le déploiement des IPS au Québec. À ce titre, aucune description détaillée de la situation qui prévaut dans chacun des milieux ne sera diffusée. Une attention spéciale sera prêtée au traitement du matériel sensible, par exemple des détails à propos de difficultés vécues en termes d'intégration des infirmières praticiennes spécialisées.

Par ailleurs, toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité des participants seront mises en œuvre. Les notes d'entrevues et les retranscriptions des enregistrements, si l'entrevue est enregistrée, seront dénominalisées en utilisant un système de code pour les noms d'individus et d'institutions. La correspondance entre les noms réels et les codes ne sera enregistrée qu'à un seul endroit, sous la forme d'un fichier informatique crypté avec le protocole OpenPGP et conservé sur un

Projet: Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne au Québec  
Formulaire d'information et de consentement

ordinateur dans le bureau du chercheur principal dans les locaux de l'Université de Montréal. Lui seul y aura accès. En attendant leur retranscription, les enregistrements audio seront conservés sous un format crypté avec le protocole OpenPGP dans le bureau du chercheur principal dans les locaux de l'Université de Montréal. Les enregistrements audio seront ensuite détruits au fur et à mesure dès la complétion et la validation de chaque retranscription.

Aucune information permettant d'identifier les cas ne sera dévoilée lors de la diffusion des résultats de l'étude. Aucune donnée secondaire récoltée dans le cadre du projet (p. ex. les informations de nature nominative ou confidentielle données par les participants au chercheur) ne sera utilisée ultérieurement à d'autres fins que l'étude.

Seule l'équipe de recherche, c'est à dire le chercheur principal, les co-chercheurs, la décideuse principale et, le cas échéant, les agents de recherche, aura accès aux données de la recherche. À la fin du projet, les données seront archivées sur support informatique dans un endroit fermé à clé, selon les règles en vigueur à l'Université de Montréal pour une période de 7 ans. Cependant, et bien que cela ne se produise que très rarement, des représentants des comités d'éthique de la recherche concernés par le projet, ou des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pourraient demander à avoir accès aux données en tout temps, à des fins de contrôle et de gestion. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable.

Vous pouvez, en tout temps, demander au chercheur de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

## **Droit de retrait**

Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne-ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données ou du matériel vous concernant. Il faut toutefois noter que, dans le cas d'entrevues de groupe, vous pourrez demander à ce qu'aucune de vos interventions ne soit utilisée lors de l'analyse, mais vous ne pourrez demander la destruction de l'ensemble de l'enregistrement. Enfin, il sera impossible de retirer les analyses menées sur vos données ou votre matériel une fois ces dernières publiées ou diffusées.

Projet: Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne au Québec  
Formulaire d'information et de consentement

## Consentement

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'affecte vos fonctions professionnelles au sein de votre institution.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement, j'atteste qu'on a adéquatement répondu à mes questions concernant l'étude et ma participation et j'accepte de participer au projet de recherche.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom du participant-e  
(caractère d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant-e

Date : \_\_\_\_\_

### Consentement à l'enregistrement audio des entrevues

J'accepte que les entrevues auxquelles je participerai soient enregistrées (enregistrement audio).

Oui:  Non:

Initiales: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### Déclaration de la personne ayant obtenu le consentement

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur et rôle dans la  
recherche  
(caractère d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

Date : \_\_\_\_\_

Projet: Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne au Québec  
Formulaire d'information et de consentement

### Déclaration du chercheur responsable du projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu à ses questions et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur responsable du  
projet de recherche  
(caractère d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

Date :  
\_\_\_\_\_

L'original du formulaire sera conservé à l'Université de Montréal et une copie signée sera remise au participant.

## **Appendice B : Grilles d'entrevue**

# Grille d'entrevue - IPS

---

## **1. Préalables à l'entrevue :**

- 1.1. Envoi du formulaire de consentement
- 1.2. Présentation des objectifs de la présente entrevue
- 1.3. Présentation de l'utilisation du matériel recueilli et des procédures de protection de la confidentialité
- 1.4. Signature du formulaire de consentement

## **2. Description du milieu :**

- 2.1. De façon générale, pourriez-vous nous décrire votre CSSS / Clinique ?
  - 2.1.1. Effectifs/types de professionnels
  - 2.1.2. Clientèle (socioéconomique, géographique)

## **3. Formation/expérience**

- 3.1. Pourriez-vous me décrire brièvement votre formation ainsi que votre expérience de travail?
- 3.2. Depuis combien de temps travaillez-vous ici?

