

Université de Montréal

# **Revue réaliste des modèles de services de première ligne**

par Aurore Cockenpot

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)

en sciences infirmières

option administration des services infirmiers

Janvier 2017

© Aurore Cockenpot, 2017

## Résumé

**Problématique :** Il est de plus en plus clair que la pérennité des systèmes de santé repose en partie sur un élargissement des soins offerts par des équipes de première ligne. Il existe de nombreux exemples de modèles de soins primaires performants dans plusieurs pays. Par contre, en général, le Québec peine à atteindre ses objectifs d'accessibilité, d'équité et d'efficacité. Les études s'accumulent sur l'importance des soins infirmiers en soins de santé primaire, mais elles fournissent peu de données sur comment entreprendre ces changements en fonction des éléments contextuels propres à chaque milieu. La complexité des interventions à mettre en place pose de nombreux défis. **Objectif :** Ce mémoire rapporte les résultats d'une revue réaliste portant sur l'optimisation de la contribution des infirmières dans les équipes interprofessionnelles en soins de santé primaire. **Méthodologie :** Pour ce faire, une analyse de la littérature, basée sur la revue réaliste et l'analyse logique, a permis de déterminer des caractéristiques structurelles désirables de modèles de services de première ligne qui tendent à une contribution étendue ou optimisée des équipes interprofessionnelles. **Résultats :** La revue réaliste a permis d'élaborer deux typologies analytiques permettant d'établir des bases de fonctionnement cohérentes pour améliorer la performance des modèles de services de première ligne. **Conclusion :** Ces typologies souhaitent ultimement faciliter l'utilisation des données probantes aux décideurs afin de soutenir les processus de transformation nécessaires en première ligne au Québec.

**Mots-clés :** accessibilité, globalité, soins de santé primaire, contribution infirmière, revue réaliste, analyse logique, performance

## Abstract

**Background:** It increasingly appears that the sustainability of health systems depends in part on expanding the care provided by primary care teams. There are many examples of successful primary care models in several countries. However, Quebec generally fails to meet its objectives of accessibility, equity and efficiency. There is growing evidence on the importance of nursing care in primary health services, but it provides little actionable advice on how to reform primary care models given the diversity of clinical settings. The complexity of the interventions needed to reform primary care models is a challenge. **Objective:** This research reports the results of a realist review on optimizing the contribution of interprofessional and nursing teams in primary health care. **Method:** An analysis of the literature based on the realist review and the logic analysis was conducted to determine the desirable structural characteristics of health care services models that tend to an extended or optimized contribution of interprofessional teams. **Results:** The realist review helped to develop two analytical typologies to establish coherent operating bases to improve the performance of models of primary health services. **Practice implications :** These typologies ultimately aim to facilitate the use of evidence for decision makers to support the necessary transformation processes of primary health care in Quebec.

**Keywords:** accessibility, comprehensiveness, primary care, nursing contribution, realist review, logic analysis, performance

## Table des matières

Résumé .....	i
Abstract .....	ii
Liste des tableaux .....	v
Liste des figures .....	vi
Liste des sigles et des acronymes .....	vii
Remerciements .....	ix
<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre 1. Problématique et but de la recherche.....</b>	<b>3</b>
1.1 Problématique .....	3
1.2 But et objectifs spécifiques.....	9
<b>Chapitre 2. État des connaissances .....</b>	<b>10</b>
2.1 État des connaissances .....	10
2.1.1 Définitions .....	10
Services de première ligne et soins de santé primaire .....	10
Modèle de services de première ligne .....	11
Performance des services de première ligne.....	11
2.1.2 Contexte des services de première ligne .....	12
Au Canda .....	12
Au Québec .....	15
Le GMF : le modèle québécois de services de première ligne .....	16
2.1.3 La contribution des infirmières en première ligne .....	19
La contribution des infirmières québécoises en première ligne .....	21
<b>Chapitre 3. Méthodologie .....</b>	<b>25</b>
3.1 Cadre de référence méthodologique.....	25
3.2. Devis de recherche .....	28

3.2.1 Clarifier l'étendue de la synthèse .....	30
3.2.2 Rechercher les preuves.....	30
Description du processus de recherche documentaire .....	32
3.2.3 Extraire les éléments de preuve .....	35
Description des 52 documents retenus.....	40
Description du processus d'extraction de preuves .....	41
3.2.4 Synthétiser les preuves .....	43
<b>Chapitre 4. Article scientifique.....</b>	<b>44</b>
4.1 Article scientifique .....	44
4.2 Limites, pertinence et portée de la recherche .....	65
4.2.1 Limites de la recherche.....	65
4.2.2 Pertinence pour les sciences infirmières .....	66
4.2.3 Pertinence sociale .....	66
4.2.4 Portée des résultats et transferts des connaissances .....	67
4.3 Éthique .....	67
4.4 Perspectives pour des recherches futures .....	67
<b>Conclusion.....</b>	<b>69</b>
Bibliographie.....	70
Annexe A : Grille de sélection des articles par titres et résumés .....	86
Annexe B : Stratégies de recherche documentaire.....	88
Annexe C : Fiche de lecture.....	92
Annexe D : Description détaillée des articles retenus .....	94

## Liste des tableaux

### Tableau

1 Description du corpus final (n=52) .....	36
2 Sous-catégorisation des éléments de preuve de niveaux clinique et organisationnel .....	42
3 Sous-catégorisation des éléments de preuve de niveau systémique .....	43

## Liste des figures

Figure 1 Processus de recherche documentaire .....	34
--	----

### Figures de l'article

1 Conceptualisation de la performance des services de première ligne.....	48
2 Typologie sur les caractéristiques structurelles des modèles de soins primaires.....	53
3 Conceptualisation de la globalité des soins.....	57
4 Illustration de la globalité des soins primaires.....	59

## Liste des sigles et des acronymes

CCS : Conseil canadien de la santé

CLSC : centre local de services communautaires

CRI : clinique réseau intégrée

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

GMF : groupe de médecine familiale

IPS : infirmière<sup>1</sup> praticienne spécialisée

IPSPL : infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

OC : ordonnance collective

OCDE : organisation de coopération et de développement économique

VGQ : Vérificateur général du Québec

TIC : technologies de l'information et de la communication

---

<sup>1</sup> L'utilisation du féminin pour les titres et les rôles en soins infirmiers sera priorisée dans ce document à la seule fin d'alléger le texte.

*À mon petit ange et son papa*

## Remerciements

Le choix de faire cette maîtrise en était un courageux. Ma plus grande peur s'est retrouvée devant moi; celle d'avoir atteint des limites immuables. C'est pourtant là que chacun de vous m'avait accueillie, avec mes limites, avec mes peurs et que cette simple acceptation m'ouvrait au monde des possibilités.

Merci à mon amoureux, Alexandre Authier. Ta patience et l'acceptation de mes faiblesses quotidiennes m'ont permis une persévérance surhumaine. Elles sont certainement le plus beau cadeau que tu m'aies fait.

Merci à Élia, mon petit ange adoré. Ta détermination à grandir et à relever les méandres de la vie avec tant de caractère m'a rappelée d'entretenir le mien. Mon amour est infini, je suis si fière d'être ta maman.

Merci à mes beaux-parents pour leur soutien, sous toutes ses formes, dans la quête de nos rêves d'adultes. Merci Céline, merci Sébastien pour votre bienveillance inconditionnelle.

Merci à Mélanie Perroux pour ton amour des mots, pour tes convictions à améliorer le présent et remettre en question les normes sociales. Merci à Véronique Chouinard pour tous tes conseils. Merci à Catherine Larouche d'être la meilleure colocataire de bureau.

Merci à mes amies si chères à mes yeux, si exceptionnelles. Vous êtes mes modèles, mon inspiration quotidienne, ma motivation à devenir meilleure : Marie-Soleil Viau, Isabelle Doré, Patricia Baghdassarian, Marie-Ève Migneault, Geneviève Beaudoin, Marie-Andrée Gauthier, Catherine Bolduc, Audrey Casoli, Isabelle Forest, Véronique Dion. Et vous, mes amis que j'admire tant : Frédéric Gagnon, Benoit Ferland, Frédéric Bergeron, Sébastien Tousignant, Steeve Daigle, Bruno Auclair et Carlos Munoz.

Un énorme merci à Esther & Daniel et Patricia & Philippe pour votre soutien dans les derniers miles, pour votre amour de la vie dans sa plus grande simplicité qui comble mon petit ange et apaise mon cœur de maman absente !

Finalement, un merci tout particulier à mon directeur de recherche, Damien Contandriopoulos qui malgré les tempêtes poursuit ses convictions, je n'aurai pu rêver d'un guide plus inspirant. Merci pour ta confiance en mon potentiel autonome et surtout ton soutien infaillible - et financier - tout au long de ce processus largement étiré ! Merci mille fois !

## Introduction

Depuis les deux dernières décennies, chercheurs et décideurs s'entendent sur l'importance de fournir des soins de santé primaire performants afin d'assurer la soutenabilité des systèmes de santé et de s'adapter à l'évolution des besoins de la population. Or, malgré des changements implantés au Québec, les indicateurs de performance des services de première ligne accusent un important retard par rapport à d'autres pays industrialisés.

Les connaissances scientifiques et certaines expériences internationales de transformation des services de première ligne démontrent que des soins de santé primaire performants contribuent à la performance globale d'un système de santé. Un système est performant lorsque les ressources, les structures organisationnelles et les processus cliniques sont orchestrés pour produire des services adaptés aux besoins de santé et de bien-être de sa population (Champagne, et al. 2005). Ces services de santé se doivent d'être accessibles, efficaces et de qualité (Contandriopoulos & Tremblay, 2009).

Ces composantes de la performance sont essentielles aux services de première ligne pour exercer adéquatement leur fonction de porte d'entrée du système et ainsi soutenir l'utilisation appropriée des services de santé. Toutefois, les maigres progrès du Québec dans ce domaine montrent la persistance d'un important écart entre les consensus établis quant aux déterminants de la performance des soins de santé primaire et les actions mises en œuvre pour l'améliorer, soit entre les connaissances acquises et les interventions réellement implantées pour une première ligne performante.

De la même manière, les bénéfices de l'implantation à grande échelle des rôles infirmiers dans les équipes interprofessionnelles de soins santé primaire sont substantiels et devraient davantage guider les pratiques. L'analyse de la littérature scientifique et de la littérature grise liée aux expériences de modèles de services de première ligne associant du personnel infirmier semble en mesure de fournir de précieuses informations pour soutenir les interventions à implanter, les évaluer et les adapter à l'évolution des contextes actuels (Virani, 2012).

Par conséquent, ce mémoire repose sur le constat qu'il existe un besoin de colliger les connaissances acquises jusqu'à ce jour sur comment implanter des changements dans les modèles de services de première ligne pour optimiser la contribution des rôles infirmiers.

Les pages qui suivent présenteront la problématique et les objectifs de cette recherche, les connaissances associées à l'objet d'étude, la méthodologie utilisée, puis un article scientifique qui décrit les résultats et propose une discussion sur des caractéristiques désirables des modèles de services de première ligne performants et finalement la conclusion de ce mémoire.

# Chapitre 1. Problématique et but de la recherche

Ce premier chapitre se divise en deux parties. La première partie aborde la problématique de recherche. La deuxième partie, quant à elle, présente le but et les objectifs spécifiques de cette recherche.

