

Université de Montréal

Le rôle de l'infirmière de première ligne quant aux troubles mentaux courants dans un
contexte interprofessionnel : une étude de cas multiples

Par
Maude Charron

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présentée en vue de l'obtention du grade
de Maîtrise ès sciences en Sciences infirmières
option expertise conseil

Août 2016

© Maude Charron, 2016

Résumé

Problématique : Au Québec, les troubles anxieux et dépressifs touchent près d'une personne sur cinq au cours de leur vie. Elles consultent majoritairement dans les services de première ligne (SPL) qui sont souvent dispensés en collaboration interprofessionnelle, mais qui ne semblent pas répondre efficacement à leurs besoins. Le rôle optimal (RO) infirmier permet d'intervenir lors du continuum de services. Un écart entre les rôles réels (RR) et le RO des infirmières semble s'observer dans les SPL. **But :** Décrire et analyser le RR de l'infirmière lors de la prestation des soins aux personnes atteintes de troubles dépressifs et anxieux dans les équipes multiprofessionnelles de première ligne. **Méthodologie :** 15 professionnels de la santé (infirmières [n=9], autres [n=6]) dans deux milieux de SPL ont participé à cette étude de cas multiples qualitative. **Résultats :** Trois catégories de facteurs influencent l'écart entre les RR et le RO des infirmières, soit les facteurs liés : 1) à l'équipe, 2) à la clientèle et 3) aux infirmières. La formation du RO des infirmières influence également l'écart. L'approche typiquement holistique et non stigmatisante des infirmières ainsi que la réduction de l'écart entre les RR et le RO semblent optimiser la prise en charge des TMC dans les SPL. **Conclusion :** Cette recherche met en lumière les facteurs pour réduire l'écart entre les RR et le RO. La formation des professionnels et l'organisation du travail dans le milieu clinique devrait mettre l'accent sur la collaboration interprofessionnelle, maximisant ainsi la pratique des professionnels selon leurs RO.

Mots-clés : Infirmières, troubles anxieux, troubles dépressifs, services de première ligne, collaboration interprofessionnelle, rôle infirmier.

Summary

Problematic: In Québec, anxiety and depressive disorders affect nearly one in five people in their lives. They mainly consult in primary care services which are often provided in interprofessional collaboration but does not seem to succeed to effectively meet their needs. The optimal role allows nurses to intervene throughout the care plan. A difference between the nurse's actual and optimal roles seems to be observed in the primary care services. **Purpose:** To describe and analyze the nurse's actual roles in primary care multiprofessional teams during the delivery of care to people with depressive and anxiety disorders. **Methods:** 15 healthcare professionals (nurses [n=9], others [n=6]) in two primary care service environments participated in this qualitative multiple case study. **Results:** Three categories of factors influence the difference between the nurses' actual and optimal roles: 1) the team, 2) the customer and 3) the nurses. Nurse's training on the optimal role also influences the gap. The typical nurse's holistic approach and the nurse's actual role approaching the optimal role seem to contribute to primary care services in mental health. **Conclusion:** University training for health professionals and the organization of work in the clinical setting should focus on interprofessional collaboration, maximizing the contribution of optimal role. This research highlights the factors to reduce the gap between the nurse's actual and optimal roles.

Keywords: Nurses, anxiety disorders, depressive disorders, primary care services, interprofessional collaboration, nurse's role.

Table des matières

Résumé.....	i
Liste des figures	vi
Liste de tableau	vii
Liste des abréviations.....	viii
Remerciements.....	xi
Chapitre I : La problématique	1
Les troubles mentaux	2
Les services de première ligne au Québec	2
Les services en santé mentale au Québec	4
Les services de première ligne en santé mentale	6
La collaboration en santé mentale.....	7
Le rôle des infirmières au Québec	9
La définition du rôle professionnel	9
Le rôle infirmier quant aux troubles mentaux.....	10
Le but de l'étude	12
Les questions de recherche	12
Chapitre II : La recension des écrits	13
Les troubles mentaux	14
Les facteurs de risque individuels des troubles mentaux courants	15
Les répercussions bio-psycho-sociales	16
Les services de première ligne.....	18
Les professionnels de première ligne.....	19
Les éléments à améliorer dans les services de première ligne.....	21
L'organisation des services en santé mentale	23
Le modèle de soins en étapes.....	23
Le modèle de soins hiérarchisés	24
Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010	24
Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020	26
Les éléments pour améliorer les services en santé mentale en première ligne	26
La collaboration en santé mentale.....	27
La collaboration interprofessionnelle	27
La collaboration interorganisationnelle	28
La situation de la collaboration dans les services de première ligne	28
Les interventions pour optimiser la collaboration	30
Les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle en santé mentale	32
Le rôle optimal de l'infirmière par rapport à la santé mentale.....	33
L'infirmière clinicienne de première ligne	35
L'infirmière des équipes en santé mentale de première ligne.....	37
L'infirmière en pratique avancée spécialisée en santé mentale et en soins psychiatriques	37
L'infirmière praticienne spécialisée en première ligne.....	38
Cadre de référence	41
Le modèle de Abbott.....	41

Le modèle de Sicotte.....	44
Chapitre III : la méthodologie.....	46
Devis de l'étude	47
Le déroulement de l'étude	48
Les milieux.....	48
Les participants	50
La collecte des données	51
L'analyse des données	53
La rigueur méthodologique.....	55
Validité interne des résultats.....	55
La validité externe des résultats.....	56
Les considérations éthiques	57
Chapitre IV : Les résultats	61
Le milieu B	62
La structure de l'organisation	62
Les facteurs qui influencent les rôles réels des infirmières de première ligne quant à la prise en charge des TMC	66
La perception des infirmières de leurs rôles réels quant aux TMC	69
La perception des professionnels des rôles réels infirmiers quant aux TMC	71
La contribution des infirmières à la prestation des soins en santé mentale	72
Synthèse du milieu B	73
Le milieu A	74
La structure de l'organisation	74
Les facteurs qui influencent les rôles réels des infirmières de première ligne quant à la prise en charge des TMC	75
La perception des infirmières de leurs rôles réels quant aux TMC	77
La perception des professionnels des rôles réels infirmiers quant aux TMC	79
La contribution des infirmières à la prestation des soins TMC	80
Synthèse du milieu A	81
Analyse inter cas concernant l'optimisation des rôles réels infirmiers quant aux TMC dans les services de première ligne interprofessionnels	82
Conclusion	88
Chapitre V : La discussion.....	89
Comparaison entre les données et le cadre de référence.....	90
Les règles législatives	90
L'acceptation du rôle optimal infirmier par la population.....	93
La pratique terrain.....	94
Comparaison entre les deux milieux.....	97
L'influence de la structure de l'organisation	97
Les rôles réels des infirmières selon elles-mêmes	98
Les rôles réels des infirmières selon les autres professionnels.....	98
Le modèle conceptuel de prise en charge des TMC basé sur le rôle infirmier optimal et la collaboration interprofessionnelle.....	99
Retombées pour les sciences infirmières	101
Pour la recherche.....	101
Limites	105

Chapitre VI : Conclusion	107
Transfert de connaissance	109
Retombées pour la pratique	109
Références.....	111
Annexe A	123
Annexe B	133
Guide d’entrevue infirmière.....	133
Guide d’entrevue pour les autres professionnels	134
Annexe C	137
Annexe D	139
Annexe E.....	147
Annexe F.....	155
Annexe G	163

Liste des figures

Figure 1. Schématisation des services en santé mentale et des avantages du rôle infirmier de 1 ^{re} ligne par rapport à la santé mentale	40
Figure 2. Le cadre de référence du développement des rôles réels des professionnels	42
Figure 3. Typologie des modèles des services de première ligne	66
Figure 4. Le modèle conceptuel de la prise en charge des personnes souffrant de TMC basé sur un rôle infirmier optimal et une collaboration interprofessionnelle	100

Liste de tableau

Tableau I. La prévalence du trouble dépressif et du trouble d'anxiété généralisée au cours de la vie (ISQ, 2015).....	15
---	----

Liste des abréviations

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CMP	Collège des médecins du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré université de santé et de services sociaux
CERES	Comité d'éthique de la recherche en santé
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSST	Commission de la santé et sécurité au travail
CVP	Communauté virtuelle de pratique
CPIS	Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé
ESPI	Équipe de soins primaires intégrés
ECR	Essais cliniques randomisés
GMF	Groupe de médecine familiale
GPS	Guide priorité santé
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASM	Plan d'action en santé mentale
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
SABSA	Service à bas seuil d'accessibilité
TMC	Trouble(s) mental(aux) courant(s)
UMF	Unité de médecine familiale
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WHO	<i>World Health Organization</i>

WONCA

World Organization of Family Doctors

*À mes parents, mes soeurs et mes six petits amours.
Vous m'avez permis de terminer cette grande
aventure en deux ans, avec le sourire ! 😊*

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier mon directeur de recherche, Monsieur Arnaud Duhoux. Au cours des deux dernières années, ta présence, ton écoute et tes conseils ont été pour moi une grande source d'inspiration. Apprendre à bâtir et à réaliser des projets de recherche à tes côtés a été un privilège. Toujours présent pour m'écouter (et non pour me donner la réponse !), tu m'as amenée à me dépasser comme étudiante chercheuse, mais aussi en tant que personne. Je t'en suis très reconnaissante.

À mon co-directeur, Monsieur Damien Contandriopoulos, merci de m'avoir partagé tes connaissances. Les nombreux livres que tu m'as fait lire au cours des deux dernières années n'ont pas toujours été faciles à comprendre, mais ils m'ont ouvert les yeux sur des disciplines que j'ignorais. Merci de m'avoir accompagné tout au long de ce parcours, tu as fait de moi une personne plus ouverte sur les disciplines entourant le monde médical.

Papa, maman, merci d'avoir été là. Votre présence m'a permis de persévérer. Votre compréhension et votre vécu par rapport aux études supérieures m'ont permis de relativiser ce parcours parfois houleux. Merci de m'avoir inculqué l'importance des études et la persévérance. Mes sœurs, merci d'avoir été là pour m'écouter et m'encourager. Mes petits amours, vous m'avez permis de décrocher de mes lectures, de rire et de me concentrer sur ce qui est vraiment important.

Chapitre I : La problématique

Les troubles mentaux

Selon les données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012, plus d'un Québécois sur cinq sera atteint d'un trouble mental courant (TMC) au cours de sa vie (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2015). Les TMC incluent les troubles dépressifs et anxieux (Gouvernement du Québec, 2012a). Dans les prochaines années, l'incidence des troubles mentaux continuera de s'accroître. Depuis le début des années 2000, la première cause de mortalité dans le monde est la cardiopathie ischémique (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2014). L'OMS estime que d'ici 2030, la dépression sera la principale cause de mortalité dans le monde (OMS, 2011). Selon l'OMS, la santé mentale se définit comme : « [...] un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. » (OMS, 2016, paragr. 2). Ces troubles mentaux peuvent avoir des répercussions bio-psycho-sociales quotidiennes pour les personnes qui en souffrent (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2005 ; American Psychiatric Association [APA], 2013). De plus, les personnes atteintes de maladies physiques chroniques sont plus à risque d'être atteintes d'un TMC (Gili, Comas, García-García, Monzón, Antoni et Roca, 2010). Tous les Québécois et Québécoises ne sont pas égaux par rapport à la probabilité de souffrir un jour d'un TMC. Les conditions de vie défavorables entraînent un risque accru de problèmes de santé physique et mentale (Mikkonen et Raphael, 2001). L'accessibilité à des services de santé est également un déterminant social important de la santé (Mikkonen et Raphael, 2001).

Les services de première ligne au Québec

Au Québec, les services de première ligne sont offerts dans des organisations publiques ou privées. Il existe deux types d'organisations publiques : les unités de médecine familiale

(UMF) et les centres locaux de santé communautaire (CLSC). Les UMF ont à la fois une mission clinique, une mission d'enseignement et une mission de recherche (Université de Montréal, N/D). Les CLSC visent à « offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, ainsi que des activités de santé publique. » (Gouvernement du Québec, 2016a, paragr. 2). Les organisations privées regroupent tous les cabinets médicaux, y compris les Groupes de médecine familiale (GMF). Les groupes de médecins des organisations privées et publiques sont admissibles à du financement public par le biais du programme GMF (Gouvernement du Québec, 2015b). Les GMF doivent répondre à certains critères liés au nombre d'heures et de jours d'ouverture ainsi qu'au taux d'assiduité de la clientèle inscrite (Gouvernement du Québec, 2015b). Les GMF visent à assurer à la clientèle inscrite l'accès à des services de santé offerts par des médecins de famille, travaillant en collaboration avec d'autres professionnels, au moment opportun (Gouvernement du Québec, 2015b). Depuis quelques années, un nouveau type d'organisation de première ligne a été mis en place. Il s'agit des cliniques infirmières privées de première ligne. Celles-ci sont basées sur différentes structures dont des coopératives de santé et des entreprises privées. La coopérative de solidarité - Service À Bas Seuil d'Accessibilité (SABSA) est l'une des cliniques infirmières pionnières au Québec. Cette coopérative est une initiative mise en place par deux infirmières en 2011 afin de répondre aux besoins de clientèles vulnérables (Contandriopoulos et al., 2015b). Les soins sont majoritairement prodigués par une équipe d'infirmières ayant développé un réseau de collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle (Contandriopoulos et al., 2015b).

Les services de première ligne se définissent par « the provision of *integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community.* » (Institut of medicine, 1994 p.27). Selon le principe de hiérarchisation des soins, les services de première ligne sont considérés comme la porte d'entrée du système de santé (Conseil médical du Québec, 1995).

L'ensemble du système de santé a comme objectif d'assurer des services équitables, peu importe les besoins, les problèmes, le moment et le lieu où se trouvent les personnes nécessitant ces services, et ce, tout au long de leur continuum de santé (Conseil médical du Québec, 1995). Par contre, les recherches sur les services de première ligne ont montré que pour plusieurs personnes l'accessibilité aux services était très en deçà des besoins. L'enquête sur les services de première ligne dans les régions de Montréal et de la Montérégie a montré que 18% des personnes âgées de plus de 18 ans avaient des besoins non comblés par les services de première ligne durant les six mois précédents l'enquête (Levesque et al., 2007).

Selon les résultats du projet de recherche *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude de la première ligne au Québec*, pour améliorer leur efficience, les services de première ligne devraient mettre l'accent sur la pratique médicale de groupe, l'apport des technologies d'information et la collaboration interprofessionnelle (Hamel et al., 2007).

Les services en santé mentale au Québec

Les services en santé mentale se retrouvent dans plusieurs lignes de services au Québec. Selon la sévérité du trouble mental, celui-ci sera pris en charge par les services de première, de deuxième ou de troisième ligne (MSSS, 2005). Les services de première ligne ont été identifiés dans le modèle de soins hiérarchisés (MSSS, 2005 ; MSSS, 2015) et le modèle

de soins en étapes (World health organisation [WHO] et World Organization of Family Doctors [WONCA], 2008) comme étant les services pouvant assurer la prise en charge des TMC. En effet, le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 (MSSS, 2005), adopté dans la foulée de la création des Centres de santé et des services sociaux (CSSS) et du développement des réseaux locaux de soins en 2003 (Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, RLRQ c A-8.1), intégrait les TMC à l'intérieur d'un modèle de soins hiérarchisés reposant sur des services de première ligne plus développés et permettant l'utilisation optimale des ressources du système de santé (MSSS, 2005). Les services de première ligne se veulent être le premier point de contact pour la délivrance des services diagnostics et thérapeutiques ainsi que l'orientation du client dans le réseau de la santé. Quant aux services de deuxième et de troisième ligne, ils s'adressent aux personnes souffrant de troubles de santé mentale plus complexes et plus rares (MSSS, 2005).

Ce type d'organisation hiérarchisée avait pour objectif de désengorger les services de deuxième et de troisième ligne ainsi que de diminuer la stigmatisation (MSSS, 2005). La stigmatisation touche les personnes souffrant de troubles mentaux (Langille, 2014). Le PASM 2015-2020 s'inscrit dans la continuité du PASM 2005-2010 et réitère l'importance des services de première ligne dans la prise en charge des troubles mentaux (MSSS, 2015). Le modèle de soins en étapes mis de l'avant par l'OMS et le WONCA (2008) est basé sur le même principe, c'est-à-dire une première ligne forte pouvant assurer la prestation de l'ensemble des soins courants, incluant les soins pour les personnes souffrant de TMC et l'orientation des personnes atteintes de troubles mentaux plus graves vers les services spécialisés.

Les services de première ligne en santé mentale

Selon les dernières données disponibles, les services offerts en première ligne au Québec ne réussissent pas à assurer l'accessibilité à un traitement adéquat pour les TMC (Duhoux, Fournier, Gauvin et Roberge, 2012 ; Roberge et al., 2015). Seulement 52% des personnes atteintes d'un épisode de dépression majeure (Duhoux et al., 2012) et 36% de celles souffrant d'anxiété généralisée (Roberge et al., 2015) obtiennent un traitement minimalement adéquat. Pour que le traitement soit considéré comme minimalement adéquat, il devait comprendre l'une ou les deux composantes suivantes : 1) le traitement pharmacologique adéquat (prescription d'un médicament recommandé dans les guides de pratique au cours des 12 derniers mois et au moins trois rendez-vous médicaux) et 2) la psychothérapie adéquate (minimum de 12 consultations et utilisation d'au moins l'une des psychothérapies recommandées) (Duhoux et al., 2012 et Roberge et al., 2015). De plus, 29% des personnes atteintes de troubles dépressifs ou anxieux au Québec ont rapporté des besoins non comblés par les services de première ligne lors de la dernière année (Dezetter, Duhoux, Meneau, Roberge, Chartrand et Fournier, 2015). Cette situation a été mise en évidence dans le cadre du projet de recherche *Dialogue*, lequel s'est déroulé dans plusieurs régions du Québec de 2006 à 2009. Ce projet visait à examiner les facteurs contextuels liés à la réalisation du PASM 2005-2010 ainsi que les facteurs organisationnels et individuels propres à chacune des cliniques (Fournier et al., 2010). Lors de l'analyse des données, les chercheurs ont également noté que la qualité et l'organisation des services en santé mentale influencent l'évolution de l'état de santé de cette clientèle (Fournier et al., 2010 ; Duhoux et al., 2012).

Cette étude a montré que les caractéristiques des organisations des services de première ligne influencent la qualité des soins en santé mentale. Les organisations 1) offrant des

services élargis et ayant développé des liens de collaboration interorganisationnelle, 2) misant sur la continuité et le suivi, 3) ayant une approche populationnelle, 4) ayant des heures d'ouverture étendue 5) ainsi qu'une pratique de groupe et interprofessionnelle ont un effet positif sur l'expérience de soins, la détection des troubles mentaux ainsi que le traitement reçu (Fournier et al., 2010). Au niveau clinique, trois caractéristiques sont associées à des soins adéquats en santé mentale : 1) la possibilité de suivre une psychothérapie au même endroit que le suivi médical, 2) l'utilisation d'algorithmes de traitement par les médecins et 3) le fait que les médecins perçoivent leur mode de rémunération comme étant adéquat pour prendre en charge les TMC (Duhoux et al., 2012).

La collaboration est un élément mis de l'avant dans les modèles organisationnels de services en santé mentale (MSSS, 2005 ; WHO et WONCA, 2008), dans les PASM (MSSS, 2005 ; MSSS, 2015) ainsi que dans les recherches recensées dans la méta-analyse d'Archer et ses collègues (2012) portant sur la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs dans les services de première ligne.

La collaboration en santé mentale

Dans les différents modèles organisationnels et les plans d'action en santé mentale, deux types de collaboration ont été mis de l'avant. Il s'agit de la collaboration interorganisationnelle et de la collaboration interprofessionnelle (MSSS, 2005 ; MSSS 2015 ; WHO et WONCA). La collaboration interorganisationnelle s'observe lorsque plusieurs professionnels provenant de différentes organisations du système de santé sont appelés à collaborer (D'Amour, 2002). Dans un tel cadre, la collaboration interprofessionnelle peut être observée, car ce dernier type de collaboration comprend les interactions durant lesquelles des

membres de plusieurs professions s'échangent de l'information et prennent des décisions (D'Amour, 1997).

Au Québec, les trois plus grandes organisations de professionnels de la santé (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec [OIIQ], Collège des médecins du Québec [CMP] et Ordre des pharmaciens du Québec [OPQ]) ont publié leur énoncé de position sur la collaboration interprofessionnelle au début du mois de juin 2015 (OIIQ, CMQ et OPQ, 2015).

Ce type de collaboration est défini comme :

[...] le processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes / patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux. (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé [CPIS], 2010, p.8)

Selon ces organisations, la collaboration interprofessionnelle repose sur 1) une compréhension et un respect des champs d'exercice respectifs des professionnels, 2) une communication efficace entre les intervenants et 3) une définition claire des rôles et des responsabilités de chacun (OIIQ, CMQ et OPQ, 2015). La clarification des rôles des différents professionnels est une étape essentielle à la mise en place de la collaboration interprofessionnelle (CPIS, 2010 ; Brault et al., 2014). Cette étape est importante, car le MSSS, la direction des soins infirmiers du MSSS et l'OIIQ (2010) ont montré qu'il existait un chevauchement important entre les rôles des médecins omnipraticiens, des infirmières praticiennes en soins de première ligne (IPSPL), des infirmières et des infirmières de liaison. Le tableau produit par ces organismes est joint à l'annexe A. La collaboration interprofessionnelle et ses bienfaits sur la prestation des soins en santé mentale ont été discutés dans plusieurs écrits scientifiques. Par exemple, la méta-analyse écrite par Archer et ses collègues (2012) mentionnent que les soins donnés en collaboration sont plus efficaces pour la

gestion de la dépression et de l'anxiété à court, à moyen et à long terme dans les services de première ligne comparativement aux soins usuels ou à d'autres types d'interventions. La collaboration interprofessionnelle permet également d'augmenter l'accessibilité, l'efficacité et l'efficience des services de santé (Sharp, 2006).

Le rôle des infirmières au Québec

Le rôle infirmier englobe les champs scientifique, relationnel, éthique et déontologique, juridique, organisationnel et opérationnel (OIIQ, 2009). La profession infirmière valorise le développement d'une proximité entre les infirmières et les clients ainsi que leur famille, ce qui leur permet d'être des professionnelles significatives tout au long de l'expérience de santé de ceux-ci. Les savoirs infirmiers visent à permettre aux infirmières d'offrir des soins aux personnes, à leurs familles, aux communautés et aux populations vivant une expérience de santé afin qu'elles atteignent un équilibre (Pepin et al., 2010). La formation initiale des infirmières comprend des connaissances bio-psycho-sociales qui sont susceptibles de leur permettre de jouer des rôles importants au sein des équipes interprofessionnelles (Harvey et Laberge, 2013). Ces connaissances favorisent également une prise en charge holistique auprès de personnes vivant des situations de santé physique ou mentale.

La définition du rôle professionnel

Les rôles des professionnels sont définis dans ce mémoire par l'ensemble des activités professionnelles que les professionnels d'une discipline sont capables d'exercer. Afin de réussir à décrire le rôle des infirmières de première ligne quant aux TMC, nous avons décidé de différencier le rôle que les infirmières jouent quotidiennement auprès de cette clientèle du rôle infirmier décrit par le cadre législatif. **Dans ce mémoire, le terme utilisé**

pour le rôle joué quotidiennement par les infirmières est le rôle réel. Les rôles réels des infirmières de première ligne varient beaucoup d'un milieu à l'autre (Hamel et al., 2007). **Considérant que le rôle réel des infirmières de première ligne quant aux TMC semble différer d'un milieu à l'autre, nous pouvons conclure qu'il existe plusieurs rôles réels. Le rôle des infirmières de première ligne quant aux TMC décrit dans le cadre législatif constitue le rôle optimal.** Dans le domaine de la santé mentale, le rôle optimal des infirmières ne semble pas être connu et reconnu par les professionnels de la santé et les infirmières elles-mêmes (Ricard, Page et Laflamme, 2014). Étant donné que nous considérons que le rôle optimal découle du cadre législatif, nous avons établi, pour ce mémoire, qu'il n'existe qu'un seul rôle infirmier optimal quant aux TMC qui sera appelé à évoluer selon les modifications faites dans le cadre législatif. Pour une période donnée, le cadre législatif dicte un rôle optimal. Les rôles des différents professionnels de la santé sont délimités par des frontières qui déterminent l'ensemble des activités propres à chaque profession (Abbott, 1988). Selon Abbott (1988), ces frontières sont en perpétuel changement, car les professionnels et la société en général les remettent régulièrement en question.

Le rôle infirmier quant aux troubles mentaux

Actuellement au Québec, le rôle optimal de l'infirmière par rapport aux troubles mentaux, peu importe leur sévérité, est peu connu et reconnu par les infirmières elles-mêmes et par les autres cliniciens (Ricard et al., 2014). Ce manque de reconnaissance nous laisse présager qu'il existe un écart entre les rôles réels des infirmières et le rôle optimal. La littérature ne mentionne pas clairement l'étendue de cet écart. Il serait donc préférable de documenter clairement les rôles réels actuels des infirmières, afin de formuler des recommandations visant à réduire cet écart. Le cadre législatif entourant la profession

infirmière décrit pourtant le rôle optimal des infirmières. Le rôle optimal comprend autant les activités professionnelles des infirmières pour les domaines de la santé physique que les domaines de la santé mentale. Ce cadre pourrait contribuer à la mise en place et à la reconnaissance de ces rôles qui pourraient faciliter l'accessibilité et l'orientation dans les services de santé (OIIQ, 2015a).

Selon Ricard et ses collègues (2014), le rôle de l'infirmière en santé mentale inclut des activités de prévention, de dépistage, d'évaluation, de suivi, de surveillance et d'enseignement. Après l'annonce d'un diagnostic, l'ensemble de ces activités favoriserait la compréhension de la maladie et du traitement ce qui aurait comme impact d'accroître l'adhésion au traitement de la clientèle atteinte de troubles mentaux. De plus, les infirmières devraient faciliter la consultation de ressources supplémentaires selon la condition du client. La compréhension du rôle optimal infirmier quant aux TMC par l'ensemble des professionnels de la santé ainsi que par la population aurait potentiellement un effet bénéfique sur la reconnaissance de ce rôle (Ricard et al., 2014).

En conclusion, considérant l'augmentation constante des TMC, la réponse sous-optimale des services de première ligne pour faire face à ces troubles et le rôle optimal des infirmières qui pourraient assurer la prise en charge des TMC dans un contexte interprofessionnel de première ligne, la clarification des rôles réels des infirmières de première ligne quant aux TMC et des facteurs qui les influencent nous apparaît nécessaire. Cette clarification permettra de décrire et d'analyser les rôles réels afin de les comparer aux activités professionnelles comprises dans leur rôle optimal. Cette comparaison vise à mettre en lumière les ressemblances et les différences entre les deux en tenant compte des facteurs qui influencent ces disparités.

Le but de l'étude

Décrire et analyser les rôles réels de l'infirmière lors de la prestation des soins aux personnes atteintes de troubles dépressifs et anxieux dans les équipes interprofessionnelles de première ligne.

Les questions de recherche

1. Comment des infirmières et des professionnels de la santé qui travaillent en première ligne dans des équipes multiprofessionnelles perçoivent-ils les rôles réels et le rôle optimal des infirmières lors de la prestation des soins en santé mentale ?

2. Comment des infirmières de première ligne, travaillant en collaboration avec d'autres professionnels, contribuent-elles à la prestation des soins en santé mentale ?

Chapitre II : La recension des écrits

Dans ce chapitre, nous présenterons une synthèse de la littérature scientifique et de la littérature grise concernant les différents sujets couverts par ce projet de recherche. L'objectif est de faire l'état des connaissances actuelles ainsi que des lacunes dans les données probantes afin d'appuyer le projet de recherche présenté précédemment. Nous aborderons donc la littérature concernant les troubles mentaux, les services en santé mentale, la collaboration en santé mentale, le rôle optimal des infirmières quant à la santé mentale ainsi que le cadre de référence sur lequel se base le projet de recherche.

Les troubles mentaux

Les troubles mentaux regroupent les problèmes de santé qui influencent les pensées et les comportements entraînant ainsi plusieurs difficultés dans la vie des personnes qui en souffrent. Ils interfèrent avec les capacités de la personne à interagir avec les autres ainsi qu'avec les perceptions que la personne a d'elle-même (Association canadienne pour la santé mentale, 2014). Les troubles mentaux peuvent être divisés en deux grandes catégories soit les troubles mentaux graves et les TMC.

La proportion de la population aux prises avec des troubles mentaux graves est de 2% à 3%, tant au Québec que dans le monde (Kuntz, 1995). Étant donné que ces derniers sont des pathologies chroniques, leurs taux de prévalence à vie et sur 12 mois sont assez similaires (Rouillon, 2008). (Gouvernement du Québec, 2012a, p.8)

Au cours de sa vie, un Québécois sur cinq sera touché par les TMC (ISQ, 2015), lesquels incluent les troubles dépressifs et les troubles anxieux (Gouvernement du Québec, 2012a). Ils se distinguent des troubles mentaux graves, car ils interagissent de façon moins significative avec les éléments bio-psycho-sociaux de la vie des individus (MSSS, 2005). Malgré tout, les TMC nécessitent que nous nous y attardions, car ils sont souvent récurrents, peuvent entraver la qualité de la vie sociale et professionnelle et sont beaucoup plus fréquents

que les troubles mentaux graves (Gouvernement du Québec, 2012a). Plusieurs facteurs individuels influencent l'apparition des TMC. Dans le paragraphe suivant, les principaux facteurs individuels devant être pris en considération lors de la prestation des services en santé mentale seront abordés.

Les facteurs de risque individuels des troubles mentaux courants

De manière générale, les troubles dépressifs et les troubles anxieux touchent plus de femmes que d'hommes au Québec. Les adultes âgés de 45 à 64 ans sont plus susceptibles de souffrir de ces troubles mentaux que les adultes des autres groupes d'âge (voir Tableau I).

Tableau I.
La prévalence du trouble dépressif et du trouble d'anxiété généralisée au cours de la vie (ISQ, 2015)

Trouble mental	15 à 24 ans	25 à 44 ans	45 à 64 ans	65 ans et plus
Trouble dépressif	12%	12 %	14%	8%
Trouble d'anxiété généralisée	8%	9%	11%	9%

Il a également été montré qu'un trouble de santé mentale coexiste souvent avec un autre. Par exemple, 72% des personnes atteintes d'un trouble de dépression majeure démontrent également des symptômes se rapportant à un autre trouble de santé mentale soit les troubles anxieux, les troubles d'abus de substance ou les troubles de contrôle des impulsions (Kessler et al., 2003).

Le contexte socioéconomique dans lequel évolue une personne est également un facteur ayant des répercussions importantes sur sa santé (St-Onge, 2013). La santé globale

d'une personne est proportionnelle à sa situation socioéconomique (Mikkonen et Raphael, 2001). Au Canada, l'évaluation des répercussions de situations socioéconomiques difficiles est complexe, car la richesse relative du pays dissimule souvent : « [...] la réalité de la pauvreté, de l'exclusion sociale et de la discrimination, de l'érosion de la qualité de l'emploi et, par contre-coup, des effets dévastateurs de cette réalité sur la santé mentale [...] » (Mikkonen et Raphael, 2001, p. 5). Le stress vécu par les personnes n'ayant pas de soutien et étant plus isolées augmente (Mikkonen et Raphael, 2001). Lorsque cet état de stress se perpétue dans le temps, les personnes deviennent plus à risque de dérégler leur système hormonal et métabolique en plus de diminuer leur résistance aux maladies (Mikkonen et Raphael, 2001). Dans ce contexte, il est essentiel de se préoccuper des conditions de vie de l'ensemble de la population afin d'en réduire les répercussions sur la santé et ainsi avoir une population plus en santé.

Bref, les TMC sont plus susceptibles de se retrouver chez la population ayant des conditions de vie défavorables, ayant déjà un trouble mental ainsi que chez les personnes âgées de 45 à 64 ans. Il est donc essentiel de se préoccuper de ces caractéristiques dans les services offerts en santé mentale et d'adapter les interventions en tenant compte de celles-ci afin de répondre efficacement aux besoins des personnes.

Les répercussions bio-psycho-sociales

Les répercussions des troubles mentaux touchent plusieurs aspects de la vie des gens qui en sont atteints. La famille, depuis la désinstitutionnalisation des soins en santé mentale, représente une source de soutien plus important (Fradet, 2012). Les proches de la personne atteinte d'un trouble de santé mentale vivent souvent les conséquences de ce type de maladie. Il a été montré que ces personnes ont de nombreux questionnements par rapport à la situation

de leur proche malade ainsi qu'un niveau plus élevé de détresse (Fradet, 2012). Cette détresse et cette inquiétude augmentent le risque d'être atteint d'une maladie physique chez les proches aidants (Gouvernement du Québec, 2012a).

Les troubles de santé mentale ont également un effet sur les activités professionnelles des personnes atteintes. Une étude montréalaise visant à décrire le profil des personnes absentes de leur travail pour cause de santé mentale montre que la majorité de ces personnes étaient atteintes de troubles d'adaptation, de troubles dépressifs et de troubles anxieux (St-Arnaud, Bourbonnais, Saint-Jean et Rhéaume, 2007). Au Québec, les coûts des indemnités professionnelles liés aux TMC et au stress ont pratiquement triplé de 1995 à 2004. En effet, ils ont totalisé 14,3 millions de dollars en 2004 (Commission à la santé et la sécurité au travail [CSST], 2006 citée dans Saint-Arnaud et al., 2007). Les effets sur les activités professionnelles des personnes atteintes de troubles mentaux ne s'arrêtent pas à l'absentéisme. En effet, certains travailleurs continuent de travailler sans toutefois pouvoir offrir leur pleine productivité. Ce phénomène, appelé « présentéisme », est très coûteux pour les entreprises (Brun et Lamarche, 2006).