## **4. Introduction du rôle d'IPS dans le milieu**

- 4.1. Êtes-vous au courant de ce qui a été fait, avant l'entrée en fonction pour préparer votre arrivée?
  - 4.1.1. Implication des comités régionaux et locaux
  - 4.1.2. Rôle de la DSI
  - 4.1.3. Implication des médecins

## **5. Processus d'accueil**

- 5.1. Pourriez-vous me décrire comment s'est passée votre arrivée à la clinique?
  - 5.1.1. Rencontre avec les autres professionnels



- 5.1.2. Rôle du médecin partenaire dans l'accueil
- 5.1.3. Rôle des autres cliniciens / administrateurs dans l'accueil
- 5.1.4. Informations offertes aux différents partenaires sur la nature et les modalités de la pratique IPS

**5.2. Lors de l'accueil, comment votre période d'orientation s'est-elle déroulée?**

## **6. Nature du travail**

**6.1. Pourriez-vous me décrire comment se passe votre journée de travail habituelle à la clinique?**

**6.2. Selon vous, quel est le rôle d'un médecin de famille ? /d'une IPS ? / d'une infirmière clinicienne de GMF ?**

**6.3. Comment pensez-vous que les autres perçoivent votre rôle?**

**6.1. Comment avez-vous procédé pour établir le partage des tâches entre les différents professionnels?**

6.1.1. Qui a été impliqué?

6.1.2. Qu'est-ce qui a justifié vos choix?

**6.2. Comment est-ce que vous concevez le rôle de la DSI en lien avec la définition des rôles ?**

**6.3. Existe-t-il des rencontres / mécanismes formels au sein de l'établissement pour le suivi avec les IPS? Est-ce plutôt des discussions informelles?**

## **7. Répartition du travail / responsabilités**

**7.1. Comment se prennent les décisions pour établir qui voit quel patient?**

**7.2. Lorsqu'il y a une décision à prendre au sujet d'un patient :**

7.2.1. Comment ça se passe?

7.2.2. Qui décide?

7.2.3. Comment la responsabilité est-elle allouée?

**7.3. Est-ce qu'il y a eu des ajustements à faire pour vous permettre d'utiliser votre droit de prescription (Dx et Rx) ? Si oui, comment et par ses ajustements ont ils été négociés ?**

## **8. Collaboration**

- 8.1. Est-ce qu'il existe des mécanismes que la clinique s'est donnés pour que la collaboration soit maintenue et même, améliorée ? Si oui, pourriez-vous m'en parler ?**
- 8.2. Lorsqu'il y a un désaccord entre vous et un autre professionnel, comment ce désaccord est-il géré?**

## **9. Conclusions**

- 9.1. Avec l'expérience que vous avez acquise, est-ce que vous avez des suggestions sur la manière dont l'accueil d'une IPS devrait être organisé?**
  - 9.1.1. Éléments fondamentaux à clarifier dès le départ
  - 9.1.2. Processus d'accueil
  - 9.1.3. Conditions de succès
- 9.2. Est-ce qu'il reste des éléments dans le processus d'intégration ou dans le développement de modes de pratique clinique performants qui vous semblent poser problème ?**

## **10. Clôture de l'entrevue**

- 10.1. Conclure en discutant d'une éventuelle collaboration sur les questions en suspend**
- 10.2. Remerciements et présentation des prochaines étapes**

# Grille d'entrevue DSI et gestionnaires

---

## 1. Préalables à l'entrevue :

- 1.1. Envoi du formulaire de consentement
- 1.2. Présentation des objectifs de la présente entrevue
- 1.3. Présentation de l'utilisation du matériel recueilli et des procédures de protection de la confidentialité
- 1.4. Signature du formulaire de consentement

## 2. Description du milieu :

- 2.1. De façon générale, pourriez-vous nous décrire votre CSSS / Clinique ?
  - 2.1.1. Effectifs/types de professionnels
  - 2.1.2. Clientèle (socioéconomique, géographique)

## 3. Formation/expérience

- 3.1. Pourriez-vous me décrire brièvement votre formation ainsi que votre expérience de travail?
- 3.2. Depuis combien de temps travaillez-vous ici?