## 1.1 Problématique

Depuis le début des années 2000, transformer et réorganiser les soins de santé fait l'objet d'une attention particulière des politiciens et des gestionnaires à l'échelle internationale (Commission Clair, 2000; Levesque et al., 2012). Les changements sociodémographiques, épidémiologiques et technologiques dans un contexte d'accroissement des coûts en santé exigent de la plupart des pays industrialisés des interventions pour assurer la performance de leur système de santé. L'évolution des besoins face aux maladies chroniques et le développement rapide des connaissances scientifiques ne sont pas sans conséquence sur les services de santé et les dépenses publiques. En fait, l'impact financier des nouvelles possibilités diagnostiques et thérapeutiques expose les limites des gouvernements à soutenir l'accroissement de la demande de soins (Commission Clair, 2000).

Au Canada, les dépenses totales en santé connaissent une croissance constante; elles sont notamment passées de 124 milliards de dollars en 2003 à plus de 219 milliards pour 2015 (Conseil canadien de la santé [CCS], 2014; Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2015). Plusieurs experts s'inquiètent de ces augmentations et s'interrogent sur la capacité des gouvernements à les soutenir (CCS, 2014). Qui plus est, le CCS concluait, dans son rapport de synthèse, qu'en une décennie de réformes en santé, les changements organisationnels et professionnels effectués à travers le pays ne répondaient pas aux besoins changeants en soins de santé primaire de la population canadienne et n'avaient pas permis d'égaliser la performance d'autres pays à hauts revenus (CCS, 2013, 2014).

Les études comparatives des systèmes de santé des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) démontrent que les investissements financiers en santé ne sont pas garants de meilleurs résultats de performance. Par contre, des

éléments comme l'organisation des services et l'utilisation des ressources humaines en santé ont révélé leur influence déterminante au rendement d'un système (Commissaire à la santé et au bien-être [CSBE], 2009a). En fait, il est reconnu que la performance des soins de santé primaire est centrale pour favoriser la soutenabilité des systèmes tout en assurant l'état de santé et de bien-être d'une population (CSBE, 2009a).

La littérature scientifique montre largement que les pays dotés de services de première ligne performants obtiennent de meilleurs résultats de santé de leur population et ce, à moindre coût (Aggarwal & Hutchison, 2012; CSBE, 2009a; McMurchy, 2009; Starfield, Shi, & Macinko, 2005). Une offre de soins de santé primaire centrée sur le patient, globale et cohérente est associée à un meilleur accès à des services de premier contact, de plus faibles taux de mortalité, une baisse des coûts et une plus grande équité en santé (Aggarwal & Hutchison, 2012; CSBE, 2009a; Macinko, Starfield, & Shi, 2003).

Depuis deux décennies, plusieurs gouvernements tentent de tirer parti de ces connaissances et ont notamment entrepris d'optimiser la participation des ressources humaines dans les services de première ligne. Certains, comme le Royaume-Uni, la Hollande et la Nouvelle-Zélande, sont aujourd'hui reconnus comme ayant mis en place une offre de soins de santé primaire plus performante que la moyenne (Aggarwal & Hutchison, 2012). Les transformations entreprises par ces pays ont certaines similitudes : des politiques nationales renforçant la prestation de soins de santé primaire en équipe interdisciplinaire et l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC), en particulier le dossier médical électronique; des modèles de services de première ligne offrant un accès amélioré qui permettent la prise de rendez-vous le jour même; et finalement, des rôles infirmiers engagés dans la gestion de maladies chroniques tels que les infirmières gestionnaires de cas ou les infirmières pivots (CSBE, 2013; Levesque et al., 2012). Selon les dernières enquêtes du Fonds du Commonwealth, ils obtiennent les meilleurs résultats en termes de satisfaction de leur population et de leurs professionnels de la santé, d'accessibilité et de coordination des services.

En revanche, les constats s'accumulent sur la performance discutable des modèles de soins primaires dominants canadiens et québécois. En fait, selon les suivis de l'OCDE et du Fonds du Commonwealth, le Canada reste loin derrière plusieurs autres pays industrialisés, notamment quant à la coordination des soins, l'implantation du dossier électronique et l'accessibilité (Aggarwal & Hutchison, 2012; CSBE, 2014a). Déjà en 2010, une étude

comparative du Fonds du Commonwealth le plaçait avant-dernier au classement global de la performance de sept systèmes de santé de pays à hauts revenus, soit devant les États-Unis, mais derrière l'Australie, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande et l'Angleterre (Davis, Schoen, & Stremikis, 2010). Dans cette même analyse, le système de santé canadien prenait la cinquième place pour l'accès et l'équité, l'avant-dernière place quant à l'efficacité et la dernière place quant à la qualité de ses soins<sup>2</sup>. Dans les enquêtes subséquentes du Fonds du Commonwealth, les constats d'amélioration restent maigres. En 2013, 62 % des répondants canadiens trouvaient difficile d'obtenir des soins après les heures de travail, une légère amélioration en comparaison des 65 % de 2010; alors que pour cette même période le Royaume-Uni est parvenu à réduire de moitié ce problème (CCS, 2014).

Plus particulièrement, les carences québécoises touchent l'accessibilité, la continuité<sup>3</sup> des soins et la coordination des services ainsi que l'utilisation du dossier électronique et des technologies, classant la province aux abords d'une performance critique (CSBE, 2014a). La province obtient l'un des résultats les plus défavorables des 11 pays et des provinces canadiennes sondés avec seulement 77 % des répondants québécois qui déclarent avoir un médecin de famille (CSBE, 2014a). Alors que pour ce même indicateur, la France se classe loin devant avec 97 % de ses répondants et l'Ontario avec 90 % des siens. Or, plusieurs études ont aussi démontré que le fait d'avoir un médecin de famille a des conséquences sur les résultats de santé de la population (Macinko, Starfield, & Shi, 2003), sur l'utilisation des services de première ligne, sur l'observance des patients à leurs traitements ainsi qu'à leur satisfaction (Breton et al., 2014).

En outre, pour ceux qui ont un lieu habituel de soins ou un médecin de famille, encore 38 % des répondants québécois auraient eu recours aux services d'urgence dans les deux dernières années et près de la moitié d'entre eux (44 %) répondent s'y être présentés pour une affection qui aurait pu être traitée par leur médecin (CSBE, 2014a). Autrement dit, au moins un répondant sur cinq de cette enquête aurait utilisé les services d'une structure organisationnelle plus complexe et donc plus coûteuse. Cette utilisation inadéquate des services d'urgence est certainement sous-estimée puisque 35% des répondants, n'ayant pas de lieu habituel de soins

---

<sup>2</sup> Dans cette étude, la qualité des soins est définie par la conjugaison des concepts de pertinence des soins, de sécurité, de continuité et de la promotion de l'approche centrée sur le patient

<sup>3</sup> Basée sur la perspective du patient quant à la circulation fluide de ses informations de santé, le développement de son lien de confiance avec les professionnels et l'adaptation des services selon ses besoins et ses caractéristiques (CSBE, 2014a)

ou de médecin de famille, ne figurent pas dans ce calcul et ont pourtant visité au moins une fois les services d'urgence dans les deux dernières années (CSBE, 2014a). En fait, l'utilisation des services d'urgence semble inévitable quand seulement 28 % des répondants québécois précisent qu'il a été facile d'obtenir un rendez-vous le soir, la fin de semaine ou un jour férié; alors que l'écart se creuse avec 38 % des répondants ontariens et de plus du double, avec 60 % des répondants du Royaume-Uni (CSBE, 2014a). De plus, seulement 55 % des médecins québécois de première ligne « réservent un moment de la journée pour offrir des rendez-vous le jour même » (CSBE, 2013, p.123) contre 86 % des médecins ontariens. Le Québec se retrouve ainsi au dernier rang des provinces canadiennes pour l'accessibilité à des soins de routine et de suivi et détient le record des délais d'attente à l'urgence (CSBE, 2014b).

Partout au Canada, les indicateurs de performance des soins santé primaire soulèvent de nombreuses questions. Certains experts précisent qu'aucune province canadienne et aucun territoire du pays n'ont implanté l'ensemble des éléments nécessaires pour renforcer les services de première ligne au niveau des systèmes reconnus comme performants (Aggarwal & Hutchison, 2012; Lamarche et al., 2003). Notamment, plusieurs provinces canadiennes n'ont pas établi une vision claire du processus de transformation à entreprendre en soins de santé primaire, n'ont pas mis en place des mécanismes de gouvernance entre les niveaux micro et macro pour la prestation de soins de santé primaire intégrés au reste du système, ni même intégrés des modalités de rémunération et de financement des professionnels en santé cohérentes aux objectifs de leur système. D'autres encore tardent à exploiter un système d'outils technologiques d'aide à la décision, à promouvoir des équipes interprofessionnelles de soins de santé primaire ou à développer des mesures de suivi du rendement et de la qualité (Aggarwal & Hutchison, 2012; Lamarche et al., 2003; Levesque et al., 2012).

Au Québec, malgré trois commissions d'enquête publique en santé – Castronguay-Nepveu (1967-1970), Rochon (1988), Clair (2000) – certaines des interventions recommandées et soutenues par des données scientifiques comme des leviers de changement ont été délaissées au profit de larges remaniements organisationnels (Brousselle et al., 2014; Champagne, 2002; Contandriopoulos & Brousselle, 2010) et cela, sans atteindre les objectifs d'amélioration visés. Certains experts suggèrent que pour améliorer la performance du système de santé québécois, il faudrait rendre les services plus accessibles et renforcer les services de première ligne par l'allocation de ressources humaines, technologiques et financières nécessaires à la fonction et au rôle de la première ligne; reconsidérer le mode de rémunération

des médecins, mieux définir le rôle des professionnels dans les équipes interprofessionnelles et améliorer la coordination des épisodes de soins et des services pour un réseau mieux intégré au reste du système (Brousselle et al., 2014; Champagne, 2002; Contandriopoulos & Brousselle, 2010). La convergence des diagnostics et des propositions de chacune des commissions expose la constance dans l'incapacité du gouvernement québécois d'engager une transformation garante de performance (Contandriopoulos & Tremblay, 2009). En fait, malgré des actions mises en œuvre pour un virage vers les services de première ligne tant par le modèle des CLSC ou plus récemment par celui des pratiques de groupe, comme les groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques-réseaux intégrées (CRI), le manque de résultats positifs révèle une mise en œuvre incomplète et la nécessité de bonifier l'offre de services de première ligne.

La récurrence des problèmes d'efficience et d'accès soulevés dans le suivi des réformes au Québec rappelle la complexité d'implanter des interventions et d'en produire les effets désirés. « Quoi faire » pour améliorer la performance du système est bien connu, par contre le vrai défi est « comment faire » (Contandriopoulos & Brousselle, 2010). Les lacunes dans le transfert de connaissances liées aux interventions de transformation requises au Québec motivent la démarche de ce mémoire. Celui-ci porte d'ailleurs un regard plus spécifique sur deux leviers d'amélioration suggérés par les experts en soins de santé primaire : le pluralisme des modèles de services de première ligne et l'optimisation des compétences infirmières dans les équipes interdisciplinaires de soins de santé primaire.

En fait, les infirmières sont centrales dans la réponse à l'évolution des besoins de soins de santé primaire. En 2009, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) proposait déjà d'intégrer activement celles-ci au cœur des stratégies de transformation des services de première ligne (Bryant, 2012; OMS, 2009). Puis, dans son rapport sur l'avenir de la profession infirmière, l'*Institute of Medicine* (IOM, 2011) réitérait d'encourager l'utilisation optimale des compétences infirmières, notamment en proposant que les infirmières pratiquent à leur plein potentiel et qu'elles soient partenaires à part entière des médecins et des autres professionnels. Au Québec, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ, 2014), dans sa prise de position pour la révision des programmes gouvernementaux, a également tenté de démontrer aux instances gouvernementales la nécessité de favoriser la participation infirmière aux défis actuels de contrôle des coûts et de manque d'accès. Ce rapport a ainsi recommandé de favoriser la présence des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans la prestation de soins, d'accorder

le droit de prescrire aux infirmières, de promouvoir des équipes interprofessionnelles centrées sur un rôle infirmier de coordination et d'accroître celui actuellement attribué aux infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL).