La santé mentale et la santé physique représentent un tout (OMS, 2014). Le fait d'être atteint d'un trouble mental augmente le risque d'être atteint de trouble de santé physique et vice et versa. Il est estimé qu'environ 33% des personnes qui ont eu une crise cardiaque ont également souffert d'un trouble dépressif (American Heart Association, 2014). De plus, chez la clientèle de première ligne, 50% des personnes atteintes d'une maladie chronique présentent également un trouble mental. Ce taux augmente jusqu'à 72% lorsqu'une personne est atteinte de quatre maladies chroniques et plus (Gili et al., 2010). Les troubles mentaux peuvent

entraîner des conséquences au niveau de la santé physique des personnes. Par exemple, certains traitements médicaux utilisés pour traiter des troubles mentaux provoquent un gain de poids ou des changements dans les cycles de sommeil. (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2015).

En conclusion, les effets des déterminants sociaux et les conséquences bio-psycho-sociales des troubles mentaux montrent qu'il est important d'utiliser une approche holistique dans les soins offerts à cette clientèle afin de répondre à leurs besoins ainsi qu'à ceux de leurs proches. En adoptant cette approche, qui réside dans le fait de s'intéresser aux composantes physiques, psychologiques et psychiques d'une personne (« Holistique », 2017), les professionnels de la santé évaluent tous les aspects de la vie de leurs clients afin de leur offrir les services nécessaires à leur condition. Étant donné les rôles particuliers de certains professionnels de la santé par rapport aux composantes physiques, psychologiques et psychiques d'une personne, la prise en charge des TMC devrait privilégier une collaboration interprofessionnelle. Nous aborderons donc le sujet de la collaboration interprofessionnelle plus tard dans ce mémoire.

Les services de première ligne

Au Québec, les services de première ligne sont généralement offerts par des équipes interprofessionnelles et regroupent une diversité de modèles organisationnels. Les modèles des soins de première ligne les plus performants sont les organisations dans lesquelles la collaboration interprofessionnelle est la plus poussée (Contandriopoulos et al., 2015a). En 2005, lors de l'étude *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude de la première ligne au Québec*, une majorité de cliniques privées de première ligne, dont font

partie les GMF, avait été recensée dans les territoires de Montréal et de la Montérégie (Hamel et al., 2007). Le reste des organisations de première ligne regroupaient des CLSC ou des UMF. Selon leur organisation, les services offerts par ces cliniques varient et peuvent comprendre des services de promotion et de prévention de la maladie jusqu'aux soins palliatifs (Santé Canada, 2012). Par rapport à la santé mentale, au Québec, les personnes atteintes de TMC obtiennent des soins majoritairement dans les services de première ligne (Fournier et al., 2010 ; Roberge, Fournier, Duhoux, Nguyen et Smolders, 2011 et Duhoux et al., 2012). De plus, dans ces services, de 20% à 25% des consultations médicales seraient liées à un trouble mental (Gouvernement du Québec, 2012a).

Les professionnels de première ligne

Plusieurs professionnels peuvent contribuer à la prestation des soins en santé mentale. Afin de mieux comprendre leurs rôles optimaux, nous décrirons brièvement ceux des professionnels de première ligne les plus souvent impliqués directement auprès des personnes souffrant d'un TMC et recevant des services de première ligne. Ainsi, les rôles optimaux, soit l'ensemble des activités professionnelles décrit dans le cadre législatif de chaque profession, seront décrits pour : les médecins omnipraticiens, les psychoéducateurs, les psychologues, les travailleurs sociaux et les infirmières.

Tout d'abord, les médecins de famille sont des médecins avec une expertise spécifique en médecine familiale et possédant les connaissances nécessaires pour assurer la prise en charge globale des personnes dans les services de première ligne. Ils doivent contribuer à la collaboration entre les professionnels de la santé et favoriser la gestion efficace des soins de santé (Collège des médecins de famille du Canada, 2009).

Les psychoéducateurs sont responsables de l'évaluation d'une situation de la vie quotidienne d'une personne, d'un groupe, d'une famille ou d'une organisation durant laquelle ces personnes ont, ou sont à risque d'avoir, des difficultés d'adaptation dans leurs milieux (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2003; Office des professions du Québec, 2013). Par la suite, les psychoéducateurs doivent mettre en place des interventions visant à rétablir l'équilibre entre la personne et son environnement. Dans la pratique, ils collaborent avec les autres professionnels de la santé en leur donnant des conseils quant à ces interventions (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2003).

Les activités réservées rapportées par les ordres professionnels des psychologues et des travailleurs sociaux sont très semblables. Selon leur domaine professionnel, ceux-ci sont responsables d'assurer l'évaluation de leur clientèle et les interventions selon la situation du client (Ordre des psychologues du Québec, 2011; Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012). Les travailleurs sociaux exercent leurs activités professionnelles relativement au fonctionnement social des personnes dans leur environnement (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012). Quant à eux, les psychologues évaluent et interviennent au niveau du fonctionnement psychologique des personnes (Ordre des psychologues du Québec, 2011).

Depuis l'adoption de la loi 90 en 2002, l'infirmière est responsable d'évaluer la condition physique et mentale des personnes présentant des symptômes (OIIQ, 2015a). De plus, elle est en mesure d'assurer la surveillance clinique des personnes dont elle a la responsabilité et d'effectuer le suivi infirmier selon l'évolution de la situation de la personne. Par exemple, l'infirmière de première ligne recevant une personne démontrant des signes et des symptômes d'anxiété doit évaluer ceux-ci à partir d'outils cliniques reconnus. Cette

évaluation lui permettra de mettre en place les interventions nécessaires pour répondre aux besoins de la personne ainsi que pour assurer la surveillance clinique et le suivi de l'évolution de la symptomatologie. Selon sa formation, l'infirmière peut être responsable de l'évaluation des troubles mentaux (OIIQ, 2015a). Cette activité d'évaluation est réservée aux infirmières ayant une formation de deuxième cycle spécialisée en santé mentale et psychiatrie ainsi qu'une expérience clinique dans ce domaine. Elle découle de l'activité d'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.

Les éléments à améliorer dans les services de première ligne

L'accessibilité. Au Québec, l'accessibilité aux services de première ligne est problématique. Plus de la moitié des personnes mentionnent avoir de la difficulté à consulter des professionnels de la santé pour obtenir des soins en dehors des heures d'ouverture régulières, soit le soir et les fins de semaine (Gouvernement du Québec, 2014). Et près de la moitié des Québécois doivent attendre plus de six jours pour consulter un médecin ou une infirmière (Gouvernement du Québec, 2014). Cette situation ne fait qu'accroître l'engorgement des services d'urgence, car selon l'Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013, dans 44% des cas, la « visite aux urgences a été faite pour une affection pouvant être traitée par le médecin de famille » (Gouvernement du Québec, 2014, p.10).

Au Québec, les personnes peuvent recevoir, selon leurs problèmes de santé, un ou plusieurs codes de vulnérabilité, déterminés par le médecin selon les codes la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les clientèles vulnérables au sens de la RAMQ, incluant les personnes atteintes de trouble anxieux généralisé et de trouble de dépression majeure, sont moins souvent inscrites sur les listes des médecins de famille que la clientèle

non-vulnérable (Breton, Brousselle, Boivin, Roberge, Pineault et Berbiche, 2015). Cela contribue aux difficultés d'accès aux services appropriés pour les personnes atteintes de TMC.

La réponse aux besoins. Généralement, la réponse aux besoins des personnes se présentant dans des services de première ligne est sous-optimale. Chez la population en général, 18% des personnes âgées de 18 ans et plus mentionnent avoir des besoins non comblés par les services de première ligne (Levesque et al., 2007).

En ce qui concerne les personnes souffrant de TMC, bien que la majorité des personnes qui en sont atteintes se tournent vers ce type de services (Fournier et al., 2010 ; Roberge et al., 2011 et Duhoux et al., 2012), 29% mentionnent avoir des besoins non comblés par les services de première ligne (Dezetter et al., 2015).

L'optimisation des rôles professionnels. Dans les services de première ligne, les rôles optimaux des différents professionnels se chevauchent. En effet, comme nous l'avons présenté précédemment, ce chevauchement a été montré en ce qui concerne les rôles des médecins omnipraticiens, des IPSPL, des infirmières et des infirmières de liaison (MSSS et al., 2010). Par exemple, les médecins omnipraticiens et les infirmières possèdent tous les deux, selon leurs activités réservées par leurs ordres professionnels, les connaissances nécessaires à l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes symptomatiques. Il a également été montré qu'il existe un grand écart entre les rôles réels des infirmières et leur rôle optimal (Levesque et al., 2007).

Par rapport aux troubles mentaux, leur rôle optimal est souvent peu connu et reconnu autant par les infirmières que les autres professionnels (Ricard et al., 2014). En 2014-2015, 12 719 infirmières déclaraient travailler dans un milieu de première ligne, dont 1 562 travaillent spécifiquement dans des services de santé mentale de première ligne ainsi que 1 947 en GMF,

clinique réseau ou clinique privée (OIIQ, 2015b). La diminution de l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal de ces professionnelles pourrait avoir des effets bénéfiques pour la prestation des soins en santé mentale dans un contexte interprofessionnel de première ligne.

L'organisation des services en santé mentale

Au Québec, le système de santé regroupe trois niveaux de services. Les services de première ligne permettent l'accès à des services de santé pouvant répondre à une grande partie des besoins de santé de la population (Institut of medicine, 1994). Les services de deuxième ligne sont plus spécialisés et s'adressent à une clientèle ayant des problèmes plus complexes. Les services de troisième ligne sont surspécialisés et sont organisés au niveau provincial. Ils assurent la réponse aux problèmes de santé très complexes (MSSS, 2014). Afin de guider l'organisation des services en santé mentale, certains modèles de soins ont été développés et mis de l'avant par l'WHO et WONCA (2008) ainsi que par le MSSS (2005 ; 2015). Ceux-ci décrivent les organisations dans lesquelles nous devrions retrouver des services en santé mentale et les professionnels qui devraient dispenser ces services. Ces modèles différencient les services offerts selon la sévérité et les stades des troubles mentaux. Pour répondre aux besoins des personnes souffrant de TMC, les modèles de soins privilégient les services de première ligne. Nous clarifierons donc deux modèles de soins privilégiés en santé mentale, les deux derniers PASM ainsi que les services de santé de première ligne offerts aux Québécois souffrant d'un TMC.

Le modèle de soins en étapes

Le modèle de soins en étapes mis de l'avant par l'OMS et le WONCA (2008) vise à assurer l'accès à différents services de santé mentale tout en misant sur la continuité des soins

entre ceux-ci. Il est basé sur trois postulats: 1) aucun service ne permet de répondre à tous les besoins en santé mentale, 2) une collaboration interorganisationnelle efficace est la clé du succès et, 3) il faut privilégier l'implication des personnes et l'autogestion dans les soins qui sont offerts (WHO et WONCA, 2008). Ce modèle privilégie l'identification précoce des troubles mentaux, le traitement des TMC, la gestion des troubles mentaux graves stabilisés, la réponse aux besoins de santé mentale des personnes atteintes de maladies physiques ainsi que la promotion et la prévention de la santé mentale dans les services de première ligne (WHO et WONCA, 2008).

Le modèle de soins hiérarchisés

Dans le PASM 2005-2010, le MSSS avait promu le modèle de soins hiérarchisés (MSSS, 2005). Cette organisation visait à améliorer l'accessibilité aux soins en santé mentale en utilisant de façon efficiente les ressources du système de santé. Les services de première ligne ont alors été désignés comme la porte d'entrée aux services en santé mentale en plus de devoir assurer les soins pour les TMC et les troubles mentaux graves stabilisés (MSSS, 2005). Selon la sévérité et le stade du trouble mental d'une personne, celle-ci devait se tourner vers différentes lignes de service. « La hiérarchisation des services vise à offrir le bon service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit. » (MSSS, 2005, p.14).

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010

Le PASM 2005-2010 était basé sur le modèle de soins hiérarchisés. Les principes de ce plan étaient de mettre de l'avant : 1) le pouvoir d'agir de la personne, 2) la possibilité de rétablissement de la personne, 3) l'accessibilité aux services répondant à la condition de santé

des personnes, 4) la continuité entre les services, 5) le partenariat et la collaboration entre les services institutionnels et communautaires et 6) l'organisation des ressources permettant d'assurer l'efficacité de l'ensemble des services en santé mentale (MSSS, 2015).

Afin que les services de première ligne répondent efficacement aux besoins des personnes atteintes de TMC ou de troubles mentaux graves stabilisés, le PASM discutait de la mise en place d'équipes de première ligne spécialisées en santé mentale ainsi que de l'identification de psychiatres répondants (MSSS, 2005). Le noyau central de l'équipe spécialisée devait être composé d'une infirmière, d'un psychologue et d'un travailleur social (MSSS, 2011). Les équipes en santé mentale de première ligne travaillent en complémentarité et en continuité avec les services déjà présents en première ligne (MSSS, 2005). Ces équipes sont responsables d'assurer 1) le traitement des troubles mentaux qui ne peuvent être traités par les professionnels réguliers de première ligne, 2) le traitement des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale qui n'ont pas de médecin en première ligne, 3) le traitement des personnes atteintes d'un trouble mental grave, mais stable et 4) l'accès aux services de deuxième ligne (MSSS, 2005). Leur présence ne dispense pas les autres professionnels de première ligne de leurs responsabilités envers les troubles mentaux (MSSS, 2005).

Les guichets d'accès en santé mentale ont également vu le jour. Lorsqu'une personne se présente ou est référée à ce guichet, elle est évaluée par un professionnel de la santé afin de déterminer quels services sont les plus pertinents pour répondre à ses besoins.

Finalement, considérant que les services de première ligne devaient assurer une plus grande prise en charge des troubles mentaux, le psychiatre répondant a été mis en place. Celui-ci a la responsabilité d'offrir du soutien aux équipes traitantes de première ligne en participant

aux échanges et en donnant un avis spécialisé concernant la condition d'une personne (MSSS, 2005).

Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020

Ce PASM s'inscrit en continuité du PASM 2005-2010. Il est basé sur une vision intégrée des services de santé physique et de santé mentale. Ce plan met de l'avant trois valeurs, soit 1) la primauté de la personne, 2) le partenariat avec les membres de la famille et 3) le partage des responsabilités, c'est-à-dire que tous les Québécois doivent participer à l'amélioration de la santé mentale collective (MSSS, 2015). Le gouvernement prône une organisation des soins et des services de santé 1) orientés vers le rétablissement, 2) diversifiés et offerts en temps opportun, 3) fondés sur une pratique collaborative. Quant aux pratiques organisationnelles et cliniques, elles 1) visent une amélioration de la performance des services continus en santé mentale et 2) s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue (MSSS, 2015).

Les éléments pour améliorer les services en santé mentale en première ligne

Considérant que ce mémoire discute particulièrement de la prise en charge des TMC dans les services de première ligne, nous présenterons les éléments permettant d'atteindre de meilleurs résultats chez cette clientèle.

Le projet de recherche *Dialogue* s'est intéressé à l'ensemble des services de première ligne en santé mentale. Lors de l'analyse des données, certaines organisations de première ligne se sont distinguées par leurs meilleurs résultats quant à la prise en charge des TMC. L'ensemble des organisations de première ligne devrait donc s'inspirer des caractéristiques des organisations plus performantes afin d'améliorer leurs services en santé mentale. Les

caractéristiques bénéfiques identifiées sont les suivantes : 1) les guides de pratique sont connus par la moitié des professionnels, 2) un médecin consacre la majeure partie de son temps à la clientèle souffrant de TMC, 3) des liens ont été créés avec des ressources communautaires et des services de deuxième ligne, 4) il existe un sentiment de responsabilité envers la clientèle souffrant de TMC, 5) la contribution des différents professionnels est reconnue, 6) les modalités des services en santé mentale sont ajustées aux besoins des personnes (ex. : durée des rendez-vous) et 7) les professionnels accordent une importance particulière au dépistage, à la prise en charge, au suivi et à l'implication des personnes dans les services offerts. Les professionnels de ces cliniques se sentent souvent plus à l'aise de prendre en charge la clientèle souffrant de TMC (Fournier et al., 2010).

La collaboration en santé mentale

Comme nous l'avons mentionné lors de la présentation des modèles de soins en santé mentale, deux types de collaboration doivent être mis en place pour assurer la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux, soit : 1) la collaboration interprofessionnelle et 2) la collaboration interorganisationnelle.

La collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle est l'ensemble des relations interprofessionnelles établies entre les différents membres d'une équipe de soins et les personnes recevant leurs services. Ces relations visent à répondre aux besoins en santé des personnes recevant les services (CPIS, 2010). Cette collaboration s'observe dans les interactions structurées à l'aide de mécanismes formels et informels que les membres d'une équipe ont établis entre eux (CPIS, 2010). Le niveau de structuration et de formalisation de ces interactions dépend de la

fréquence et des objectifs des rencontres de l'équipe (CPIS, 2010). Par exemple, lorsqu'il est question de l'élaboration des soins centrés sur la personne entre différentes organisations de santé, une approche et un processus formel de collaboration seraient à privilégier (CPIS, 2010).

La collaboration interorganisationnelle

Lorsque la collaboration interprofessionnelle s'étend entre les différentes organisations du système de santé soit les cliniques de première ligne, les services de deuxième et de troisième ligne, les organismes communautaires, les centres d'aide aux dépendances et les services d'urgence (MSSS, 2011), celle-ci prend alors le nom de collaboration interorganisationnelle. Ce type de collaboration a vu le jour avec le début du virage ambulatoire (D'Amour, 2002). Depuis que ce modèle organisationnel a été mis en place, les organisations de santé doivent mettre en place des mécanismes pour faciliter la transition des personnes d'une organisation à l'autre tout en assurant la continuité des soins (D'Amour, 2002).

La situation de la collaboration dans les services de première ligne

Les types de professionnels présents dans les équipes de première ligne influencent également le déroulement de la collaboration. Lors de l'étude sur l'organisation des services de première ligne dans la région de Montréal et dans celle de la Montérégie, les chercheurs discutent particulièrement de la présence des médecins omnipraticiens et des infirmières dans les services de première ligne ainsi que de leur collaboration (Hamel et al., 2007). On y apprend que seulement 37% des cliniques de première ligne emploient des infirmières et uniquement 22% d'entre elles se voient confier un rôle élargi se rapprochant de leur rôle

optimal et incluant un rôle de suivi, de gestion et de coordination (Levesque et al., 2007). Ils mentionnent que dans certains milieux, d'autres types de professionnels de la santé comme des psychologues, des pharmaciens ou des nutritionnistes établissent leurs cliniques dans le même bâtiment que les cliniques de première ligne. Cette étude ne fait pas état du degré de collaboration entre ceux-ci. Les auteurs mentionnent la possibilité que des partenariats soient créés entre les gestionnaires des cliniques et les autres professionnels travaillant à l'extérieur des cliniques de première ligne.

Dans le cadre du projet *Dialogue*, portant spécifiquement sur les TMC dans des cliniques de première ligne québécoises, les chercheurs ont distribué un questionnaire dans les cliniques afin d'identifier les caractéristiques organisationnelles de celles-ci en lien avec les services généraux et les services en santé mentale. Cette enquête organisationnelle a permis de déterminer que le développement de meilleures relations de collaboration entre les professionnels de première ligne et les autres partenaires en santé mentale du réseau de la santé est l'une des caractéristiques bénéfiques pour la qualité des soins. En effet, cette caractéristique est en lien avec une meilleure expérience de soins, un taux plus élevé de traitement et une évolution plus positive de l'état de santé de la clientèle souffrant de TMC (Fournier et al., 2010).

Dans les cliniques de première ligne, les patients sont généralement inscrits auprès d'un médecin omnipraticien. Cette inscription entrave l'établissement de la collaboration interprofessionnelle, car elle limite le partage des responsabilités et des tâches, donc les rôles réels des autres professionnels (Contandriopoulos et al., 2015a). Dans leur mémoire sur le projet de loi 20, Contandriopoulos et ses collègues (2015a) suggèrent que le lien devrait plutôt être établi entre l'ensemble des professionnels d'une clinique et les patients. Dans une équipe,

chaque membre a des intérêts professionnels et personnels différents. Lorsque ceux-ci sont divergents, la mise en place de la collaboration interprofessionnelle est plus ardue. De surcroît, la définition même de la collaboration ainsi que les objectifs de ce type de travail ne sont pas toujours semblables selon les professionnels de l'équipe (D'Amour, 1997).

Les interventions pour optimiser la collaboration

La collaboration interprofessionnelle. Certaines pratiques ont été identifiées pour favoriser l'établissement de la collaboration interprofessionnelle. Une recherche sur la collaboration interprofessionnelle dans les établissements de santé de la région de Champlain en Ontario a identifié quatre éléments que les professionnels doivent appliquer lors du développement de la collaboration interprofessionnelle (Casimiro, Hall, Archibald, Kuziemyk, Brasslet-Latulippe et Varpio, 2011). Il s'agit d'abord d'établir des mécanismes de coordination et de communication efficaces au sein de l'organisation. Pour ce faire, les chercheurs suggèrent l'écriture d'une fiche d'information décrivant les rôles réels des membres de l'équipe ainsi que les personnes à contacter en cas de problème. De plus, selon les besoins de l'équipe, un agent de liaison peut être nécessaire pour faciliter la communication entre les différents membres (Casimiro et al., 2011). Deuxièmement, lorsqu'une organisation de santé souhaite renforcer la collaboration interprofessionnelle, les gestionnaires doivent porter une attention particulière à la disponibilité et à la rotation de leurs ressources humaines. En effet, lorsque les membres d'une équipe changent régulièrement, la mise en place de la collaboration interprofessionnelle est plus compliquée (Casimiro et al., 2011). Troisièmement, il importe de favoriser l'élaboration de politiques organisationnelles qui permettent de répondre aux besoins de la clientèle des établissements. Par exemple, lorsqu'une organisation veut renforcer la collaboration interprofessionnelle, il est important d'inclure ce volet dans les

entrevues d'embauche afin de recruter des personnes qui sont aptes à travailler en équipe (Casimiro et al., 2011). Finalement, il faut mettre en lumière la contribution des différentes professions dans les soins en adoptant l'approche centrée sur le client (Casimiro et al., 2011). Cette approche permet aux professionnels de voir le client de façon holistique et ainsi pouvoir tenir compte des facteurs bio-psycho-sociaux qui influencent l'évolution de son état de santé (Registered Nurses' Association of Ontario, 2015). Elle permettrait de diminuer les barrières entre les professionnels telles que la hiérarchisation entre les différentes professions (Casimiro et al., 2011).

En plus de ces quatre éléments, le CPIS (2010) mentionne qu'il est nécessaire de clarifier les rôles réels des professionnels. La clarification des rôles réels des professionnels consiste à préciser les activités professionnelles de chacun des membres d'une équipe afin d'optimiser leur pratique professionnelle ainsi que l'efficacité de la prestation des soins (Brault et al., 2014). La mise en place de la collaboration interprofessionnelle est également facilitée lorsque les professionnels perçoivent qu'ils peuvent garder leur autonomie (Sicotte, D'Amour et Moreault, 2002). De plus, lorsque les gestionnaires démontrent un engagement et des valeurs professionnelles promouvant la collaboration interprofessionnelle, la motivation des membres de l'équipe vis-à-vis la mise en place de cette collaboration tend à être supérieure (Sicotte et al., 2002).

La collaboration interorganisationnelle. Ce type de collaboration peut être plus complexe à mettre en place, car les différentes organisations ont des valeurs et des objectifs différents. Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez (2001) suggèrent de tenir compte de cinq niveaux d'intégration pour cette collaboration : l'intégration des soins, l'intégration des équipes cliniques, l'intégration fonctionnelle, l'intégration normative et l'intégration

systemique. En premier lieu, l'intégration des soins représente la finalité du processus d'intégration et vise à assurer la continuité et la globalité des soins. L'intégration des équipes cliniques permet d'offrir des soins continus et globaux permettant de répondre aux besoins des personnes. Pour ce faire, il est préférable de permettre aux organisations de conserver une certaine autonomie, mais en assurant une cohérence entre les différentes organisations. Il s'agit de l'intégration fonctionnelle. Bien que toutes les organisations aient des objectifs différents, celles-ci doivent prendre conscience de leurs objectifs communs afin d'identifier leurs interdépendances et ainsi coopérer à l'offre de services visant à avoir une population en santé. Cette étape est l'intégration normative. Finalement, l'intégration systémique permettra d'atteindre une cohérence entre tous les niveaux de soins (Contandriopoulos et al., 2001).

Le travail en collaboration interorganisationnelle doit également se mettre en place dans un climat de confiance mutuelle (D'Amour, 2002). En effet, lorsque les professionnels ont développé une relation de confiance, ils ont souvent plus de facilité à collaborer. Pour mettre en place ce climat, D'Amour (2002) mentionne qu'il est préférable, voire essentiel, que les professionnels se connaissent afin de pouvoir établir une telle relation.

Les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle en santé mentale

La littérature disponible montre également les bienfaits de la collaboration interprofessionnelle dans les services en santé mentale. La collaboration interprofessionnelle est positivement associée à la qualité des soins pour la clientèle atteinte de TMC recevant des services de première ligne (Archer et al., 2012). À la suite de l'analyse quantitative des résultats des 79 essais cliniques randomisés (ECR) inclus dans cette méta-analyse Cochrane, les chercheurs ont conclu que les soins offerts en collaboration étaient plus efficaces que les soins usuels pour la gestion de la dépression et de l'anxiété à court, à moyen et à long terme,

c'est-à-dire jusqu'à 24 mois. Dans les 79 ECR, les soins en collaboration ont été comparés à des soins usuels de première ligne. La méta-analyse ne mentionne pas clairement les interventions incluses dans les soins usuels. Pour être inclus, les soins en collaboration testés dans les études primaires devaient comprendre : 1) une approche multiprofessionnelle, 2) un plan d'interventions structuré, 3) des rendez-vous de suivi et 4) une communication interprofessionnelle engagée (Archer et al., 2012). Par rapport à la prise de médicament antidépresseur, cette méta-analyse (Archer et al., 2012) montre un effet positif de l'offre des soins en collaboration comparativement aux soins usuels jusqu'à 24 mois après le début des interventions. En ce qui concerne la prise de médicament visant le contrôle de l'anxiété, les recherches ont seulement montré une différence significative à moyen terme (Archer et al., 2012). Un autre élément qui a été évalué par certaines études était la qualité de vie. Dans leur méta-analyse, Archer et ses collègues ont différencié les éléments se rapportant à des dimensions physiques de celles se rapportant à des dimensions mentales. Ils ont donc divisé la qualité de vie en deux catégories soit la qualité de vie physique et la qualité de vie mentale. La collaboration interprofessionnelle montre des effets bénéfiques sur la qualité de vie mentale des personnes jusqu'à 24 mois après le début de l'intervention. Concernant la qualité de vie physique des personnes, les études ont montré une amélioration à long terme, c'est-à-dire entre 13 et 24 mois après le début de l'intervention (Archer et al., 2012).

Le rôle optimal de l'infirmière par rapport à la santé mentale

Plusieurs types d'infirmières travaillent dans les services de première ligne. En effet, au Québec, il existe trois niveaux de formation permettant d'accéder à une pratique clinique dans les services de première ligne, soit la formation collégiale, la formation de premier cycle universitaire, celles du deuxième cycle universitaire dont l'option du cheminement en santé

mentale et soins psychiatriques et l'option nécessitant en plus un diplôme complémentaire en médecine, soit celle d'infirmière praticienne spécialisée. Ces différents niveaux de formation complexifient l'analyse de la pratique infirmière en santé mentale, car dès leur formation initiale, les infirmières sont appelées à acquérir des connaissances concernant la santé mentale qu'elles approfondiront selon leur niveau de formation. Cette partie permettra de définir les rôles optimaux des infirmières selon leur niveau de formation lorsqu'elles côtoient des personnes atteintes d'un trouble mental. Le rôle des infirmières formées au niveau collégial ne sera pas abordé, car la formation minimale privilégiée pour obtenir un poste en première ligne est la formation de premier cycle universitaire.

La formation donnée aux infirmières vise à leur permettre de jouer des rôles réels qui, lorsqu'il se rapproche de leur rôle optimal, constituent un atout important pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services en santé mentale (Ricard et al., 2014). Peu importe leur niveau de formation, les infirmières devraient avoir la capacité d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et d'offrir un suivi et une surveillance personnalisés (OIIQ, 2015a). De plus, la philosophie qui teinte la discipline infirmière fait en sorte qu'elles devraient valoriser le développement d'une relation de proximité avec la personne et sa famille. Cette approche vise à développer des interactions ayant comme objectif l'établissement d'un partenariat basé sur la compréhension holistique d'un phénomène. Ces interactions entre la personne, la famille et l'infirmière visent à permettre aux personnes d'atteindre le bien-être tel qu'elles le conçoivent (Pepin et al., 2010). Cette vision de la pratique infirmière et de l'objectif des soins est en lien direct avec l'approche « patient partenaire » et la mise en place d'une autogestion des soins par la personne. Ces

caractéristiques de la pratique infirmière convergent vers les principes de base des modèles reconnus de soins en santé mentale (MSSS, 2005 ; MSSS, 2015 ; OMS et WONCA, 2008).

L'infirmière clinicienne de première ligne

Les infirmières cliniciennes de première ligne n'ont pas une pratique directement et spécifiquement liée à la santé mentale. Il n'en demeure pas moins qu'elles seront appelées à travailler auprès de clientèle souffrant de TMC. Afin de les soutenir dans leur pratique en santé mentale, en juin 2015, la Direction de santé publique de Montréal publiait le *Guide Priorité Santé (GPS)* (Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux [CIUSSS] du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, 2015a). Ce guide de pratique permet de guider les milieux cliniques qui souhaitent permettre aux infirmières cliniciennes de première ligne d'offrir un bilan de santé à la clientèle adulte afin de promouvoir la santé et de faire état des facteurs de risque d'une personne. Ce document comprend un module sur la santé mentale qui permet de cerner le rôle optimal des infirmières cliniciennes de première ligne sans formation particulière en santé mentale par rapport à l'évaluation et à la détection des troubles mentaux. En effet, grâce à cet outil de travail, l'infirmière devrait être en mesure de compléter une évaluation globale qui lui permettra de détecter les personnes à risque de développer un trouble mental, de commencer des interventions ainsi que de référer les personnes présentant des symptômes d'un trouble de santé mentale à la ressource appropriée (CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, 2015a). Les interventions pouvant être initiées par les infirmières cliniciennes de première ligne et mises de l'avant dans ce guide sont l'éducation concernant les troubles et leurs traitements, les modes de vie à adopter pour favoriser une bonne santé mentale, la saine gestion du stress et l'hygiène du sommeil (CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, 2015a). De plus, des outils d'évaluation sont disponibles pour les intervenants de

première ligne afin de les accompagner dans leurs évaluations initiales ainsi que leurs suivis des personnes atteintes de TMC. Il s'agit du Questionnaire sur la santé du patient – 9 (PHQ-9), utilisé pour les troubles dépressifs et le Questionnaire sur le trouble d'anxiété généralisée (GAD-7) (Hayes et Roberge, 2015). Des guides de pratique clinique peuvent également être consultés par les infirmières afin d'enrichir leurs connaissances liées à la prise en charge des TMC. Le protocole *Faire face à la dépression au Québec* (Fournier, Roberge et Brouillet, 2012) et le guide de pratique clinique pour les troubles anxieux généralisés et les troubles de panique (NICE, 2011) en sont des exemples. Il est important de noter que tous les outils présentés ci-haut peuvent être utilisés par toutes les infirmières présentées ci-après travaillant dans les services de première ligne.

De manière générale, toutes les infirmières peuvent contribuer aux traitements médicaux et non médicaux ainsi qu'au suivi de l'état de santé de leur clientèle. Les infirmières cliniciennes de première ligne ne font pas exception à cette règle. Grâce à la mise en place des ordonnances collectives dans différents milieux de soins, les infirmières peuvent effectivement commencer certaines investigations avant même qu'une personne soit vue par un médecin (OIIQ, 2015a). Malheureusement, il n'y a pas d'ordonnance collective nationale pour la santé mentale actuellement au Québec. Néanmoins, à la suite de son évaluation, l'infirmière déterminera le suivi approprié à effectuer afin de répondre aux besoins des clients, de réduire le risque de complications ainsi que d'ajuster le plan de traitement médical et infirmier selon les ordonnances médicales individuelles ou collectives régionales (OIIQ, 2015a). Lorsque nécessaire, le suivi infirmier implique la collaboration interprofessionnelle par la communication des résultats des interventions aux professionnels appropriés ainsi que par l'orientation des clients selon leurs besoins en santé (OIIQ, 2015a).

L'infirmière des équipes en santé mentale de première ligne

Le MSSS recommande qu'une infirmière fasse partie du noyau des équipes en santé mentale de première ligne (MSSS, 2011). Cette infirmière possède une expertise particulière en santé mentale qui lui permet, à l'aide d'outils cliniques reconnus, d'évaluer les demandes de consultations provenant de milieux autres que le sien. Cette évaluation lui permet d'intervenir convenablement auprès du client et de sa famille afin de leur offrir les services et les soins nécessaires (MSSS, 2011). De plus, l'infirmière, ayant reçu les formations nécessaires à l'utilisation des ordonnances collectives locales spécifiques à la santé mentale, peut ajuster le plan de traitement médical selon l'évolution de la condition du client. En plus d'améliorer la qualité des soins, ce type de protocoles facilite l'accessibilité aux services et aux traitements reconnus par les données probantes (MSSS, 2011). Selon ses responsabilités au sein de cette équipe, l'infirmière peut également contribuer à l'orientation de la clientèle dans le système de la santé ainsi qu'à la coordination des services (MSSS, 2011). Le rôle réel de l'infirmière présente dans les équipes de première ligne en santé mentale se rapproche du rôle optimal des infirmières.