## 4. Introduction des l'IPSPL dans le milieu

- 4.1. Comment est née l'idée d'accueillir des IPS au sein de votre CSSS / clinique?
- 4.2. Avez-vous participé à des discussions d'équipe où cette idée a été présentée ou débattue?
- 4.3. Si oui, faire un suivi pour obtenir des détails sur:
  - 4.3.1. Le moment où ces discussions ont eu lieu (début ou fin du processus décisionnel)
  - 4.3.2. Les personnes présentes lors de la discussion
  - 4.3.3. Les principaux éléments soulevés ?
  - 4.3.4. L'existence d'aspects polémiques / conflictuels

**4.4. Selon vous, Le comité local d'implantation des IPS au CSSS ou le comité régional d'implantation au niveau de l'agence ont-ils joué un rôle dans le processus décisionnel menant à l'accueil des IPS au sein de cette clinique? Si oui, lequel?**

## **5. Préparation de l'environnement:**

**5.1. Pouvez-vous me décrire comment s'est passée l'arrivée de l'IPS?**

**5.2. Y a-t-il eu des démarches/actions pour préparer l'arrivée de l'IPS?**

**5.3. Est-ce que d'autres acteurs ont été mobilisés dans le processus d'accueil ? Si oui lesquels et quelle a été leur implication ?**

**5.4. Suivi pour savoir si les éléments ci-dessous ont été abordés avant l'entrée en fonction des IPS.**

5.4.1. Espaces physiques nécessaires

5.4.2. Établissement du salaire / grilles salariales

5.4.3. Séances de discussion ou de formation sur les rôles et la pratique IPS

**5.5. Quels ont été les principaux défis que vous avez rencontrés lors de la préparation de l'arrivée de l'IPS**

## **6. Implantation du rôle**

**6.1. Existe-t-il des rencontres / mécanismes formels au sein de l'établissement qui servent à faire le suivi de l'implantation des IPS? Est-ce plutôt des discussions informelles?**

**6.2. Quels sont les activités et les mécanismes de soutien et de suivis de la pratique des IPS que vous avez utilisés ou mis en place ?**

**6.3. Quels sont les principaux défis auxquels vous devez faire face dans l'encadrement de la pratique de l'IPS?**

**6.4. Est-ce que les IPS ont déjà pris contact avec vous pour discuter des défis de l'implantation du rôle ? Si oui sur quoi portaient leurs préoccupations ?**

**6.5. Est-ce que des IPSs vous ont déjà fait part de préoccupations personnelles concernant les conditions de travail?**

## **7. Collaboration interprofessionnelle**

**7.1.**

- 7.1. Est-ce que l'arrivée des IPS a amené les changements dans votre organisation ?
- 7.2. Depuis que des IPS sont en poste, est-ce que vous avez remarqué des changements dans la nature du fonctionnement des équipes cliniques ?
- 7.3. Avez-vous l'impression que le rôle de l'IPS est bien compris par l'ensemble des équipes ?
- 7.4. Parlez-moi des mécanismes que l'établissement s'est donné pour que la collaboration soit maintenue ou améliorée.

## **8. Conclusions**

- 8.1. Avec l'expérience que vous avez acquise, est-ce que vous avez des suggestions sur la manière dont l'accueil d'une IPS devrait être organisé?
  - 8.1.1. Éléments fondamentaux à clarifier dès le départ
  - 8.1.2. Processus d'accueil
  - 8.1.3. Conditions de succès
- 8.2. Est-ce qu'il reste des éléments dans le processus d'intégration ou dans le développement de modes de pratique clinique performants qui vous semblent poser problème ?

## **9. Conclusions générales**

- 9.1. Conclure en discutant d'une éventuelle collaboration sur les questions en suspens
- 9.2. Remerciements et présentation des prochaines étapes

# Grille d'entrevue - Médecin partenaire

---

## 1. Préalables à l'entrevue :

- 1.1. Envoi du formulaire de consentement
- 1.2. Présentation des objectifs de la présente entrevue
- 1.3. Présentation de l'utilisation du matériel recueilli et des procédures de protection de la confidentialité
- 1.4. Signature du formulaire de consentement

## 2. Description du milieu :

- 2.1. De façon générale, pourriez-vous nous décrire votre clinique en termes d'effectifs et de clientèle?