Dans la dernière décennie, plusieurs études soulignent l'évolution de la pratique infirmière et la position stratégique de ces professionnelles pour répondre aux besoins changeants de soins de santé primaire. Les infirmières sont reconnues pour avoir la capacité de répondre aux besoins d'accès, de coordination, d'une gestion accrue des maladies chroniques, mais aussi de soutenir davantage des soins en prévention et en promotion de la santé. En effet, elles sont, entre autres, plus portées que les médecins à aborder les changements de comportement de santé comme l'arrêt tabagisme, la consommation d'alcool ou les régimes alimentaires; et les patients sont plus ouverts à leur parler de changement d'habitudes de vie que durant leur consultation médicale (Macdonald, Rogers, Blakeman, & Bower, 2008). Il est clairement ressorti de ces études que les infirmières ont un rôle à jouer dans la gestion des maladies chroniques (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS], 2012) que celles-ci ont les compétences et la capacité de fournir des soins de qualité comparable aux médecins et souvent avec une plus grande satisfaction des patients (Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002; Laurant et al., 2005; Martinez-Gonzalez et al., 2014; Rashid, 2010; Redsell, Stokes, Jackson, Hastings, & Baker, 2007). Plusieurs auteurs les présentent également comme un facteur potentiel à la réduction des dépenses en santé (Laurant et al., 2005; Martin-Misener, Downe-Wamboldt, Cain, & Girouard, 2009). Pourtant, comme le soulève la FCRSS (2012), pour « de nombreux experts, [les infirmières] sont sous-utilisées au Canada pour améliorer la coordination des soins et des résultats de santé » (FCRSS, 2012, p. 1).

D'ailleurs, selon cette synthèse de la FCRSS (2012), plusieurs modèles de services de première ligne dans lesquels les infirmières jouent un rôle central sont plus performants que la moyenne. Cinq modèles ont été identifiés comme donnant une place importante aux infirmières : des modèles d'équipes interprofessionnelles, des modèles dirigés par le personnel infirmier, des modèles de gestion de cas, des modèles d'orientation des patients et des modèles de soins partagés. Toutefois, les effets de chacun de ces modèles de services de première ligne sont disparates, variant grandement selon les structures et les processus d'équipe ainsi que selon les éléments du contexte (FCRSS, 2012).

Ces variations révèlent également la difficulté pour des décideurs d'utiliser ce genre de résultats et de promouvoir un modèle plus qu'un autre pour soutenir l'amélioration de la performance des soins de santé primaire. En fait, certaines approches évaluatives en santé peuvent soutenir la compilation de données sur des interventions complexes comme les modèles de services de première ligne et fournir des précieuses données malgré le manque de validité externe de ces études. C'est aussi dans cet ordre d'idée qu'un modèle conceptuel utile à la pratique et basé sur les caractéristiques désirables de modèles de services de première ligne associant le personnel infirmier pourrait soutenir l'amélioration de l'offre de services de première ligne québécoise.

## **1.2 But et objectifs spécifiques**

Ce projet vise à analyser les caractéristiques des modèles de services de première ligne à forte contribution infirmière susceptibles d'améliorer la performance des soins de santé primaire au Québec.

Les objectifs spécifiques poursuivis dans cette recherche sont :

- 1- Identifier dans la littérature les caractéristiques désirables des modèles de services de première ligne à forte contribution infirmière.
- 2- Intégrer les caractéristiques désirables des modèles de services de première ligne dans un modèle conceptuel utile à la pratique.

## Chapitre 2. État des connaissances

Ce deuxième chapitre présente deux sections. La première clarifie les définitions des concepts centraux de cette recherche soit les services de première ligne, les modèles de services de première ligne et la performance. La seconde aborde, à travers les contextes canadien et québécois les modèles de services de première ligne existants et la contribution des infirmières en leur sein.

### 2.1 État des connaissances

#### 2.1.1 Définitions

Pour une meilleure compréhension, la section qui suit précise les définitions des trois principaux thèmes de cette recherche. Ces définitions doivent également être considérées comme bases théoriques de ce mémoire.

#### Services de première ligne et soins de santé primaire

Dans la littérature, les termes « services de première ligne » et « soins de santé primaire » sont souvent considérés comme des concepts interchangeables. Toutefois, ils ne décrivent pas réellement le même phénomène (Trottier, Fournier, Diene, & Contandriopoulos, 2003).

La notion de services de première ligne réfère, selon une hiérarchisation des services, à la porte d'entrée du système de santé, le premier point de contact de la population au réseau de la santé et des services sociaux (Aggarwal & Hutchison, 2012; Conseil médical du Québec, 1995; Trottier et al., 2003). De plus, comme le souligne la Commission Clair (2000) dans son rapport, les services de première ligne englobent « un ensemble de services courants, médicaux et sociaux (...) permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical, de la population » (Commission Clair, 2000, p. 107). Dans un usage courant, cette notion est fréquemment utilisée sous sa forme raccourcie : la première ligne.

Le concept des services de première ligne est aussi très similaire à celui de *primary care* tel que défini par Starfield (1998) :

Primary care is that level of the health service system that provides entry into the system for all new needs and problems, provides person-focused (not disease-oriented) care over time, provides care for all but very uncommon or unusual conditions, and coordinates or integrates care provided elsewhere or by others (p. 8-9)

Cette définition rejoint d'ailleurs celle des soins de santé primaire proposée par l'*Institute of Medicine* (IOM, 2011) et sur laquelle s'appuie ce mémoire. Ils sont ainsi définis plus globalement comme « la prestation de soins de santé accessibles et intégrés, fournis par des cliniciens chargés de répondre à une grande majorité des besoins de santé personnels et de développer une collaboration soutenue avec le patient, sa famille et la communauté » (Traduction libre, IOM, 2011, p. 54).

### **Modèle de services de première ligne**

Pour cette recherche, un modèle de services de première ligne se réfère avant tout aux modalités d'une organisation; autrement dit, à ses règles de fonctionnement pour la production des soins et services. Ces modèles peuvent être centrés sur la pratique de médecins omnipraticiens ou centrés sur la pratique d'infirmières, mais toujours produits en équipe. Plus spécifiquement, un modèle de services de première ligne correspond à l'ensemble des caractéristiques structurelles de la prestation de soins de santé primaire et des processus d'équipe nécessaires pour produire les services.

### **Performance des services de première ligne**

Cette recherche s'appuie principalement sur la définition de la performance élaborée par Contandriopoulos et al. (2015a) et celle de la qualité des soins de Donabedian (1988).

Découlant d'une large étude américaine sur l'évaluation de modèles de services de première ligne de Shortell et al. (2005), Contandriopoulos et al. (2015a) définissent la performance par la combinaison des concepts d'accessibilité, de qualité des soins, d'efficience et de capacité d'apprentissage managériale des organisations. Le détail du modèle est présenté dans l'article du chapitre 4 de ce document (voir p. 49) et est très inspiré des travaux de Donabedian (1988).

Le modèle conceptuel de Donabedian (1988) offre une conceptualisation simple et très générique de la performance d'un modèle de services de première ligne. Cet auteur propose de voir la qualité selon une triade structures-processus-résultats. Ce modèle amène un regard sur les ressources déployées (structures), sur les activités entreprises pour fournir des soins (processus) et sur les effets produits (résultats) d'une organisation. Autrement dit, les structures font référence aux caractéristiques des ressources humaines et matérielles ainsi que celles des structures organisationnelles nécessaires pour fournir des soins. Par exemple, elles peuvent référer au type de professionnels composant une équipe, à leurs qualifications ou même renvoyer aux particularités des lieux physiques. Ensuite, les processus concernent plus spécifiquement les actions requises pour fournir les soins; c'est-à-dire tout ce qui est fait pour produire et recevoir des soins, notamment les interventions infirmières, les pratiques collaboratives ou tous autres principes de fonctionnement d'équipe. Quant aux résultats, ils sont finalement les effets obtenus qui démontrent le produit de la prestation de soins et de services. Selon une nomenclature établie par Jennings, Straggers, et Brosch (1999), les résultats de soins peuvent être de trois types : centrés sur le patient (résultats de santé, satisfaction du patient, etc.), centrés sur le fournisseur de soins (satisfaction professionnelle, justesse du traitement, etc.) et centrés sur l'organisation (accès, coûts, durée d'hospitalisation, etc.).

## **2.1.2 Contexte des services de première ligne**

### **Au Canada**

L'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (2003) et le Plan décennal des soins de santé (2004) démontraient les ambitions politiques canadiennes et renforçaient les initiatives de réformes provinciales. À cette époque, un plan d'action pour la refonte du système de santé au Canada avait été établi (CCS, 2008, 2014). D'un bout à l'autre du pays, un certain nombre de réformes en soins de santé primaire ont été implantées pour tenter de fournir des soins à tous, au moment opportun, au bon endroit et par le bon professionnel (CCS, 2008). Ces réformes visaient à favoriser l'accès à un fournisseur pertinent, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, optimiser les processus cliniques grâce à des équipes interdisciplinaires, accroître la promotion de la santé et la prévention des maladies, renforcer la gestion des maladies chroniques et faciliter l'intégration des services de première ligne au reste du système de soins à l'aide des TIC (Levesque et al., 2012).

Depuis le début des années 2000, et comme la plupart des pays, le Canada mise par des réformes en santé sur une meilleure intégration des soins de santé primaire pour mieux contrôler l'accroissement des coûts en santé et les attentes de la population (Contandriopoulos, Rey, Brousselle, & Champagne, 2012). Toutefois, en deux décennies de transformation organisationnelle, les résultats restent inégaux, variant d'une province à l'autre; et les indicateurs de la performance suivis par les enquêtes comparatives, comme celles du Fonds du Commonwealth, présentent peu d'amélioration. L'analyse synthèse du Conseil canadien en santé (CCS, 2013), mandaté pour suivre l'évolution de ces transformations, concluait que globalement les accords n'avaient pas causé les changements majeurs attendus, exposant ainsi leur échec (CCS, 2014). Levesque et al. (2012) énonçaient que les réformes entreprises auraient été basées sur la politique sans tirer pleinement parti des connaissances scientifiques disponibles (Contandriopoulos & Brousselle, 2010; Levesque et al., 2012), notamment sans évaluer l'évolution des changements entrepris.

À ce jour, rares sont les études qui se sont penchées sur les impacts des réformes en soins de santé primaire au Canada (Levesque et al., 2012). L'évolution de l'amélioration de la performance des services de première ligne reste difficile à cerner puisque les changements organisationnels n'ont pas été systématiquement accompagnés d'un volet évaluation. Pourtant, cette composante garantit la transparence et soutient les décideurs dans la prise de décision. En l'occurrence, il n'existe que quelques évaluations entourant les modèles de services de première ligne introduits par certaines de ces réformes, tels les groupes de médecine familiale (GMF) au Québec ou les *Nurse-led Clinic* en Ontario. Celles disponibles concernent principalement la phase d'implantation de ces interventions, leurs effets n'ayant été que peu documentés. Les résultats recensés jusqu'à présent se limitent à l'expérience de soins et à la satisfaction de la main-d'œuvre, sans fournir de preuves tangibles sur l'accessibilité ou la continuité des soins (Levesque et al., 2012; Pineault et al., 2008a). En fait, le manque d'indicateurs de qualité des modèles de services de première ligne canadiens représente un facteur contraignant de l'appréciation de la performance des services de première ligne. D'ailleurs, les experts et les gestionnaires préconisent davantage de recherche sur les caractéristiques organisationnelles des modèles de services de première ligne, celles-ci pouvant déterminer les éléments d'un cadre normatif de l'appréciation de leur performance et ainsi, soutenir les processus de transformation (Levesque et al., 2012).