L'infirmière en pratique avancée spécialisée en santé mentale et en soins psychiatriques

À la suite de l'adoption du projet de loi 21, les infirmières détenant un diplôme de deuxième cycle en santé mentale et en soins psychiatriques peuvent procéder à l'évaluation des troubles mentaux, c'est-à-dire que ces infirmières posent un jugement clinique sur la nature des symptômes se rapportant à la santé mentale d'une personne afin d'en arriver à des conclusions concernant la présence ou l'absence d'un trouble mental (Gouvernement du Québec, 2013). Cette activité d'évaluation est permise seulement à ce type d'infirmière, aux

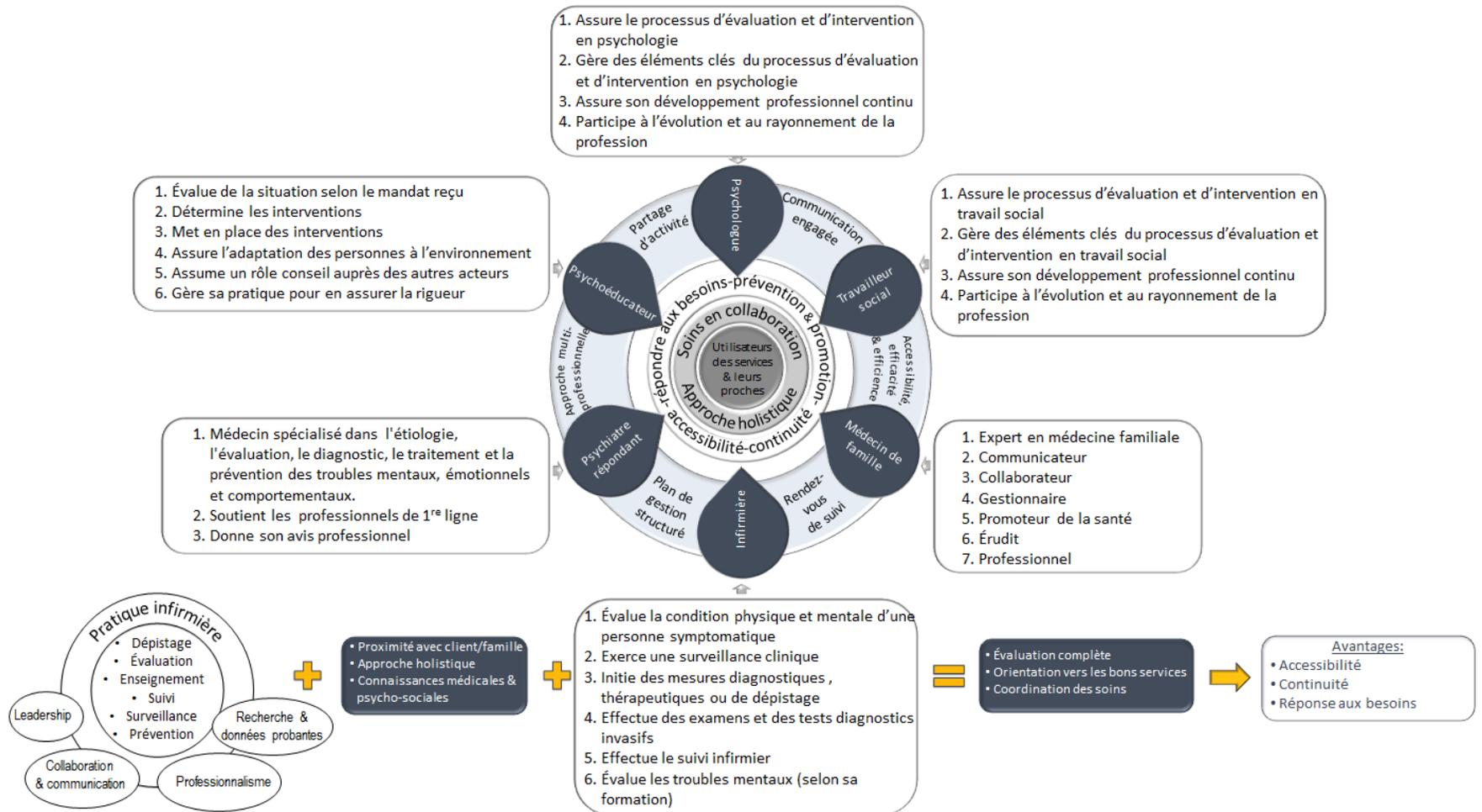
médecins, aux psychologues et aux conseillers en orientation ayant reçu une formation spécifique. Cette activité permet de poser un jugement clinique concernant la présence ou l'absence d'un trouble de santé mentale. À la suite de ce jugement, sans poser de diagnostic, l'infirmière peut formuler des conclusions (OIIQ, 2015a). Grâce à cette formation de deuxième cycle, l'infirmière en pratique avancée en santé mentale sera plus apte à établir une relation thérapeutique, à assurer la surveillance clinique, le suivi infirmier ainsi qu'à favoriser la qualité de soins en santé mentale. En plus de sa pratique clinique pouvant se dérouler dans des services de première ligne, cette infirmière peut également jouer un rôle réel important dans le développement des services de santé mentale en apportant un soutien clinique dans son milieu de pratique (Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, 2015).

L'infirmière praticienne spécialisée en première ligne

Les IPSPL ont également des rôles réels importants à accomplir auprès des personnes ayant recours aux services de première ligne pour des problèmes de santé courants ou des problèmes chroniques stables (OIIQ et CMQ, 2014). Les troubles anxieux et dépressifs entrent dans la définition des problèmes de santé courants qui comprend les éléments suivants : « une incidence élevée dans la communauté; des symptômes et des signes cliniques affectant habituellement un seul système; une absence de détérioration de l'état général de la personne; une évolution habituellement rapide et favorable. » (Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, c. M-9 r. 13). Les IPSPL sont donc en mesure de les identifier, de les traiter et d'en assurer le suivi. À l'heure actuelle, les IPSPL doivent collaborer avec leurs médecins

partenaires pour débiter et ajuster les doses des médicaments en santé mentale (ex. : antidépresseurs).

Bien que le rôle optimal des infirmières, par rapport aux troubles mentaux, semble peu reconnu par les professionnels et les infirmières elles-mêmes (Ricard et al., 2014), la description du rôle optimal de l'infirmière quant aux TMC montre que les infirmières peuvent mettre en place plusieurs interventions pour améliorer l'accessibilité et la prise en charge des personnes atteintes de troubles de santé mentale dans les services de première ligne. À partir de la littérature citée dans cette recension des écrits, une schématisation de la prise en charge des TMC basée sur une collaboration interprofessionnelle et un rôle infirmier optimal a été réalisée (voir figure 1).



© Charron, Duhoux et Contandriopoulos, 2016

Figure 1. Schématisation des activités réservées des professionnels ayant un rôle lors de la prise en charge des troubles mentaux en première ligne et des avantages du rôle infirmier

Cadre de référence

Pour décrire et analyser les rôles réels des infirmières quant aux TMC dans un contexte interprofessionnel de première ligne, nous avons choisi de jumeler deux cadres théoriques complémentaires. Afin de comprendre les rôles réels infirmiers dans leur globalité (niveau macro), nous avons choisi le système des professions d'Abbott (1988). Considérant que ce modèle mentionne que les rôles réels des professionnels sont influencés par les pratiques terrains, nous avons complété notre cadre de référence à l'aide du cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire (Sicotte et al., 2002). Ce cadre analytique nous permettra de comprendre plus en détail (niveau micro) le développement des rôles réels dans un contexte interprofessionnel. Une schématisation du jumelage de ces deux cadres théoriques est présentée à la figure 2. La partie de la schématisation concernant le cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire (Sicotte et al., 2002) est une adaptation de la schématisation des auteurs.

Le modèle de Abbott

Au niveau macro, nous retrouvons le modèle du système des professions d'Abbott (1988). Ce modèle dérivé de la sociologie des professions permet une compréhension des liens existant entre les différentes professions ainsi que de leur influence les unes sur les autres. Les professions étant en constante évolution, les changements qui s'opèrent au sein de l'une ont également des effets sur celles qui l'entourent. Les différentes professions sont délimitées par les frontières professionnelles. Celles-ci sont continuellement remises en question. Ce modèle montre les éléments qui sont à la base du développement des professions et des rôles qui leur sont attribués, mais également les facteurs causant les interdépendances et la disparition de

certaines professions. Il permet également de comprendre comment la société reconnaît les différentes expertises des professions.

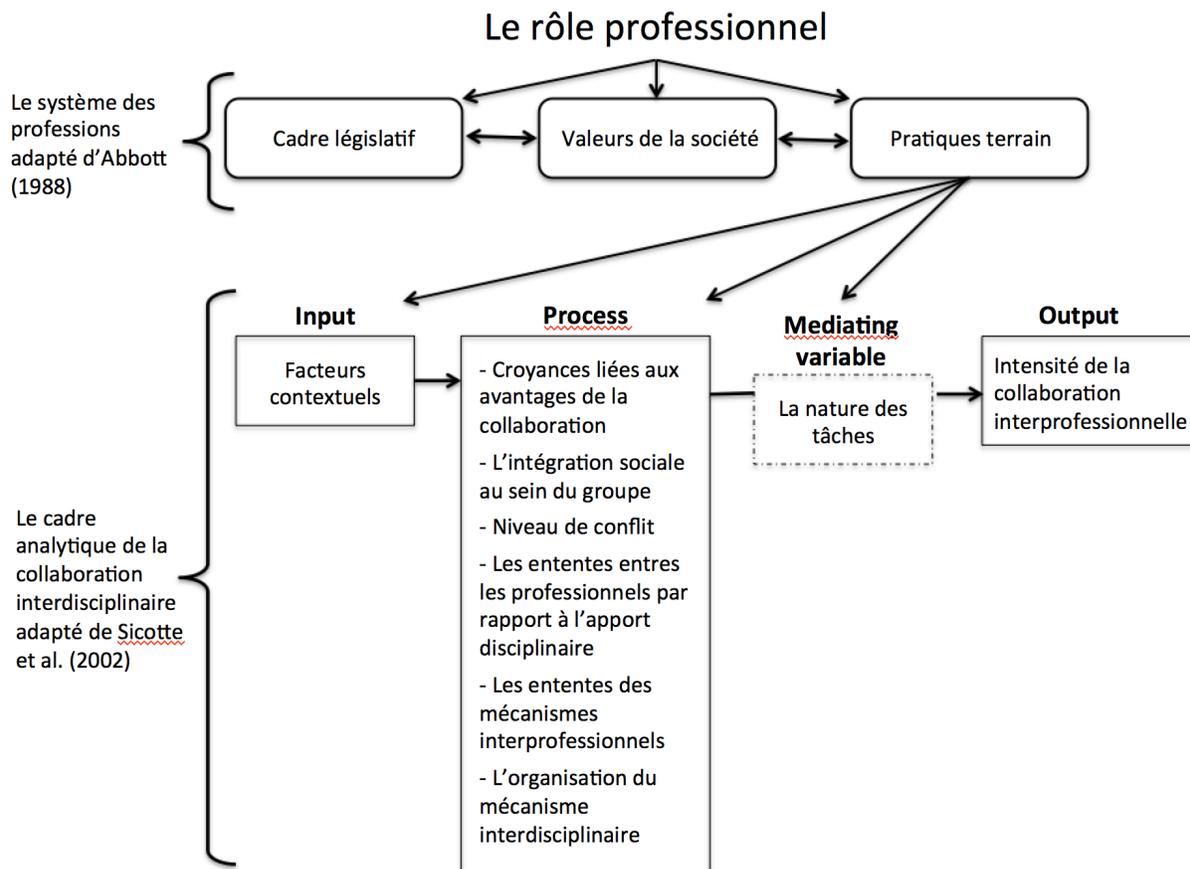


Figure 2. Le cadre de référence du développement des rôles réels des professionnels

Le modèle d'Abbott se base sur le fait que pour définir une profession, les membres de celle-ci tentent de faire reconnaître par la société des droits exclusifs sur un domaine d'activité. Cette reconnaissance est mise en œuvre au niveau politique, social et pratique. Les trois dimensions du système des professions sont 1) le cadre législatif, 2) les valeurs de la société et 3) les pratiques terrains. Le cadre législatif, dicté au niveau politique, permet d'atteindre une

reconnaissance légalement protégée. Lorsqu'une reconnaissance légale est obtenue, les frontières professionnelles s'institutionnalisent. Au Québec, la reconnaissance légale des professions, qui comprend toutes les professions du domaine de la santé, est régie par le *Code des professions* du Québec. Ce code délègue aux ordres professionnels le contrôle de l'exercice de leur profession (Gouvernement du Québec, 2015a). Ce code ainsi que les lois et les règlements qui en découlent inclut les activités professionnelles légalement reconnues et protégées. Pour atteindre une protection législative, les professions doivent convaincre l'opinion publique de la légitimité et de la désirabilité de leurs revendications. Cette opinion publique représente les valeurs qu'une société accorde à une profession. Ces valeurs sont une composante complexe du système des professions. Les changements qui les touchent s'échelonnent habituellement sur une longue période de temps. De plus, même si le cadre législatif reconnaît certaines activités à une profession, il se peut que les valeurs de la société ne permettent pas à cette profession d'exercer ces activités. Ces contradictions peuvent également être inversées, c'est-à-dire qu'une société peut reconnaître certaines activités à une profession sans que le cadre législatif permette officiellement à celle-ci d'exercer les activités publiquement reconnues. La concordance des frontières professionnelles entre les trois dimensions du système des professions peut être difficile à atteindre surtout lorsque les frontières commencent à être remises en question par l'une de ces composantes. Les milieux dans lesquels les professionnels exercent (pratiques terrains) influencent la fixation des frontières professionnelles reconnues par le cadre législatif et les valeurs de la société. En effet, certains accords entre les professionnels d'un même milieu peuvent être conclus et ainsi assouplir les frontières professionnelles. Dans les milieux cliniques, la reconnaissance des frontières professionnelles passe souvent par une réflexion concernant 1) le professionnel

pratiquant dans le milieu et étant le plus qualifié pour superviser et veiller à la qualité d'une activité comparativement à 2) celui qui est le plus qualifié pour réaliser celle-ci. Certaines ententes réalisées au sein d'une organisation peuvent même permettre aux professionnels de dépasser le cadre législatif de leur profession.

Le modèle de Sicotte

Le *Cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire* a été élaboré par Sicotte et ses collègues (2002) lors d'une étude sur l'organisation des CLSC au Québec. Cette étude s'intéressait plus précisément à l'intensité de la collaboration interprofessionnelle ainsi qu'aux facteurs qui l'influencent. Ce cadre de référence se base sur le modèle *input-process-output* que Sicotte et ses collègues (2002) décrivent comme un modèle à la base de plusieurs conceptions s'intéressant à la performance de groupes. Le volet *input* vise à évaluer les facteurs contextuels d'un groupe. Le volet *process* s'intéresse aux facteurs propres à l'équipe et ayant une influence sur son fonctionnement. Finalement, le volet *output* se consacre à l'examen des résultats de l'équipe, soit le niveau de la collaboration interprofessionnelle. Ce modèle permet d'évaluer les effets des facteurs contextuels ainsi que ceux du fonctionnement d'une équipe sur les résultats de cette dernière.

L'étude concernant les CLSC a montré qu'en général, le volet *process* avait une plus grande influence sur l'intensité de la collaboration interprofessionnelle que le volet *input*. Dans le volet *input*, le développement de documents formels et standardisés pour la collecte de données ainsi que l'utilisation d'un processus formel pour l'évaluation de la qualité des soins sont des éléments contextuels ayant une influence positive sur l'intensité de la collaboration.

Au niveau des facteurs propres à l'équipe interprofessionnelle (*process*), les variations observées quant à la collaboration interprofessionnelle s'expliquent majoritairement à partir de

trois facteurs, soit : 1) les croyances liées à la collaboration interprofessionnelle, 2) l'intégration sociale dans un groupe et 3) le niveau de conflits liés à la collaboration interprofessionnelle (Sicotte et al., 2002). D'autres facteurs influencent la collaboration interprofessionnelle : 4) les ententes entre les professionnels par rapport à l'apport disciplinaire de chacun, 5) les ententes par rapport aux mécanismes interprofessionnels et 6) l'organisation des mécanismes interdisciplinaires (Sicotte et al., 2002).

La collaboration doit être perçue comme un modèle organisationnel ayant des bénéfices pour les soins. Lorsque l'intégration sociale est réalisée, c'est-à-dire lorsque les membres démontrent une solidarité et une reconnaissance de l'apport des autres membres, la collaboration interprofessionnelle est positivement influencée. La nature des conflits évaluée par ce cadre analytique rend compte des conflits résultant des tâches accordées aux différents professionnels de l'équipe. Les ententes liées à l'apport disciplinaire et aux mécanismes interprofessionnels sont importantes, car les professionnels ont naturellement tendance à défendre leurs frontières professionnelles lorsqu'ils perçoivent que leur modèle professionnel traditionnel est compromis.

L'étude de Sicotte et ses collègues a mis en lumière l'influence de la nature des tâches effectuées par les membres de l'équipe. En effet, le niveau de collaboration interprofessionnelle est habituellement supérieur lorsque la clientèle suivie par une équipe a des besoins plus complexes. Par contre, lorsqu'une équipe s'occupe d'une clientèle consultant majoritairement pour des besoins ponctuels, la collaboration interprofessionnelle semble être moins développée (Sicotte et al., 2002).

Chapitre III : la méthodologie

Devis de l'étude

Un devis qualitatif de type étude de cas multiples a été utilisé pour cette étude. Cette approche méthodologique permet de mettre en lumière le processus décisionnel (Yin, 2009) qui aboutit à la description et à l'analyse des rôles réels des infirmières de première ligne par rapport aux TMC. Le développement d'une profession ainsi que son déploiement dans un milieu de pratique sont des processus complexes influencés autant par des facteurs propres au milieu de pratique que par la législation et les valeurs d'une société (Abbott, 1988 ; Sicotte et al., 2002). L'utilisation d'une étude de cas permet de déconstruire ce phénomène complexe afin d'en comprendre tous les aspects (Baxter et Jack, 2008). Ce type d'approche est compatible avec une vision holistique d'un phénomène (Denzin et Lincoln, 1994) puisqu'elle prend également en considération les éléments contextuels du phénomène étudié (Yin, 2009). Dans cette étude, deux cas (deux organisations différentes de première ligne) seront étudiés, afin de décrire, d'analyser et de comparer les rôles réels des infirmières face aux TMC.

L'étude de cas permet de considérer l'ensemble des facteurs influençant le phénomène étudié, c'est-à-dire les facteurs intrinsèques et extrinsèques tels que le contexte dans lequel le cas évolue. Ce devis de recherche permettra d'approfondir la compréhension du phénomène étudié grâce à une vision holistique de celui-ci. Bien qu'une étude de cas ne permette pas d'obtenir une conclusion généralisable à un ensemble de cas, elle permet d'obtenir une compréhension approfondie des cas étudiés (Denzin et Lincoln, 1994). La compréhension des cas étudiés ne sera pas transférable dans son intégralité à l'ensemble des cas se rapprochant de ceux étudiés. Par contre, ce type d'étude permet néanmoins de décrire le phénomène à la base des cas étudiés afin que les lecteurs puissent arriver à leurs propres conclusions et transférer certaines données obtenues à un autre cas (Denzin et Lincoln, 1994).

Dans ce mémoire, le phénomène étudié commun aux deux cas consiste en l'étude des rôles réels des infirmières dans les services de première ligne face aux TMC. Chaque cas a été constitué d'une microéquipe de première ligne d'un milieu clinique du projet pilote d'Équipe de soins primaires intégrés (ESPI). Nous définissons les microéquipes comme une unité de soins comprenant minimalement une infirmière et un autre professionnel de la santé qui travaillent en collaboration pour assurer la prise en charge des personnes atteintes d'un TMC.

Le déroulement de l'étude

L'étude présentée dans ce mémoire fait partie intégrante du projet pilote ESPI. Les objectifs généraux du projet pilote ESPI sont 1) d'implanter puis 2) d'évaluer les effets de points de service basés sur une collaboration interdisciplinaire poussée, un rôle infirmier étendu, la couverture globale des besoins ainsi que la proximité et l'accessibilité des services (Contandriopoulos et al., 2014). Ce projet est actuellement en cours dans huit organisations de première ligne au Québec.

Les milieux

L'échantillonnage à variation maximale de deux milieux ESPI a été réalisé selon le modèle organisationnel des milieux, le ratio entre les infirmières, les médecins et les autres professionnels de la santé, le niveau de collaboration interprofessionnelle présent dans les équipes ainsi que leur localisation géographique. Selon Creswell (2013), cette approche d'échantillonnage est très pertinente en recherche qualitative, car elle permet d'obtenir plusieurs perspectives d'un même phénomène, ce qui constitue un idéal dans ce type de recherche.

Les deux organisations sélectionnées pour cette étude se situent dans deux régions du Québec et présentent des modèles organisationnels différents (une description plus détaillée des milieux sera présentée dans le chapitre V) :

Milieu A. Cette clinique est située dans la ville de Québec. Elle vu le jour pour répondre aux besoins de santé de la population vulnérable atteinte d'hépatite C et de VIH/Sida. Depuis 2014, les professionnels du milieu A offrent des services de proximité à l'ensemble de la population de son secteur (Contandriopoulos et al., 2015b). Étant donné le financement précaire du milieu A, les professionnels de la santé qui y travaillent changent régulièrement. Le noyau central est constitué d'une IPSPL, d'une infirmière technicienne, d'une infirmière clinicienne et d'une intervenante psychosociale. D'autres professionnels se joignent à l'équipe en étant rémunérés ou en étant bénévoles, soit : une pharmacienne, une nutritionniste, une IPSPL, des infirmières cliniciennes ou techniciennes, une technicienne de laboratoire et une orthophoniste (Contandriopoulos et al., 2015b). Les services sont majoritairement offerts par une équipe d'infirmières qui a développé un réseau de collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle important afin de répondre efficacement aux besoins de sa clientèle. Plusieurs partenariats avec les services communautaires, le milieu hospitalier et deux médecins partenaires ont été développés.

Milieu B. Cette organisation de première ligne située à Montréal possède à la fois une vocation d'UMF et de GMF. Elle est affiliée à un CIUSSS et à un centre hospitalier universitaire (CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, 2015b). Elle offre des services de santé à la population en général. Le milieu B regroupe plusieurs professionnels de la santé, dont 24 médecins omnipraticiens (12 équivalents temps complet), 24 médecins résidents, cinq

infirmières cliniciennes, deux infirmières auxiliaires, deux IPSPL, une psychologue, une travailleuse sociale ainsi que des médecins spécialistes.

Les participants

Afin d'obtenir une compréhension approfondie des rôles réels des infirmières de première ligne quant aux TMC, les données ont été collectées auprès des infirmières et d'autres professionnels de l'équipe interprofessionnelle. Tel que mentionné précédemment, les rôles des professionnels sont influencés par les pratiques terrains (Abbott, 1988). L'organisation des services de première ligne basée sur une pratique collaborative étant de plus en plus promue, nous devons en tenir compte lorsque nous nous intéressons à la description et à l'analyse des rôles réels des membres de l'équipe interprofessionnelle. La collaboration interprofessionnelle est influencée par la présence ou l'absence d'une description claire des rôles des professionnels (Brault et al., 2014) et le fonctionnement des équipes est régi entre autres par des ententes entre les professionnels concernant l'apport disciplinaire des membres (Sicotte et al., 2002). Il nous apparaît judicieux de considérer les perceptions que les autres professionnels de la santé ont des rôles réels ainsi que de l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal des infirmières lors de la description et de l'analyse de celui-ci.

Le choix des personnes interviewées a été effectué par échantillonnage intentionnel. Ce type d'échantillon permet de cibler les personnes qui ont la meilleure connaissance du phénomène étudié et qui représentent le mieux la population étudiée (Savoie-Zajc, 2007). Selon les organisations, le nombre d'infirmières interviewées a été de trois à six par milieu pour un échantillon total de neuf infirmières rencontrées. Les critères d'inclusion pour la sélection de celles-ci ont été : 1) avoir eu des contacts réguliers avec la clientèle atteinte de TMC depuis plus de 6 mois et 2) faire partie d'une équipe de première ligne. Leur implication

dans la prestation des soins en santé mentale est variable, car l'étudiante-chercheuse désirait avoir la perception des infirmières peu importe leur implication. Afin de tenir compte des autres professionnels dans l'analyse des rôles réels des infirmières, nous avons interviewé trois professionnels de la santé, provenant d'une autre discipline que les sciences infirmières, par milieu clinique sélectionné : des intervenants psychosociaux (n=3), une psychologue (n=1), une travailleuse sociale (n=1) et un médecin (n=1). Tous ces professionnels collaboraient régulièrement avec les infirmières interviewées de leurs milieux et avec la clientèle atteinte de TMC. Le nombre total de participants à cette recherche est de 15 professionnels.

La collecte des données

Les entrevues semi-structurées. La collecte de données a été effectuée grâce à des entrevues semi-structurées réalisées par l'étudiante-chercheuse. La durée des entrevues a été de 45 à 90 minutes. Les infirmières cliniciennes d'un milieu clinique ont été rencontrées en groupe (n=4) à leur demande. Tous les autres participants à l'étude ont été rencontrés individuellement. Étant donné le peu d'expérience de l'étudiante-chercheuse pour effectuer des entrevues, deux guides d'entrevue ont été développés afin qu'ils comprennent les spécificités des deux catégories de professionnels rencontrés et ainsi faciliter le déroulement des entrevues. Les guides d'entrevue ont été joints à l'annexe B. Les guides d'entrevue ont été approuvés par le directeur, par le co-directeur de l'étudiante-chercheuse ainsi que par deux comités éthiques à la recherche, soit celui de l'Université de Montréal (Comité d'éthique de la recherche en santé [CERES]) et celui du Comité d'éthique de la recherche du CSSS de la Montagne-IU CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Ce dernier comité est le comité responsable de l'évaluation éthique multicentrique du projet pilote ESPI. Le premier guide a orienté les entrevues effectuées auprès des infirmières de première ligne et le second a guidé

les entrevues réalisées auprès des autres professionnels de l'équipe interprofessionnelle. Les guides d'entrevue ont été construits à partir des catégories du cadre de référence décrit précédemment. Les guides sont divisés en trois parties. La première partie vise à mettre en lumière la perception des infirmières et des autres professionnels concernant les activités des infirmières en lien avec la prestation des soins en santé mentale. La deuxième partie porte sur la participation des infirmières dans la prestation des soins, mais également sur le processus d'établissement de la collaboration interprofessionnelle. Cette partie comprend le partage des responsabilités selon les activités réservées des professionnels présents dans les équipes et le contexte organisationnel des milieux cliniques. La dernière partie vise à explorer les mécanismes permettant de réduire l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal infirmier quant aux TMC

Les séances d'observation non participante. Lors des journées d'entrevue, l'étudiante-chercheuse a observé l'organisation des milieux sélectionnés afin de voir les interactions entre les professionnels ainsi que les lieux physiques de l'organisation. Peu d'interactions entre des clients et des professionnels ont été observées. Aucune consultation confidentielle entre un professionnel et un client n'a été observée dans le cadre de cette recherche. L'outil (voir annexe C) qui a permis à l'étudiante-chercheuse d'observer le fonctionnement et les lieux physiques des milieux inclut la liste des éléments du cadre théorique de Sicotte et ses collègues (2002). L'étudiante-chercheuse pouvait cocher les éléments observés figurant sur cette liste. De plus, des espaces dédiés à la prise de notes ont permis à l'étudiante-chercheuse de prendre de courtes notes afin de compléter ses observations.

L'analyse des données

À la suite de la collecte des données, la retranscription des données, recueillies lors des entrevues enregistrées et des observations, a permis de créer une banque de données ordonnées (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 1990). Le logiciel QDA-Miner a été utilisé pour effectuer la codification itérative des entrevues. Cela visait à regrouper les données pour chacun des milieux à l'étude (Contandriopoulos et al., 1990). Avant de commencer la codification des données, l'étudiante-chercheuse a relu le cadre de référence ayant permis l'élaboration de la présente étude. Par la suite, la lecture de toutes les transcriptions des entrevues a été réalisée afin de se remémorer le contexte dans lequel les données avaient été recueillies. Ces deux étapes préliminaires à la codification des entrevues ont permis de créer une première version du livre de codes. Celui-ci est présenté à l'annexe D et a été validé par le co-directeur de l'étudiante-chercheuse. Ce premier livre de code a été élaborée à partir de deux sources. D'abord une base de codification heuristique a été bâtie à partir et de la structure de codification du projet ESPI. Ensuite cette base a été bonifiée à partir du cadre théorique à la base de la recherche de l'étudiante-chercheuse. Une première étape de codage a alors commencé. Le code « questions en suspens » a été utilisé pour identifier les parties des entrevues ne pouvant pas être directement liées à un code existant. À la suite de ce premier codage, une lecture des segments du code « questions en suspens » a été réalisée afin d'apporter les changements nécessaires au livre de codes. Des modifications mineures ont été apportées à celui-ci et la deuxième version est présentée à l'annexe E. La deuxième version du livre de codes a été validée par le directeur de l'étudiante-chercheuse avant que celle-ci procède à la relecture, à la validation et à l'approfondissement du codage réalisé. Finalement, ce codage a été validé à l'aide d'un codage réalisé par l'un des professionnels de recherche du

projet pilote ESPI pour une partie de l'une des entrevues de l'étudiante-chercheuse. En général, les codes attribués aux verbatim étaient les mêmes. Par contre, étant donné la présence de catégories de codage plus spécifiques liées au projet de recherche de l'étudiante-chercheuse ainsi que les objectifs plus spécifiques de celui-ci, certaines différences au niveau du codage ont été observées sans pouvoir avoir une réelle incidence sur les résultats finaux des deux projets de recherche. Ces différentes étapes de codage correspondent au processus de codage mixte décrit par Van der Maren (1996). Ce type de codage permet d'utiliser à la fois un codage fermé et un codage ouvert. Le codage fermé permet l'utilisation d'une première liste de codes découlant du cadre de référence d'une étude alors que le codage ouvert permet de rester attentif à l'émergence de nouveaux codes tout au long du processus de codage (Van der Maren, 1996). Le codage mixte est justifié par le fait que l'étudiante-chercheuse a acquis, lors du développement de la recherche, une compréhension approfondie du phénomène étudié. Le caractère itératif du codage est essentiel pour assurer la qualité des données qualitatives, car il permet d'approfondir l'analyse des données ainsi que de s'assurer que l'analyse tient compte de propos tenus par les participants (Mukamurera, Lacourse et Couturier (2006).

L'analyse des données de chacun des milieux a été réalisée au cas par cas dans un premier temps afin de décrire le phénomène étudié selon les caractéristiques des milieux. Pour chacun des milieux, les données récoltées à partir des entrevues réalisées auprès des infirmières ont été analysées séparément de celles des autres professionnels de la santé. Cette étape a permis de différencier la perception des infirmières concernant leurs rôles réels de la perception des autres professionnels concernant les rôles réels des différentes infirmières. Nous pourrions donc valider ou infirmer qu'il existe une différence dans la reconnaissance des

rôles réels et du rôle optimal des infirmières entre les infirmières elles-mêmes et chez les autres professionnels comme le mentionnaient Ricard et ses collègues (2014).

Pour enrichir et compléter l'analyse des données de cette étude, l'étudiante-chercheuse a pu compter sur les données recueillies par les chercheurs et les professionnels de recherche du projet pilote ESPI concernant la structure organisationnelle des milieux concernés. En effet, les entrevues réalisées dans le cadre du projet de mémoire traitent peu ces aspects, car ceux-ci avaient été documentés par les entrevues réalisées dans le cadre du projet pilote ESPI.

Après avoir analysé les données recueillies, les résultats préliminaires ont été présentés lors d'une rencontre interprofessionnelle dans chacun des milieux de recherche. Ces rencontres ont permis la validation et l'approfondissement des résultats.

Puis, une analyse transversale a été effectuée afin de comparer les deux milieux à l'étude. Celle-ci vise à vérifier s'il y a une répétition des résultats entre les différents milieux. Cette vérification permettra d'accroître la validité des connaissances développées dans le cadre de cette recherche. À la fin de ce deuxième type d'analyse, la description détaillée des rôles réels des infirmières de première ligne quant aux TMC a pu être réalisée.

Finalement, l'analyse des résultats a permis de compléter la schématisation du rôle optimal infirmier (figure 1) présentée à la fin du chapitre de la recension des écrits. Le résultat final est un modèle conceptuel de la prise en charge des TMC basé sur un rôle infirmier optimal et sur une collaboration interprofessionnelle. Ce modèle a fait l'objet d'un article scientifique soumis à la revue *Santé mentale Québec* en mai 2016.