## 3. Formation/expérience

- 3.1. Pourriez-vous me décrire brièvement votre formation ainsi que votre expérience de travail?
- 3.2. Depuis combien de temps travaillez-vous ici?

## 4. Introduction des l'IPSPL dans le milieu

- 4.1. Savez-vous comment est née l'idée d'accueillir des IPS au sein de votre clinique?
- 4.2. Avez-vous participé à des discussions d'équipe où cette idée a été présentée ou débattue?
- 4.3. Si oui, faire un suivi pour obtenir des détails sur:
  - 4.3.1. Les personnes présentes lors de la discussion
  - 4.3.2. Les principaux éléments soulevés ?
  - 4.3.3. L'existence d'aspects polémiques / conflictuels
- 4.4. Selon vous, Le comité local d'implantation des IPS au CSSS ou le comité régional d'implantation au niveau de l'agence ont-ils joué un rôle dans le processus décisionnel menant à l'accueil des IPS au sein de cette clinique? Si oui, lequel?

## 5. Préparation de l'environnement:

- 5.1. Avez-vous été impliqué dans des démarches pour préparer l'arrivée de l'IPS?
- 5.2. Est-ce que d'autres acteurs (collègues, autres professionnels, gestionnaires) ont été mobilisés dans le processus d'accueil ? Si oui quelle a été leur implication ?
- 5.3. Suivi pour savoir si les éléments ci-dessous ont été abordés avant l'entrée en fonction des ISP.
  - 5.3.1. Espaces physiques nécessaires
  - 5.3.2. Formation sur les rôles et la pratique IPS
- 5.4. Quels ont été les principaux défis que vous avez rencontrés lors de la préparation de l'arrivée de l'IPS
- 5.5. Dans vos discussions informelles avec des collègues, est-ce que l'arrivée d'une IPS est un sujet qui a été soulevé?
- 5.6. Est-ce que la DSI du CSSS, ou quelqu'un qui la représente, a été impliquée dans les échanges sur l'introduction de l'IPS?

## 6. Implantation du rôle

- 6.1. Existe-t-il des rencontres / mécanismes formels au sein de la clinique qui servent à faire le suivi de l'implantation des IPS? Est-ce plutôt des discussions informelles?
- 6.2. Est-ce que l'IPS a déjà pris contact avec vous pour discuter des difficultés pratique de l'implantation de son rôle ? Si oui sur quoi portaient leurs préoccupations ?

## 7. Vision et partage des rôles

- 7.1. Selon vous, quel est le rôle d'un médecin de famille ? /d'une IPS ? / d'une infirmière clinicienne de GMF ?
- 7.2. Comment avez-vous procédé pour établir le partage des tâches entre les différents professionnels?
  - 7.2.1. Qui a été impliqué?
  - 7.2.2. Qu'est-ce qui a justifié vos choix?
- 7.3. Comment est-ce que vous concevez le rôle de la DSI en lien avec la définition des rôles ?

**7.4. Existe-t-il des rencontres / mécanismes formels au sein de l'établissement pour le suivi avec les IPS? Est-ce plutôt des discussions informelles?**

## **8. Répartition du travail / responsabilités**

**8.1. Dans le quotidien de votre travail, quelles sont vos interactions avec l'IPS ?**

**8.2. Est-ce que vous voyez des avantages à travailler dans une équipe qui intègre une IPS ?**

**8.3. Est-ce que vous voyez des inconvénients à travailler dans une équipe qui intègre une IPS ?**

**8.4. Depuis que l'IPS est en poste, est-ce que vous avez remarqué des changements dans la nature du fonctionnement de l'équipe clinique?**

**8.5. Est-ce qu'il y a eu des ajustements à faire pour permettre à l'IPS d'utiliser son droit de prescription (Dx et Rx) ? Si oui, avez-vous été impliqué ?**