Actuellement, plusieurs modèles de services de première ligne coexistent au Canada, toutefois aucun n'a toutefois démontré des résultats d'une performance élevée (Beaulieu et al., 2013). Dix ans plus tôt, Lamarche et al. (2003), mandatés par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), ont étudié les modèles de soins de santé primaire tant au Canada qu'à l'international et leurs effets associés. Leurs analyses de 28 modèles de services de première ligne les ont amenés à conclure qu'il n'existait pas de modèles de services de première ligne qui parvenait, à lui seul, à être performant; c'est-à-dire à produire des effets simultanés d'accessibilité, de continuité, d'efficacité et de qualité (Lamarche et al., 2003).

Près d'une décennie plus tard, les nouveaux modèles de services de première ligne implantés grâce aux réformes canadiennes n'ont apporté que des bénéfices modestes. Toutefois, des avancées notables ont été observées dans certaines provinces et certains pays, desquels plusieurs leçons peuvent être tirées (CCS, 2014). En fait, « de nombreuses politiques législatives ont été appliquées à travers les provinces et plus particulièrement, la législation redéfinissant le rôle d'autres professionnels de la santé, tels que les infirmières autorisées et les infirmières-praticiennes; celles-ci ont joué un rôle prédominant dans le développement des équipes multidisciplinaires » (Levesque et al., 2012, p. V).

D'ailleurs, comme le rappelle la FCRSS<sup>4</sup>, les données de recherches et les expériences cumulées depuis les 20 dernières années permettent aujourd'hui d'en connaître davantage sur « les objectifs, les fonctions, les caractéristiques et les effets des soins primaires performants » (Aggarwal & Hutchison, 2012, p. 7); des connaissances essentielles pour soutenir des interventions appropriées et valides scientifiquement. Les importantes variations des résultats de performance interprovinciales et internationales offrent un potentiel d'apprentissage des différentes expériences menées et des évaluations effectuées (Aggarwal & Hutchison, 2012; Levesque et al., 2012). Il existe ainsi un besoin précis de colliger à la fois les données scientifiques publiées et les expériences d'implantation des différents modèles de services de première ligne, tant au Canada qu'à l'international, afin de soutenir et de poursuivre la transformation des services de première ligne vers une meilleure performance.

---

<sup>4</sup> Nommée, depuis 2012, la fondation canadienne sur l'amélioration des services de santé (FCASS)

## Au Québec

Pour apprécier la performance globale du système de santé québécois et celle de ses services de première ligne, les données disponibles et comparables sont limitées (CSBE 2009). Pour pallier ce manque, le CSBE du Québec effectue, depuis 2009, des appréciations annuelles et sectorielles basées sur les résultats d'enquêtes sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth, réalisées auprès de professionnels de la santé et de populations d'une dizaine de pays de l'OCDE. Leurs résultats permettent, notamment au CSBE, de procéder à des analyses introspectives pouvant ainsi soutenir les décisions dans l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé, de l'efficacité et de la qualité des soins de santé québécois.

C'est ainsi que le CSBE a rapporté, dans ses appréciations de la performance globale, le décalage flagrant de plusieurs indicateurs de qualité liés aux services de première ligne du Québec par rapport aux autres provinces canadiennes et pays de l'OCDE (CSBE 2014, 2013, 2009). Par leur récurrence au fil du temps, les lacunes de la performance des services de première ligne (l'accès, le suivi, la coordination, etc.) sont inquiétantes, et ce, même si la province aura maintes fois tenté d'améliorer son sort par le remaniement des structures organisationnelles.

Les trois commissions d'enquête publique ont énoncé des recommandations pour des services de première ligne mieux intégrés au reste du système (CSBE, 2009a). Pour chacune d'elles, les enquêtes ont souligné la fragmentation des soins, l'utilisation défectueuse des services, la gestion et le suivi limités des clientèles vulnérables, la collecte et la circulation insuffisantes des informations des patients et puis, la maigre place accordée dans la prestation de soins de santé primaire à la prévention des maladies et la promotion de la santé (Levesque et al, 2012; CSBE, 2009). Depuis plusieurs décennies les réformes québécoises misent sur le remaniement des structures organisationnelles. La Commission Castonguay-Nepveu (1967-1970), la Commission Rochon (1988) et la Commission Clair (2000) auront ainsi amené dans le paysage de la première ligne, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les Groupes de médecine familiale (GMF), les cliniques réseaux-intégrées (CRI) qui se sont ajoutés aux cliniques médicales privées et aux coopératives de santé.

Le suivi des réformes québécoises amène son lot de questions alors que les résultats sont lents à obtenir et les attentes de la population se font grandes. Selon l'enquête du Fonds du Commonwealth de 2013, 77 % des répondants québécois considèrent que le système de

santé requiert des changements fondamentaux ou devrait être reconstruit dans sa globalité (CSBE, 2014) et 73 % des médecins de famille, sondés en 2013, en faisaient les mêmes jugements (CSBE, 2013); des résultats parmi les plus inquiétants des pays et provinces suivies par le Fonds du Commonwealth. Pourtant, les consensus sont clairs sur les causes structurelles du manque d'accès aux services de première ligne telles qu'une trop grande pratique en milieu hospitalier des médecins de famille ou le manque d'uniformité des services offerts en CLSC; sur la nécessité d'une participation plus optimale des infirmières à la gestion des maladies chroniques; et sur l'implantation de mécanismes de suivi plus efficaces des modèles de services de première ligne, notamment les GMF, modèle prédominant au Québec (Levesque et al., 2012).

### **Le GMF : le modèle québécois de services de première ligne dominant**

Sous les recommandations de la Commission Clair (2000), le gouvernement québécois opta pour l'implantation d'un modèle de services de première ligne unique, mais flexible : le modèle GMF. La pratique médicale de groupe en première ligne proposait un modèle organisationnel pouvant répondre aux limites, voire même aux échecs, des CLSC (Breton, Levesque, Pineault, & Hogg, 2011). Le modèle GMF avait notamment pour objectifs de pallier au manque d'attrait des services de première ligne publics pour les médecins de famille, de favoriser une meilleure gestion des maladies chroniques, de remédier aux problèmes d'accès et de continuité des groupes vulnérables, et d'offrir des services de première ligne aux clientèles orphelines (Levesque et al., 2012).

Toutefois, les trois rapports du CSBE sur la performance des services de première ligne de 2009 exposaient une implantation hétérogène et insuffisante à l'échelle provinciale du modèle GMF, des patients inscrits ne pouvant obtenir dans des délais raisonnables des rendez-vous en cas de besoin et le peu d'outils informatiques devant assurer une meilleure coordination des soins. Suite à ces constats, le CSBE (2009) avait proposé dix recommandations. Celles-ci encourageaient à poursuivre l'inscription de la population à des modèles organisationnels de pratique médicale de groupe, à favoriser la participation des professionnels non médecin, à repenser les modalités de prestation et de rémunération médicale, à informatiser les réseaux de la santé, et poursuivre l'implantation de mesures de performance. Les mêmes propositions ont été réitérées en 2010, en 2013 et en 2014 suite aux analyses annuelles de la performance globale du CSBE.

Le modèle GMF prédomine au Québec, mais il ne répond toujours pas aux objectifs initialement fixés (Vérificateur général du Québec [VGQ], 2015). Depuis la Commission Clair (2000), il est indéniable que des progrès ont été réalisés. Par contre, ils ne semblent pas suivre la courbe croissante des besoins de la population québécoise.

Au printemps 2014, 258 GMF étaient dénombrées, soit 42 de moins que les 300 prévus pour 2010. Le rapport de vérification de l'optimisation des ressources sur les GMF et les cliniques-réseau évoquait également que selon les données disponibles, de nombreux GMF ne respectaient pas entièrement les ententes pouvant ainsi créer des disparités dans l'offre de service (VGQ, 2015). Dans les faits, près de la moitié des GMF du Québec (43 %) a reçu un soutien financier plus élevé que celui prévu pour le nombre de patients réellement inscrits (VGQ, 2015). Il s'est créé 51 CRI dont 82 % d'entre elles sont aussi des GMF. Ce double statut provoque pour 42 GMF-CRI des chevauchements dans les services prévus dans les ententes plutôt qu'une offre cumulative, et ce, au détriment des patients. Il semble ainsi fréquent que les plages horaires des services sans rendez-vous soient fusionnées et qu'un seul médecin, plutôt que deux, offre ces services. En fait, plusieurs des services non rendus des GMF se répercutent sur des indicateurs de performance comme l'accès et la continuité des soins de santé primaire.

Les mécanismes de suivi assurant l'obtention de résultats d'accessibilité et de continuité des GMF et des CRI, ainsi que l'utilisation optimale des ressources humaines et financières n'a pas été formellement établie par les instances publiques. Outre les quelques collaborations avec les chercheurs, seuls 19 GMF ont fait l'objet d'évaluations par le ministère, et ce, sans avoir de suivi sur les services rendus et l'accessibilité (MSSS, 2008; VGQ, 2015). Depuis leur création, les 258 GMF ont été soutenus par les fonds publics sans réellement avoir de reddition de compte. Les GMF ont obtenu un soutien financier essentiellement basé sur la promotion du modèle auprès des médecins de famille et non selon les besoins la population d'une région géographique (VGQ, 2015). Le modèle des GMF visait l'inscription de patients auprès de médecins de famille et la promotion de soins de qualité par des équipes interdisciplinaires. De plus, les ententes préconisaient un soutien financier annuel pour l'embauche d'infirmières cliniciennes. Le VGQ (2015) mentionnait le retard dans l'embauche de personne clinique, notamment des infirmières, cumulant ainsi 20 millions au 31 mars 2014. Des sommes que les instances gouvernementales se sont réappropriées, « lesquelles sont toutefois le résultat de services non rendus aux citoyens » (VGQ, 2015, p. 29).

Les réformes des services de première ligne du Québec ont amené l'adoption d'un modèle organisationnel unique ne donnant pas toujours les résultats souhaités d'accessibilité et de continuité. Haggerty et al. (2004) constataient déjà qu'une grande majorité des cliniques de première ligne de leur échantillon (100 réparties dans 5 régions du Québec) n'avaient pas tendance à répondre simultanément aux besoins d'accès et aux besoins de continuité de la population. Pineault et al. (2005) notaient aussi que les cliniques sans-rendez ne parvenaient pas à elles seules, à résoudre les problèmes d'accessibilité. En outre, selon une étude des modèles de services de première ligne de Montréal et de la Montérégie, le modèle à prestataire unique offrirait satisfaction auprès des patients, mais ne répondrait pas aux nouvelles exigences de gestion et de suivi des maladies chroniques (Pineault, Levesque, Hamel, & Couture, 2008b). Le modèle traditionnel médical prédomine encore et n'apporte pas les changements nécessaires pour répondre aux besoins de soins primaires de la population et l'amélioration de la performance des services de première ligne (CSBE, 2009). En fait, comme le suggère Pineault et al. (2005) « la réorganisation des services de première ligne ne doit pas revêtir une seule forme et ne doit pas être indépendante du contexte dans lequel elle s'inscrit » (p. 2). Les modèles de services de première ligne à promouvoir doivent porter sur des caractéristiques qui ont fait leurs preuves, valides et pertinentes, notamment pour que le modèle GMF arrive à maturité et améliore la performance des services de première ligne au Québec.