La rigueur méthodologique

Validité interne des résultats

En recherche qualitative, la crédibilité est liée à la confiance que nous pouvons avoir dans les données et l'interprétation que les chercheurs en font (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Pour assurer la crédibilité des données, le devis de recherche utilisé repose sur la triangulation de plusieurs sources de données. L'étudiante-chercheuse a recueilli ses données auprès de plusieurs professionnels provenant de disciplines différentes et de milieux différents (Denzin et Lincoln, 1994). Deux méthodes de collecte de données ont été utilisées soit les entrevues semi-structurées et les séances d'observation non participante. Cela a assuré la triangulation des méthodes (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Finalement, la description de la collecte et de l'analyse des données a été clairement exposée dans ce document.

La validité externe des résultats

La validité externe des résultats consiste en la possibilité que les résultats et les conclusions d'une recherche puissent s'appliquer à d'autres milieux (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Le choix du devis d'étude de cas multiples permet d'augmenter la transférabilité des résultats, car ceux-ci proviennent de milieux différents (Baxter et Jack, 2008). Dans ce projet de mémoire, les milieux sélectionnés possèdent des caractéristiques organisationnelles différentes ce qui augmente la possibilité de transfert des résultats. De plus, les TMC présentent une prévalence élevée partout dans le monde (Gouvernement du Québec, 2012a) et la collaboration interprofessionnelle représente une structure organisationnelle de plus en plus mise de l'avant dans différents pays (WHO, 2010). Par contre, les deux milieux se situent au Québec, ce qui limite la validité externe des résultats à l'extérieur de cette province.

Les considérations éthiques

Le projet de recherche présenté dans ce document s'inscrit dans le cadre du projet pilote ESPI qui a obtenu l'approbation du CERES de l'Université de Montréal ainsi que d'un comité d'éthique multicentrique, soit celui du CSSS de la Montagne-IU CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Afin de respecter les critères pédagogiques de l'Université de Montréal, le projet de recherche décrit dans ce mémoire a été soumis aux deux comités éthiques mentionnés ci-dessus. Après recommandations de ces comités, le formulaire de consentement utilisé dans le cadre du projet ESPI a été modifié pour mieux décrire les objectifs et les modalités spécifiques du projet de l'étudiante-chercheuse. Celui-ci a été joint à l'annexe F et s'intitule *Formulaire d'information et de consentement destiné aux professionnels de la santé et les gestionnaires*. Ces formulaires seront conservés conformément aux politiques éthiques de l'Université de Montréal avec les autres formulaires du projet pilote ESPI.

Avant de procéder au recrutement des participants aux entrevues de l'étudiante-chercheuse, le projet a été présenté aux responsables des milieux cliniques afin de cibler les professionnels répondant aux critères de sélection. Les objectifs spécifiques du projet de l'étudiante-chercheuse ont été présentés dans une lettre envoyée aux participants potentiels avant la prise de rendez-vous pour les entrevues (voir l'annexe G). Les professionnels étaient libres d'accepter ou de refuser de participer aux entrevues. De plus, avant chaque entrevue, le projet de recherche de l'étudiante-chercheuse ainsi que les liens entre ce projet et le projet pilote ESPI ont été présentés à tous les participants. Ceux-ci ont été libres de poursuivre ou non avec l'entrevue. Ils ont également été avisés qu'ils pouvaient, en tout temps, se retirer du

projet de recherche. Les entrevues ont été enregistrées après avoir obtenu le consentement verbal et écrit des participants.

Le seul inconvénient encouru par cette recherche est le temps perdu (entre 34 et 74 minutes) demandé aux professionnels de la santé lors des entrevues. Le risque lié au respect de la confidentialité des données est très faible étant donné les considérations accordées au respect de l'anonymat des participants. Les données ont été conservées dans un ordinateur ayant un mot de passe. Avant de procéder aux entrevues, les participants ont été avisés que certains verbatim pourraient être utilisés de façon anonyme afin de soutenir les résultats de recherche.

Chapitre IV : Les résultats

Ce chapitre présente les résultats qui ont émergé à la suite de l'analyse de discours de deux types de données qualitatives, soit : les entrevues semi-dirigées et les observations non participantes. Cette présentation est divisée en cinq parties pour chacun des cas à l'étude : 1) la description de la structure des milieux cliniques, 2) les facteurs influençant les rôles réels des infirmières, 3) les résultats des infirmières, 4) les résultats des autres professionnels¹ et 5) la contribution des infirmières à la prestation des services en santé mentale. Pour conclure ce chapitre, nous présenterons les suggestions des participants pour diminuer l'écart entre leurs rôles réels et le rôle optimal infirmier quant aux TMC dans un contexte interprofessionnel de première ligne.

Le milieu B

La structure de l'organisation

L'organisation de cette clinique est basée sur un modèle d'UMF et de GMF. Le milieu B a une vocation d'enseignement pour des résidents en médecine familiale ainsi que pour plusieurs autres professionnels de la santé comme, par exemple, des psychologues et des infirmières de différents niveaux de formation. De ce fait, les professionnels rencontrés mentionnent laisser une grande place au transfert de connaissances dans leurs pratiques quotidiennes.

Ce milieu regroupe des professionnels de différentes disciplines, soit : travail social, psychologie, médecine familiale, psychiatrie, endocrinologie, cardiologie, pédiatrie et sciences infirmières. Selon les données recueillies lors des entrevues, la vision des services de première

¹ Afin d'assurer l'anonymat des participants, les citations seront seulement suivi du terme « infirmière » pour tous les types d'infirmières ou du terme « professionnel » pour tous les autres professionnels rencontrés. Le genre féminin sera également utilisé pour tous les participants de l'étude.

ligne et les valeurs apparaissent communes chez les professionnels rencontrés ce qui semble avoir facilité la mise en place de la collaboration interprofessionnelle au sein de cette organisation. Selon les professionnels, il est essentiel pour des professionnels de première ligne de garder une pratique généraliste et d'éviter de se spécialiser dans certains domaines de santé. Il existe un grand respect entre les professionnels ainsi qu'une reconnaissance de la contribution de ceux-ci à la prise en charge des problèmes courants. Lors des entrevues, les professionnels ont mentionné qu'il existait un esprit d'équipe au sein du milieu B.

Les médecins du milieu B sont appelés à travailler étroitement avec une infirmière clinicienne ou une IPSPL pour assurer le suivi conjoint des personnes. Les rôles réels des infirmières dans cette équipe sont le résultat de l'établissement d'un lien de confiance entre le médecin et l'infirmière. Ce rôle est appelé à évoluer selon la relation de ces professionnels. Cette relation est également appelée à changer selon des caractéristiques organisationnelles telles que l'augmentation du nombre d'infirmières, la charge de travail des médecins ainsi que leurs modes de rémunération. Les rôles réels des infirmières du milieu B se sont beaucoup développés et ne sont plus restreints au suivi des maladies chroniques physiques. Lorsque le ratio entre les infirmières et les médecins est diminué, chacune des infirmières a moins de personnes à suivre. Le ratio, lors des entrevues, était d'une infirmière pour trois médecins. À ce moment, elles mentionnent qu'elles peuvent connaître plus en détail la clientèle de leurs médecins et ainsi prendre en charge plus globalement les personnes. Finalement, lorsque la charge de travail des médecins augmente, ceux-ci ont tendance, selon les infirmières, à prendre en charge conjointement les TMC avec les infirmières. De la même façon, selon le mode de rémunération et les actes rémunérés aux médecins, ces derniers peuvent modifier les activités qu'ils délèguent à leurs collègues infirmières. Au moment de la réalisation des

entrevues, le mode de rémunération des médecins était en changement afin de devenir un mode mixte, soit un mélange entre un salaire fixe et un salaire à l'acte. Selon les infirmières, les activités ne pouvant pas faire l'objet d'une rémunération à l'acte (ex. : suivi téléphonique) auront plus tendance à être déléguées aux infirmières.

Au cours des dernières années, le milieu B a mis en place l'approche d'accès adapté. Celle-ci permet aux personnes d'avoir accès rapidement à des professionnels de la santé pour répondre à leurs besoins. Les personnes inscrites dans le milieu B ont généralement accès à un professionnel de la santé en 24 ou 48 heures lorsqu'un problème de santé se présente.

De plus, une équipe spécialisée en santé mentale est présente dans le milieu B depuis environ cinq ans et est formée d'une psychologue, d'un psychiatre répondant, d'une travailleuse sociale, d'un médecin omnipraticien ainsi que des étudiants de ces différentes disciplines. Cette équipe est une ressource importante pour les professionnels du milieu B qui peuvent faire appel à celle-ci lorsqu'ils ont l'impression qu'ils sont rendus à la limite de leur expertise en santé mentale. L'objectif de cette équipe est de soutenir les professionnels du milieu B lorsqu'ils prennent en charge des cas complexes. L'équipe apporte un regard nouveau sur une situation et les professionnels donnent leur avis à la personne responsable d'assurer le suivi clinique. Les rôles réels de la psychologue, de la travailleuse sociale et du psychiatre sont principalement d'apporter un soutien et d'enseigner aux professionnels et aux étudiants du milieu B.

Avant de devenir une UMF-GMF, le milieu B était une clinique de médecine familiale d'un Centre Hospitalier Universitaire. Cette première vocation a fait en sorte que les personnes consultant à cette clinique proviennent de différentes régions du Grand Montréal.

Dans le cadre du projet ESPI, une typologie des modèles des services de première ligne a été réalisée à partir d'une revue réaliste de la littérature. Cette typologie nous permet d'estimer le degré d'autonomie des différents professionnels d'une clinique ainsi que l'étendue de leurs rôles. Elle a permis d'identifier deux dimensions principales aux structures des services de première ligne. Un graphique a été réalisé afin de présenter cette structuration des équipes de première ligne (voir figure 3). Tout d'abord, l'axe vertical spécifie les modalités des services offerts par une organisation.

À un extrême du modèle, les approches formelles reposent sur des procédures explicites qui spécifient quel service sera offert par quel professionnel, à quel patient et à quel moment. À l'autre extrême, les approches organiques reposent sur des mécanismes d'ajustements mutuels où les professionnels s'adaptent aux contingences structurelles et aux caractéristiques des patients pour déterminer les modalités de soins (Contandriopoulos et al., 2015b, p.11-12).

L'axe horizontal représente l'implication et le niveau d'autonomie accordé aux infirmières. La littérature consultée a montré que les organisations de première ligne reposaient sur les médecins ou sur les infirmières (Contandriopoulos et al., 2015b).

Selon cette typologie, le milieu B serait un modèle organique plutôt médical de première ligne majoritairement dirigé par les médecins. Ce modèle d'organisation permet aux mini-équipes du milieu B (ex. : médecin-infirmière) d'offrir des services moins segmentés à leur clientèle. Les rôles réels des professionnels au sein de ces équipes sont flexibles et adaptés aux besoins des personnes (Contandriopoulos et al., 2015b).

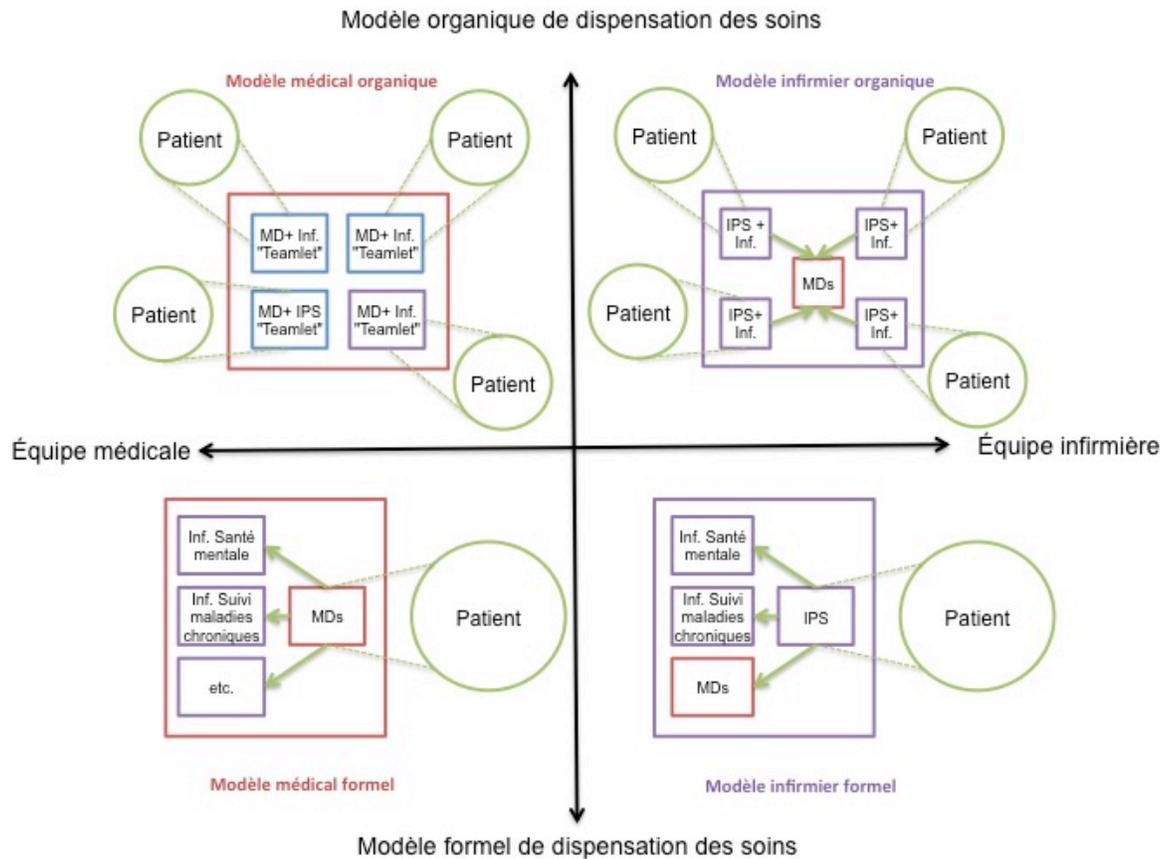


Figure 3. Typologie des modèles des services de première ligne

Les facteurs qui influencent les rôles réels des infirmières de première ligne quant à la prise en charge des TMC

Les facteurs liés à l'équipe. Tout comme pour le niveau de collaboration interprofessionnelle, le facteur qui influence le plus les rôles réels des infirmières quant aux TMC est le partage des responsabilités entre les professionnels de la clinique. Le milieu B a une gouvernance médicale de sorte que les éléments compris dans les rôles réels des infirmières sont directement liés aux éléments que les médecins choisissent de partager. Pour faciliter ce partage de responsabilités, les professionnels mentionnent qu'il faut qu'un lien de

confiance entre les différents professionnels se soit développé. Au milieu B, les infirmières sont appelées à travailler en équipe avec des médecins. Le nombre de médecins avec lesquels les infirmières doivent travailler influence leurs responsabilités au sein de cette équipe. Lorsque le ratio entre les infirmières et les médecins est moindre (ex. : 1 infirmière pour 3 médecins), les infirmières ont une meilleure connaissance de la clientèle du médecin ce qui leur permet de prendre en charge les personnes plus globalement.

La composition interprofessionnelle du milieu influence également les rôles réels des différentes infirmières. La présence d'une travailleuse sociale et d'une psychologue fait en sorte que les infirmières délèguent certains aspects psychosociaux à ces professionnelles. Lors de la prise en charge de TMC, il arrive souvent que les dimensions familiales (ex. : gestion du deuil), professionnelles (ex. : recherche d'emploi) et sociales prennent beaucoup de place dans les rendez-vous infirmiers. Les infirmières orientent alors ces personnes vers la psychologue, la travailleuse sociale ou les étudiants de ces disciplines.

Les rôles réels des infirmières sont également influencés par la présence de l'équipe spécialisée en santé mentale de première ligne. Tous les professionnels du milieu B peuvent assister aux rencontres de cette équipe ou référer des personnes selon leurs besoins. Lorsque les infirmières assistent à ces rencontres, elles peuvent développer leur expertise quant aux troubles mentaux dont l'approche à préconiser pour évaluer et assurer le suivi de cette clientèle. Elles peuvent également développer leurs liens avec les différents professionnels du milieu B et leur collaboration interprofessionnelle.

Un élément permettant de se rapprocher du rôle optimal de l'infirmière quant aux TMC est la durée des rendez-vous. Dans le milieu B, pour une évaluation complète, les infirmières disposent de 45 minutes. Ce qui semble permettre aux infirmières de réaliser une évaluation

globale de leurs clients et de mettre en place les interventions nécessaires à la condition de santé de ceux-ci.

Les facteurs liés à la clientèle suivie. Les rôles réels des infirmières sont donc influencés par les besoins des personnes qu'elles prennent en charge. Selon la composition de l'équipe, l'infirmière orientera les personnes vers des ressources internes ou externes. Ces besoins influenceront aussi les modalités de prise en charge (ex. : fréquence des rendez-vous) :

Il y a des patients que je vais préférer revoir en aigu, revoir aux semaines, d'autres aux deux semaines, d'autres aux trois semaines. J'essaie de ne pas dépasser trois semaines pour m'assurer qu'il y ait une évolution. » (Infirmière).

L'importance d'assurer une prise en charge individualisée et adaptée aux besoins des personnes fait partie de la culture organisationnelle :

Ça va être variable d'un patient à l'autre. Ça dépend [...] de la sévérité des cas [...] ça dépend toujours de quoi ça découle. [...](Infirmière).

Les facteurs liés aux infirmières elles-mêmes. Les différentes infirmières du milieu B ont développé leur expertise en santé mentale à différents niveaux. Selon leurs intérêts et leurs expériences cliniques, l'expertise développée par chacune d'elles leur permet d'aller jusqu'à un certain niveau dans la prise en charge des TMC. Lorsqu'elles approfondissent leurs connaissances en santé mentale, elles se sentent également plus aptes à prendre en charge certaines personnes ayant des troubles mentaux un peu plus complexes. Le développement de leurs expertises, soutenu par leur formation initiale et continue, les amène à mettre en place différentes interventions afin de prendre en charge plusieurs aspects de la santé mentale:

c'est la formation continue [...] ça fait partie de mon travail. Puis ça aide aussi à documenter nos interventions. (Infirmière).

Pour réaliser une prise en charge individualisée, les professionnels mentionnent l'importance de connaître les ressources disponibles (ex. : organismes communautaires,

ressources institutionnelles). Les rôles réels des infirmières sont donc influencés par leurs connaissances des ressources :

[...] notre connaissance des ressources du milieu parce que Montréal, c'est pas organisé de la même façon qu'en région [...]. (Infirmière A) Oui, c'est vraiment [la] connaissance des ressources, c'est le nerf de la guerre. » (Infirmière B).

Lorsque l'infirmière possède une bonne connaissance des ressources présentes dans son territoire, elle est autonome pour référer les personnes vers les ressources appropriées à leur condition. Pour s'acquitter de cette activité de référence vers des ressources, les infirmières mentionnent avoir besoin d'établir des mécanismes de collaboration interorganisationnelle. Afin de permettre ce type de collaboration, les infirmières ont mentionné qu'il était essentiel de développer des liens avec les professionnels qui travaillent au sein de ces ressources. Dans le milieu B, les professionnels orientent les personnes plus facilement vers d'autres organisations lorsque des professionnels travaillant au milieu B travaillent également dans une autre organisation.

En résumé, les rôles réels des infirmières sont influencés par le modèle organisationnel de la clinique, la composition de l'équipe interprofessionnelle, les besoins des personnes, leur connaissance des ressources, leur expérience et leur expertise, les composantes bio-psycho-sociales des personnes, ainsi que l'organisation de leur horaire de travail.

La perception des infirmières de leurs rôles réels quant aux TMC

Les rôles réels des infirmières du milieu B sont en évolution constante depuis plusieurs années, et ce autant pour la santé physique que pour la santé mentale. Les médecins omnipraticiens doivent prendre en charge de plus en plus de personnes souffrant de TMC ce qui les amène à collaborer de plus en plus avec d'autres professionnels, dont les infirmières.

Les rôles réels des infirmières sont donc appelés à changer. Voici une description des rôles réels de celles-ci au moment de l'étude.

L'évaluation de base en santé mentale, dont la détection de symptômes liés à la santé mentale, ainsi que la revue des antécédents psychologiques est une activité qui fait partie intégrante de l'évaluation initiale des infirmières. Elles ont des outils pour les guider dans leurs évaluations, mais avec l'expérience, elles ne les utilisent pas systématiquement de manière formelle. Elles intègrent les éléments d'évaluation de ces outils dans leurs entrevues avec les personnes sans les utiliser totalement. Pour les IPSPL, celles-ci se réfèrent aux critères diagnostiques du DSM-V (APA, 2013) afin de compléter leur évaluation. Les infirmières rencontrées mentionnent qu'elles évaluent les personnes de manière holistique et prennent en considération le réseau de soutien des personnes dans la planification des interventions. Lors des évaluations, elles disent s'adapter aux caractéristiques de la personne. En effet, selon elles, les symptômes liés aux troubles mentaux ne se manifestent pas de la même façon selon l'âge et le sexe de la personne. Les infirmières affirment en tenir compte. Leur évaluation comprend également les habitudes de vie. Selon les personnes, les infirmières adaptent leurs conseils reliés aux saines habitudes de vie et assurent le suivi pour évaluer les changements réalisés ainsi que leurs répercussions.

Les médecins demandent souvent la contribution des infirmières pour assurer un suivi téléphonique entre des rendez-vous médicaux afin d'évaluer la réponse aux traitements médicamenteux prescrits. Les infirmières du milieu B sont des intervenantes pivots auprès de la clientèle atteinte de TMC. En effet, étant donné qu'elles travaillent à temps complet au milieu B, comparativement aux médecins qui ont souvent plusieurs milieux de travail, les personnes peuvent les rejoindre plus facilement en cas de besoin. Elles sont également des

professionnelles importantes pour orienter les personnes vers des ressources spécialisées afin de répondre à leurs besoins. Cette activité de pivot permet d'assurer la continuité des soins et de faire les liens entre les différentes ressources mises à la disposition des personnes. Pour les infirmières du milieu B, leur activité d'orientation est plus limitée lorsque les patients habitent à l'extérieur du territoire du CIUSSS du milieu B. Selon elles, le nombre important de ressources en santé mentale du grand Montréal, les changements réguliers au sein de celles-ci ainsi que ceux concernant les critères d'inclusion et d'exclusion pour accéder aux ressources, ne permettent pas aux infirmières de remplir pleinement leur activité d'orientation.

La perception des professionnels des rôles réels infirmiers quant aux TMC

Le besoin d'impliquer des infirmières quant à la prise en charge des TMC n'est pas perçu de la même façon par tous les professionnels. De plus, ils n'ont pas tous la même définition des rôles réels des infirmières de première ligne quant aux TMC. Par contre, tous les professionnels rencontrés sont ouverts à inclure des infirmières dans la prise en charge des TMC. Le défi par rapport à ce partage des responsabilités est de clarifier le cadre de cette prise en charge ainsi que les rôles réels des différents professionnels.

Les autres professionnels perçoivent l'infirmière comme une professionnelle de choix pour agir au niveau de la prévention et de la promotion des saines habitudes de vie ainsi que pour évaluer et surveiller l'évolution des symptômes d'une personne. L'infirmière est aussi perçue comme la porte d'entrée et de sortie des services en santé mentale, c'est-à-dire qu'elle est centrale et qu'elle est identifiée comme un intervenant pivot dans les services de première ligne. Elle permet l'orientation des personnes à travers toutes les ressources en santé mentale. Selon une participante, l'infirmière facilite l'entrée dans les services en santé mentale étant donné que, pour certaines personnes, discuter de certains problèmes de santé mentale avec une

infirmière est moins menaçant, car la profession infirmière n'est pas directement liée à la santé mentale :

Oui, avec aussi la porte d'entrée de la maladie, il y a quelque chose qui fait que c'est moins menaçant. Donc je trouve qu'ils ont un rôle particulier à jouer en santé mentale. (Professionnel).

Bien que les professionnels reconnaissent que les infirmières pourraient jouer des rôles réels plus développés dans la prise en charge des TMC, l'une des participantes exprimait le fait qu'il serait difficile d'avoir un suivi partagé comme dans le cas de problèmes physiques courants, car en santé mentale la relation entre le professionnel et la personne est très importante et doit être entretenue régulièrement afin d'avoir une prise en charge efficace :

Quant à moi, ma pratique de la santé mentale, elle se base sur la relation avec le patient. [...] Mais ce que je verrais très bien, ça serait que je vois les patients peut-être une fois sur deux, un peu comme on fait ici avec les infirmières cliniciennes. Après ça, ils voient l'infirmière. Ce que ça sous-entend, c'est de développer aussi une relation thérapeutique avec l'infirmière. Quant à moi, c'est inévitable. Puis je ne sais pas comment ça marcherait, ça. (Professionnel)

La contribution des infirmières à la prestation des soins en santé mentale

Les infirmières du milieu B mentionnent que l'approche infirmière facilite souvent les confidences des personnes en lien avec leur santé mentale. Cette approche est basée sur une vision holistique de la situation des personnes, un respect du rythme du patient, une attention particulière au discours verbal et non verbal reflété à la personne. De plus, les personnes savent qu'elles peuvent joindre facilement leur infirmière responsable étant donné qu'elle travaille à temps complet dans le milieu B. Cela sécurise les personnes souffrant de TMC et les amène à contacter leur infirmière lorsqu'un besoin se présente :

Oui. Ça, on en a quand même beaucoup ici, des gens qui ont des troubles anxieux. Donc, aussitôt qu'il y a un petit quelque chose, ils ont besoin de venir se faire réassurer. [...] les gens peuvent avoir accès rapidement. C'est rassurant pour ces gens-là. Ils consultent vite, puis ça évite qu'ils consultent à l'urgence ou au sans

rendez-vous. Ils consultent toujours la même personne, donc on garde un petit peu toujours le même cadre. On ne va pas embarquer dans des investigations incroyables parce qu'on les connaît. (Infirmière)

Finalement, les infirmières mentionnent être attentives aux changements de l'état mental des personnes ainsi qu'aux signes non verbaux. Selon les infirmières, ces attentions augmentent la probabilité de détecter plus tôt les problèmes liés à la santé mentale et de mettre en place rapidement les services dont les personnes ont besoin.

Synthèse du milieu B

La pratique clinique du milieu B est basée sur une collaboration interprofessionnelle et un partage des responsabilités qui varient selon les équipes médecin-infirmière. Le partage des responsabilités entre ces différents professionnels est basé sur les activités réservées de ceux-ci, mais il est aussi grandement influencé par l'établissement d'une relation de confiance et les actes que les médecins choisissent de déléguer. Bien que les conclusions des résultats des deux groupes de professionnels rencontrés soient comparables, les rôles réels infirmiers ne sont pas perçus de la même façon par tous les professionnels.

Les professionnels du milieu B font preuve de flexibilité par rapport à leur rôle professionnel. Cela semble être apprécié par l'ensemble des professionnels rencontrés :

Mais si, un jour, il y a quatre personnes qui ont besoin le jour même, bien, on va le faire. On essaie de répondre aux besoins. Puis nos médecins, on est quand même assez... Ils ont bien confiance, puis au pire, ils vont revenir évaluer quelque chose. (Infirmière)

Ces différents éléments font en sorte que les rôles réels infirmiers quant aux TMC se rapprochent du rôle optimal à différents niveaux. Pour certaines personnes atteintes d'un TMC, les infirmières s'occupent pratiquement exclusivement de la santé physique, pour d'autres personnes, elles partagent les activités liées à la prise en charge des TMC avec un

médecin. L'expertise et l'intérêt personnel des participants sont ressortis comme des éléments clés dans la concrétisation de leur rôle infirmier quant aux troubles mentaux. Par exemple, pour une infirmière rencontrée, grâce à son expérience clinique et à son intérêt pour le domaine de la santé mentale, son rôle réel se rapproche du rôle optimal en santé mentale.

L'écart entre les rôles réels et le rôle optimal des infirmières diminue lorsque 1) la relation de confiance entre les professionnels est bien établie, 2) les infirmières ont développé leur expertise en santé mentale, 3) elles ont une connaissance des ressources extérieures en santé mentale et 4) le médecin est ouvert à déléguer des éléments de la prise en charge des TMC.

Le milieu A

La structure de l'organisation

Pour la description du milieu A, nous nous appuyons ici sur le rapport préliminaire et sa mise à jour réalisés dans le cadre du projet ESPI (Contandriopoulos et al., 2015b ; Duhoux, Contandriopoulos, Roy, Laroche et Mattmann, 2016). Le milieu A est un modèle d'organisation de santé unique au Québec. Celui-ci est basé sur des rôles infirmiers réels étant près du rôle optimal et une collaboration interprofessionnelle. Le noyau central de l'équipe soignante du milieu A est composé d'infirmières et d'une intervenante psycho-sociale. Le milieu A permet de répondre aux besoins d'une population vulnérable de la Basse-Ville de Québec. Au sens de la RAMQ, le tiers de leur clientèle a au moins un code de vulnérabilité dont la majorité est le code 1 (problème de santé mentale) ou le code 7 (VIH/SIDA/Hépatite C). Le milieu A permet à cette clientèle, ayant souvent de la difficulté à obtenir des soins dans le réseau de santé actuel, d'avoir accès à des services de santé. L'efficacité de l'équipe du milieu A s'explique par leur prise en charge holistique des personnes ainsi que par les liens

qu'elle a tissés avec le réseau de la santé traditionnel. Le fait que les professionnels du milieu A partagent les mêmes valeurs par rapport à l'offre de services du milieu A ainsi que la vision non hiérarchique entre les professionnels facilitent la prise en charge interprofessionnelle permettant de répondre aux besoins de leur clientèle.

Le milieu A est comparable aux *Nurse-led clinic* que nous retrouvons en Ontario et aux États-Unis. Selon la typologie réalisée dans le cadre du projet ESPI (Figure 3), il s'agit d'un modèle organique infirmier, car la prise en charge est majoritairement assurée par une IPSPL qui référera, au besoin, les personnes à d'autres professionnels de la santé travaillant au milieu A ou dans d'autres organisations du système de la santé ou organismes communautaires. Au sein du milieu A, l'IPSPL travaille en collaboration interprofessionnelle avec une infirmière technicienne, une infirmière clinicienne et une intervenante psychosociale. La composition de l'équipe interprofessionnelle du milieu A est appelée à changer régulièrement à cause du financement précaire. En juillet 2016, les membres fondateurs du milieu A ont conclu une entente de partenariat avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale permettant d'assurer la pérennité des services généraux de la clinique (Gouvernement du Québec, 2016b). Certaines activités de la clinique restent financées par un sociofinancement.

Les facteurs qui influencent les rôles réels des infirmières de première ligne quant à la prise en charge des TMC

Les facteurs liés à l'équipe. Lors de la prise en charge de TMC, les infirmières doivent faire appel à l'IPSPL de la clinique lorsqu'elles ont besoin d'une ordonnance pour poursuivre un traitement pharmacologique déjà amorcé par un médecin ou pour effectuer des examens de laboratoire. La présence d'ordonnances collectives ou de protocoles leur permettrait de pallier à cette situation en toute autonomie. Par contre, l'élaboration de ceux-ci

est un processus complexe nécessitant la collaboration de plusieurs acteurs. Ils ne sont pas encore disponibles au milieu A. Lorsque la situation de la personne nécessite d'amorcer un traitement pharmacologique et considérant qu'il n'y a pas de médecins travaillant à la clinique, l'IPSPL procède à une demande de consultation auprès de ses médecins partenaires.

Le réseau de collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle que les professionnels de la clinique ont développé contribue à optimiser la composante d'orientation du rôle optimal infirmier quant aux TMC. Ce réseau a été développé grâce à une vision commune des services de santé de la part des professionnels du milieu A, à l'organisation efficace des mécanismes de demande de consultation, au suivi des membres de la clinique auprès des professionnels qui travaillent à l'extérieur du milieu A et au professionnalisme des infirmières du milieu A permettant l'établissement du lien de confiance nécessaire à la collaboration. Les infirmières du milieu A peuvent compter sur l'intervenante psychosociale du milieu A et sur ceux des organismes communautaires pour soutenir les personnes dans leur propre prise en charge. L'accompagnement des personnes par les intervenants psychosociaux facilite grandement le suivi des personnes ainsi que leur adhésion aux interventions :

Avec les intervenants, ça va super bien. Ils viennent, ils nous amènent des gens ici. Des fois, on les appelle, genre : « Peux-tu... Je cherche telle personne, peux-tu me la trouver? » (Infirmière).

Les rôles réels des infirmières du milieu A sont également facilités par la structure organisationnelle basée sur un modèle non hiérarchique, les rôles réels des professionnels basés sur leurs rôles optimaux ainsi que sur des valeurs communes, par exemple l'accessibilité et la réduction des méfaits.

La prise en charge holistique pratiquée par les professionnels du milieu A est également facilitée par les mécanismes de prestation des soins comme la durée des rendez-

vous (les rendez-vous pour une évaluation complète sont d'une durée de 60 minutes et les sans rendez-vous sont d'une durée prévue de 30 minutes).

Les facteurs liés à la clientèle suivie. Lors de la mise en place du plan de traitement, les professionnels du milieu A s'assurent de prendre en considération les préférences des personnes ainsi que leurs expériences antérieures avec les services de santé :

[...] si un patient, il vient ici, puis qu'il a passé 15 psychologues, puis 13 travailleurs sociaux, il en sait souvent plus que nous autres. Ça fait que c'est de savoir, ces mécanismes-là, s'il est capable de les utiliser [...] (Infirmière).

Cela leur permet d'améliorer l'adhésion au plan de traitement. Finalement, l'approche des professionnels doit être personnalisée à chaque personne, car lorsqu'une personne consulte au milieu A, il s'agit souvent d'une première étape vers la réappropriation du système de santé. Cette étape est essentielle pour la clientèle ayant perdu confiance dans le système de santé lors d'expériences antérieures négatives.