**8.6. Comment se prennent les décisions pour établir qui voit quel patient?**

**8.7. Lorsqu'il y a une décision à prendre au sujet d'un patient :**

8.7.1. Comment ça se passe?

8.7.2. Qui décide?

8.7.3. Comment la responsabilité est-elle allouée?

**8.8. Lorsqu'il y a un désaccord entre vous et un autre professionnel, comment ce désaccord est-il géré?**

**8.9. Est-ce qu'il existe des mécanismes que la clinique s'est donnés pour que la collaboration soit maintenue et même, améliorée ? Si oui, pourriez-vous m'en parler ?**

## **9. Conclusions**

**9.1. Rétrospectivement quelles étaient vos attentes/appréhensions face à l'introduction des IPS dans votre milieu?**

**9.2. Avec l'expérience que vous avez acquise, est-ce que vous avez des suggestions sur la manière dont l'accueil d'une IPS devrait être organisé?**

9.2.1. Éléments fondamentaux à clarifier dès le départ



- 9.2.2. Processus d'accueil
- 9.2.3. Conditions de succès

**9.3. Est-ce qu'il reste des éléments dans le processus d'intégration ou dans le développement de modes de pratique clinique performants qui vous semblent poser problème ?**

## **10. Clôture de l'entrevue**

- 10.1. Conclure en discutant d'une éventuelle collaboration sur les questions en suspend
- 10.2. Remerciements et présentation des prochaines étapes

# Grille d'entrevue - Infirmières cliniciennes et autres professionnels

---

## 1. Préalables à l'entrevue :

- 1.1. Envoi du formulaire de consentement
- 1.2. Présentation des objectifs de la présente entrevue
- 1.3. Présentation de l'utilisation du matériel recueilli et des procédures de protection de la confidentialité
- 1.4. Signature du formulaire de consentement

## 2. Description du milieu :

- 2.1. De façon générale, pourriez-vous nous décrire votre clinique ?
  - 2.1.1. Effectifs/types de professionnels
  - 2.1.2. Clientèle (socioéconomique, géographique)

## 3. Formation/expérience

- 3.1. Pourriez-vous me décrire brièvement votre formation ainsi que votre expérience de travail?
- 3.2. Depuis combien de temps travaillez-vous ici?

## 4. Introduction des l'IPSPL dans le milieu

- 4.1. Savez-vous comment est née l'idée d'accueillir des IPS au sein de votre clinique?
- 4.2. Avez-vous participé à des discussions d'équipe où cette idée a été présentée ou débattue?

## 5. Préparation de l'environnement:

- 5.1. Avez-vous été impliqués dans les démarches/actions pour préparer l'arrivée de l'IPS?
- 5.2. Dans vos discussions informelles avec des collègues, est-ce que l'arrivée d'une IPS est un sujet qui a été soulevé?

## **6. Implantation du rôle**

- 6.1. Existe-t-il des rencontres / mécanismes formels au sein de la clinique qui servent à faire le suivi de l'implantation des IPS? Est-ce plutôt des discussions informelles?**

## **7. Vision et partage des rôles**

- 7.1. Selon vous, quel est le rôle d'un médecin de famille ? /d'une IPS ? / d'une infirmière clinicienne de GMF ?**
- 7.2. Comment avez-vous procédé pour établir le partage des tâches entre les différents professionnels?**
- 7.2.1. Qui a été impliqué?
- 7.2.2. Qu'est-ce qui a justifié vos choix?
- 7.3. Comment est-ce que vous concevez le rôle de la DSI en lien avec la définition des rôles ?**
- 7.4. Existe-t-il des rencontres / mécanismes formels au sein de l'établissement pour le suivi avec les IPS? Est-ce plutôt des discussions informelles?**

## **8. Répartition du travail / responsabilités**

- 8.1. Dans le quotidien de votre travail, quelles sont vos interactions avec l'IPS ?**
- 8.2. Est-ce que l'arrivée d'une IPS a modifié votre travail d'une manière ou d'une autre ?**
- 8.3. Est-ce que vous voyez des avantages à travailler dans une équipe qui intègre une IPS ?**
- 8.4. Est-ce que vous voyez des inconvénients à travailler dans une équipe qui intègre une IPS ?**
- 8.5. Depuis que l'IPS est en poste, est-ce que vous avez remarqué des changements dans la nature du fonctionnement de l'équipe clinique?**
- 8.6. Quand un de vos patients a besoin d'un diagnostic, d'un traitement ou d'un test, comment est-ce que vous décidez si vous le référez à l'IPS ou à un médecin ?**

## **9. Collaboration**

- 9.1. Est-ce qu'il existe des mécanismes que la clinique s'est donnés pour que la collaboration soit maintenue et même, améliorée ? Si oui, pourriez-vous m'en parler ?
- 9.2. Lorsqu'il y a un désaccord entre vous et un autre professionnel, comment ce désaccord est-il géré?