En soi l'idée du virage vers les soins de santé primaire a été amorcée au Québec, néanmoins les solutions proposées au fil du temps n'auront été implantées que partiellement par les décideurs et les gestionnaires (Contandriopoulos & Tremblay, 2009; Levesque et al., 2012). La récurrence des problèmes d'accessibilité, de globalité, de continuité et de coordination reste entière dans la province. Malgré l'implantation de deux modèles de services de première ligne innovants, les GMF et les CRI, leurs effets sont peu documentés. Au-delà des incitatifs financiers offerts aux médecins pour la création de GMF, les restrictions budgétaires et les lacunes structurelles dont l'informatisation n'aura pas permis la mise en place des suivis efficaces et systématiques d'indicateurs de qualité. Il existe, en fait, un besoin criant d'obtenir des données pour apprécier la performance des modèles de services de première ligne au Québec (Levesque et al., 2012) et ainsi soutenir la transformation de la première ligne.

### 2.1.3 La contribution des infirmières en première ligne

Les données sur la contribution infirmière à la performance des services de première ligne se retrouvent de manière disparate dans la littérature. Cela s'explique principalement par la variété de rôles et des titres infirmiers en fonction des cadres réglementaires de chaque pays et de chaque province. Spécifiquement, au Canada et au Québec, deux types de pratique directe<sup>5</sup> cohabitent en première ligne : la pratique avancée avec les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) et la pratique clinique "régulière" avec les infirmières cliniciennes ou les techniciennes provenant respectivement des cursus universitaire et collégial.

Au Canada, l'apparition des IPSPL date des années 60, mais ce n'est que dans les années 1990 que les lois, les règlements et les formations ont été mis en place pour promouvoir leur rôle (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). Elles détiennent une formation universitaire additionnelle par rapport aux infirmières cliniciennes et peuvent exercer des activités médicales réservées. Elles ont notamment la possibilité d'entreprendre des techniques et des traitements médicaux invasifs, de prescrire des examens diagnostics et des médicaments de façon autonome conformément à un champ de pratique règlementé selon la province. Par leur champ d'exercice, les IPSPL suscitent beaucoup d'intérêts puisque les études montrent que celles-ci peuvent améliorer l'accès aux services et aux traitements (Laurant et al., 2005) et même favoriser la stabilité clinique des patients (Redsell et al., 2007). La progression de leur déploiement dans les provinces canadiennes se justifie par plusieurs expériences favorables et de nombreuses données probantes (Martinez-Gonzalez et al., 2014; Newhouse et al., 2012; Russell et al., 2009). Les IPSPL sont reconnues pour couvrir une panoplie de besoins de soins de santé primaire (Iglesias, Ramos, Serrano, Fabregas, et al., 2013; Russell et al., 2009) avec des soins de qualité comparable à ceux offerts par des médecins (Horrocks et al., 2002; Laurant et al., 2005) et parfois à moindre coût (Hefford, Love, Cumming, Finlayson, & Raymond, 2011; Martin-Misener et al., 2009; Schroeder, Trehearne, & Ward, 2000). Elles sont souvent identifiées comme pierre angulaire de l'amélioration de la qualité des soins et des résultats de santé et les données s'accumulent sur leur contribution nécessaire à la performance des systèmes de santé (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010).

Les données probantes sont aussi de plus en plus abondantes sur les rôles infirmiers élargis en soins de santé primaire. Un rôle élargi est considéré comme un rôle pouvant répondre,

---

<sup>5</sup> Les infirmières cliniciennes spécialisées qui ne pratiquent pas directement auprès des patients n'ont pas été incluses dans cette analyse

par l'ensemble des compétences acquises lors de la formation et par l'expérience, à un éventail plus large de besoins de santé (D'amour, Tremblay, & Proulx, 2009). En fait, de nombreuses études associent aujourd'hui les rôles infirmiers élargis à une pratique infirmière avancée, alors qu'initialement ce rôle était davantage associé aux infirmières cliniciennes en régions éloignées. Les études démontrant les effets et les possibilités de la pratique avancée en soins de santé primaire surpassent le nombre d'études sur les autres rôles infirmiers. En réalité, peu de données empiriques présentent les retombées de la pratique des infirmières non praticiennes. Par contre, un nombre croissant d'écrits dénonce leur contribution sous-optimale dans les équipes interdisciplinaires de soins de santé primaire et propose le déploiement de leurs compétences sous le concept d'étendue de pratique infirmière.

La littérature scientifique démontre de plus en plus que les différents rôles des infirmières cliniciennes ne sont pas utilisés à leur juste valeur (Besner, 2004; IOM, 2011). Les compétences développées durant le parcours ne sont pas systématiquement intégrées à la pratique (Boase, Kim, Craven, & Cohn, 2012), de nombreuses tâches cléricales encombrant le travail quotidien de celles-ci (Aiken et al., 2001) et le pouvoir médical influence l'étendue de leur pratique réelle (D'Amour et al., 2009). En fait, les propositions de l'utilisation de l'éventail des compétences infirmières apparaissent dans la littérature sous le concept d'optimisation de l'étendue de pratique infirmière (ou en anglais sous le concept de *scope of practice*). Les données scientifiques cumulées à ce jour démontrent qu'une telle optimisation favorise la satisfaction professionnelle et la collaboration interprofessionnelle (Nathenson, Schafer, & Anderson, 2007; Redsell et al., 2007) tout en contribuant à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'à leur efficience (Schroeder et al., 2000). Inversement, une utilisation non optimale de l'éventail des compétences infirmières engendre selon une plus grande insatisfaction professionnelle (Shields & Wilkins, 2006), un risque accru d'épuisement professionnel (Aiken et al., 2001), des pertes financières potentielles pour les organisations des soins (Hefford et al., 2011) et, par extension, une altération des approches collaboratives (Besner et al., 2005; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; White et al., 2008).

Le déploiement des rôles infirmiers en première ligne, tant en pratique avancée que régulière, suggère une contribution substantielle à l'amélioration des résultats de santé des populations, aux bénéfices organisationnels et financiers (Besner, 2006; Halcomb, Davidson, & Patterson, 2008). En fait, les différents rôles infirmiers en première ligne permettent une plus grande participation du patient (Besner, 2004; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010) offrant plus de

temps et d'ouverture que durant les consultations médicales (Macdonald et al., 2008). Ce lien de confiance permet une réponse plus adaptée des approches de soins face à l'accroissement des connaissances et des besoins d'autogestion des patients. Ainsi, une satisfaction équivalente, et même supérieure, aux services médicaux est largement documentée (Bonsall & Cheater, 2008; Laurant et al., 2005; Rashid, 2010).

La pratique infirmière en soins de santé primaire reste encore souvent indissociable du travail d'équipe. En effet, les données suggèrent des bénéfices substantiels à la collaboration et aux équipes interdisciplinaires pour satisfaire de manière holistique les besoins de soins, de promotion et de prévention (Xyrichis & Lowton, 2008). À ce jour, les études sur les modèles de soins en équipe, ou modèles de services interdisciplinaires, démontrent aussi des résultats positifs pour la gestion et le suivi des maladies chroniques, pour la satisfaction des patients, pour l'accès aux services de santé et pour l'équité (FCRSS, 2012; DiCenso et Bryant-Lukosius, 2010; OIIQ, 2014; Virani, 2012).

### **La contribution des infirmières québécoises en première ligne**

Au Québec, le déploiement du modèle de GMF reposait dès le départ sur des incitatifs pour pousser les médecins omnipraticiens à développer des modèles de travail interdisciplinaire, principalement avec des infirmières cliniciennes. L'ambition du modèle GMF était d'amener un rôle d'infirmière clinicienne plus élargi (MSSS, 2009). Un rôle pour lequel l'éventail des compétences devait être utilisé dans une diversité d'activités professionnelles et exercées avec une plus grande autonomie. Pour ce faire, un nouveau cadre législatif et certains mécanismes ont été rendus disponibles par une collaboration entre les ordres professionnels (MSSS, 2009). Par exemple, les ordonnances collectives (OC) naissaient en milieu communautaire. Ce mécanisme par lequel un médecin ou un groupe de médecins élabore un protocole qui encadre la délégation d'actes médicaux aux infirmières les rend plus autonomes pour certaines conditions de santé. Ces OC locales avaient pour objectif initial de faciliter la prise en charge et le suivi de la clientèle atteinte de maladies chroniques par des pratiques collaboratives et interdisciplinaires.

Toutefois, cet outil clinico-administratif a été utilisé de manière disparate à travers les modèles de services de première ligne de la province sans toujours produire les effets souhaités. L'hétérogénéité des pratiques cliniques et l'utilisation sous-optimale des OC locales ont amené

en 2010 l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à développer des ordonnances collectives nationales. Depuis 2013, l'INESS effectue les mises à jour et leur diffusion. Par des protocoles standardisés et prêts à être implantés, ce projet prévoit l'utilisation des plus récentes données probantes et l'optimisation des rôles infirmiers pour quatre situations cliniques : l'hypertension artérielle, le diabète, l'anticoagulothérapie et la dyslipidémie (MSSS, 2013). Ces premières OC nationales permettent spécifiquement aux infirmières d'initier et d'ajuster certains médicaments, d'assurer le suivi par des examens de laboratoires pour ces quatre situations cliniques. Par conséquent, le nombre et les variétés d'OC en vigueur dans les modèles de services de première ligne au Québec ont une influence directe sur la contribution des infirmières à la performance des services de première ligne (VGQ, 2015).

Le VGQ (2015) constatait que dans les ententes des GMF, les compétences infirmières étaient inégalement utilisées par les équipes médicales et pourraient être optimisées, notamment pour les bénéfices financiers potentiels. À titre d'exemple, les médecins d'un GMF ont facturé en 2013-2014, 327 actes de vaccination alors que la plupart des médecins en GMF ne facturent pas pour ce type d'actes pouvant aussi être réalisé par une infirmière<sup>6</sup> (VGQ, 2015). En fait, les activités infirmières décrites dans les ententes ne représentent pas l'évolution de la pratique infirmière au Québec et aucun encadrement clair de la pratique infirmière en GMF n'est effectué. L'autorité fonctionnelle des GMF est exercée localement par les équipes médicales, et ne permet que rarement aux structures hiérarchiques supérieures de s'assurer de l'utilisation judicieuse du personnel infirmier ou de la collaboration interdisciplinaire (VGQ, 2015). De plus, pour les GMF non affiliés à un établissement, seul le nombre d'heures travaillées est fourni aux instances hiérarchiques du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou anciennement du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et aucune autre information n'est disponible quant aux activités réalisées par le personnel infirmier. En fait, il ne semble qu'aucune donnée ne confirme l'utilisation adéquate et suffisante des compétences des infirmières cliniciennes et techniciennes dans les GMF. Ceci représente un manque criant pour le suivi et l'évaluation de l'optimisation des ressources infirmières en première ligne.

---

<sup>6</sup> Clinicienne ou technicienne

Plusieurs changements ont malgré tout été propices à une meilleure utilisation des compétences infirmières au Québec. Il y a tout d'abord eu la modification du Code des professions par le projet de Loi 90 adopté en 2002, actualisant les champs de pratique de 11 professionnels de la santé, dont les infirmières. Il a, alors, été légiféré 14 activités réservées au titre d'infirmière, démontrant les balbutiements d'une pratique professionnelle considérée élargie, et moins dépendante du corps médical. Depuis, les infirmières détiennent le droit d'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, d'effectuer le suivi infirmier de personnes avec des problèmes de santé complexes et celui d'administrer et d'ajuster des médicaments ou d'autres substances selon une ordonnance collective. Selon le MSSS, l'objectif visé par cette modification législative était l'amélioration de l'accès aux soins et services de santé à la population et une meilleure utilisation des compétences professionnelles en première ligne (MSSS, 2013; OIIQ & FMOQ, 2005). Ces changements ont également permis le développement d'un rôle infirmier en pratique avancée. Au Québec, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ont intégré les services de première ligne en 2009, leur déploiement soutenait les efforts de changements pour favoriser l'accès, la qualité et l'efficacité des soins de santé primaire.