Les facteurs liés aux infirmières elles-mêmes. Les professionnels du milieu A ont développé une expertise particulière par rapport à la santé mentale et à l'approche des personnes vulnérables. Cette approche leur permet de créer le lien de confiance essentiel à la réussite d'un plan thérapeutique. Leur expertise leur permet d'assurer une évaluation globale de la personne ainsi que la mise en place du plan thérapeutique requis selon la condition de santé de la personne.

La perception des infirmières de leurs rôles réels quant aux TMC

Lors d'un premier rendez-vous, les infirmières du milieu A mentionnent débiter par une évaluation holistique de la condition de santé des personnes ainsi que leur histoire de santé générale (ex. : antécédents personnels et familiaux, médication, habitudes de vie, réseau social, etc.). Plusieurs outils permettent de guider leurs évaluations. Parmi les outils utilisés,

nous retrouvons le PQRSTU (provoqué par ou pallié par, qualité, région, symptômes, temps, understanding [compréhension]) (Gouvernement du Québec, 2012b) et le SADIFACES (sommeil, alimentation, symptômes dépressifs, intérêt, fatigue, anxiété, concentration, estime de soi et idées suicidaires) (Sorochan, 2015) ainsi que le PHQ-9 (Kroenke, Spitzer et Wiliam, 2001). Les critères diagnostiques du DSM-V (APA, 2013) peuvent également être utilisés lorsque l'IPSPL est appelé à émettre une impression diagnostique. Tout au long de leur évaluation, les infirmières tentent de porter une attention particulière au vécu de la personne et à ses antécédents. Elles reflètent leurs observations afin d'amener les personnes à se confier :

Mais t'sais, tu la sens, la personne. Tu la sens anxieuse, il me semble, tu viens que tu fais de la fièvre en dedans. [...] Souvent, je vais le refléter à la fin de la rencontre. Je vais dire : « Tout ce que tu me dis, oui, il peut y avoir des symptômes de dépression, mais je te sens tellement comme fébrile en dedans. On dirait que ça shake. On dirait que tu as un... pas un tsunami, mais un tremblement de terre en dedans. » (Infirmière).

De plus, elles s'assurent de comprendre les priorités et les attentes des personnes par rapport à leur condition de santé. Cela leur permet d'orienter leurs interventions. En effet, selon les infirmières rencontrées, pour les TMC, souvent la meilleure option consiste à ne pas commencer rapidement une médication. L'étape de l'évaluation, pour les infirmières non praticiennes, permet d'effectuer un premier dépistage, d'évaluer les ressources disponibles dans le réseau social de la personne, d'initier certaines interventions qui ne nécessitent pas de prescription et, lorsque nécessaire, de référer la personne vers le professionnel pouvant répondre à ses besoins.

À la suite de leur évaluation, les infirmières du milieu A déterminent leur plan d'intervention. Lorsqu'il y a un certain degré d'urgence, les infirmières réfèrent directement à l'hôpital. Dans ces cas, l'infirmière peut faire une référence téléphonique à l'infirmière du triage de l'hôpital afin d'annoncer l'arrivée de la personne. De plus, les infirmières peuvent

faire une référence vers des ressources communautaires ou psychosociales afin que les personnes obtiennent les services nécessaires à leurs conditions. Lors de ces références, les infirmières restent disponibles pour les personnes, car un des éléments importants dans la prise en charge des TMC est de donner des objectifs à court terme aux personnes et de leur apporter le soutien nécessaire pour qu'elles les atteignent. Lorsque les infirmières ont une compréhension approfondie de la situation de la personne, si une référence médicale est nécessaire à sa condition, l'IPSPL utilise un formulaire standardisé pour référer la personne vers ses médecins partenaires. Dans ces formulaires, l'IPSPL indique la raison de la demande ainsi que l'histoire médicale de la personne. Une fois les ressources mises à la disposition de la personne, les infirmières sont le pivot pour tous les professionnels intervenants auprès de la personne. Les interventions infirmières décrites jusqu'à présent sont réalisées avec une vision holistique et en partenariat avec la personne en assurant une écoute active de celle-ci afin de la rassurer et de désamorcer la crise, lorsque nécessaire. De plus, les infirmières suscitent la participation des personnes afin de les responsabiliser par rapport à l'autogestion de leur santé :

Je l'ai revue en suivi deux fois par la suite pour voir un peu si... vers où on allait, [...] Mais en trouvant les ressources ensemble, la patiente avait accès à des services psychologiques, justement, à l'université. Donc je l'ai amenée à se diriger vers d'autres ressources parallèles à ce qu'on fait ici. (Infirmière).

La perception des professionnels des rôles réels infirmiers quant aux TMC

Les intervenants psychosociaux rencontrés lors de cette recherche voyaient les rôles réels des infirmières par rapport à la santé mentale comme un premier contact avec les services en santé qui permettait d'obtenir un bilan de santé général. Ce premier contact est primordial pour la clientèle vulnérable, car celle-ci n'a pas toujours eu des expériences

positives avec les organisations du système de santé. L'approche non stigmatisante des professionnels du milieu A facilite les consultations avec cette clientèle. De plus, sans accepter tous les comportements de la personne, les professionnels du milieu A réussissent à développer des liens de confiance importants avec la clientèle. Les professionnels du milieu A sont alors capables de conseiller les personnes par rapport à leurs habitudes de vie afin d'améliorer leur condition de santé et assurer la prévention et la promotion de la santé. Le fait que l'IPSPL puisse renouveler plusieurs médicaments est un aspect important. Lors des entrevues, les intervenants discutent beaucoup de l'apport des liens de collaboration interprofessionnelle que les infirmières du milieu A ont développés avec des services spécialisés, dont une psychiatre. Ces liens permettent à l'infirmière de coordonner les services pour les personnes. Les professionnels apprécient grandement cette activité professionnelle des infirmières. Finalement, les intervenants mentionnent que les infirmières du milieu A représentent une option intéressante pour l'obtention rapide de services de santé lorsqu'un besoin se présente. Cela permet de répondre plus efficacement aux besoins de la clientèle vulnérable, car la fenêtre d'ouverture à consulter est très courte chez ces personnes :

la fenêtre de disposition au changement est extrêmement courte. Si la personne est prête à s'aider là, ici, maintenant, puis qu'on lui dit : « Écoute, j'ai un rendez-vous dans deux semaines », on oublie ça. » (Professionnel).

La contribution des infirmières à la prestation des soins TMC

La contribution la plus importante des infirmières du milieu A à la prestation des soins en santé mentale est l'approche qu'elles ont avec leur clientèle. L'approche humaine basée sur les principes de réduction des méfaits et de prise en charge holistique favorise le lien de confiance entre les professionnels et les clients permettant ainsi l'adoption de comportements favorables à la condition de santé de ces derniers. Cette clientèle est plus ouverte à modifier

ses comportements lorsqu'elle voit que les professionnels de la santé s'occupent réellement d'elle en la prenant comme elle est et lorsqu'ils tentent de la faire cheminer sans lui donner d'obligation :

[...] elle ne va pas être moralisatrice comme, souvent, on peut voir dans les... quand on va rencontrer un médecin. Souvent, les médecins vont avoir la prescription facile. Pas juste la prescription de médicaments, mais aussi la prescription de conseils. » (Professionnel).

L'approche que les professionnels du milieu A adoptent répond à ces besoins de reconnaissance. Les services offerts dans le milieu A sont aussi personnalisés. Le fait de personnaliser les services permet de déterminer des objectifs réalistes en considérant les personnes qui consultent. Leur participation augmente les chances de les atteindre :

Puis il y a des objectifs qu'on a, comme professionnels de la santé, qui ne sont pas réalistes pour certains patients. (Infirmière).

En plus de permettre un accès facile et rapide à des services en santé mentale, les infirmières représentent des professionnelles avec lesquelles les discussions concernant la santé mentale peuvent être plus faciles à aborder. Tout au long de leur parcours professionnel, les infirmières développent un sens de la débrouillardise important qui leur permet de trouver des solutions à plusieurs problèmes vécus par les personnes qu'elles prennent en charge. De plus, leurs activités réservées, les infirmières du milieu A aptes à prendre en charge une grande partie des problèmes de santé courants. Elles peuvent également faire un débroussaillage dans l'histoire de santé de la personne permettant ainsi aux médecins de se concentrer sur leurs activités réservées lorsque leur contribution est nécessaire.

Synthèse du milieu A

L'écart entre les rôles réels et les rôles optimaux des professionnels du milieu A est minimal. Cette réduction de l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal des professionnels est

facilitée par la vision commune des services de santé, par un respect des différentes professions ainsi que grâce aux des valeurs communes des professionnels. Cela se traduit par une vision commune des rôles réels des infirmières de première ligne quant aux TMC bien que certains se questionnent sur la limite de ceux-ci étant donné que ces infirmières doivent garder un rôle de généraliste :

Il faudrait que ça soit des infirmières spécialisées en santé mentale. Ce n'est pas... Je pense que ce n'est pas n'importe qui, qui peut faire ça. Ça prend quand même des connaissances. (Infirmière).

La mise en place des rôles réels basés sur le rôle optimal des infirmières est perçue par les participants comme un avantage important pour l'accessibilité, l'efficacité, l'efficience et la continuité des services en santé mentale.

Néanmoins, les rôles réels des infirmières non praticiennes du milieu A sont souvent limités par le fait qu'elles ne peuvent pas prescrire de médicament ou d'examen diagnostique. Le développement d'ordonnances collectives pourrait venir pallier à cette problématique afin que celles-ci puissent se rapprocher de leur rôle optimal. Pour l'instant, la collaboration entre l'IPSPL et les infirmières vient pallier ce manque et permet d'offrir des services efficaces et efficaces.

Analyse inter cas concernant l'optimisation des rôles réels infirmiers quant aux TMC dans les services de première ligne interprofessionnels

À la fin de chaque entrevue, nous avons questionné les participants sur les stratégies à mettre en place pour réduire l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal des infirmières de première ligne quant aux TMC. L'élément central à toutes leurs recommandations est l'éducation. Ils mentionnent également l'importance d'adapter les milieux cliniques. Tous les professionnels, peu importe leur discipline, mentionnent que la mise en place du rôle optimal

des infirmières doit se faire par l'éducation de la population et des autres professionnels de la santé concernant le rôle optimal des infirmières quant aux TMC, mais également par l'éducation des infirmières elles-mêmes.

L'adaptation des milieux cliniques. Pour faciliter cet enseignement, les professionnels du milieu B ont mentionné qu'il serait utile d'avoir un cadre de référence concernant le rôle optimal des infirmières de première ligne quant aux TMC. Ce cadre sera une référence pour les professionnels de la santé afin qu'ils puissent comprendre le rôle optimal des infirmières de première ligne relativement aux TMC. Le milieu de travail d'une infirmière peut également être une ressource importante pour diminuer l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal.

Les services de première ligne regroupent de plus en plus des professionnels provenant de différentes disciplines. La collaboration interprofessionnelle qui se développe entre ceux-ci peut être une ressource très riche pour la formation continue des infirmières liées aux troubles mentaux. Par exemple, au milieu B, la présence de l'équipe spécialisée en santé mentale a permis aux infirmières de développer leur approche auprès de la clientèle en santé mentale ainsi que leur expertise en santé mentale en général. Les contacts entre les différents professionnels d'une même organisation peuvent également permettre de développer une vision commune des services en santé mentale ce qui contribue positivement à l'efficacité des services offerts dans une même organisation.

Pour agir auprès de la clientèle souffrant de troubles mentaux, les professionnels ont mentionné l'importance de la collaboration interorganisationnelle. Cette collaboration permet aux professionnels de référer rapidement les personnes vers des ressources pouvant répondre à leurs besoins. Les ressources nécessaires à la prestation des soins en santé mentale regroupent

autant les organisations du système de santé que les ressources communautaires. Pour faciliter la création de liens entre les services de première ligne et ces ressources, les professionnels ont mentionné l'importance d'avoir des contacts directs avec les professionnels travaillant dans celles-ci.

La formation initiale des infirmières. Afin de réduire l'écart entre les rôles réels des infirmières et le rôle optimal des infirmières, les participants ont mentionné plusieurs aspects à modifier dans la formation initiale et continue des infirmières ainsi que des pistes de réflexion à considérer. Tout d'abord, les infirmières ont mentionné l'impact négatif que peuvent avoir les services en santé mentale de troisième ligne lorsque les futures infirmières ont leurs premiers contacts avec des personnes souffrant de troubles mentaux dans ce type de services. Étant donné que les personnes recevant des services en troisième ligne peuvent être dans un état mental décompensé, cela peut entraîner une stigmatisation par rapport à la santé mentale chez les étudiantes infirmières. Les participants proposent que la formation initiale favorise les contacts progressifs avec les personnes atteintes de troubles mentaux en commençant par les TMC et les troubles graves stabilisés. Les participants font l'hypothèse que les étudiantes et les nouvelles infirmières auraient ainsi moins de résistance à intervenir auprès des personnes atteintes de troubles mentaux.

De plus, lors de la formation initiale, un accent particulier devrait être mis sur l'évaluation de la condition mentale et sur l'approche à prioriser auprès de cette clientèle. Pour modifier efficacement la formation initiale des infirmières, il pourrait être utile de faire appel à des professionnels spécialisés en santé mentale (ex. : infirmière spécialisée en santé mentale, psychologue, travailleur social) :

Je dirais que mon bac en psycho me sert pas mal plus souvent que ce que j'ai appris dans le cadre de mon bac en soins pour la santé mentale. Dans l'approche aux patients, dans les questions à poser [...] (Infirmière).

Lors des consultations auprès des professionnels spécialisés en santé mentale, il est important d'identifier clairement les objectifs et les préoccupations des professionnels généralistes quant aux troubles mentaux :

les intérêts des psychiatres et des intervenants spécialisés en santé mentale, puis les intérêts des médecins qui, eux, ont une approche globale souvent, ne concordent pas. (Professionnel).

L'une des participantes mentionne que les professionnels généralistes doivent habituellement gérer plusieurs problématiques physiques ou mentales. Leurs activités professionnelles ne peuvent donc pas s'arrêter à la santé mentale ce qui peut entraîner des difficultés au niveau de la collaboration et de la compréhension de la vision des professionnels ayant des activités majoritairement liées à la santé mentale. Le vocabulaire utilisé par les professionnels spécialisés en santé mentale diffère souvent des professionnels généralistes pouvant augmenter ces difficultés.

La formation continue des infirmières. Lors de leur cheminement professionnel, les infirmières doivent être en mesure d'identifier leurs forces, leurs faiblesses et leurs limites par rapport aux troubles mentaux. L'identification de ces éléments est nécessaire afin d'orienter les infirmières dans leur formation continue ainsi que dans leur cheminement professionnel en général. Les infirmières participantes mentionnent également que ces réflexions permettront aux infirmières de mieux interagir auprès de la clientèle atteinte de troubles mentaux, car celle-ci peut avoir tendance à tester les limites des intervenants et à avoir des comportements pouvant être confrontant pour les intervenants :

Il faut que tu sois capable de créer un lien de confiance, d'être capable de mettre tes limites. Il faut qu'ils te sentent solide parce qu'ils testent aussi. (Infirmière).

Il est également nécessaire de bien saisir les différences entre empathie et sympathie ainsi que de développer des mécanismes pour se protéger à titre de professionnel de la santé. Cette réflexion sur sa pratique infirmière devrait permettre de développer sa confiance en soi, ce qui est essentiel pour interagir auprès de la clientèle atteinte de troubles mentaux, laquelle a tendance à tester les limites des professionnels de la santé.

Les infirmières doivent développer et s'approprier des outils de référence pour évaluer et pour intervenir auprès de la clientèle atteinte de troubles mentaux. Les infirmières rencontrées ont fait mention de la responsabilité de l'OIIQ concernant le développement de lignes directrices claires concernant la pratique infirmière en santé mentale.

Finalement, les professionnels de la santé ont mentionné que, comme pour n'importe quel problème de santé, il est essentiel d'avoir des contacts réguliers avec la clientèle souffrant de TMC afin de développer une expertise ou du moins pour se sentir confortable lors de l'évaluation et des interventions auprès de cette clientèle.

La formation de la population quant au rôle infirmier optimal. L'enseignement du rôle optimal des infirmières de première ligne quant aux TMC doit également se faire auprès de la population en général. Considérant qu'il peut être difficile pour certaines personnes de consulter un professionnel de la santé pour des problèmes de santé mentale et que les infirmières semblent être moins menaçantes pour discuter de ces problèmes, une meilleure compréhension du rôle optimal infirmier quant aux troubles mentaux pourrait favoriser la consultation de services de santé pour ce type de problème. La formation de la population quant au rôle infirmier optimal en santé mentale doit également inclure le rôle optimal des autres professionnels en première ligne afin de permettre aux Québécoises et Québécois de

savoir quel type de professionnel il est préférable de consulter lorsqu'ils ont besoin de services en santé mentale.

Conclusion

En conclusion, les rôles réels de l'infirmière de première ligne quant à la prise en charge des TMC sont en développement au Québec. Selon les structures organisationnelles, ce rôle atteint différents niveaux de développement. Néanmoins, tous les professionnels rencontrés reconnaissent que les rôles réels des infirmières pourraient se rapprocher de leur rôle optimal quant à la prise en charge de cette clientèle. Le manque d'un cadre de la pratique infirmière de première ligne quant aux TMC nuit à la compréhension du rôle optimal de l'infirmière ainsi qu'à la réduction de l'écart entre leurs rôles réels et leur rôle optimal. Les professionnels mentionnent néanmoins l'importance de faire preuve de flexibilité et de tenir compte des facteurs contextuels de chaque organisation lors de l'optimisation d'un rôle professionnel. L'analyse transversale des similitudes et des différences entre les deux cas étudiés sera présentée dans la discussion de ce mémoire.

Chapitre V : La discussion

Dans ce chapitre, nous présenterons la contribution de la recherche décrite dans ce mémoire pour l'avancement et l'innovation de la pratique infirmière dans un contexte interprofessionnel de première ligne ainsi que pour la recherche en sciences infirmières. Pour ce faire, nous comparerons les résultats obtenus et présentés dans le chapitre IV de ce mémoire à la recension des écrits présentée dans le chapitre II. Cette comparaison a permis l'achèvement du schéma présenté dans le chapitre II afin de créer un modèle conceptuel du rôle optimal de l'infirmière quant aux TMC dans un contexte interprofessionnel de première ligne. Afin de structurer ce chapitre, nous le diviserons selon les différentes catégories du cadre de référence, soit : 1) les règles législatives, 2) les valeurs de la société et 3) la pratique terrain. Une comparaison entre les deux milieux étudiés sera également réalisée. Nous clôturons ce chapitre en présentant les retombées pour trois aspects de la discipline infirmière 1) la recherche, 2) la pratique clinique et 3) la formation ainsi que les limites de l'étude.

Comparaison entre les données et le cadre de référence

Les règles législatives

Au Québec, les professions sont régies par le Code des professions. Celui-ci permet de réglementer la pratique de plusieurs professions en plus de décrire les conditions nécessaires à l'exercice de celles-ci (Gouvernement du Québec, 2015a). Par la législation, les professions acquièrent une reconnaissance formelle (Abbott, 1988) de leurs responsabilités ainsi que de leur imputabilité quant à leur pratique. Par contre, le cadre législatif a aussi tendance à limiter le rôle de certains professionnels. Effectivement, les données recueillies ont montré que le cadre législatif ainsi que le manque d'ordonnances collectives au niveau national peuvent limiter le rapprochement entre les rôles réels et le rôle optimal des infirmières de première ligne en général ainsi que par rapport aux TMC. Bien que le rôle premier des infirmières n'est

pas de prescrire, le projet de développement des ordonnances nationales avait comme objectif d'améliorer l'accès aux services de santé (MSSS, 2013). Ces ordonnances comprennent la prescription de certains médicaments ainsi que de certaines analyses de laboratoire (Gouvernement du Québec, 2016c). En lien avec les TMC, il est recommandé, selon la situation clinique d'une personne, de procéder à certaines analyses de laboratoire afin de compléter l'évaluation d'une personne présentant des symptômes dépressifs (Fournier et al., 2012). Une ordonnance collective permettant aux infirmières ayant reçu une formation spécifique de pouvoir demander certaines analyses de laboratoire avant que les personnes rencontrent un médecin pourrait être développée afin d'améliorer l'accès aux services de santé. De plus, au Québec, le rôle optimal des infirmières est différent selon la région où elles pratiquent. En effet, en région reculée, par exemple les régions nordiques, le rôle optimal des infirmières ayant reçu une formation complémentaire comprend une multitude d'actes délégués étant interdits aux infirmières pratiquant dans les régions au sud du Québec. Ce phénomène prend souvent naissance dans les régions reculées ou dans les milieux travaillant auprès de clientèles vulnérables et marginalisées. L'une des participantes avait déjà pratiqué dans une région nordique et déplorait le manque de cohérence entre le rôle optimal des infirmières du nord et du sud. Par contre, celle-ci mentionne qu'il ne s'agit pas de reproduire la totalité de la pratique nordique des infirmières, mais bien de permettre l'utilisation de certains protocoles pour des problèmes de santé courants comme les infections bénignes (ex. : grippe, rhume, etc.) :

[...] je n'inclus pas les affaires qu'ils font parce qu'on a une forme de rupture de services de par la distance. Je n'inclus pas ça, les urgences, tout ce qu'on va initier pour sauver la vie du patient : [...] Il y a les urgences ici, il y a tout. Je parle juste de ce qui n'est pas... ce qui est hors urgence puis... mais qui a besoin d'une clinique, tout simplement. (Infirmière).

Considérant que les TMC sont également des problèmes de santé courants, nous pouvons penser qu'il serait possible et bénéfique de développer des protocoles d'évaluation, d'intervention et de suivi pour soutenir la pratique clinique des infirmières de première ligne au sud du Québec.

Dans les milieux étudiés, les professionnels développent leurs liens de collaboration interprofessionnelle afin de respecter le cadre législatif. Les exemples décrits sont souvent liés au fait que les infirmières font l'évaluation complète de la condition de santé d'une personne, mais qu'elles doivent demander la contribution d'un médecin ou d'une IPSPL pour compléter la consultation (ex. : besoin d'une prescription de médicament ou d'examen diagnostique). Ceci nuit à l'efficacité et à l'efficience du système de santé. Dans les milieux étudiés, les infirmières réussissent à surmonter ces barrières grâce aux liens de collaboration qu'elles ont développés avec les autres professionnels de leurs milieux. Ces liens permettent de remédier temporairement aux manques d'ordonnances collectives et de protocoles infirmiers dans les régions étudiées. Il est important de mentionner que l'objectif de ces ordonnances et de ces protocoles ne doit pas nécessairement être une réplique exacte de la pratique infirmière nordique. Les nouvelles activités de prescription permises aux infirmières cliniciennes laissent présager que les infirmières pourront faire de plus en plus d'actes auparavant réservés à la profession médicale et ainsi participer activement à la construction d'un système de santé plus accessible et efficace (Tremblay, 2015). L'ouverture de la part des gouvernements et des professionnels à ces nouveaux actes infirmiers serait favorable au maintien de la santé de la population par l'accessibilité, l'efficacité et l'efficience du système de santé.

L'acceptation du rôle optimal infirmier par la population

Lors des entrevues, les professionnels nous ont décrit leurs perceptions par rapport à l'acceptabilité du rôle optimal infirmier de la clientèle souffrant de TMC. De plus, ceux-ci ont amené certaines pistes de réflexion pour améliorer la compréhension de la population par rapport à ce rôle. Les professionnels ont rapporté trois éléments intéressants reliés à cette dimension.

Le premier est le fait que les professionnels doivent renseigner la population sur leur rôle optimal. Cette prise de conscience collective peut être facilitée par des campagnes de sensibilisation réalisées par les ordres professionnels. Elle peut également avoir lieu de façon plus individuelle lorsqu'une personne consulte. Finalement, elle peut se faire en groupe lorsque les personnes sont prises en charge dans une organisation de première ligne.

Le second élément que les professionnels ont rapporté est que les personnes qui consultent dans les services de première ligne veulent en premier lieu trouver une réponse à leurs besoins. Leur besoin premier n'est donc pas de consulter un médecin, mais plutôt un professionnel de la santé qui sera capable de répondre à leur problème de santé. Cette considération est d'autant plus importante que 29% des personnes souffrant de TMC ont des besoins non comblés par les services de première ligne (Dezetter et al., 2015). Nous devons donc nous questionner sur nos pratiques actuelles afin de mieux répondre aux besoins de la population. Par contre, comme certains l'ont mentionné, certaines personnes s'opposent à consulter des professionnels autres que les médecins lorsqu'elles ont un problème de santé.

De surcroit, l'acceptation du rôle optimal infirmier quant aux TMC pourrait être facilitée par l'approche des infirmières ainsi que leurs disponibilités. Plusieurs professionnels rencontrés ont mentionné avoir observé des bénéfices liés à l'approche infirmière. Selon les

observations de ceux-ci, l'approche infirmière permettrait à certaines personnes de se confier alors que c'est plus difficile de le faire à des médecins ou d'autres professionnels provenant d'une discipline directement liée à la santé mentale (ex. : psychologie). Les modalités de travail des infirmières font également en sorte que les personnes souffrant de TMC ont accès à des suivis plus rapprochés et plus complets. Ces modalités permettent d'évaluer de façon plus rapprochée l'évolution de la symptomatologie des personnes et de répondre plus facilement à leurs besoins. Elles permettent également aux personnes d'être référées plus rapidement à un professionnel de la santé selon leurs besoins.

Ces éléments semblent indiquer que les valeurs de la société par rapport à l'acceptation du rôle infirmier optimal dans les services de première ligne sont en transformation. En effet, ils semblent montrer les avantages que la société aurait à inclure de manière plus importante les infirmières lors de la prestation des soins en première ligne incluant celle auprès des personnes atteintes de TMC. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que l'utilisation du rôle infirmier optimal lors de la prestation des soins offerts à la clientèle souffrant de TMC permettra de réduire le pourcentage de besoins non comblés de cette clientèle.

La pratique terrain

Comme mentionné par Abbott (1988), les pratiques cliniques réelles dans les différentes organisations influencent la définition des frontières professionnelles. Les résultats de ce mémoire soutiennent cette théorie. En effet, nous avons remarqué des différences dans les rôles réels des infirmières quant aux TMC selon le partage des responsabilités réalisé dans les différentes équipes. Selon notre analyse, ces différences découlent principalement des ententes entre les professionnels par rapport à l'apport disciplinaire et interdisciplinaire des membres de l'équipe (Sicotte et al., 2002). En effet, la description de la perception des autres

professionnels du rôle optimal des infirmières quant aux TMC, révèle que certains professionnels ont parfois de la difficulté à cerner le rôle optimal infirmier quant aux TMC et les méthodes pour le mettre en place. Cela constitue un obstacle à la collaboration interprofessionnelle, car pour établir une collaboration, les rôles optimaux des différents professionnels doivent être bien connus des membres d'une équipe (Brault et al., 2014; CPIS, 2010). Les données recueillies nous ont également permis d'observer un écart entre les organisations de santé concernant la mise en place des rôles infirmiers réels basés sur le rôle infirmier optimal. En effet, les infirmières du milieu A semblaient avoir des rôles réels infirmiers se rapprochant plus facilement et naturellement du rôle infirmier optimal comparativement au milieu B. Au milieu B, les rôles réels des infirmières se rapprochent à différents niveaux du rôle infirmier optimal selon les intérêts des infirmières et selon les activités délégués par les médecins. De plus, le rôle optimal des infirmières n'est pas perçu de la même façon selon les milieux de recherche et plus précisément selon les professionnels qui y travaillent. Ces disparités nuisent à la mise en place de rôles réels plus proches du rôle infirmier optimal dans la prestation des soins aux personnes atteintes de TMC.

Les autres éléments, soit les ententes liées à l'apport des disciplines et l'intégration sociale, compris dans le cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire (Sicotte et al., 2002) ont été notés dans les deux milieux étudiés. En effet, considérant l'approche et les savoirs que les infirmières ont, les participants ont mentionné la plus-value des infirmières pour la prise en charge des TMC quand l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal est réduit. Les frontières professionnelles des infirmières, par exemple leur limitation pour prescrire des médicaments et des examens diagnostiques, fait en sorte qu'elles doivent se référer à leurs collègues IPSPL ou aux médecins diminuant ainsi l'efficacité des services. Pour ce faire, le

cadre analytique de Sicotte et ses collègues (2002) mentionnent que l'intégration sociale des membres doit être réalisée. Dans les deux milieux étudiés, cette intégration a été mentionnée par les participants. L'esprit d'équipe semble être présent dans les milieux et contribue grandement à la collaboration interprofessionnelle. Cet élément semble être important pour pousser la collaboration à son maximum. Pour les milieux cliniques, au moment de l'embauche de nouveaux employés, il serait donc pertinent de s'intéresser à la personnalité de ces derniers afin de maintenir cet esprit d'équipe et par le fait même leur niveau de collaboration.

Comparaison entre les deux milieux

L'influence de la structure de l'organisation

La principale différence entre les deux milieux à l'étude est leur structure organisationnelle. Dans un milieu, la gouvernance est majoritairement médicale, et les rôles réels des infirmières quant aux TMC dépendent des éléments de la prise en charge que les médecins souhaitent déléguer aux infirmières. Par ailleurs, lorsqu'un milieu est basé sur un modèle organique infirmier, leurs rôles réels sont plus proches de leur rôle optimal. Les organisations de première ligne doivent être conscientes de cette influence afin de réduire son effet sur les frontières professionnelles pour que les rôles réels des professionnels de première ligne soient les plus représentatifs de leur rôle optimal.

Outre la gouvernance des milieux, les rôles réels des infirmières sont influencés par le partage des valeurs par rapport aux objectifs des services de santé ainsi que par la flexibilité liée aux rôles réels des professionnels d'un même milieu. Lorsque les personnes travaillant au sein d'un milieu partagent les mêmes valeurs et qu'ils font preuve d'une certaine flexibilité par rapport aux rôles réels des différents professionnels, la collaboration interprofessionnelle est beaucoup plus fluide. Cette flexibilité des rôles a été mentionnée par les infirmières des deux milieux. Cela permet d'améliorer l'accessibilité et l'efficacité des services offerts. Les organisations doivent être conscientes de l'influence des valeurs des professionnels sur la performance de leur organisation. Dans les milieux de recherche, les professionnels ont mentionné que leurs gestionnaires étaient conscients de cette influence. Lors des entrevues d'embauche, selon les participants, les gestionnaires tiennent compte des valeurs des candidats afin de choisir judicieusement les professionnels qui se joindront à leur équipe.

Les rôles réels des infirmières selon elles-mêmes

Les infirmières rencontrées dans le cadre de cette recherche ont une vision assez similaire du rôle optimal de l'infirmière de première ligne quant aux TMC. En effet, elles nous ont toutes parlé de la responsabilité d'évaluation holistique des personnes, du suivi et de la surveillance de la condition de santé des personnes, de l'activité d'orientation de la personne à travers les ressources du système de la santé ainsi que de celle de pivot au sein de l'équipe interprofessionnelle. Nous avons également observé un consensus par rapport à l'influence des expériences professionnelles, des intérêts et des formations sur la perception des infirmières de leurs rôles réels quant aux TMC. L'explication des différences entre les rôles réels et le rôle optimal infirmier rapportée dans la recension des écrits ne semblent pas être majoritairement due à un manque de connaissance de leur rôle optimal. Un des éléments qui pourrait expliquer cette discordance est le processus permettant la mise en place des rôles réels se rapprochant à leur rôle optimal. Lors de cette mise en place, les infirmières semblent continuer de se questionner sur les frontières de leurs rôles réels quant aux TMC.