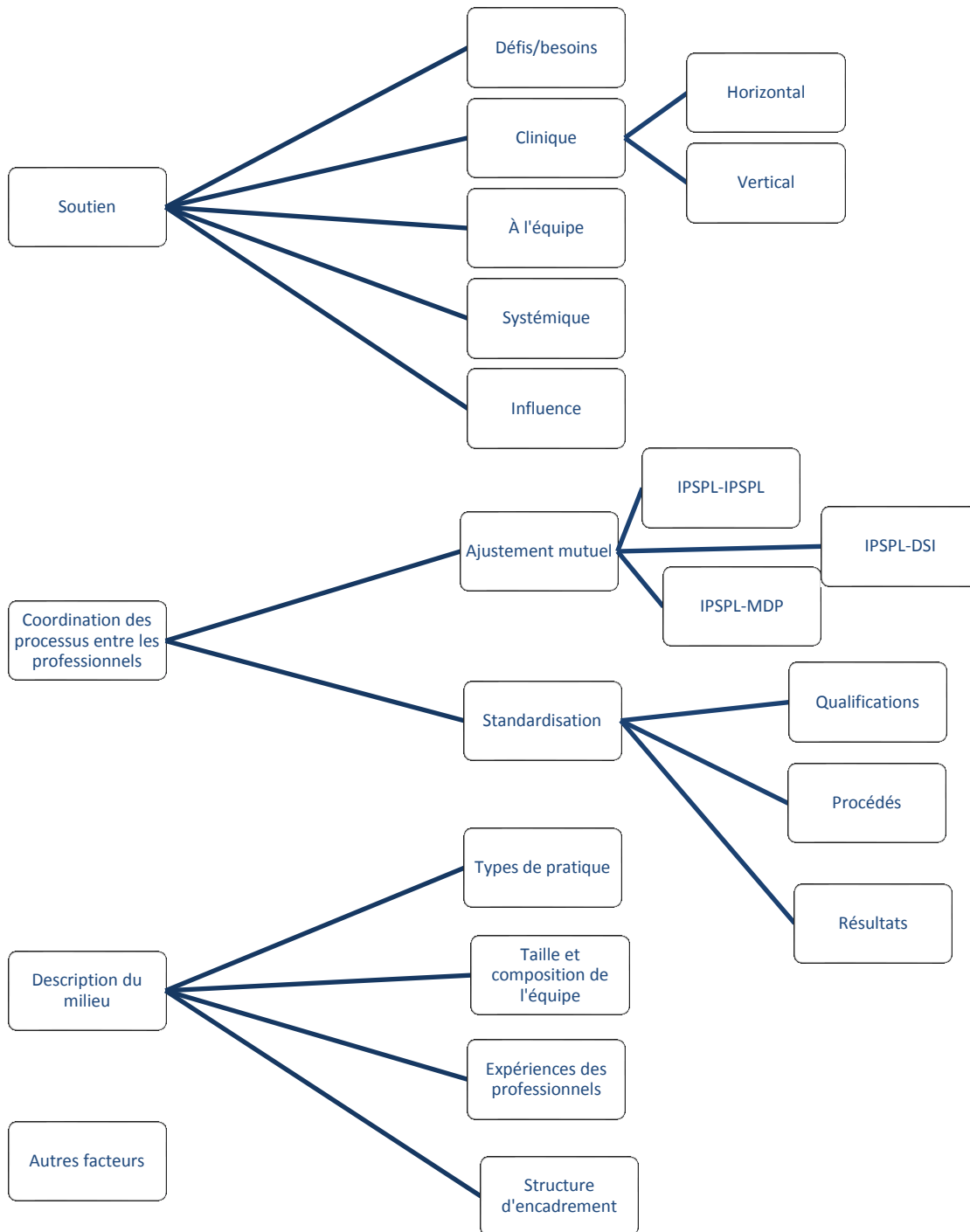
## 10. Conclusions

- 10.1. Par rapport à ce que vous imaginiez avant l'arrivée d'une IPS, est-ce qu'il y a des choses qui vous ont surprises dans ce que représente la collaboration dans un tel contexte ?
- 10.2. Est-ce qu'il reste des éléments dans le processus d'intégration ou dans le développement de modes de pratique clinique performants qui vous semblent poser problème ?

## 11. Clôture de l'entrevue

- 11.1. Conclure en discutant d'une éventuelle collaboration sur les questions en suspend
- 11.2. Remerciements et présentation des prochaines étapes

## **Appendice C : Schéma des codes**



## **Appendice D : Définitions des codes**

**Description du milieu :** éléments qui informent sur la clientèle et les besoins populationnels, la taille et la composition de l'équipe de soins, l'expérience des professionnels qui la compose ainsi que les caractéristiques des services offerts.

**Structure d'encadrement :** ce qui se rapporte à la notion d'hierarchisation, formalisation des relations d'encadrement de l'IPSPL, nomination des supérieurs-immédiats, définition des fonctions d'encadrement

**Coordination des activités :** ce qui concerne les mécanismes sous-jacents à la transmission des informations, à l'articulation des soins et services entre les professionnels, aux prises de décisions tant administratives que cliniques et à la consultation entre professionnels

- **Ajustement mutuel :** coordination du travail par communication directe et informelle entre des professionnels
- **Standardisation des qualifications :** basée sur les savoirs ou compétences acquis lors de la formation académique ou via la formation continue reçue en cours d'emploi qui permet à chaque professionnel de contribuer selon son champ d'expertise
- **Standardisation des résultats :** basée sur des objectifs à atteindre par professionnels et par services
- **Standardisation des procédés :** subdivision des services et assignation de tâches précises aux différents professionnels pour assurer une continuité

**Soutien :**

- **Soutien clinique :** qui se rapporte au maintien et développement des compétences, à l'aide nécessaire à la réalisation des activités cliniques auprès de la clientèle