Par contre, plusieurs barrières freinent une plus grande participation des infirmières à la qualité et l'efficacité des services de première ligne (D'Amour et al., 2009). La contribution inégale et sous-optimale des compétences infirmières dans les modèles de services de première ligne québécois se reflète tant avec l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) qu'avec celle d'infirmières en GMF. Des retards majeurs sont observés quant à leur déploiement en première ligne et certains facteurs sont déjà reconnus contraignants à leur implantation (D'Amour et al., 2009). Le contexte légal et professionnel de l'implantation de ces rôles, considérés comme élargis, circonscrit leur autonomie professionnelle et les contraint à travailler au sein de modèle organisationnel centré sur une pratique médicale. En fait, les infirmières praticiennes et infirmières restent dans les services de première ligne grandement dépendantes de la pratique médicale malgré les avancées de leurs pratiques professionnelles (Levesque et al., 2012).

Notamment, l'obligation d'une collaboration médicale pour les IPSPL sous la forme d'un engagement contractuel avec un omnipraticien est nécessaire à leur exercice en soins de santé primaire (OIIQ & CMQ, 2008), les limites jointes à leur droit de prescrire et les modalités de leur financement restreignent leurs lieux de pratique et affectent l'optimisation de leur étendue de

pratique. L'analyse du déploiement des IPSPL au Québec de Contandriopoulos et al. (2015b) fait partie des rares recherches qui se sont penchées sur la façon d'optimiser la contribution infirmière dans les modèles de services de première ligne. Quant à elles, les infirmières cliniciennes et techniciennes québécoises peuvent, de manière très limitée et depuis tout récemment, prescrire certains médicaments (OIIQ, 2016).

Il semble exister une utilisation sous-optimale de la contribution infirmière à la performance des services de première ligne du Québec. En fait, les incitatifs financiers gouvernementaux tels que les bourses d'études pour le programme IPSPL, le financement prévu pour le personnel infirmier dans les GMF ou les primes médicales attribuées à l'embauche IPSPL, n'ont pas été garants d'une intégration optimale des ressources infirmières dans les modèles de services de première ligne. De plus, même avec la possibilité d'implanter des ordonnances collectives locales et nationales, la contribution de l'expertise et des compétences infirmières dans les équipes interdisciplinaires de première ligne reste variable d'un modèle de services de première ligne à l'autre et même, très limitée dans certains GMF. Comme le souligne l'OIIQ, les infirmières contribuent à l'atteinte des objectifs du système de santé par les rôles et les responsabilités qui leur sont accordées légalement et par des modèles d'organisation de services qui soutiennent leur pleine étendue de pratique infirmière (OIIQ, 2014). La poursuite des efforts pour optimiser leur contribution dans les modèles de services de première ligne et les équipes interdisciplinaires est nécessaire au Québec.

## Chapitre 3. Méthodologie

Ce troisième chapitre vise à présenter le processus méthodologique de ce mémoire. Il est divisé en deux sections distinctes. La première décrit le cadre de référence choisi pour circonscrire la méthode de cette recherche. La deuxième détaille le processus de recherche de preuves et d'analyse entrepris pour répondre aux objectifs spécifiques.

### 3.1 Cadre de référence méthodologique

La complexité des systèmes de santé engendre de nombreux défis dans l'identification des interventions valides à implanter pour offrir des services adaptés aux besoins des populations. Malgré les efforts de changements entrepris, les minces améliorations des résultats de la performance des services de première ligne canadiens et québécois illustrent l'ampleur de la difficulté pour les décideurs à obtenir les résultats souhaités. Entreprendre des actions pour bonifier l'offre de soins de santé primaire exige de connaître ce qui fonctionne, pour qui, comment et pourquoi; ce que peuvent justement offrir les approches évaluatives de la théorie de programmes.

Les résultats d'évaluation d'interventions en santé proposent un support intéressant pour guider les décisions et gérer les changements à entreprendre. Or, leur utilisation par les décideurs reste faible (Contandriopoulos et al., 2012). Experts et chercheurs ont pourtant tenté d'élaborer des méthodes évaluatives permettant d'appréhender la validité et la pertinence des interventions en santé (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos, & Hartz, 2011) et ainsi rendre plus accessibles les données scientifiques aux décideurs. Le choix des bases méthodologiques de cette recherche vient précisément s'ancrer dans cette volonté de poursuivre l'utilisation d'approches évaluatives pour élaborer des interventions pertinentes et valides à implanter au Québec pour l'amélioration de la performance des services de première ligne.

Pour répondre aux objectifs spécifiques, ce mémoire prend racine dans les approches évaluatives fondées sur les preuves, celles-ci mêmes découlant de la théorie de programme (Brousselle & Champagne, 2011; Donaldson, 2005). En fait, le cadre de référence de cette

recherche s'appuie sur les travaux de Pawson et Tilley (1997) et sur ceux de Brousselle et al. (2011). L'intérêt de ces choix vient du fait que ces deux groupes de chercheurs proposent de déconstruire l'intervention en un modèle théorique<sup>7</sup> pour en analyser les mécanismes causaux et identifier les éléments et les facteurs responsables du succès ou de l'échec de celle-ci. Ces approches évaluatives visent alors à remettre en question la validité d'une intervention ou d'un programme, par la collecte de données scientifiques et d'avis d'experts (Tremblay, Brousselle, Richard, & Beaudet, 2013; Weiss, 1997). Dans cette recherche, leurs principes respectifs serviront à structurer la méthodologie et à soutenir l'analyse des résultats.

Une intervention est définie ici comme un « système organisé d'actions qui vise, dans un environnement donné et durant une période de temps donné, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger une situation problématique » (Brousselle et al., 2011, p. 53). Il existe plusieurs types d'intervention pour lesquels les approches et les méthodes d'évaluation ont été élaborées, notamment d'après leur complexité. L'évaluation d'une intervention complexe préconise alors une approche holistique nécessaire pour appréhender les différents éléments d'influence (Brousselle et al., 2011).

Pour prendre en considération l'influence du contexte dans l'analyse d'interventions en soins de santé primaire, l'évaluation réaliste est un choix intéressant. Selon, Pawson et Tilley (1997), l'analyse d'une intervention complexe devrait se baser sur l'équation suivante : mécanisme + contexte = effets. Autrement dit, les effets sont les résultats de l'intervention générés par des mécanismes et un contexte sous-jacents. Un mécanisme représente un élément du jugement du chercheur face à l'intervention. Il n'est pas nécessairement visible, mais certainement sensible aux changements des éléments du contexte et il produit des effets (Wong, Greenhalgh, Westhorp, Buckingham, & Pawson, 2013). Quant à lui, le contexte est composé d'éléments préexistants à l'implantation de l'intervention ou se présente comme les conditions d'implantation de l'intervention. Il a la capacité d'influencer les comportements des acteurs et les mécanismes de l'intervention affectant les effets envisagés.

Le processus d'une évaluation réaliste renvoie, en fait, aux principales théories qui soutiennent la manière dont l'intervention devrait fonctionner et si son plan de conception est « plausible, durable, pratique et surtout valide » (Traduction libre, Pawson & Tilley, 1997, p. 2).

---

<sup>7</sup> Conceptualisation des relations entre une intervention et ses effets (Brousselle & Champagne, 2011)

Celle-ci vise ainsi la compréhension de l'intervention par le biais de l'analyse des théories sous-jacentes à sa conception.

Élaborée par Pawson, Greenhalgh, Harvey, and Walshe (2005), la revue réaliste est un type de synthèse de connaissances relativement récente. Elle diffère des autres types de synthèse dans le but et la méthode. En effet, l'objectif poursuivi vise davantage à expliquer qu'à recenser. Par conséquent, le produit fini n'est pas une synthèse des preuves qui supporte la relation entre une intervention et ses résultats, mais plutôt l'ébauche d'un modèle qui permet de concevoir ce qui fonctionne de cette intervention, pour qui, comment et pourquoi (Leeman et al., 2010). Considérées comme des pratiques prometteuses, les synthèses réalistes offrent la possibilité de considérer les facteurs contextuels associés à l'analyse d'intervention complexe. Sa méthodologie est conçue pour accroître la portée des revues systématiques qui sont plus appropriées pour des interventions simples (Canadian Homelessness Research Network, 2013). La méthodologie de cette recherche prend ainsi ses racines de ce type de synthèse de connaissances.

D'autre part, la recherche évaluative tente de comprendre « pourquoi » et « comment » surviennent les résultats d'une intervention au regard de ces différentes composantes (Brousselle et al., 2011). Selon Brousselle et al. (2011), l'évaluation d'une intervention permet de porter un jugement sur certains liens entre la situation problématique nécessitant l'intervention, ses objectifs, son contexte, les ressources nécessaires, les services produits et les effets obtenus. Plus spécifiquement, l'analyse logique est une méthode d'évaluation qui vise à évaluer la cohérence de l'intervention par l'adéquation entre le bien-fondé de son modèle théorique et de sa validité opérationnelle (Brousselle et al., 2011). Autrement dit, elle juge la conception de l'intervention et la pertinence des moyens mis en œuvre pour atteindre ses objectifs, sur la base de connaissances scientifiques ou d'experts (Brousselle et al., 2011; Brousselle & Champagne, 2011; Rey et al., 2012; Tremblay et al., 2013). Elle permet ainsi de soutenir l'aide à la décision pour le maintien, la transformation ou le retrait d'une intervention.

De l'autre côté, l'analyse logique juge la validité et la pertinence de l'intervention (Brousselle & Champagne, 2011). Selon les précurseurs de cette méthode d'évaluation, il existe deux manières de procéder à une analyse logique : directe ou inversée. La première cherche à prédire les effets plausibles d'une intervention en fonction de ses caractéristiques (Brousselle & Champagne, 2011; Tremblay et al., 2013) tandis que la deuxième cherche à identifier les

avenues d'intervention les plus prometteuses pour élaborer une intervention qui produise des effets prévus (Brousselle & Champagne, 2011; Tremblay et al., 2013). Cette dernière a été choisie puisqu'elle permet d'obtenir des éléments de preuves concernant les liens de causalité entre les effets désirés d'une intervention et la gamme des moyens pour les atteindre. Cette méthode offre l'opportunité d'identifier des caractéristiques désirables liées à des effets d'une intervention. Dans cette perspective d'analyse, les effets désirés des modèles de services de première ligne sont ceux qui composent la performance telle que définie par Contandriopoulos et al. (2015a). Autrement dit, les modèles de services de première ligne associant le personnel infirmier et performants ont été le point de départ de la recherche de preuves.

Le contexte de la prestation des services de première ligne est complexe, multidimensionnel et dynamique. Les interventions qui, dans un contexte fonctionneront, ne produiront pas nécessairement les mêmes effets dans un autre contexte (Rycroft-Malone et al., 2012). Par conséquent, leur analyse exige une perspective plus large que ne peuvent offrir les méthodes de synthèses de connaissances communes, celles-ci jugées trop « inflexibles » dans certains domaines (Rycroft-Malone et al., 2012) comme l'organisation des services de santé. De plus, évaluer la performance d'une organisation renvoie à évaluer la qualité de sa dispensation de soins et de services, de porter un jugement basé sur des normes touchant les structures, les processus et les effets (Brousselle et al., 2011; Pineault & Breton, 2007). Ainsi, dans cette recherche, une norme est un objectif valide de la performance, établie par des données scientifiques provenant de la recherche évaluative. Le domaine de recherche de ce mémoire justifie le choix de bases méthodologiques découlant à la fois de l'évaluation réaliste et de la recherche évaluative afin d'initier la construction de normes pour apprécier des modèles de services de première ligne associant le personnel infirmier.