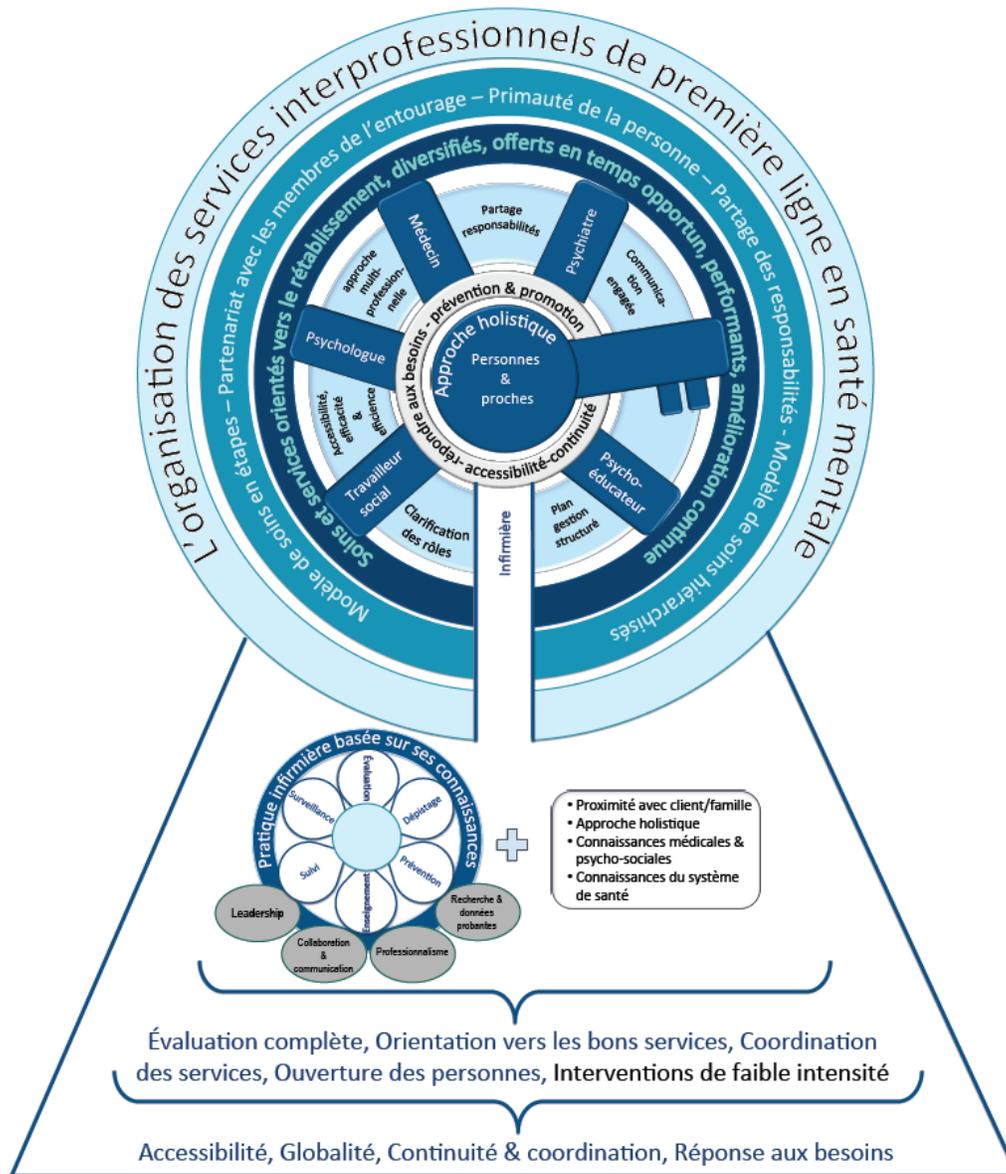
Les rôles réels des infirmières selon les autres professionnels

Les autres professionnels de la santé rencontrés reconnaissent les différentes activités du rôle optimal des infirmières. La difficulté quant à la description des rôles réels infirmiers semble résider dans l'établissement des frontières des rôles réels des infirmières. Tous les professionnels rencontrés ne semblent pas distinguer clairement les limites de l'implication des infirmières lors de la prestation des soins aux personnes souffrant de TMC. Par exemple, lorsque la prise en charge d'une personne demande l'implication de professionnels ayant une expertise plus poussée en santé mentale, il peut devenir complexe, voire nuisible, d'avoir plusieurs professionnels responsables de la prise en charge (ex. : les personnes ayant un

trouble de la personnalité limite). L'une des composantes essentielles à la réduction de l'écart entre les rôles réels infirmiers et le rôle optimal quant aux TMC semble donc de faire preuve de flexibilité dans l'application des rôles réels.

Le modèle conceptuel de prise en charge des TMC basé sur le rôle infirmier optimal et la collaboration interprofessionnelle

À partir du schéma présenté dans le chapitre II et des résultats de cette recherche, un modèle conceptuel de la prise en charge des personnes souffrant de TMC dans un contexte interprofessionnel de première ligne a été développé. Celui-ci a été développé par l'étudiante-chercheuse en collaboration avec ses directeurs ainsi que deux professeurs de l'Université du Québec à Rimouski. Il a également fait l'objet d'un article scientifique soumis à la revue Santé mentale Québec en mai 2016. Le modèle est présenté à la figure 4.



© Charron, Duhoux et Contandriopoulos, 2016

Figure 4. Le modèle conceptuel de la prise en charge des personnes souffrant de TMC basé sur un rôle infirmier optimal et une collaboration interprofessionnelle

Les différents cercles autour de l'équipe interprofessionnelle représentent les différents modèles d'organisation promus aux niveaux national (MSSS, 2005) et international (WHO et

WONCA, 2008) ainsi que les valeurs et principes à la base de ceux-ci. Par la suite, les professionnels que nous retrouvons généralement dans les équipes de première ligne ont été ajoutés. Entre eux, on retrouve les différents principes liés à l'établissement d'une collaboration interprofessionnelle efficace. Les différents services prodigués par ces professionnels visent à assurer l'accessibilité et la continuité des soins afin de répondre aux besoins des personnes ainsi qu'à assurer la prévention et la promotion de la santé. L'approche holistique est préconisée dans ces soins. La forme de clé donnée aux personnes et à leurs proches montre que les soins déterminés selon les besoins de ceux-ci doivent être basés sur une approche « patient partenaire ». Cette approche valorise l'implication des personnes et de leurs proches lors de la planification des soins et des services offerts afin que ceux-ci puissent répondre à leurs besoins. Finalement, la base du modèle renferme les compétences (Association canadienne des écoles de sciences infirmières, 2015) et caractéristiques des infirmières qui leur permettent d'être présentes tout au long du continuum des services offerts. Ces éléments permettent aux infirmières d'évaluer les personnes et leurs proches tout en favorisant l'ouverture de ceux-ci par rapport à leur vécu afin de déterminer les interventions de faible intensité à mettre en place et d'orienter les personnes vers les services pouvant répondre à leurs besoins tout en assurant la coordination entre ceux-ci. Les effets attendus de ces interventions sont l'accessibilité, la globalité, la continuité et la coordination ainsi que la réponse aux besoins.

Retombées pour les sciences infirmières

Pour la recherche

Le modèle conceptuel développé décrit le rôle optimal des infirmières de première ligne lors de la prise en charge de la clientèle souffrant de TMC. Nos résultats montrent que

plusieurs avantages auraient été observés chez la clientèle atteinte de TMC lorsque les rôles réels des infirmières se rapprochent de leur rôle optimal. Par contre, cet écart est variable selon les milieux étudiés ce qui nous laisse croire que les rôles réels des infirmières diffèrent également dans les autres milieux de première ligne au Québec. Il serait pertinent de faire une étude pilote permettant la mise en place de rôles réels infirmiers se rapprochant du rôle optimal infirmier quant aux TMC dans un ou plusieurs milieux cliniques. Cette étude évaluerait deux composantes de cette implantation, soit : 1) la réceptivité des milieux cliniques de première ligne quant au modèle et 2) les effets de ce modèle sur l'évolution de la condition de santé des personnes ainsi que sur leur trajectoire de soins dans le réseau en général. Il serait pertinent de privilégier l'étude de ce modèle dans des équipes ayant des infirmières généralistes et travaillant dans une équipe démontrant déjà certaines composantes d'une collaboration interprofessionnelle. De plus, un questionnaire basé sur les éléments du rôle optimal infirmier inclus dans ce modèle pourrait être développé afin d'évaluer les rôles réels des infirmières de première ligne quant aux TMC.

Pour la pratique clinique

Les résultats montrent que les rôles réels des infirmières sont influencés par différents facteurs. Les interventions visant la réduction de l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal devraient toucher ces différents facteurs. Lors de ces discussions, les résultats de la recherche mentionnent l'importance de conserver une certaine flexibilité dans l'application des rôles réels des professionnels. C'est-à-dire que selon les situations cliniques rencontrées, les rôles réels des infirmières peuvent se rapprocher ou s'éloigner de leur rôle optimal.

Lors des entrevues, le besoin d'avoir un cadre de pratique plus clair pour définir la pratique interprofessionnelle de première ligne a été mentionné. Le modèle conceptuel

développé permettrait de répondre à ce besoin, car il fait état des valeurs et des principes à la base de la prise en charge des TMC par le système de santé, illustre les membres de l'équipe multiprofessionnelle pouvant être mis à contribution lors de cette prise en charge en plus de présenter le rôle optimal des infirmières de première ligne quant aux TMC. Sans être la seule solution pour réduire l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal, cette conceptualisation de la pratique clinique de première ligne représente une première étape pour soutenir les infirmières dans le déploiement de leur rôle optimal. Les infirmières pourront se référer au modèle afin de clarifier leur rôle avec leurs collègues ainsi qu'avec les personnes qu'elles suivent. Étant donné que le contexte des soins de première ligne est de plus en plus interprofessionnel, cette clarification aurait probablement des retombées très positives sur l'organisation de la collaboration interprofessionnelle, car la clarification des rôles des professionnels au sein d'une équipe est l'une des premières étapes à réaliser pour mettre en place une collaboration efficace (Brault et al, 2014).

Pour la formation

Les entrevues réalisées dans le cadre de ce projet ont permis de mettre en lumière les notions à approfondir lors de la formation initiale et continue des infirmières afin de les préparer à pratiquer selon leur rôle optimal auprès des personnes souffrant de TMC. Tout d'abord, l'élément ayant fait l'unanimité est l'importance de mettre les étudiantes en sciences infirmières en contact avec des troubles mentaux de manière graduelle, c'est-à-dire de débiter par la sensibilisation à la prise en charge holistique des personnes souffrant de TMC. Les infirmières rencontrées ont généralement eu leur premier contact avec des troubles mentaux dans un contexte de troisième ligne. Ce contexte étant consacré à la prise en charge des troubles mentaux graves et décompensés, les futures infirmières risquent de développer une

vision restreinte auprès de cette clientèle. Pourtant, ce type de troubles mentaux touchent une minorité de la population québécoise comparativement aux troubles mentaux courants qui toucheront un Québécois sur cinq au cours de sa vie (ISQ, 2015). Il nous apparaît donc nécessaire de sensibiliser les infirmières à leur rôle et à leurs responsabilités vis-à-vis ces personnes. Une attention particulière devrait donc être mise, tout au long du cursus universitaire, pour enseigner aux futures infirmières l'évaluation de la condition mentale et les interventions à mettre en place ainsi que l'approche à préconiser auprès de cette clientèle.

Finalement, la formation continue des infirmières est ressortie comme un élément essentiel pour réduire l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal des infirmières quant aux TMC. Pour répondre à ce besoin, une communauté virtuelle de pratique (CVP) pourrait être mise en place pour discuter de différents aspects de la pratique infirmière de première ligne. Les CVP sont des groupes de codéveloppement professionnel. Ces groupes ont comme objectif d'améliorer la pratique de leurs membres en leur permettant d'échanger et de partager des informations (Payette et Champagne, 2002). Cette CVP regroupant plusieurs infirmières de première ligne provenant de différentes organisations serait sans doute un moyen d'optimiser les rôles réels infirmiers grâce au partage d'expériences positives ou négatives ainsi que par l'échange d'expertise. La santé mentale devrait être un volet de la CVP. Ce volet pourrait permettre aux infirmières de partager des connaissances concernant l'approche à privilégier auprès de la clientèle souffrant de TMC, les interventions infirmières à mettre en place lors de la prise en charge de cette clientèle, la pharmacothérapie liée aux troubles mentaux ainsi que les ressources disponibles.

Limites

À la suite de l'analyse des résultats de cette recherche, nous observons quatre limites à celle-ci soit 1) la représentativité des milieux de l'étude, 2) la représentativité des personnes rencontrées, 3) les méthodes d'entrevue et 4) le cadre choisi pour définir le rôle optimal.

Le Québec regroupe une multitude d'organisations de première ligne. Ces organisations ont des structures différentes. De plus, même si plusieurs organisations de première ligne portent le même nom (ex. : GMF), les pratiques cliniques peuvent différer d'une organisation à l'autre. Dans ce contexte, nous ne pouvons conclure que les deux milieux étudiés représentent adéquatement l'ensemble des organisations de première ligne au Québec.

Par la suite, étant donné que nous avons rencontré seulement 15 professionnels de la santé dans le cadre de cette recherche, nous ne pouvons conclure que les données recueillies représentent l'opinion de l'ensemble des professionnels de la santé. Ce nombre limité de participants s'explique par les contraintes de temps liées à un projet de recherche réalisé dans le cadre d'une maîtrise.

Troisièmement, bien que l'entrevue de groupe ait permis de rencontrer toutes les infirmières cliniciennes du milieu B, cette méthode d'entrevue a peut être entraîné un biais dans les données recueillies. En effet, les personnes rencontrées lors d'une entrevue de groupe ont parfois tendance à modifier leurs réponses, car elles sont influencées par les réponses des autres (Parker et Tritter, 2006).

Finalement, dans ce mémoire, nous avons choisi de nous référer au cadre législatif pour définir le rôle optimal des infirmières. Considérant que ce cadre est utilisé par l'OIIQ pour décrire la profession infirmière, nous l'avons adopté pour circonscrire clairement le rôle des infirmières. D'autres écrits auraient pu être utilisés pour décrire le rôle des infirmières de

première ligne tel que le Code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (AIIC, 2008). Ce code de déontologie comprend :

Les valeurs et les responsabilités déontologiques que l'on s'attend à trouver ancrées chez les infirmières au Canada sont énoncées de manière précise dans la partie I. Les efforts que les infirmières peuvent déployer pour lutter contre les injustices sociales dans le cadre d'une pratique conforme à l'éthique sont présentés dans la partie II. (AIIC, 2008, p.2)

Son utilisation, pour définir le rôle optimal des infirmières, aurait permis de considérer certaines responsabilités professionnelles comme l'advocacy que les infirmières ont vis-à-vis leurs patients ainsi que les représentations politiques qu'elles peuvent faire pour défendre les intérêts de la population en matière de santé et de bien-être. Le fait de définir le rôle de l'infirmière à partir du cadre législatif a pu restreindre la représentation du rôle infirmier optimal quant aux TMC. Néanmoins, nous croyons que ce choix a permis de réaliser un premier modèle conceptuel de la prise charge des TMC basé sur un rôle infirmier décrit dans le cadre législatif et sur la collaboration interprofessionnelle en première ligne. Ce modèle pourra continuer d'évoluer selon les travaux et les réflexions des chercheurs. De plus, tel que décrit dans le système des professions d'Abbott (1988), le rôle des infirmières sera modulé selon les valeurs de la société dans lequel il évolue ainsi que l'adaptation du cadre législatif aux réalités actuelles et futures de la société.

Chapitre VI : Conclusion

Cette étude a permis de décrire et d'analyser les rôles réels des infirmières de première ligne lors de la prestation des soins aux personnes souffrant de TMC dans un contexte interprofessionnel de première ligne. Tout d'abord, nous avons obtenu les perceptions de différents professionnels concernant les rôles réels des infirmières. Nous avons également validé avec eux si ces rôles pouvaient comprendre d'autres activités afin de connaître leur compréhension du rôle optimal des infirmières. L'exploration du déroulement des activités des rôles réels des infirmières a permis d'analyser leur mise en place afin de cerner les facteurs influençant l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal des infirmières quant aux TMC. Les résultats de cette recherche ont permis d'identifier trois grandes catégories de facteurs ayant des effets sur la réduction ou l'accroissement de l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal des infirmières, soit : 1) les facteurs liés à l'équipe, 2) les facteurs liés à la clientèle et 3) les facteurs liés à l'infirmière elle-même. Certains aspects de ces facteurs ont semblé essentiels pour réduire l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal : 1) l'établissement d'une relation de confiance interprofessionnelle et interorganisationnelle, 2) le développement de l'expertise des infirmières par rapport à la santé mentale et 3) l'ouverture des médecins à déléguer certaines activités. L'élément central de la contribution des infirmières à la prise en charge des TMC est l'approche des infirmières. Effectivement, plusieurs participants ont mentionné que l'approche infirmière favorisait régulièrement l'ouverture des personnes à se confier par rapport à leur santé mentale. Des interventions visant à réduire l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal et basé sur les facteurs identifiés devraient donc être mises en place afin de poursuivre l'amélioration de la qualité des soins offerts aux personnes souffrant de TMC. Afin de réduire l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal des infirmières, les participants ont identifié l'importance d'adapter les milieux cliniques. Ils ont également mentionné que les

professionnels de la santé devraient être formés par rapport à leurs rôles réels et leur rôle optimal et par rapport à ceux de leurs collègues dès le début de leur formation initiale ainsi que tout au long de leur pratique. L'ensemble de la population devrait également recevoir l'information concernant le rôle infirmier optimal.

Transfert de connaissance

Tout au long de cette recherche, plusieurs présentations ont été réalisées aux niveaux régional, national et international. Celles-ci ont permis de recevoir des commentaires constructifs concernant la méthodologie de la recherche ainsi que de commencer la sensibilisation de différents professionnels concernant le rôle optimal des infirmières de première ligne quant aux TMC. À l'heure actuelle, nous évaluons la possibilité de présenter les résultats finaux de cette recherche dans un congrès international au cours de l'année 2016-2017 ainsi que de publier ceux-ci dans une revue ayant un comité de révision par les pairs. Nous devons également mentionner qu'un article présentant la revue de littérature a été soumis en décembre 2015 à la revue de l'OIIQ *Perspectives Infirmières*. De surcroît, le modèle conceptuel développé dans le cadre de cette recherche a été soumis à la revue *Santé mentale Québec* en mai 2016.

Retombées pour la pratique

Cette recherche a produit des connaissances pouvant être utiles aux trois composantes de la discipline infirmière, soit : la pratique clinique, la recherche et la formation. La conceptualisation de la prise en charge des TMC dans les services de première ligne permettra de guider la pratique clinique des professionnels et d'évaluer l'écart entre les rôles réels et le rôle optimal. Les catégories de facteurs influençant l'écart entre les rôles réels et le rôle

optimal permettront d'identifier les interventions à mettre en place pour le réduire. Finalement, les propositions d'interventions avancées pour améliorer la formation initiale et continue des infirmières dans le domaine de la santé mentale pourront guider les milieux de formation ainsi que les milieux cliniques.

Références

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- American Heart Association (2014) *Depression After A Cardiac Event or Diagnosis*. Repéré à :
http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/Depression-and-Heart-Health_UCM_440444_Article.jsp
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K, Richards, D., Gask, L., ... Coventry, P. (2012) Collaborative care for depression and anxiety problems (Review). *The Cochrane Collaboration*. 10. doi: 10.1002/14651858.CD006525.pub2.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (2015) *Cadre National de l'ACESE sur la formation infirmière – Rapport Final*. Repéré à : <http://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL-FR-Framework-web.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008) *Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Édition du centenaire 2008*. Repéré à : <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code-de-deontologie-des-infirmieres-et-infirmiers.pdf?la=fr>
- Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (2015) *Maîtrise en sciences infirmières concentration santé mentale et soins psychiatriques*. Repéré à : <http://www.aqiism.org/maitrise-en-sciences-infirmieres-concentration-sante-mentale-et-soins-psychiatriques/>
- Association canadienne pour la santé mentale (2014) *Les maladies mentale*. Repéré à : <https://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/>
- Baxter, P. et Jack, S. (2008) Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*. 13(4). 544-559. Repéré à : <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-4/baxter.pdf>
- Brun, J-P. et Lamarche, C. (2006) *Évaluation des coûts du stress au travail. Rapport de recherche*. Repéré à : <http://www.mentalhealthworks.ca/sites/default/files/stress-costs-fra.pdf>
- Brault, I, Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, C-A., Perroux, M. et Beaulieu, M-D. (2014) Role Clarification Processes For Better Integration of Nurse Practitioners into Primary Healthcare Teams : A Multiple-Case Study. *Nursing Research and Practice*. 2014. 1-9. DOI.org/10.1155/2014/170514

- Breton, M., Brousselle, A., Boivin, A., Roberge, D., Pineault, R et Berbiche, D. (2015) Who gets a family physician through centralized waiting lists? *BMC Family Practice*. 16 (10). 1-11. DOI 10.1186/s12875-014-0220-7
- Casimiro, Hall, Archibald, Kuziemyk, Brassat-Latulippe et Varpio (2011) *Obstacles et éléments favorables à la collaboration interprofessionnelle en santé : Rapport de recherche*. Repéré à : http://www.ahc-cas.ca/Montfort%20Rapport%20de%20recherche_fr%5B1%5D.pdf
- CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal (2015a) Le GPS: Guide priorité santé. Les infirmières et le bilan de santé chez l'adulte. Repéré à : http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Services_preventifs/Guide_Priorite_Sante/GPS_mars_VPUB_2_avril.pdf
- CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal (2015b) *Clinique de médecine familiale Notre-Dame*. Repéré à : <https://www.csssjeannemance.ca/votre-csss/nos-points-de-service/clsc-et-clinique/clinique-de-medecine-familiale-notre-dame/>
- Collège des médecins de famille du Canada (2009) *Rôles CanMEDS – Médecine familiale*. Repéré à : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20Fr%20oct%2009.pdf>
- Conseil médical du Québec (1995) *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter la hiérarchisation des services médicaux*. Repéré à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/1995_03_av_fr.pdf
- CPIS (2010) *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré à : http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- Contandriopoulos, A-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J-L. et Boyle, P. (1990) *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal : Les presses de l'université de Montréal.
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001) Intégration des soins: Dimensions et mise en œuvre. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé. 8 (2) 38-52. Repéré à : <http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/187/Intégration%20des%20soins%20dimensions%20et%20mise%20en%20oeuvre.pdf>

- Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Roy, B., Lessard, L., Borgès Da Silva, R., Amar, M., ... et Mathieu, L. (2014) *Équipes de Soins Primaires Intégrées (ESPI) au Québec*. Protocole de recherche.
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Duhoux, A., Breton, M., Perroux, M. et Champagne G. (2015a). *Mémoire sur la première partie du projet de loi n° 20: loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. Au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n°20*. Repéré à : <http://www.ipspl.info/MémoirePL20Final.pdf>
- Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Perroux, M., Roy, B., Cockenpot, A., Labarthe, J. (...) Lachapelle, K. (2015b) Rapport préliminaire – La coopérative de solidarité SABSA. Repéré à : <http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/2015-sabsa-final.pdf>
- Creswell, J. W. (2013) *Qualitative inquiry and Research Design : Choosing Among Five Approaches* (3^e Éd.). California : Sage Publications, Inc.
- D'Amour, D. (1997) *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal Repéré à : http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle: un choix obligé. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (p. 339-363). Boucherville, Canada : Gaëtan Morin.
- Denzin, N. K., et Lincoln, Y. S. (1994) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks : Sage Publications
- Dezetter, A., Duhoux, A., Menear, M., Roberge, P., Chartrand, E. et Fournier, L. (2015) Reasons and Determinants for Perceiving Unmet Needs for Mental Health in Primary Care in Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 60(6). 284-293. DOI: 10.1177/070674371506000607
- Duhoux, A., Fournier, L., Gauvin, L. et Roberge, P. (2012) Quality of care for major depression and its determinants: a multi level analysis. *BMC Psychiatry*. 12(142). 1-15. doi:10.1186/1471-244X-12-142
- Duhoux, A., Contandriopoulos, D., Roy, B., Laroche, D. et Mattmann, S. (2016) *Rapport préliminaire – Mise à jour année 2015 – La coopérative de solidarité SABSA*. <http://www.coop-sabsa.com/wp-content/uploads/2016/04/Sabsa-mise-a-jour-avril2016-FINALE.pdf>
- Fournier, L., Poirier, L-R., Aubé, D., Chartrand, E., Duhoux, A., Roberge, P. ... et Descôteaux, S. (2010) *Transformation de la première ligne en santé mentale au*

Québec : *accompagnement et suivi*. (Rapport no RC2-1270-05). Québec : Institut national de santé publique du Québec

Fournier, L., Roberge, P., Brouillet, H. (2012) Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal : Centre de recherche du CHUM. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf

Fradet, H. (2012) Il était une fois une famille... *Le partenaire*. 20 (4). 11-17. Repéré à : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/01/partenaire-vol20-no4.pdf>

Gili, M., Comas, A., Garcia-Garcia, M., Monzón, S., Antoni, S-B. et Roca, M. (2010) Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care s. *General Hospital Psychiatry*, 32, 240-245. DOI :10.1016/j.genhosppsych.2010.01.013

Gouvernement du Québec (2012a) *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux*. Repéré à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

Gouvernement du Québec (2012b) *Déclin fonctionnel dans les AVQ - Fiche clinique « Autonomie » - Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000518/>

Gouvernement du Québec (2013) *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif*. Repéré à : http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

Gouvernement du Québec (2014) *Perceptions et expériences de soins de la population: le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*. Repéré à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/CWF/CSBE_Rapport_Commonwealth_Fund_2013.pdf

Gouvernement du Québec (2015a) *Code des professions*. Repéré à : <http://www.opq.gouv.qc.ca/lois-et-reglements/code-des-professions/>

Gouvernement du Québec (2015c) Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001527/>

- Gouvernement du Québec (2016a) *Établissements de santé et de services sociaux - Mission des établissements*. Repéré à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements.php>
- Gouvernement du Québec (2016b) *Communiqué du ministre de la Santé et des Services sociaux - Le ministre Barrette annonce une entente de partenariat entre SABSA et le CIUSSS de la Capitale-Nationale*. Repéré à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1163>
- Gouvernement du Québec (2016c) *Ordonnances collectives*. Repéré à : <http://www.inesss.qc.ca/activites/ord-coll-et-prescription-infirmiere/ordonnances-collectives.html>
- Hamel, M, Pineault, R., Levesque, J-F., Roberge, D. Lozier-Sergerie, A., Prud'homme, A et Simard, B. (2007) *L'organisation des services de santé de première ligne. Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/726-OrganisationServices.pdf>
- Harvey et Laberge (2013) L'infirmière en santé mentale : une actrice clé en matière d'accessibilité, de continuité, de qualité et de rétablissement de la personne! Repéré à : <http://www.blogue.qualaxia.org/2013/05/30/linfirmiere-en-sante-mentale-une-actrice-cle-pour-la-qualite-des-soins/>
- Hayes, M. et P. Roberge (2015). Détecter anxiété et dépression pour le mieux-être des personnes. *LemédecinduQuébec.org*, 50 (5), 49-55. Repéré à : <http://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/Détecter-anxiété-et-dépression1.pdf>
- Holistique (2017) Dans J. Rey-Debove et A. Rey (dir), *Dictionnaire Le Petit Robert de la langue française*. Paris, France : Le Robert.
- Institut de la statistique du Québec (2015) *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale 2012*. Repéré à : http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf
- Institut of medicine (1994) *Defining Primary Care: An Interim Report*. Washington, D.C : National Academy Press.. Livre électronique : <http://www.nap.edu/catalog/9153/defining-primary-care-an-interim-report>

- Institut universitaire en santé mentale de Montréal (2015) *Pharmacothérapie*. Repéré à : <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/pharmacotherapie.html>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. ... Wang, P. S. (2003) The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *American Medical Association*. 289 (23). 3095-3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. et Wiliam, J.B.W. (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 16. 606-613. Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495268/pdf/jgi_01114.pdf
- Langille, J. (2014) Réduire la stigmatisation dans le milieu des soins de santé. *Infirmière Canadienne*. Repéré à : <http://www.canadian-nurse.com/fr/articles/issues/2014/janvier-2014/reduire-la-stigmatisation-dans-le-milieu-des-soins-de-sante>
- Levesque, J-F., Pineault, R., Simard, B., Roberge, D., Hamel, M., Kapetanakis, C. et Robert, L. (2007) *L'expérience de soins de la population. Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie*. Québec : Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/628-ExperienceDeSoinsDeLaPopulation-Resume.pdf>
- Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, RLRQ c A-8.1 – Abrogé en 2006
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGratt, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Adaptation française de Polit et Beck. Montréal, Québec : ERPI.
- Mikkonen, J. et Raphael, D. (2001) *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. Repéré à : http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- Ministère de la santé et des services sociaux (2005) *Plan d'action en santé mentale – La force des liens*. Repéré sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/8409aa194a47b7c385257020006bce71?OpenDocument>
- Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des soins infirmiers et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2010) *Tableau des rôles et responsabilités*. Repéré à : http://www.ipspl.info/pdfFiles/Définition_des_rôles.pdf

- Ministère de la santé et des services sociaux (2011) *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS – La force des liens*. Repéré sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-914-01F.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2013) *Brève description du projet*. Repéré à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Presentation/Breve-description-projet_OC.pdf
- Ministère de la santé et des services sociaux (2014) *Le système de santé et des services sociaux au Québec*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-731-01F.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2015) *Plan d'action en santé mentale – Faire ensemble et autrement*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006) Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches Qualitatives*. 26 (1). 110-138. Repéré à : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26\(1\)/mukamurera_al_ch.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(1)/mukamurera_al_ch.pdf)
- NICE (2011) *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. Repéré à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-35109387756997>
- Office des professions du Québec. (2013) *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif*. Repéré à : http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009) *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015a) *Champ d'exercice et activités réservées*. Repéré à : <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015b) *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2014-2015 – Le Québec et ses régions*. Repéré à : <https://www.oiiq.org/sites/default/files/rapport-statistique-2014-2015.pdf>
- OIIQ et CMQ (2014) *Lignes directrices – Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*. Repéré à : http://www.oiiq.org/sites/default/files/2409_ipspl_lignes_directrices_web.pdf
- OIIQ, CMQ et OPQ (2015) *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*. Repéré à : <http://www.oiiq.org/sites/default/files/3436-enonce-collaboration-professionnelle.pdf>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2003) *Le profil des compétences générales des psychoéducateurs*.
- Ordre des psychologues du Québec (2011) *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de psychologue au Québec*.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2012) *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de travailleuse sociale ou travailleur social au Québec*.
- OMS (2011) *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays*. Rapport du secrétariat. Repéré à : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-fr.pdf
- OMS (2014) *Principales causes de mortalité dans le monde - Aide-mémoire N°310*. Repéré à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/>
- OMS (2016) *La santé mentale: renforcer notre action- Aide-mémoire*. Repéré à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Parker, A & J Tritter (2006) Focus group method and methodology: current practice and recent debate. *International Journal of Research & Method in Education*. 29(1) 23-37. Repéré à : <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01406720500537304>
- Payette, A. et Champagne, C. (2002). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Ste-Foy, Canada: Presses de l'Université du Québec
- Pepin, J., Kérouac, S., et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal: Chenelière Éducation inc.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2015) *Person- and Family-Centred Care*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Repéré à : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_1.pdf

- Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins. RLRQ c. M-9 r. 13.
- Ricard, N., Page, C. et Laflamme, F. (2014) La pratique infirmière avancée : un choix qui s'impose pour la qualité des soins et des services en santé mentale. *Santé mentale au Québec*. 39 (1). 137-157
- Roberge, P., Fournier, L., Duhoux, A., Nguyen, C.T. et Smolders, M. (2011) Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 46.321-330. DOI 10.1007/s00127-010-0186-2
- Roberge, P., Normand-Lauzière, F., Raymond, I., Luc, M., Tanguay-Bernard, M., Duhoux, A., ..., Fournier, L. (2015) Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. *BMC Family Practice*, 16 (146) 1-11. DOI 10.1186/s12875-015-0358-y
- Santé Canada (2012) *Le système des soins de santé du Canada*. Repéré à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>
- Savoie-Zajc, L. (2007) Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherche qualitative*, 5, 99-111 Repéré à : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf
- Sharp, M. (2006) Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care. *Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique. Supplément, automne 2006* s4-s8 Repéré à : <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=9087a7a6-d7e6-4f92-925e-e4449817df71%40sessionmgr111&hid=101>
- Sicotte, C., D'Amour, D. et Moreault, M. (2002) Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*. 55 991-1003. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00232-5
- Sorochan, W. (2015) *PATH - A Practical Guide to Mental Health Awareness*. Repéré à : <http://www.wadesorochan.com/docs/P.A.T.H.MentalHealthAwarenessGuide.pdf>
- St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M. et Rhéaume, J. (2007) Determinants of Return-to-Work among Employees Absent Due to Mental Health Problems. *Relations industrielles / Industrial Relations*. 62 (4). 690-713. Repéré à : http://www.integration-travail.fse.ulaval.ca/fichiers/site_chaire_ipept/documents/Texte_Louise/Determinants_of_RTW_among_employees_absents_due_to_mental_health_problems.pdf
- St-Onge, J.-C. (2013) *Tous Fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*. Montréal, Québec : Éditions Écosociété.

- Tremblay, L. (2015) *L'autorisation de prescrire, un moment historique pour la profession infirmière – Éditorial de la présidente*. Repéré à : <http://www.infoiiq.org/editorial-de-la-presidente/lautorisation-de-prescrire-un-moment-historique-pour-la-profession>
- Université de Montréal (N/D) *Définition d'une unité de médecine de famille*. Repéré à : <http://medfam.umontreal.ca/etudes/residence-en-medecine-famille/les-milieux-formation/definition-dune-unite-medecine-famille/>
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. (2e édition). Montréal/Bruxelles : PUM et de Boeck.
- World Health Organization (2010) *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Repéré à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) (2008) *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Repéré à : http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
- Yin, R. K. (2009) *Case Study Research : Design and Methods* (5^e Éd.). California : Sage Publication, Inc.