- **Soutien à l'équipe :** processus qui concernent les dynamiques d'équipe; relations de collaboration, arrimage des pratiques professionnels, adéquation des services avec les besoins de la clientèle, gestion des ressources, climat de travail



- **Soutien systémique** : processus qui prennent souvent place à l'extérieur des milieux de soins, pour des enjeux interpellant diverses instances, ayant un spectre d'intervention plus large et pouvant palier à des problématiques possiblement récurrentes à travers les différents milieux de pratique IPSPL
- **Défis/enjeux de la pratique** : ce qui déterminent les processus de soutien et justifie la participation des divers acteurs au développement ou à l'amélioration de la pratique de l'IPSPL et/ou de son équipe
- **Influence** : éléments qui paraissent affecter la qualité ou la quantité de l'offre de soutien aux IPSPL

**Autres facteurs** : éléments mentionnés par les participants et ne pouvant pas s'appliquer à l'une ou l'autre des codes ci-dessus.

**Appendice E : Formulaire d'engagement à la protection de la confidentialité  
des renseignements personnels**

## Formulaire d'engagement à la protection de la confidentialité des renseignements personnels

**Projet MP-ASSS-MTL-12-001 : *Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne (IPSPL) au Québec***

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, en tant que \_\_\_\_\_ dans le projet de recherche mentionnée en titre, m'engage à ne pas communiquer ni divulguer ni révéler de quelque façon que ce soit à quiconque n'ayant pas signé un engagement à la confidentialité concernant la présente recherche, les renseignements personnels qui me seront communiqués dans le cadre de cette recherche.

Je m'engage également à prendre les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits et qui sont raisonnables compte tenu notamment de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support. Je m'engage à ne divulguer aucune information pouvant permettre d'identifier une personne.

Les renseignements personnels seront conservés dans les locaux de l'Université de Montréal (bureau 5094, pavillon Marguerite D'Youville) et nous en assurerons la confidentialité.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_