### **3.2. Devis de recherche**

Comme cela vient d'être présenté, une démarche méthodologique découlant de la revue réaliste de Pawson, Greenhalgh, Harvey et Walshe (2005) et l'analyse logique inversée de Brousselle et Champagne (2011) a été utilisée pour répondre aux objectifs spécifiques de cette recherche.

Pawson et al. (2005) ont élaboré une démarche en cinq étapes clés. Ce sont davantage des principes qui guident le processus de synthèse plutôt qu'une séquence de tâches précises

et circonscrites. Cette démarche se structure tout de même autour d'étapes similaires à toutes synthèses de connaissances : une recherche et une sélection de documents pertinents à l'objet d'étude, une extraction et une analyse des éléments de preuves pouvant répondre à la question de recherche. En plus, de par la nature complexe de l'objet d'étude, une étape préliminaire de clarification de la question de recherche et de l'étendue de la revue ainsi qu'une étape finale de diffusion, de mise en oeuvre et d'évaluation des conclusions tirées s'ajoutent au processus de la revue réaliste. Plus précisément, la dernière étape relance l'importance de la contextualisation de l'intervention et la participation de parties prenantes, impliquées dès le début du processus, pour ainsi convenir du maintien, de l'expansion, de la modification ou de l'abandon de l'intervention. En fait, la participation d'intervenants clés est un principe soutenu par Pawson et al. (2005) dans l'élaboration de la revue réaliste dont le but ultime est de rendre la démarche évaluative transférable et utile à la pratique.

Concrètement, pour répondre aux objectifs de recherche les quatre premières étapes de la revue réaliste de Pawson et al. (2005) ont été modulés par les principes de l'analyse logique inversée de Brousselle et Champagne (2011). En plus, la démarche de recherche de preuve a été structurée selon la conception de l'évaluation d'une intervention de Donabedian (1988), c'est-à-dire par la recherche des éléments structurels des modèles de services de première ligne associant le personnel infirmier, leurs processus de fonctionnement et leurs résultats. L'analyse des liens de causalité entre leurs structures et processus et leurs résultats a permis de déduire et générer des caractéristiques désirables. Les détails de cette démarche sont présentés subséquentement selon ces quatre étapes :

1. Clarifier l'étendue de la synthèse
2. Rechercher les preuves
3. Extraire les éléments de preuve
4. Synthétiser les preuves

En outre, une équipe de recherche composée de deux autres chercheurs a été constituée pour renforcer la rigueur méthodologique de ce devis et dont la participation survient aux étapes d'extraction et d'analyse.

### 3.2.1 Clarifier l'étendue de la synthèse

Dans un premier temps, comme le préconise Pawson et al. (2005), la clarification de l'étendue de la synthèse a été nécessaire. La notion de modèles de services de première ligne performants associant le personnel infirmier a été explorée selon quatre propositions théoriques, celles-ci formulées à partir de la recension des écrits du chapitre précédent : 1) Les services de première ligne sont la porte d'entrée du système de santé dont la responsabilité peut relever d'une équipe interdisciplinaire associant le personnel infirmier; 2) Une pratique infirmière déployée à sa pleine étendue contribue à répondre à un ensemble de besoins de soins de santé primaire, cette contribution infirmière peut être de nature variable selon le contexte; 3) Des éléments de structures et de processus constituent les modèles de services de première ligne dont les effets désirés se traduisent par une offre de services accessible, efficiente et de qualité; 4) Certaines caractéristiques propres au contexte exercent une influence sur les modèles de services de première ligne, les équipes interdisciplinaires et la contribution infirmière. Ces propositions théoriques ne se veulent qu'un guide à la clarification du phénomène à l'étude. Ainsi, de ces propositions, une conceptualisation de quatre thèmes distincts (les modèles, les services de première ligne, la pratique infirmière et la performance) a été précisée pour structurer le processus de recherche documentaire.

Au terme de cette première étape, plusieurs recherches exploratoires ont été réalisées dans CINHALL et MEDLINE afin de circonscrire la nature et l'étendue de la synthèse. Grâce à celles-ci, le choix de mots clés référant aux bases théoriques et définitions de cette recherche a pu être affiné. Des articles ont ensuite été sélectionnés par un tri non exhaustif au regard de la pertinence du titre et du résumé afin de valider le choix et la combinaison finale des mots-clés. Aucune restriction n'a été initialement appliquée quant à l'année, les pays, les types de documents, mais seuls les documents en français et en anglais ont été inclus. Les documents obtenus de ces grands paramètres ont permis de circonscrire les critères d'inclusion et d'exclusion et ainsi d'élaborer un outil (voir annexe A) pour structurer la sélection finale des documents.

### 3.2.2 Rechercher les preuves

Comme déjà mentionné, la recherche de preuves d'une revue réaliste sollicite l'expertise et le jugement du chercheur. Pour appréhender la complexité d'une intervention, la démarche

de sélection des preuves se base sur un échantillonnage par choix raisonné (Pawson et al., 2005). C'est-à-dire que la sélection des documents de ce type de synthèse se structure avant tout sur la pertinence des documents concernant l'objet d'étude puis sur leur rigueur. Il ne peut alors être considéré un ensemble précis et circonscrit de la littérature pouvant répondre à la question de recherche. À la différence d'une synthèse systématique, l'exclusion systématique de documents sur la base de la méthode utilisée ou de la robustesse du devis réduit la validité et le potentiel de généralisation (Pawson et al., 2005). Bien que le processus d'appréciation de la qualité des preuves reste important pour la revue réaliste, celui-ci se doit d'être plus large qu'une approche hiérarchique des preuves. En fait, l'unité d'analyse étant souvent l'élément de preuve contenu dans le document sélectionné, le jugement de la valeur d'une preuve se fera lors de la phase de synthèse et ne sera pas un prérequis à la sélection des documents (Pawson et al., 2005).

À cette étape, la revue réaliste ne privilégie pas un type d'étude, mais propose plutôt l'intégration d'une variété de documents (études qualitatives et quantitatives, recherches-actions, rapports d'experts, enquêtes, documents administratifs, etc.) dans la mesure qu'ils contribuent à la compréhension de l'objet d'étude. De plus, celle-ci suggère d'effectuer plusieurs stratégies de recherche sous différentes formes évoluant dans un processus itératif. Aussi, elle préconise tout autant une démarche traditionnelle dans les bases de données qu'une recherche dans les bibliographies des études primaires se révélant utiles. C'est à partir de cette étape et pour les subséquentes que le principe de la saturation théorique peut être appliqué pour circonscrire la démarche itérative (Pawson et al., 2005). Ce principe qu'emploient habituellement les études qualitatives considère l'atteinte d'un seuil suffisant de données lorsque celle-ci ne fournit plus de nouvelles informations. Plus précisément, la saturation théorique a guidé la sélection documentaire et la collecte des éléments preuves.

Ainsi, pour ce mémoire, la recherche de preuves a débuté par une recherche documentaire relatant des modèles de services de première ligne performants et associant le personnel infirmier. Elle est constituée d'une recherche reproductible<sup>8</sup> dans trois bases de données scientifiques, d'une analyse des bibliographies de certains articles pertinents et d'une recherche ad hoc de littérature grise. La démarche détaillée de ce processus (voir figure 1) et les documents retenus sont présentés subséquemment.

---

<sup>8</sup> Cette recherche a fait suite aux recherches exploratoires de l'étape précédente

## Description du processus de recherche documentaire

Tout d'abord, une première stratégie de recherche a été réalisée dans la base de données MEDLINE puis adaptée aux bases de données Embase et CINAHL selon leurs arborescences respectives. Les trois stratégies de recherche sont présentées à l'annexe B. La limite de trois bases de données est un choix qui a permis d'inclure un moteur de recherche plus spécifique aux études en sciences infirmières tandis que les deux autres permettaient d'élargir l'obtention de résultats à d'autres domaines de recherche en santé. Une sélection de mots-clés a été réalisée par la clarification des thèmes explorés à l'étape précédente. Selon l'arborescence de chaque base de données, les mots-clés devaient correspondre à la définition de services de première ligne de *l'Institut of Medicine* (2011), représenter la notion de modèles organisationnels de soins ou proposer des modèles de services de première ligne déjà reconnus dans la littérature scientifique, dépeindre les différents rôles infirmiers de soins de santé primaire et présenter des effets reliés à la performance des services. À cette étape, 3204 documents ont été obtenus et recensés dans le logiciel de gestion de références bibliographiques EndNote, le 18 août 2014. Ainsi, après le retrait des doublons, 2685 articles ont été analysés selon leurs titres et résumés.

Pour débiter la sélection des documents, une première restriction selon la langue et l'année a été appliquée. En fait, les documents n'étant pas en anglais ou en français et datant de plus de 15 ans (2014-1999) ont été exclus. Le choix des langues s'explique, quant à lui, par les connaissances linguistiques de l'étudiante-chercheuse. Tandis que la période choisie a été justifiée lors de la clarification de l'objet d'étude. En effet, il s'est avéré que les modèles de services de première ligne où les infirmières pouvaient détenir un rôle pertinent à la performance des services de première ligne ont peu été documentés avant 1999. De plus, les études portant sur les effets de la pratique infirmière avancée dans les modèles d'organisation se faisaient plus rares. Par la suite, une autre restriction a été appliquée pour écarter certains types de documents présentant un contenu limité ou trop général. Tous les résumés de conférences, d'entrevues, de livres ou de chapitres et les commentaires éditoriaux ont été retirés. Plusieurs documents sans résumé, sans spécificité sur la présence d'infirmières dans les équipes de soins et leur contribution ont été soustraits. Les articles de recherche provenant de pays possédant des structures organisationnelles trop différentes du système de santé québécois et canadien ont également été retirés. Les articles provenant des pays industrialisés de l'OCDE et possédant des organisations de première ligne offrant des services généraux de soins de santé primaire ont été retenus, tout en excluant les services alternatifs ou seulement

dédiés à un groupe spécifique de la population. Les documents analysant uniquement l'implantation d'interventions cliniques infirmières, n'abordant que l'intégration d'une structure nouvelle (par exemple : dossier de santé électronique) ou le changement d'un processus clinique unique (par exemple : processus de triage des patients) n'ont pas été considérés.

Durant cette même étape, une recherche ad hoc de modèles organisationnels prometteurs a été faite sur les moteurs de recherche Google, Google Scholar et Atrium (moteur de recherche de l'Université de Montréal). Plus spécifiquement, la recherche concernait les *walk-in centres* implantés au Royaume-Uni et en Australie, les *nurse-led clinics*, présents en Ontario les *Patient centered medical homes* développés et popularisés aux États-Unis. Ensuite, inspiré de la méthode « boule de neige » de Greenhalgh et al. (2005), les bibliographies d'articles se révélant pertinents ont aussi été explorées afin d'obtenir des documents additionnels pouvant contribuer à la compréhension des propositions théoriques et des effets de performance observés. Les propositions d'articles de chercheurs ont également été prises en compte. Ces démarches ont permis d'ajouter 25 articles. Ces articles ont été soumis au même processus de sélection et six d'entre eux ont été joints aux 113 déjà sélectionnés.

Ainsi, suite aux différentes restrictions et l'application des critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis jusqu'ici, ce processus a fourni un corpus de 119 documents. De ceux-ci, deux sont restés introuvables et inaccessibles. Puis, une double lecture indépendante des titres et résumés par un deuxième chercheur<sup>9</sup> a restreint le corpus à 71 documents, ceux-ci ont été sélectionnés pour une sélection par la lecture complète en vue de l'étape suivante d'extraction de preuves.