Annexe A

TABLEAU DES ROLES ET RESPONSABILITES

Activités	Médecin	IPS-PL	Infirmière clinicienne (GMF/CLSC)	Infirmière de liaison
Évaluation de la santé				
Évaluation de la condition physique et mentale	X	X	X	X
Évaluation de l'autonomie fonctionnelle détaillée	X	X	X	X
Anamnèse	X	X	X	X
Génogramme	X	X	X	X
Examen physique	X	X	X	
Initiation de mesures diagnostiques	X	1	2	
Initiation de mesures thérapeutiques	X	1	2	
Prescrire la médication	X	1		
Compléter les références :				
• Vers des ressources communautaires	X	X	X	X
• Orienter vers d'autres professionnels de la santé autres que des médecins	X	X	X	X
• Orienter vers des médecins spécialistes	X	Selon entente avec le médecin partenaire	Selon politique interne	Selon politique interne
• Orienter pour une hospitalisation	X			
Prévention de la maladie et promotion de la santé				
Examen médical périodique	X	X	X	
Prévention primaire	X	X	X	X
Prévention secondaire	X	X	X	
Prévention tertiaire	X	X	X	
Promotion de la santé	X	X	X	X
Counselling sur le changement de comportement et habitudes de vie	X	X	X	X
Vaccination	X	X	X	

Activités	Médecin	IPS-PL	Infirmière clinicienne (GMF/CLSC)	Infirmière de liaison
Dépistage				
• Cancer du sein	X	X		
• Cancer du col	X	X	2	
• Cancer de la prostate	X	X	2	
• Cancer colorectal	X	X		
Dépistage de la clientèle à risque				
• Syndrome métabolique	X	X	X	
• Hypertension	X	X	X	
• Hyperlipidémie	X	X	X	
• Obésité	X	X	X	
• Diabète	X	X	X	
• Déficit cognitif, démence	X	X	X	
• Perte d'autonomie	X	X	X	
• Prévention des chutes	X	X	X	
• Abus, négligence, violence	X	X	X	
• Risque suicidaire	X	X	X	
• Dépression	X	X	X	
• Malnutrition	X	X	X	
• Prévention des plaies	X	X	X	

Activités	Médecin	IPS-PL	Infirmière clinicienne (GMF/CLSC)	Infirmière de liaison
Éducation				
• Éducation à la santé	X	X	X	X
• Enseignement	X	X	X	X
• Conseils téléphoniques	X	X	X	X
• Info-Santé			X	
• Inscription de la clientèle vulnérable à Info-Santé ou au service 24/7	X	X	X	X
• Liaison				X
Interventions en situation d'urgence et crise psychosociale				
• RCR	X	X	X	X
• Initier un IV	X	X	2	
• Administration de médicaments d'urgence	X	X	2 et 3	
• Intoxication	X			
• Intervention en situation de crise	X	X	X	X
Contraception				
• Counselling contraceptif	X	X	X	
• Initiation et renouvellement de contraceptifs hormonaux	X	X	2 (pour initier seulement)	
• Initiation de la contraception d'urgence	X	X	2	

Activités	Médecin	IPS-PL	Infirmière clinicienne (GMF/CLSC)	Infirmière de liaison
Dépistage ITSS				
• Asymptomatique	X	X	X	
• Symptomatique	X	X	2	
Diagnostic et traitement ITSS	X	X		
Counselling ITSS	X	X	X	
Grossesse				
Counselling de grossesse, préconceptionnel, contraceptif	X	X	X	
Histoire de la grossesse / Évaluation des facteurs de risque	X	X		
Examen physique	X	X	X	
Dépistage prénatal	X	X	2	
Dépistage du diabète	X	X		
Évaluation maternelle	X	X	X	
Évaluation fœtale	X	X	X	
• Suivi	X	X	2	
Recommandations des mesures préventives	X	X	X	
Vérification du statut immunitaire	X	X	X	
Éducation prénatale	X	X	X	
Initier des mesures diagnostiques	X	X	2	
Gestion des malaises courants de la grossesse	X	X		

Activités	Médecin	IPS-PL	Infirmière clinicienne (GMF/CLSC)	Infirmière de liaison
Grossesse (suite)				
Prescription des vitamines prénatales	X	X		
Soins de la mère durant l'accouchement et post partum immédiat	X			
Suivi post natal	X	X	X	
Enseignement	X	X	X	
Soutien à l'allaitement	X	X	X	
Soins de l'enfant	X	X	X	
Évaluation et suivi de l'enfant normal	X	X	X	
Maladies courantes	X	X		
Vaccination	X	X	SELON PIQ	
Initier des mesures thérapeutiques	X	1	2	

Activités	Médecin	IPS-PL	Infirmière clinicienne (GMF/CLSC)	Infirmière de liaison
Problématiques de santé courantes et ponctuelles				
• Évaluation	X	X	X	
• Questionnaire	X	X	X	
• Revue des systèmes	X	X	X	
• Examen clinique	X	X	X	
• Impressions diagnostiques/diagnostics	X	1		
• Prescriptions/traitements	X	X		
• Initiation de mesures diagnostiques/thérapeutiques	X	1	2	
• Prescriptions de médicaments	X	1		
• Suivi	X	X	X	
• Traumatismes aigus mineurs	X	X		
• Problématiques de santé aiguës complexes	X			
• Soins de plaies	X	X	X	
• Prescription arrêt de travail / convalescence	X	X		

Activités	Médecin	IPS-PL	Infirmière clinicienne (GMF/CLSC)	Infirmière de liaison
Maladies chroniques				
• Évaluation	X	X	X	
• Dépistage /facteurs de risque	X	X	X	
• Initier des mesures diagnostiques	X	X	2	
• Interprétation des analyses de laboratoire	X	X		
• Suivi des maladies chroniques	X	X	selon protocole	
• Ajustement du traitement médical	X	X		
• Ajustement de la médication	X	X	2	
• Renouvellement de la prescription	X	X		
• Surveillance clinique	X	X	X	
• Approches non pharmacologiques	X	X	X	
• Diagnostic	X			
• Enseignement/Counselling	X	X	X	
Techniques diagnostiques invasives				
Examen pelvien	X	X		
Toucher rectal	X	X		
Frottis cervicovaginal	X	X	2	
Ponction artérielle (radiale)	X	X	2	
Technique de cryothérapie (sauf visage et organes génitaux interne)	X	X		

Activités	Médecin	IPS-PL	Infirmière clinicienne (GMF/CLSC)	Infirmière de liaison
Soins et techniques invasifs				
Appliquer des techniques invasives : tubes naso-gastriques, sonde urinaire		X	X	
Prélèvements sanguins et autres		X	X	
Suture / drainage d'abcès	X	X		
Installer une canule œsophagotrachéale à double voix (ex. : combitube)	X	X		
Technique de cryothérapie (sauf visage et organes génitaux interne)	X	X		
Irrigation oculaire	X	X	2	
Lavage d'oreille	X	X	2	

- 1 : Selon le champ de pratique
2 : Avec une ordonnance collective
3 : Ordonnance individuelle

Références :

OIIQ, CMQ. (2008). Soins de première ligne. *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*, OIIQ-CMQ.

OIIQ, FMOQ. (2006). *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*, OIIQ-FMOQ.

Annexe B

Guide d'entrevue infirmière

- Présentation au participant et remerciement

- Modalité de consentement éclairé pour l'entrevue et pour l'enregistrement.

- Retour sur le projet de recherche : Le rôle de l'infirmière dans les équipes interprofessionnelles de première ligne quant aux troubles de santé mentale n'est pas clairement défini dans la littérature et est très différent d'un milieu à l'autre. Nous désirons mieux comprendre ce rôle infirmier.

- Présentation du participant :
 - Titre professionnel et formation initiale ;
 - Nombre d'années d'expérience ;
 - Poste actuellement occupé et description de celui-ci.

- Première section : Le rôle des infirmières.
 - 1) Pouvez-vous me raconter une situation que vous avez vécue auprès d'un client atteint d'un trouble de santé mentale courant ?
 - Dépistage de la situation de santé mentale
 - Intervention
 - Mécanisme de suivi
 - 2) Selon vous, est-ce que le rôle de l'infirmière de première ligne quant aux troubles de santé mentale courants comprend d'autres éléments?

- Deuxième section : La collaboration interprofessionnelle.
 - 1) Décrivez-moi la collaboration interprofessionnelle lors d'une situation comme celle que vous m'avez décrite ?

- Personnes responsables de la prise en charge
- Mécanismes formels et informels de collaboration
- Partage des responsabilités

Guide d’entrevue pour les autres professionnels

- Présentation au participant et remerciement

- Modalité de consentement éclairé pour l’entrevue et pour l’enregistrement.

- Retour sur le projet de recherche : Le rôle de l’infirmière dans les équipes interprofessionnelles de première ligne quant aux troubles de santé mentale n’est pas clairement défini dans la littérature et est très différent d’un milieu à l’autre. Nous désirons mieux comprendre ce rôle infirmier.

- Présentation du participant :
 - Titre professionnel et formation initiale ;
 - Nombre d’années d’expérience ;
 - Poste actuellement occupé et description de celui-ci.

- Première section : Le rôle infirmier
 - 1) Décrivez- moi une situation que vous avez vécue et durant laquelle vous avez travaillé en collaboration avec une infirmière auprès d’un client atteint d’un trouble de santé mentale.
 - Dépistage de la situation de santé mentale
 - Intervention
 - Mécanisme de suivi
 - 2) Selon vous, est-ce que le rôle de l’infirmière de première ligne quant aux troubles de santé mentale courants comprend d’autres éléments?

➤ Deuxième section : La collaboration interprofessionnelle

2) Décrivez-moi la collaboration interprofessionnelle lors d'une situation comme celle que vous m'avez décrite ?

- Personnes responsables de la prise en charge
- Mécanismes formels et informels de collaboration
- Partage des responsabilités

Annexe C

Guide d'observation

Catégorie du cadre théorique	Éléments à observer	Case à cocher	Notes
Contexte organisationnel	Soutien & présence du gestionnaire		
	Type d'organisation		
	Présence de :		
	- Secrétaire		
	- Médecin		
	- Psychiatre		
	- IPSPL		
	- Inf aux.		
	- Inf clinicienne		
	- Psychologue		
	- Travailleur social		
	- Autre		
	Heures d'ouverture		
	Délais d'attente		
	Satisfaction de la clientèle (observation subjective)		
Satisfait			
Insatisfait			

Processus intra-groupe	Interactions entre les professionnels :		
	- Conflictuelles		
	- Tendues, impatience		
	- Saines		
	- Disponibles pour collaboration		
Tâches & responsabilités	Équité dans les tâches accordée		
	Les professionnels ont un temps suffisant pour accomplir leurs tâches		
	Partage des tâches selon les compétences des professionnels		

Annexe D

CODE BOOK_ENTREVUES PROJET DE MEMOIRE MCHARRON

Le présent document présente les catégories utilisées et lorsque nécessaire, les définitions des différents concepts reliés pour effectuer le codage de entrevue du projet de mémoire MCharron. Ce code book est basé sur celui du projet ESPI, mais a été adapté selon le cadre de référence utilisé dans le cadre du mémoire de Maude Charron.

LISTE DES CODES

INFORMATION SUR INFORMATEUR

INFORMATION SUR L'INFORMATEUR

STRUCTURE

CLIENTELE

MODALITES D'OFFRE DE SOINS

MODE DE FINANCEMENT

COMPOSITION DE L'EQUIPE

GESTION DES RH/STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

MODELE MD CENTRIQUE/RN CENTRIQUE

CULTURE DE L'ORGANISATION/DE LA CLINIQUE

DOSSIERS INFORMATIQUES

PROCESSUS

COLLABORATION

LES CROYANCES DES PARTICIPANTS

L'INTEGRATION DU PROCESSUS DE COLLABORATION

LES OBSTACLES A LA COLLABORATION

**LES ENTENTES ENTRE LES PROFESSIONNELS PAR RAPPORT A L'APPORT
DISCIPLINAIRE ET INTERDISCIPLINAIRE DES MEMBRES DE L'EQUIPE**

L'ORGANISATION DU MECANISME INTERDISCIPLINAIRE

LA NATURE DES TACHES

ROLES DANS L'EQUIPE

LES FRONTIERES ENTRE LES PROFESSIONS D'ETABLISSEMENT A PARTIR

LES VALEURS SOCIALES

LA LEGISLATION EN VIGUEUR

LES PRATIQUES SUR LE TERRAIN

APPROCHE DE SOINS/TRAITEMENT

MODELE DE PRISE EN CHARGE FORMALISEE/ORGANIQUE

COMPLEXITE ETENDUE DES SERVICES - OU MODELE P'TITS CARRES

CAPACITE D'APPRENTISSAGE

RESULTATS

RESULTATS

EVOLUTION DU MODELE/ FACILITATEURS/ OBSTACLES

ÉVOLUTION DU MODELE/ FACILITATEURS/ OBSTACLES

SANTE MENTALE

SANTE MENTALE

ORDONNANCE COLLECTIVE

ORDONNANCE COLLECTIVE
QUESTIONS EN SUSPENS
QUESTION EN SUSPENS

LISTE DETAILLEE DES CODES

INFORMATION SUR INFORMATEUR

INFORMATION SUR L'INFORMATEUR

Cette catégorie réfère à tous les renseignements personnels et professionnels pertinents permettant de dresser le profil de l'informateur. Par exemple: formation, parcours professionnel, renseignements personnels, etc.

STRUCTURE

CLIENTELE

Cette catégorie réfère aux profils et aux types de clientèles traitées par l'équipe du site à l'étude.

MODALITES D'OFFRE DE SOINS

Cette catégorie réfère à tout renseignement permettant de documenter les modalités d'offre de soins du site à l'étude. Par exemple : horaire, modalité de rendez-vous, types de services.

MODE DE FINANCEMENT

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter le financement du site à l'étude. Par exemple : rémunération des professionnels, budgétisation, source de financement du site.

COMPOSITION DE L'EQUIPE

Cette catégorie réfère à tout renseignement permettant de documenter la présence de divers professionnels ou pas dans le site à l'étude.

GESTION DES RH/STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter la structure organisationnelle ainsi que des éléments gestion de ressources humaine du site à l'étude. Par exemple : offre de services (RH), embauche, personne responsable de gérer les conflits, activités extérieures aux cliniques organisées afin de créer des liens dans l'équipe, etc.

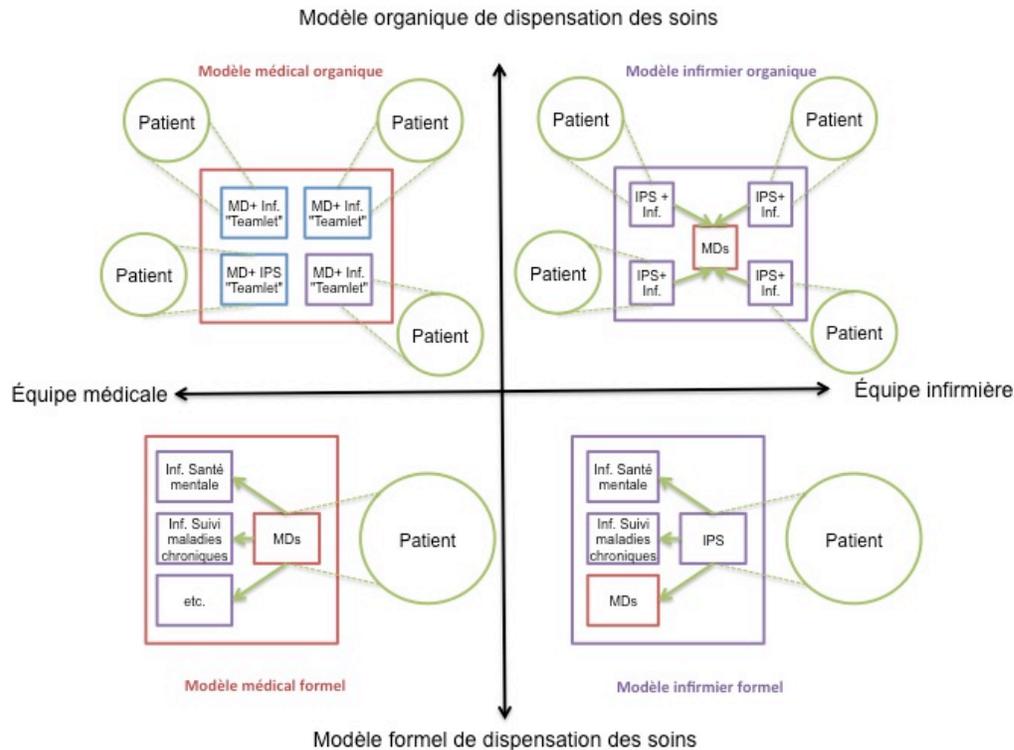
MODELE MD CENTRIQUE/RN CENTRIQUE

Cette catégorie réfère à tout renseignement permettant de documenter les éléments de structures organisationnelles liés à la centralité et l'autonomie des infirmières du site à l'étude. **Concept.** Ce concept repose sur la centralité et l'autonomie des infirmières dans le modèle de soins et est l'une des deux dimensions importantes utilisées pour caractériser les modèles de soins primaires selon Contandriopoulos, 2015.

Certains modèles reposent principalement sur des médecins - modèle MD centrique - tandis que d'autres reposent principalement sur des infirmières - modèle RN centrique-, non pas tant en terme d'effectifs globaux que de rôle dans la prise en charge.

Modèle MD centrique. Ces modèles reposent sur des médecins. Dans plusieurs cas, le professionnel de premier recours est le médecin. C'est lui que le patient consulte initialement, qui va établir un diagnostic et un plan de traitement. Ce modèle est un des plus répandu au Québec. Le modèle MD centrique peut aussi reposer sur des mini-équipes (team -lets) par exemple des duos de médecin-infirmière, des trios de médecin-IPS-infirmières ou autres combinaisons dans lesquelles les professionnels travaillent ensemble selon un modèle de prise en charge conjointe.

Modèle RN centrique. Ces modèles reposent sur les infirmières. Dans certains modèles le professionnel de premier recours est une IPSPL. C'est elle qui va poser un diagnostic et établir un plan de traitement. C'est une infirmière qui va, quand cela est nécessaire, éférer des patients pour une prise en charge médicale. Le modèle RN centrique peut aussi reposer sur des mini-équipe (team -lets,) mais le centre de gravité sera une IPSPL qui travaille conjointement avec d'autres infirmières. Dans l'éventualité où les besoins du patient requièrent une expertise médicale, les mini-équipes infirmières vont faire appel à un ou des médecins qui peuvent appartenir au groupe ou qui sont externe,s mais avec lesquels des ententes de partenariat ont été formalisées.



Référence: Contandriopoulos , Cockenpot et Perroux (2015). Typologie analytique des modèles interprofessionnels de soins primaires (Version de travail 1,0) Projet ESPI. Montréal.

CULTURE DE L'ORGANISATION/DE LA CLINIQUE

Cette catégorie fait référence à tous renseignements permettant de documenter la culture organisationnelle du site à l'étude.

DOSSIERS INFORMATIQUES

Cette catégorie fait référence à tous renseignements permettant de documenter l'utilisation des dossiers informatiques dans le site à l'étude.

PROCESSUS

COLLABORATION

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter la collaboration - interne et externe - dans le site à l'étude. Par exemple : la référence vers d'autres professionnels ou spécialistes, la prise en charge conjointe, le corridor de services.

LES FACTEURS CONTEXTUELS : The quantity of human and financial resources made available within each programme, the structural characteristics of the programme, and the personal characteristics of the programme managers

LES CROYANCES DES PARTICIPANTS : benefits of interdisciplinary collaboration.

L'INTEGRATION DU PROCESSUS DE COLLABORATION : group cohesiveness or social integration within work groups.

LES OBSTACLES A LA COLLABORATION : relationship conflicts (interpersonal incompatibilities, tension, animosity, annoyance) and task conflicts (disagreement among group members regarding task

LES ENTENTES ENTRE LES PROFESSIONNELS PAR RAPPORT A L'APPORT DISCIPLINAIRE ET INTERDISCIPLINAIRE DES MEMBRES DE L'EQUIPE : specific attitudes associated with interdisciplinary logic.

L'ORGANISATION DU MÉCANISME INTERDISCIPLINAIRE : interdisciplinary case discussions or the use of a single clinical data form shared by all professionals.

LA NATURE DES TÂCHES : Les objectifs des cliniques (The long duration of the intervention associated with long term morbidity and the often simultaneous presence of multiple pathologies typical to the Elderly Home Care Programme appear to be a favourable working environment which furthers interdisciplinary collaboration. Conversely, the acute and limited type of morbidity typical in the Ambulatory Walk-in Clinic Programme naturally leads to more stand-alone professional interventions.)

ROLES DANS L'EQUIPE

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter l'étendue et la nature du rôle dans l'équipe de la personne interviewée, mais aussi à ceux des autres membres de l'équipe dans le site à l'étude.

LES FRONTIÈRES ENTRE LES PROFESSIONS D'ÉTABLISSENT À PARTIR : SELON LE SYSTÈME DES PROFESSIONS D'ABBOTT (1988), LES PROFESSIONS SONT INFLUENCÉES PAR TROIS COMPOSANTES, SOIT :

LES VALEURS SOCIALES : L'OPINION DU PUBLIQUE PAR RAPPORT À UNE PROFESSION PERMET D'ATTENDRE UNE PROTECTION LÉGALE.

LA LÉGISLATION EN VIGUEUR : REGROUPE TOUS LES ASPECTS LÉGAUX QUI REGISSENT LES PROFESSIONS. ELLE RENFORCIT LES FRONTIÈRES PROFESSIONNELLES ET A UN EFFET PLUS DURABLE QUE L'OPINION PUBLIQUE.

LES PRATIQUES SUR LE TERRAIN : QUI PEUT CONTRÔLER ET SUPERVISER UN TRAVAIL? QUI EST QUALIFIÉ POUR EFFECTUER UNE TÂCHE?

APPROCHE DE SOINS/TRAITEMENT

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter l'approche de soins ou de traitement privilégié par l'équipe du site à l'étude.

MODELE DE PRISE EN CHARGE FORMALISEE/ORGANIQUE

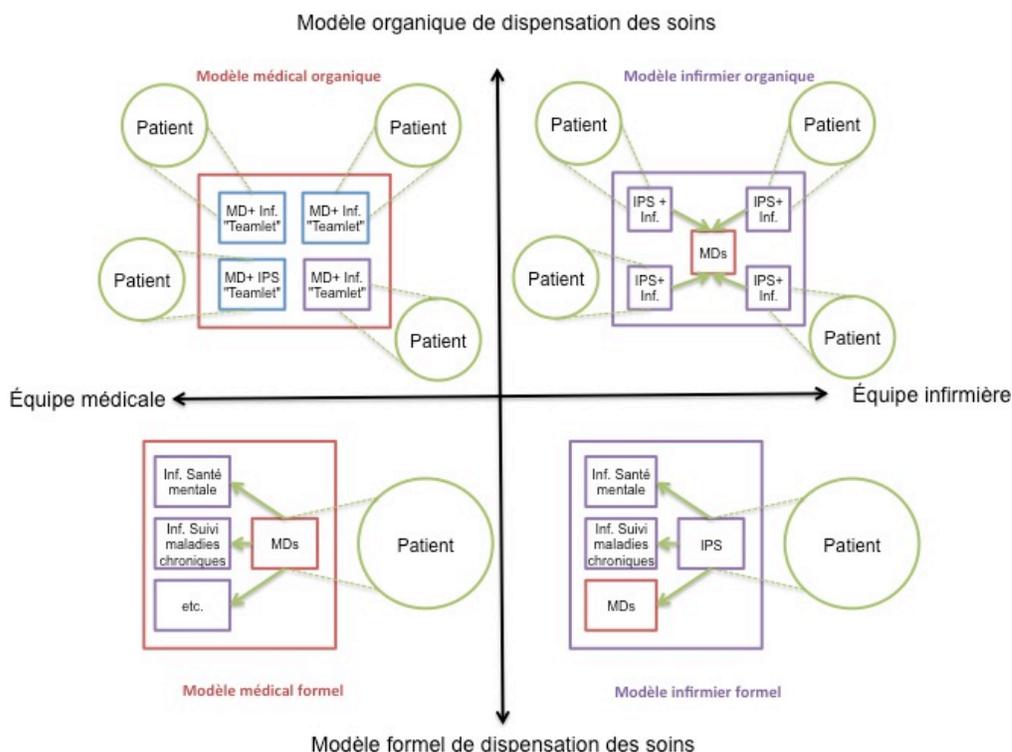
Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter le niveau de formalisation dans la division des tâches au sein de l'équipe dans le site à l'étude. Cette catégorie est relié au concept de modèle de prise en charge formalisé vs organique

Concept. Ce concept repose sur le niveau de formalisation dans la division des tâches au sein de l'équipe, allant d'une prise en charge formalisée à une prise en charge organique. Ce

concept est l'une des deux dimensions importantes utilisées pour caractériser les modèles de soins primaires selon Contandriopoulos, 2015.

Modèle de prise en charge formalisée. À un extrême du modèle, les approches formelles reposent sur des procédures explicites qui spécifient quel service sera offert par quel professionnel, à quel patient et à quel moment. Le défi principal est d'assurer une circulation du patient la plus fluide possible entre les différentes ressources, surtout pour les patients ayant des multimorbidités. Comment faire en sorte que les soins offerts par les différents « modules » soient continus et globaux?

Modèle de prise en charge organique. À l'autre extrême, les approches organiques reposent sur des mécanismes d'ajustements mutuels où les professionnels s'adaptent aux contingences structurelles et aux caractéristiques des patients pour déterminer les modalités de soins. Le défi principal est probablement d'optimiser les processus par lesquels chaque professionnel des mini-équipes est mis à contribution au maximum de sa capacité. Le risque est que la subsidiarité dans la définition des tâches ne soit pas aussi poussée qu'il serait possible.



Référence: Contandriopoulos , Cockenpot et Perroux (2015). Typologie analytique des modèles interprofessionnels de soins primaires (Version de travail 1,0) Projet ESPI. Montréal.

COMPLEXITE ETENDUE DES SERVICES - OU MODELE P'TITS CARRES

Cette catégorie réfère aux éléments permettant de documenter la globalité des soins offerts dans le site à l'étude de manière à savoir qui fait quoi. Le concept relié à cette catégorie est le modèle des p'tits carrés (Contandriopoulos, 2015).

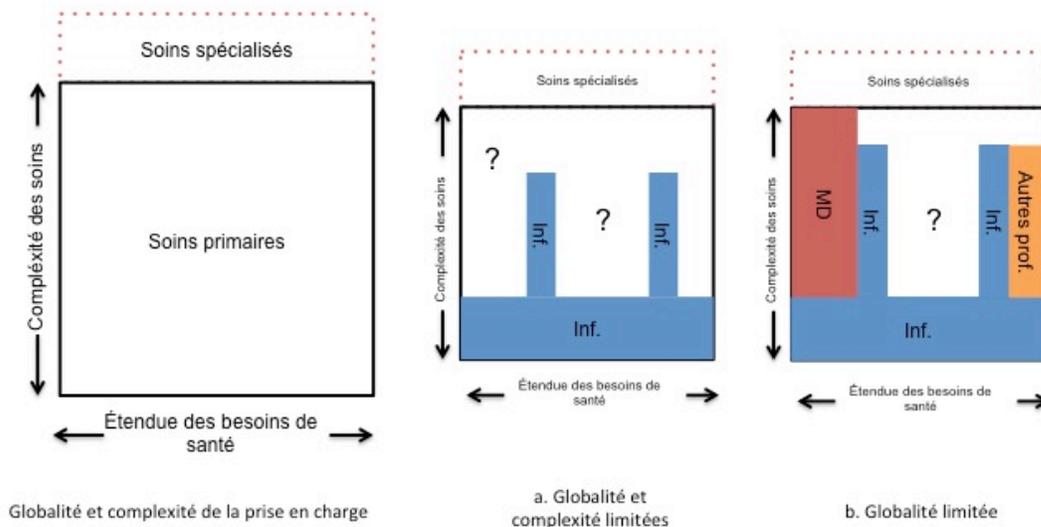
Concept. Ce modèle conceptuel développe la notion de globalité (*comprehensiveness*) présenté dans la définition de la performance selon deux dimensions pour créer un concept plus large d'étendue de la prise en charge. Ce concept porte sur la manière dont le travail et la

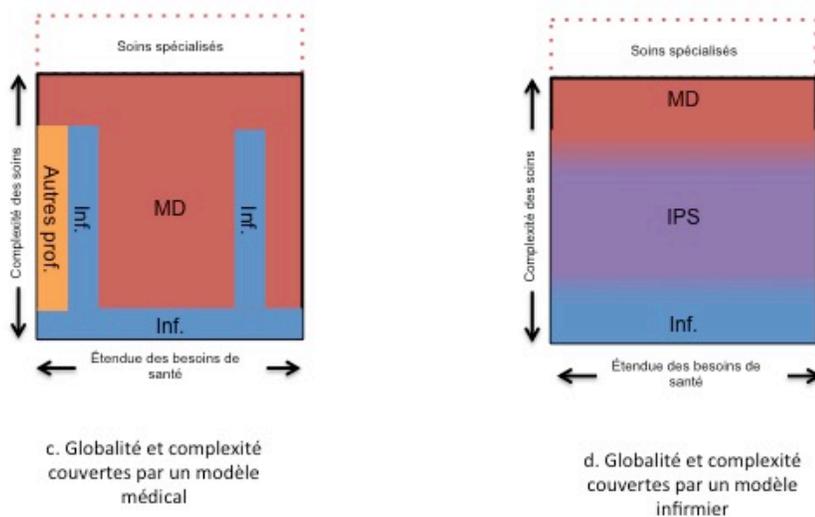
prise en charge sont organisés au sein de l'équipe et sur les processus de collaboration sur lesquels repose cette prise en charge.

Les services réellement offerts dans les structures de première ligne varient significativement dans l'étendue de la prise en charge proposée que l'on peut conceptualiser selon deux dimensions: globalité des soins offerts et complexité des soins offerts.

Globalité des soins offerts. Des équipes vont refuser de prendre en charge certaines clientèles (santé mentale, double diagnostic santé mentale et toxicomanie, etc) ou ne vont pas intégrer certaines facettes des soins primaires (prévention, approche holistique des déterminants de la santé, etc.) dans leur offre de soins. À cet extrême, les équipes n'offriront qu'un suivi ponctuel de problèmes aigus simples selon une perspective très médicale. Le modèle à faible continuité d'"un problème par visite" des cliniques sans rendez-vous est un exemple. À l'autre extrême de la globalité des soins offerts, il existe des équipes ayant une conception large des besoins et des soins, une prise en compte de l'interdépendance du social et du physique et qui vont prendre en charge les besoins de tous les profils de clientèle.

Complexité des soins offerts. Certaines équipes vont assurer un suivi complet de problèmes complexes (multi morbidités, maladies chroniques difficile à stabiliser, etc.) tandis que d'autres équipes vont rapidement éferrer en deuxième ligne les patients dont les besoins sont complexes.





Référence: Contandriopoulos , Cockenpot et Perroux (2015). *Typologie analytique des modèles interprofessionnels de soins primaires (Version de travail 1,0) Projet ESPI. Montréal.*

CAPACITE D'APPRENTISSAGE

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter les processus utilisés dans le site à l'étude pour optimiser l'implantation du projet.

RESULTATS

RESULTAT

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter les résultats - accessibilité, qualité, efficacité, capacité d'apprentissage – de l'offre de soins de première ligne suite à la mise en place du projet Pilote dans le site à l'étude. Par exemple :

- Amélioration de l'offre de soins de santé et de la prise en charge de la population
- Diminution du nombre de visites à l'urgence
- Développement d'une collaboration multidisciplinaire tout en améliorant l'accessibilité des services médicaux
- Maintien ou amélioration du bien-être et de la santé de la population
- Augmentation de la satisfaction des professionnels
- Développement d'une approche infirmière, mais surtout interdisciplinaire des soins de première ligne
- Meilleure formation des étudiants aux réalités des populations marginalisées
- Réaffiliation des personnes marginalisées au réseau publique de soins et services

EVOLUTION DU MODELE/ FACILITATEURS/ OBSTACLES

ÉVOLUTION/FACILITATEUR/OBSTACLES

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter tout éléments discuté selon son évolution (passée ou prévue) ou présenté soit positivement soit négativement.

SANTE MENTALE

SANTE MENTALE

Cette catégorie réfère à tout renseignement permettant de documenter les soins et services en santé mentale, la clientèle ou tout autre élément pertinent lié à la santé mentale dans le site à l'étude.

ORDONNANCE COLLECTIVE

ORDONNANCE COLLECTIVE

Cette catégorie réfère à tout renseignement permettant de documenter l'utilisation d'ordonnance collective dans le site à l'étude.

QUESTIONS EN SUSPENS

QUESTION EN SUSPENS

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter ...

SUGGESTIONS/RECOMMANDATIONS

Cette catégorie fait référence à toutes suggestions ou recommandations faites par la personne interviewée

Annexe E

CODE BOOK_ENTREVUES PROJET DE MEMOIRE MCHARRON

Le présent document présente les catégories utilisées et lorsque nécessaire, les définitions des différents concepts reliés pour effectuer le codage de entrevue du projet de mémoire MCharron. Ce code book est basé sur celui du projet ESPI, mais a été adapté selon le cadre de référence utilisé dans le cadre du mémoire de Maude Charron.

LISTE DES CODES

INFORMATION SUR INFORMATEUR

INFORMATION SUR L'INFORMATEUR

STRUCTURE

CLIENTELE

MODALITES D'OFFRE DE SOINS

MODE DE FINANCEMENT

COMPOSITION DE L'EQUIPE

GESTION DES RH/STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

MODELE MD CENTRIQUE/RN CENTRIQUE

CULTURE DE L'ORGANISATION/DE LA CLINIQUE

DOSSIERS INFORMATIQUES

PROCESSUS

COLLABORATION

LES CROYANCES DES PARTICIPANTS

L'INTEGRATION DU PROCESSUS DE COLLABORATION

LES OBSTACLES A LA COLLABORATION

**LES ENTENTES ENTRE LES PROFESSIONNELS PAR RAPPORT A L'APPORT
DISCIPLINAIRE ET INTERDISCIPLINAIRE DES MEMBRES DE L'EQUIPE**

L'ORGANISATION DU MECANISME INTERDISCIPLINAIRE

LA NATURE DES TACHES

ROLES DANS L'EQUIPE

LES FRONTIERES ENTRE LES PROFESSIONS D'ETABLISSENT A PARTIR

APPROCHE DE SOINS/TRAITEMENT

MODELE DE PRISE EN CHARGE FORMALISEE/ORGANIQUE

COMPLEXITE ETENDUE DES SERVICES - OU MODELE P'TITS CARRES

CAPACITE D'APPRENTISSAGE

RESULTATS

RESULTATS

EVOLUTION DU MODELE/ FACILITATEURS/ OBSTACLES

ÉVOLUTION DU MODELE/ FACILITATEURS/ OBSTACLES

SANTE MENTALE

SANTE MENTALE EN GENERALE

TROUBLES MENTAUX COURANTS

DEVELOPPEMENT DU ROLE INFIRMIER EN SANTE MENTALE

ORDONNANCE COLLECTIVE

ORDONNANCE COLLECTIVE

QUESTIONS EN SUSPENS

QUESTION EN SUSPENS

LISTE DETAILLEE DES CODES

INFORMATION SUR INFORMATEUR

INFORMATION SUR L'INFORMATEUR

Cette catégorie réfère à tous les renseignements personnels et professionnels pertinents permettant de dresser le profil de l'informateur. Par exemple: formation, parcours professionnel, renseignements personnels, etc.

STRUCTURE

CLIENTELE

Cette catégorie réfère aux profils et aux types de clientèles traitées par l'équipe du site à l'étude.

MODALITES D'OFFRE DE SOINS

Cette catégorie réfère à tout renseignement permettant de documenter les modalités d'offre de soins du site à l'étude. Par exemple : horaire, modalité de rendez-vous, types de services.

MODE DE FINANCEMENT

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter le financement du site à l'étude. Par exemple : rémunération des professionnels, budgétisation, source de financement du site.

COMPOSITION DE L'EQUIPE

Cette catégorie réfère à tout renseignement permettant de documenter la présence de divers professionnels ou pas dans le site à l'étude.

GESTION DES RH/STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter la structure organisationnelle ainsi que des éléments gestion de ressources humaine du site à l'étude. Par exemple : offre de services (RH), embauche, personne responsable de gérer les conflits, activités extérieures aux cliniques organisées afin de créer des liens dans l'équipe, etc.

MODELE MD CENTRIQUE/RN CENTRIQUE

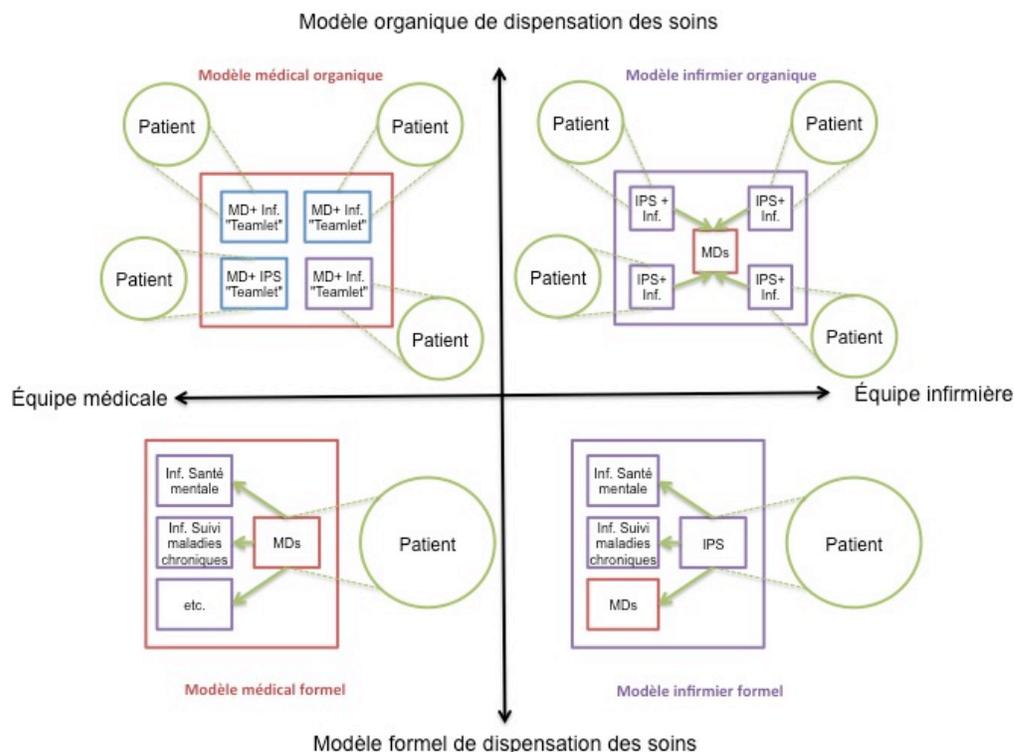
Cette catégorie réfère à tout renseignement permettant de documenter les éléments de structures organisationnelles liés à la centralité et l'autonomie des infirmières du site à l'étude.

Concept. Ce concept repose sur la centralité et l'autonomie des infirmières dans le modèle de soins et est l'une des deux dimensions importantes utilisées pour caractériser les modèles de soins primaires selon Contandriopoulos, 2015.

Certains modèles reposent principalement sur des médecins - modèle MD centrique - tandis que d'autres reposent principalement sur des infirmières - modèle RN centrique-, non pas tant en terme d'effectifs globaux que de rôle dans la prise en charge.

Modèle MD centrique. Ces modèles reposent sur des médecins. Dans plusieurs cas, le professionnel de premier recours est le médecin. C'est lui que le patient consulte initialement, qui va établir un diagnostic et un plan de traitement. Ce modèle est un des plus répandu au Québec. Le modèle MD centrique peut aussi reposer sur des mini-équipes (team -lets) par exemple des duos de médecin-infirmière, des trios de médecin-IPS-infirmières ou autres combinaisons dans lesquelles les professionnels travaillent ensemble selon un modèle de prise en charge conjointe.

Modèle RN centrique. Ces modèles reposent sur les infirmières. Dans certains modèles le professionnel de premier recours est une IPSPL. C'est elle qui va poser un diagnostic et établir un plan de traitement. C'est une infirmière qui va, quand cela est nécessaire, ecommandrer des patients pour une prise en charge médicale. Le modèle RN centrique peut aussi reposer sur des mini-équipe (team -lets,) mais le centre de gravité sera une IPSPL qui travaille conjointement avec d'autres infirmières. Dans l'éventualité où les besoins du patient requièrent une expertise médicale, les mini-équipes infirmières vont faire appel à un ou des médecins qui peuvent appartenir au groupe ou qui sont externe,s mais avec lesquels des ententes de partenariat ont été formalisées.



Référence: Contandriopoulos , Cockenpot et Perroux (2015). Typologie analytique des modèles interprofessionnels de soins primaires (Version de travail 1,0) Projet ESPI. Montréal.

CULTURE DE L'ORGANISATION/DE LA CLINIQUE

Cette catégorie fait référence à tous renseignements permettant de documenter la culture organisationnelle du site à l'étude.

DOSSIERS INFORMATIQUES

Cette catégorie fait référence à tous renseignements permettant de documenter l'utilisation des dossiers informatiques dans le site à l'étude.

PROCESSUS

COLLABORATION

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter la collaboration - interne et externe - dans le site à l'étude. Par exemple : la référence vers d'autres professionnels ou spécialistes, la prise en charge conjointe, le corridor de services.

LES CROYANCES DES PARTICIPANTS : benefits of interdisciplinary collaboration.

L'INTEGRATION DU PROCESSUS DE COLLABORATION : group cohesiveness or social integration within work groups.

LES OBSTACLES A LA COLLABORATION : relationship conflicts (interpersonal incompatibilities, tension, animosity, annoyance) and task conflicts (disagreement among group members regarding task

LES ENTENTES ENTRE LES PROFESSIONNELS PAR RAPPORT A L'APPORT DISCIPLINAIRE ET INTERDISCIPLINAIRE DES MEMBRES DE L'EQUIPE : specific attitudes associated with interdisciplinary logic.

L'ORGANISATION DU MÉCANISME INTERDISCIPLINAIRE : interdisciplinary case discussions or the use of a single clinical data form shared by all professionals.

LA NATURE DES TÂCHES : Les objectifs des cliniques (The long duration of the intervention associated with long term morbidity and the often simultaneous presence of multiple pathologies typical to the Elderly Home Care Programme appear to be a favourable working environment which furthers interdisciplinary collaboration. Conversely, the acute and limited type of morbidity typical in the Ambulatory Walk-in Clinic Programme naturally leads to more stand-alone professional interventions.)

ROLES DANS L'EQUIPE

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter l'étendue et la nature du rôle dans l'équipe de la personne interviewée, mais aussi à ceux des autres membres de l'équipe dans le site à l'étude.

LES FRONTIERES ENTRE LES PROFESSIONS D'ETABLISSEMENT A PARTIR : SELON LE SYSTEME DES PROFESSIONS D'ABBOTT (1988), LES PROFESSIONS SONT INFLUENCEES PAR TROIS COMPOSANTES, SOIT :

LES VALEURS SOCIALES : L'OPINION DU PUBLIQUE PAR RAPPORT A UNE PROFESSION PERMET D'ATTIENDRE UNE PROTECTION LEGALE.

LA LEGISLATION EN VIGUEUR : REGROUPE TOUS LES ASPECTS LEGAUX QUI REGISSENT LES PROFESSIONS. ELLE RENFORCIT LES FRONTIERES PROFESSIONNELLES ET A UN EFFET PLUS DURABLE QUE L'OPINION PUBLIQUE.

LES PRATIQUES SUR LE TERRAIN : QUI PEUT CONTROLER ET SUPERVISER UN TRAVAIL? QUI EST QUALIFIE POUR EFFECTUER UNE TACHE?

APPROCHE DE SOINS/TRAIEMENT

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter l'approche de soins ou de traitement privilégié par l'équipe du site à l'étude.

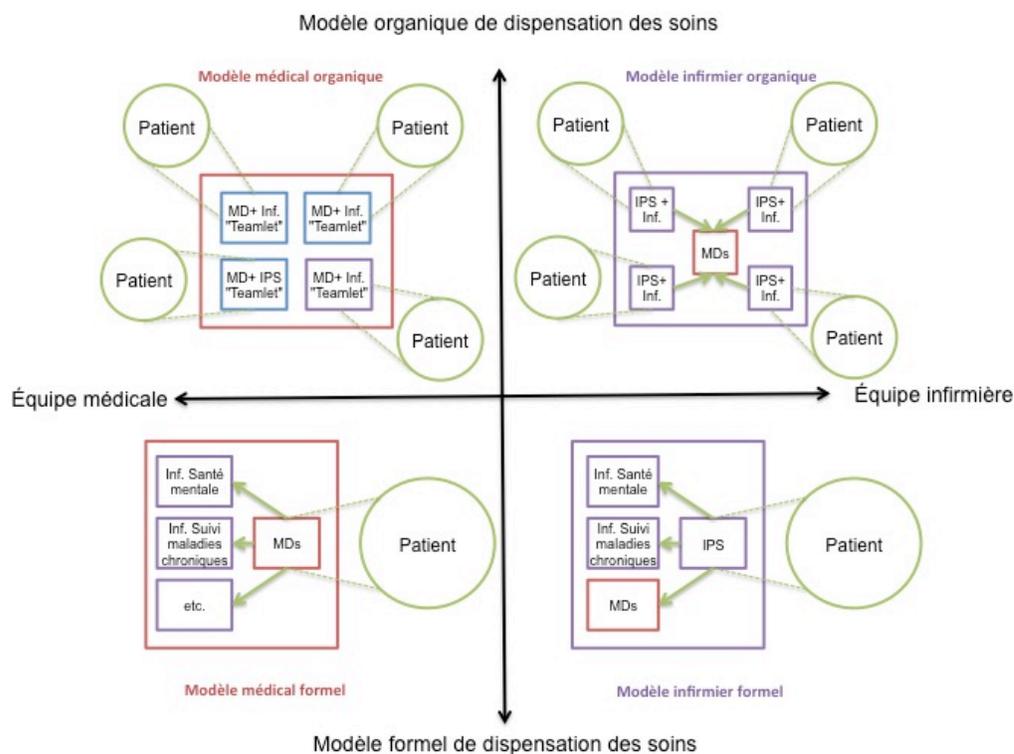
MODELE DE PRISE EN CHARGE FORMALISEE/ORGANIQUE

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter le niveau de formalisation dans la division des tâches au sein de l'équipe dans le site à l'étude. Cette catégorie est relié au concept de modèle de prise en charge formalisé vs organique

Concept. Ce concept repose sur le niveau de formalisation dans la division des tâches au sein de l'équipe, allant d'une prise en charge formalisée à une prise en charge organique. Ce concept est l'une des deux dimensions importantes utilisées pour caractériser les modèles de soins primaires selon Contandriopoulos, 2015.

Modèle de prise en charge formalisée. À un extrême du modèle, les approches formelles reposent sur des procédures explicites qui spécifient quel service sera offert par quel professionnel, à quel patient et à quel moment. Le défi principal est d'assurer une circulation du patient la plus fluide possible entre les différentes ressources, surtout pour les patients ayant des multimorbidités. Comment faire en sorte que les soins offerts par les différents « modules » soient continus et globaux?

Modèle de prise en charge organique. À l'autre extrême, les approches organiques reposent sur des mécanismes d'ajustements mutuels où les professionnels s'adaptent aux contingences structurelles et aux caractéristiques des patients pour déterminer les modalités de soins. Le défi principal est probablement d'optimiser les processus par lesquels chaque professionnel des mini-équipes est mis à contribution au maximum de sa capacité. Le risque est que la subsidiarité dans la définition des tâches ne soit pas aussi poussée qu'il serait possible.



Référence: Contandriopoulos, Cockenpot et Perroux (2015). Typologie analytique des modèles interprofessionnels de soins primaires (Version de travail 1,0) Projet ESPI. Montréal.

COMPLEXITE ETENDUE DES SERVICES - OU MODELE P'TITS CARRÉS

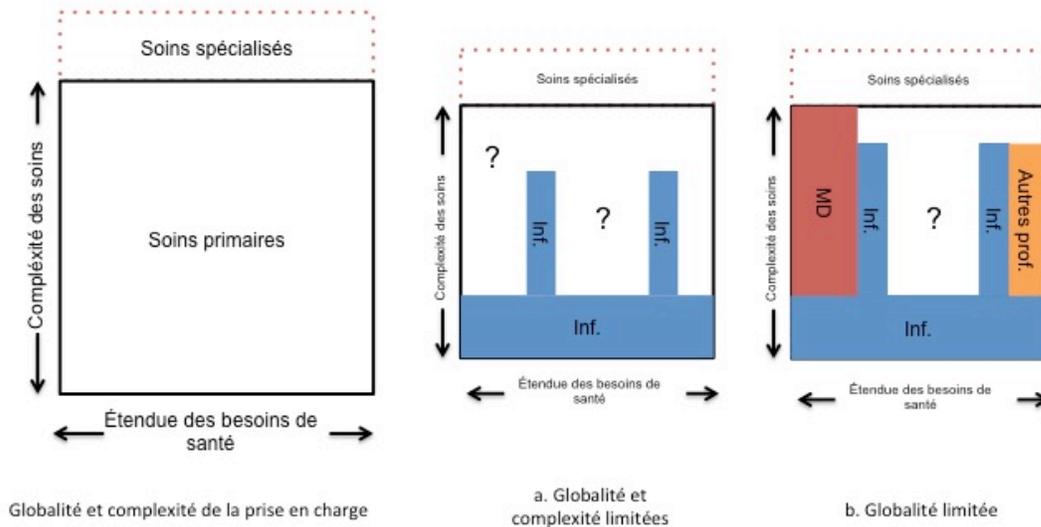
Cette catégorie réfère aux éléments permettant de documenter la globalité des soins offerts dans le site à l'étude de manière à savoir qui fait quoi. Le concept relié à cette catégorie est le modèle des p'tits carrés (Contandriopoulos, 2015).

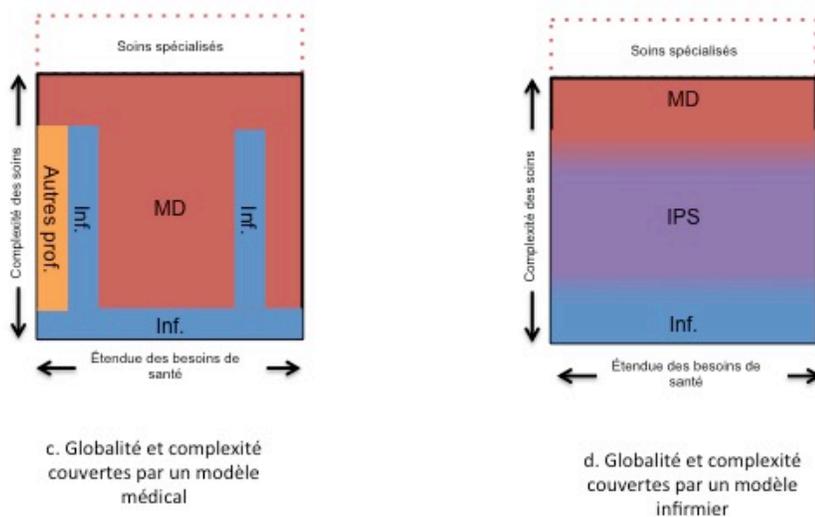
Concept. Ce modèle conceptuel développe la notion de globalité (*comprehensiveness*) présenté dans la définition de la performance selon deux dimensions pour créer un concept plus large d'étendue de la prise en charge. Ce concept porte sur la manière dont le travail et la prise en charge sont organisés au sein de l'équipe et sur les processus de collaboration sur lesquels repose cette prise en charge.

Les services réellement offerts dans les structures de première ligne varient significativement dans l'étendue de la prise en charge proposée que l'on peut conceptualiser selon deux dimensions: globalité des soins offerts et complexité des soins offerts.

Globalité des soins offerts. Des équipes vont refuser de prendre en charge certaines clientèles (santé mentale, double diagnostic santé mentale et toxicomanie, etc) ou ne vont pas intégrer certaines facettes des soins primaires (prévention, approche holistique des déterminants de la santé, etc.) dans leur offre de soins. À cet extrême, les équipes n'offriront qu'un suivi ponctuel de problèmes aigus simples selon une perspective très médicale. Le modèle à faible continuité d'"un problème par visite" des cliniques sans rendez-vous est un exemple. À l'autre extrême de la globalité des soins offerts, il existe des équipes ayant une conception large des besoins et des soins, une prise en compte de l'interdépendance du social et du physique et qui vont prendre en charge les besoins de tous les profils de clientèle.

Complexité des soins offerts. Certaines équipes vont assurer un suivi complet de problèmes complexes (multi morbidités, maladies chroniques difficile à stabiliser, etc.) tandis que d'autres équipes vont rapidement ecommandrer en deuxième ligne les patients dont les besoins sont complexes.





Référence: Contandriopoulos , Cockenpot et Perroux (2015). *Typologie analytique des modèles interprofessionnels de soins primaires (Version de travail 1,0) Projet ESPI. Montréal.*

CAPACITE D'APPRENTISSAGE

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter les processus utilisés dans le site à l'étude pour optimiser l'implantation du projet.

RESULTATS

RESULTAT

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter les résultats - accessibilité, qualité, efficacité, capacité d'apprentissage – de l'offre de soins de première ligne suite à la mise en place du projet Pilote dans le site à l'étude. Par exemple :

- Amélioration de l'offre de soins de santé et de la prise en charge de la population
- Diminution du nombre de visites à l'urgence
- Développement d'une collaboration multidisciplinaire tout en améliorant l'accessibilité des services médicaux
- Maintien ou amélioration du bien-être et de la santé de la population
- Augmentation de la satisfaction des professionnels
- Développement d'une approche infirmière, mais surtout interdisciplinaire des soins de première ligne
- Meilleure formation des étudiants aux réalités des populations marginalisées
- Réaffiliation des personnes marginalisées au réseau publique de soins et services

EVOLUTION DU MODELE/ FACILITATEURS/ OBSTACLES

ÉVOLUTION/FACILITATEUR/OBSTACLES

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter tout éléments discuté selon son évolution (passée ou prévue) ou présenté soit positivement soit négativement.

SANTE MENTALE**SANTE MENTALE**

Cette catégorie réfère à tout renseignement permettant de documenter les soins et services en santé mentale, la clientèle ou tout autre élément pertinent lié à la santé mentale dans le site à l'étude.

ORDONNANCE COLLECTIVE**ORDONNANCE COLLECTIVE**

Cette catégorie réfère à tout renseignement permettant de documenter l'utilisation d'ordonnance collective dans le site à l'étude.

QUESTIONS EN SUSPENS**QUESTION EN SUSPENS**

Cette catégorie fait référence à tout renseignement permettant de documenter ...

SUGGESTIONS/RECOMMANDATIONS

Cette catégorie fait référence à toutes suggestions ou recommandations faites par la personne interviewée

Annexe F

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET LES GESTIONNAIRES

PROJET PILOTE D'ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES INTEGRES (ESPI) AU QUÉBEC PROJET DE MAÎTRISE

Chercheurs
principaux

Damien Contandriopoulos, Ph.D.

Professeur agrégé

Faculté des Sciences infirmières– Université de Montréal

Téléphone : (514) 343-6111 #35176

Courriel : damien.contandriopoulos@umontreal.ca

Arnaud Duhoux, Ph.D.

Professeur adjoint

Faculté des Sciences infirmières– Université de Montréal

Téléphone : (514) 343-6111 #37126

Courriel : arnaud.duhoux@umontreal.ca

Étudiante à la maîtrise : Maude Charron

Faculté des Sciences Infirmières – Université de Montréal

Courriel : maude.charron@umontreal.ca

Ce projet de maîtrise est financé par les Instituts de Recherche en Santé du Canada et par la Chaire de Recherche Politiques Connaissances et Santé:

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature du projet

Le présent projet vise à implanter au Québec puis à évaluer les effets de points de service pour l'offre de soins de première ligne nommés Équipe de soins primaires intégrés (ESPI), qui possèdent les caractéristiques suivantes :

1. Une interdisciplinarité poussée dans la composition des équipes et dans les modalités de prise en charge. L'interdisciplinarité poussée signifie que chacun des professionnels impliqués doit être en mesure de contribuer à la pleine étendue de son rôle et de ses compétences. Le rôle infirmier à pleine étendue de pratique sera central dans la prise en charge d'équipe.

2. Des soins et des services intégrés, qui visent à répondre à l'ensemble des besoins courants, directement ou par la référence du patient à d'autres structures de soins si nécessaire.
3. Une proximité permettant une accessibilité étendue (financière, géographique et physique).

Le présent projet vise à contribuer au développement d'un modèle de dispensation de soins primaires susceptible de répondre aux impératifs d'accessibilité, de qualité et d'efficacité auxquels les systèmes de santé canadiens sont confrontés pour les soins de santé mentale. Plus spécifiquement le projet vise à répondre aux questions de recherche suivantes :

1. Comment des infirmières et des professionnels de la santé qui travaillent en première ligne dans des équipes interprofessionnelles perçoivent-ils le rôle des infirmières pour participer à la prestation des soins en santé mentale.
2. Comment des infirmières de première ligne travaillant en collaboration avec d'autres professionnels contribuent-elles à la prestation des soins en santé mentale.

Nature de votre participation

L'analyse de l'implantation choisie est de type développementale et vise à soutenir l'équipe sur le terrain de manière participative pour favoriser le développement de modèles de pratique performants et ainsi apprendre de l'expérience. Votre participation vise particulièrement l'analyse de l'implantation. Dans ce contexte, le présent projet vise à offrir un soutien aux équipes en place dans 3 établissements de santé et des services sociaux et à permettre une rétroaction rapide où les diagnostics et les solutions peuvent être raffinés et testés. L'objectif n'est toutefois pas de porter un jugement sur les pratiques des acteurs sur le terrain, mais d'apprendre à travers le processus d'accompagnement visant à soutenir les acteurs de terrain dans la mise en œuvre de l'intervention.

Pratiquement, il s'agira d'entrevues semi-dirigées individuelles pour les professionnels impliqués dans l'ESPI et plus particulièrement pour les soins de santé mentale et d'observation non-participante. Les entrevues seront organisées, réalisées et enregistrées en audio par l'équipe de recherche dans un local de votre lieu de travail. Elles auront lieu durant toute la phase d'implantation. Elles dureront environ 60-90 minutes et se dérouleront sur votre lieu de travail et pendant vos horaires de travail.

L'observation non-participante se déroulera aussi tout au long de la phase d'implantation. Un membre de l'équipe de recherche sera présent ponctuellement au sein des ESPI et pendant les rencontres des comités de gestion et de direction ayant pour mandat de développer l'implantation des ESPI. Il s'agit d'assurer une observation participante d'environ 1 à 2 jours

par milieu afin de prendre des notes sur la dynamique d'équipe, les processus d'implantation et de suivi des patients et les diverses collaborations entre les professionnels.

Risques et inconvénients

Nonobstant le temps nécessaire à la collecte de données et l'inconfort pouvant découler d'être observé lors de l'observation participante, la participation à cette étude ne comporte aucun risque.

Avantages et bénéfices

Votre participation à ce projet vous permettra de partager votre expérience lors de l'implantation des ESPI et les changements que vous observez dans votre pratique professionnelle. Vous aurez la possibilité de discuter et de participer aux décisions pour améliorer l'expérience de soins et ce, en collaboration étroite avec les chercheurs. De plus, le soutien à l'implantation effectué par l'équipe de recherche en lien avec la littérature scientifiques et les expériences des différents sites-pilotes ESPI vous permettra d'obtenir des données scientifiques actualisées concernant l'organisation et l'administration des soins.

Diffusion des résultats

Ce qui caractérise notre évaluation de l'implantation c'est le niveau élevé de collaboration et de rétroaction en temps réel entre l'équipe d'évaluation et l'équipe qui met en œuvre l'ESPI. Ainsi, les données collectées seront intégrées et serviront à établir une série de recommandations pour soutenir le processus d'implantation du nouveau modèle dans chaque site. Ce premier résultat sera présenté aux participants de chaque site lors de réunions de travail de groupe et discuté de manière collégiale. Au terme de l'étude, les chercheurs s'engagent à tenir une réunion d'information auprès du groupe pour présenter des résultats afin de mieux comprendre les caractéristiques qui ont soutenu l'implantation des ESPI. Les chercheurs demeurent disponibles pour répondre à toute question de la part des participants sur les résultats obtenus. L'équipe souhaite rédiger plusieurs articles scientifiques et professionnels sur l'évaluation de l'implantation de l'ESPI. Une fois publiés, ces articles seront largement diffusés auprès des milieux cliniques. Les chercheurs souhaitent également participer à des colloques internationaux pour diffuser les résultats.

Protection de la confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront confidentiels selon les limites de la loi. Ces renseignements seront discutés entre les chercheurs, mais jamais divulgués à un tiers.

En aucun temps votre nom ne sera divulgué et l'anonymat de votre identité sera préservé. Vous êtes toutefois informés que certains propos pourraient être utilisés et rapportés dans la recherche tout en respectant la confidentialité des identités. Les données recueillies du groupe seront généralisées comme un tout. Si des données proviennent de participants spécifiques, elles seront inscrites sans le nom.

Lors des activités de collecte de données, vous n'avez aucune obligation de répondre à toutes les questions. L'équipe de recherche s'engage à protéger la confidentialité de l'ensemble des participants (c.-à-d. que la participation aux réunions, aux entrevues et à l'observation seront gardées confidentielle par les chercheurs). Toutefois, dans le cas des réunions, nous ne pouvons garantir qu'un membre présent ne divulguera pas des informations exprimées lors de la rencontre. Par exemple, il est possible qu'un participant partage des informations avec une personne extérieure à l'équipe. Pour protéger la confidentialité des informations et des participants de la meilleure manière possible, ces aspects spécifiques de la confidentialité et les enjeux éthiques liés à la divulgation d'informations à des personnes extérieures à l'ESPI seront rappelés dans la première rencontre avec les participants aux réunions et séances d'observation. Ainsi, chaque participant sera informé des limites du respect de la confidentialité des autres participants. Aucune utilisation secondaire des données recueillies ne sera attribuée à d'autres chercheurs ou organismes.

Afin de conserver la confidentialité des données, l'ordinateur dans lequel les données seront enregistrées sera doté d'un mot de passe. Toute documentation susceptible de divulguer votre identité (ex. liste des participants, formulaires de consentement) sera conservée sous clé dans le bureau du chercheur principal. Les résultats de l'étude seront diffusés de manière agrégée afin de ne pas dévoiler l'identité des organisations et des individus ayant participé à l'étude. Les enregistrements des entrevues seront identifiés à l'aide d'un code assurant la confidentialité des données. Un membre du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) peut avoir accès aux données en tout temps.

Enfin, afin de permettre un examen des données en cas d'allégation portant atteinte à l'intégrité scientifique de ce travail, les données seront conservées pendant une période de sept années après la fin du projet.

Vos données nominatives concernent principalement vos adresses courriel et les numéros de téléphone au travail. Ces données seront conservées pendant 7 ans.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation au projet est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou non d'y participer. Votre non participation ou votre retrait du projet de recherche n'aura aucune incidence sur votre employabilité ni sur votre dossier d'employé. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à tout moment et ce, sans aucun préjudice et sans qu'aucune justification ne soit exigée. Dans un tel cas, vous devez communiquer votre décision au chercheur. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer à participer vous sera communiquée sans délai. Dans l'éventualité d'un retrait de l'étude, les données enregistrées avant votre retrait et qui sont individualisable (comme les transcriptions d'entrevues individuelles) seront retirées de l'étude et détruites. Les données non individualisables (comme celles tirées d'entrevues de groupe ou de l'observation participante) en revanche ne pourront être détruites, car elles seront généralisées comme un tout.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Damien Contandriopoulos, Professeur agrégé à la Faculté des

Sciences Infirmières de l'Université de Montréal, 514-343-6111 poste 35176
damien.contandriopoulos@umontreal.ca

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: ceres@umontreal.ca

Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Vous pouvez aussi contacter le commissaires aux plaintes spécifiques à votre établissement (voir annexe 1). Le Comité d'Éthique et de la Recherche du CSSSS de la Montagne pourra répondre aux questions concernant les droits des participants à la recherche pour les participants du réseau de la Santé et des Services Sociaux.

**Service Éthique de la recherche – Comité d'éthique de la recherche
CSSS de la Montagne – Site Métro**

1801, boul. de Maisonneuve Ouest, 6^e étage, Montréal (QC) H3H1J9
514-934-0505 poste 7630

Consentement

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.
- Je consens à ce que l'on conserve mes coordonnées et que l'on me contacte afin de me proposer de participer à un autre projet de recherche.

Oui Non

Prénom et nom du participant
(caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement du responsable de l'obtention du consentement

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du responsable de
l'obtention du consentement
(caractères d'imprimerie)

Signature du responsable de
l'obtention du consentement

Date :

ANNEXE : Liste des commissaires aux plaintes par établissement.

- CSSS de la Montagne : Commissaire local aux plaintes et à la qualité de l'établissement.
514 934-0505, poste 7505
Claude.Malette.CDN@ssss.gouv.qc.ca

- CSSS Jeanne-Mance: Commissaire local aux plaintes et à la qualité de l'établissement.
155, boulevard Saint-Joseph Est
Montréal H2T 1H4
514 525-1900, poste 6207

- CSSS Vieille Capitale: Commissaire local aux plaintes et à la qualité de l'établissement.
418 691-0762
commissaire.plainte@csssvc.qc.ca
Commissariat local aux plaintes et à la qualité des services
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
1, avenue du Sacré-Cœur
Québec (Québec) G1N 2W1

- CSSS Lanaudière Nord: Service des relations avec la clientèle
450 759-8222, poste 2525
Diane Rochon, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Michèle Beauséjour, commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services

Annexe G



Montréal, 13 octobre 2015,

Objet : Participation à des entrevues sur le rôle de l'infirmière de première ligne quant aux troubles de santé mentale.

Madame, Monsieur,

La présente lettre a comme objectif de vous inviter à participer à des entrevues réalisées dans le cadre d'un projet de recherche étudiant. Ce projet s'inscrit dans le projet pilote d'Équipe de Soins Primaires Intégrés (ESPI) pour lequel votre consentement a déjà été obtenu. Pour rappel, les objectifs généraux du projet pilote ESPI sont (1) d'implanter puis (2) d'évaluer les effets de points de service basés sur une collaboration interdisciplinaire poussée, un rôle infirmier étendu, la couverture globale des besoins et la proximité et l'accessibilité des services. Les objectifs spécifiques au projet de recherche réalisé par Maude Charron dans le cadre de sa maîtrise en sciences infirmières sont compris dans ceux du projet ESPI et visent à documenter et comprendre le rôle de l'infirmière de première ligne quant aux troubles de santé mentale. Les entrevues individuelles semi-dirigées qui seront réalisées par l'étudiante-chercheuse visent donc à approfondir certaines informations spécifiques au rôle infirmier concernant la santé mentale. La durée des entrevues de l'étudiante-chercheuse sera de 60 à 90 minutes et elles auront lieu sur votre lieu de travail.

Les modalités éthiques liées au respect de votre confidentialité et qui ont été décrites dans le Formulaire d'information et de consentement du projet pilote ESPI validé par le Comité d'Éthique à la Recherche de la Montagne seront également appliquées dans le cadre du projet de l'étudiante-chercheuse. De plus, si tel est le cas, votre refus de participation au projet étudiant n'aura aucune incidence sur votre inclusion au projet pilote ESPI ainsi que sur votre employabilité ou sur votre dossier d'employé. Finalement, un retour sur les résultats obtenus dans le cadre du projet de recherche de l'étudiante-chercheuse sera planifié au printemps 2016 avec les milieux cliniques participants.

Je vous contacterai dans les prochains jours afin de savoir si vous acceptez de participer à ce projet. Si tel est le cas, nous conviendrons d'un moment pour l'entrevue selon votre convenance. Entre-temps, si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter.

Maude Charron, inf., Étudiante M.Sc.
maude.charron@umontreal.ca