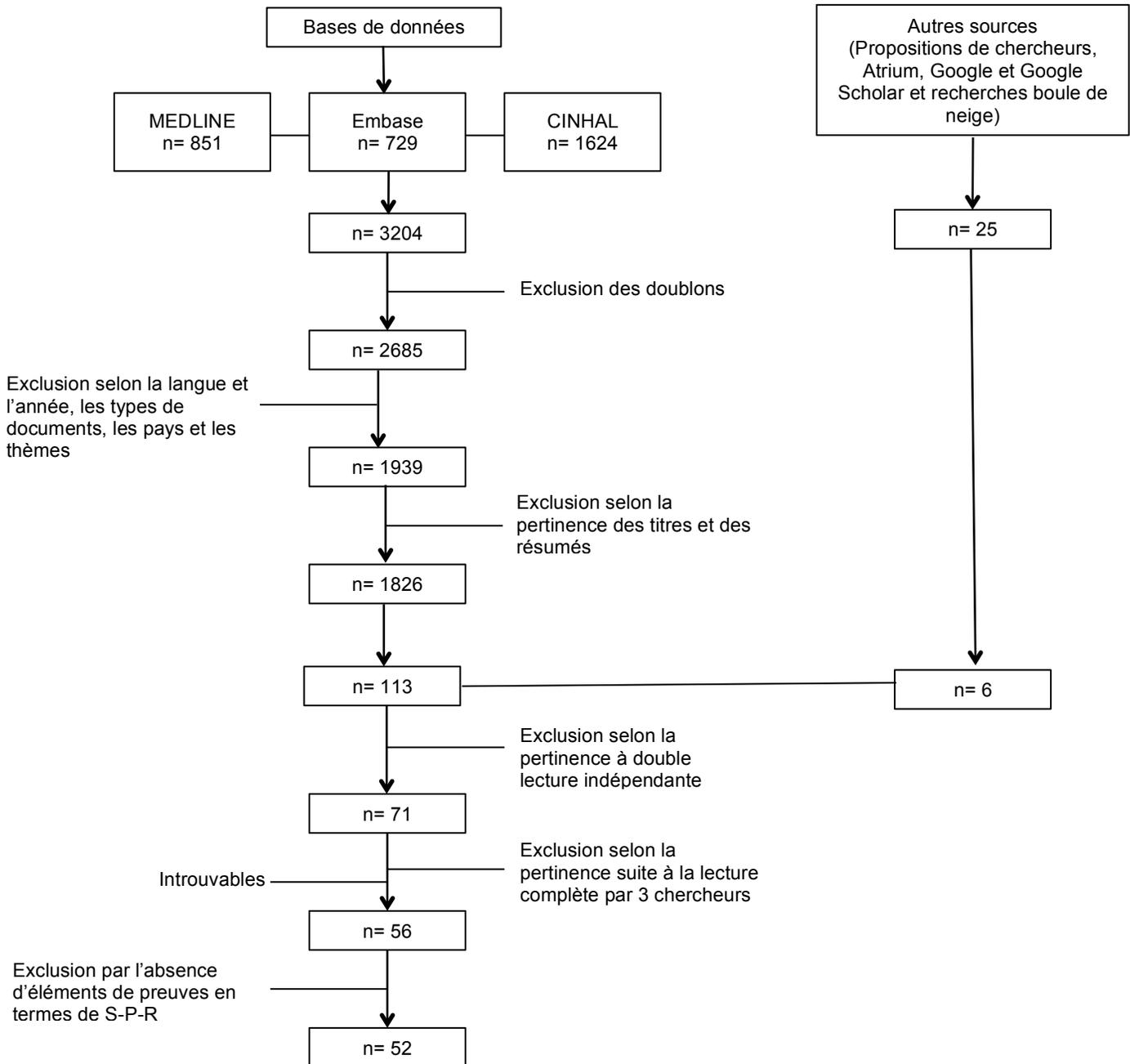
Par conséquent, la dernière phase de cette étape, la lecture complète et indépendante de l'étudiante-chercheure et deux autres chercheurs<sup>10</sup> - experts dans le domaine des modèles de services de première ligne – a permis d'exclure 15 documents pour un corpus intermédiaire de 56 documents. La principale raison de cette exclusion se justifie par le manque ou l'absence de preuves pertinentes aux thèmes de la proposition théorique initialement constituée. Une fiche de lecture a été élaborée pour structurer cette sélection et uniformiser le processus (voir annexe C)

---

<sup>9</sup> Mélanie Perroux, professionnelle de recherche dans le projet Équipes de soins primaires intégrés (ESPI)

<sup>10</sup> Incluant Mélanie Perroux et le directeur de recherche de ce mémoire, Damien Contandriopoulos

Figure 1 : Processus de recherche documentaire



### 3.2.3 Extraire les éléments de preuve

Pour extraire les données des articles sélectionnés, la triade Structure – Processus – Résultat de Donabedian (1988) a été considérée comme un outil de catégorisation des éléments de preuve. En fait, un élément de preuve est défini comme un élément présenté par les auteurs du document comme un déterminant potentiel ou réel du succès d'un modèle de services de première ligne performant, autrement dit pouvant expliquer ses résultats de performance.

Concrètement, suite à une lecture en profondeur des écrits par les trois chercheurs, les éléments identifiés comme des déterminants structurels ou des processus d'équipe déterminants du modèle de service de première ligne ainsi que ses résultats liés à la performance ont été regroupés en sous-catégories en vue de l'analyse subséquente.

Comme mentionné précédemment, l'approche réaliste utilise le critère de la pertinence des éléments de preuves présents en lien avec l'objet d'étude comme critère de sélection principal. La robustesse du devis utilisé dans les études n'a donc pas été prise en compte pour la sélection.

Une approche par consensus entre les auteurs de l'article a permis de circonscrire le corpus final à 52 documents. Le tableau 1 énumère ces documents et leur présentation plus approfondie se trouve à l'annexe D. Les deux sections suivantes décrivent les documents retenus et le processus d'extraction qui a déterminé ce corpus.

**Tableau 1 : Description du corpus final (n=52)**

# réf	Auteurs	Année	Titre	Revue
1	Ainsworth, B., & Hayward, S.	2010	Developing an innovative model of care for nurse-led walk-in centres in the ACT	Australian Nursing Journal
2	Anderson, R. J.	2013	Optimizing the role of nursing staff to enhance physician productivity : one physician's journey	Family Practice Management
3	Auerbach, D. I., Chen, P. G., Friedberg, M. W., Reid, R., Lau, C., Buerhaus, P. I., & Mehrotra, A.	2013	Nurse-managed health centers and patient-centered medical homes could mitigate expected primary care physician shortage.	Health Affairs
4	Berryman, S. N., Palmer, S. P., Kohl, J. E., & Parham, J. S.	2013	Medical Home Model of Patient-Centered Health Care	MEDSURG Nursing
5	Bigger, M.	2004	Debating the gatekeeping role within primary care services	Journal of Community Nursing
6	Bodenheimer, T. S., & Smith, M. D.	2013	Primary Care: Proposed Solutions To The Physician Shortage Without Training More Physicians	Health Affairs
7	Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H., & Abbott, S.	2004	Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care	British Journal of General Practice
8	Curry, R., & Hollis, J.	2002	Focus: policy into practice. An evolutionary approach to team working in primary care	British Journal of Community Nursing
9	Davidson, J. U.	1999	Blending case management and quality outcomes management into the family nurse practitioner role	Nursing Administration Quarterly
10	Desborough, J., Forrest, L., & Parker, R.	2012	Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review	Journal of Advanced Nursing
11	Ehrlich, C., Kendall, E., & Muenchberger, H.	2012	Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators.	Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession
12	Ehrlich, C., Kendall, E., & St John, W.	2013	How does care coordination provided by registered nurses "fit" within the organisational processes and professional relationships in the general practice context?	Collegian: Journal of the Royal College of Nursing

13	Fry, M. M.	2011	A systematic review of the impact of afterhours care models on emergency departments, ambulance and general practice services	Australasian Emergency Nursing Journal
14	Griffiths, P., Maben, J., & Murrells, T.	2011	Organisational quality, nurse staffing and the quality of chronic disease management in primary care: Observational study using routinely collected data	International Journal of Nursing Studies
15	Haas, S. A., & Swan, B. A.	2014	Developing the value proposition for the role of the registered nurse in care coordination and transition nagement in ambulatory care settings	Nursing economic\$,
16	Harrod, M., Forman, J., Robinson, C., Tremblay, A., & Greenstone, L.	2014	Team interactions during coaching sessions: A window into transformation to a PCMH team-based care model	Journal of General Internal Medicine
17	Heale, R.	2012	Overcoming barriers to practice: A nurse practitioner-led model	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners
18	Hegney, D. G., Patterson, E., Eley, D. S., Mahomed, R., & Young, J.	2013	The feasibility, acceptability and sustainability of nurse-led chronic disease management in Australian general practice: The perspectives of key stakeholders	International Journal of Nursing Practice
19	Helvie, C. O.	1999	Efficacy of primary care in a nursing center	Nursing Case Management
20	Henderson, S., Princell, C. O., & Martin, S. D.	2012	The Patient-Centered Medical Home	American Journal of Nursing
21	Hildebrandt, E., Baisch, M. J., Lundeen, S. P., Bell-Calvin, J., & Kelber, S.	2003	Eleven years of primary health care delivery in an academic nursing center.	Journal of Professional Nursing
22	Hoare, K. J., Mills, J., & Francis, K.	2012	The role of Government policy in supporting nurse-led care in general practice in the United Kingdom, New Zealand and Australia: an adapted realist review	Journal of Advanced Nursing
23	Hoff, T.	2013	Medical home implementation: A sensemaking taxonomy of hard and soft best practices	Milbank Quarterly
24	Humphreys, J., Martin, H., Roberts, B., & Ferretti, C.	2004	Strengthening an academic nursing center through partnership	Nursing Outlook
25	Hutchison, B., & Glazier, R.	2013	Ontario's Primary Care Reforms Have Transformed The Local Care Landscape, But A Plan Is Needed For Ongoing Improvement	Health Affairs

26	Iglesias, B., Ramos, F., Serrano, B., Fàbregas, M., Sánchez, C., García, M. J., . . . Esgueva, N.	2013	A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care	Journal of Advanced Nursing
27	Kaiser, K. L., Miller, L. L., Hays, B. J., & Nelson, F.	1999	Patterns of health resource utilization, costs, and intensity of need for primary care clients receiving public health nursing case management	Nursing case management : managing the process of patient care
28	Kernick, D., & Scott, A.	2002	Economic approaches to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions.	British Journal of General Practice
29	Korabek, B., Slauenwhite, C., Rosenau, P., & Ross, L.	2004	Innovations in seniors' care: home care/physician partnership.	Canadian Journal of Nursing Leadership
30	Krothe, J. S., Flynn, B., Ray, D., & Goodwin, S.	2000	Community development through faculty practice in a rural nurse-managed clinic.	Public Health Nursing
31	Lewis, P. C., & Holcomb, B.	2012	A model for patient-centered Army primary care.	Military Medicine
32	Liu, N., Finkelstein, S. R., & Poghosyan, L.	2014	A new model for nurse practitioner utilization in primary care: Increased efficiency and implications.	Health Care Management Review
33	Martin-Misener, R., McNab, J., Sketris, I. S., & Edwards, L.	2004	Collaborative practice in health systems change: the Nova Scotia experience with the Strengthening Primary Care Initiative	Canadian Journal of Nursing Leadership
34	Metzelthin, S. F., Daniels, R., Rossum, E. v., Cox, K., Habets, H., de Witte, L. P., & Kempen, G. I. J. M.	2013	A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: A large-scale process evaluation.	International Journal of Nursing Studies
35	Morgan, P. A., Abbott, D. H., McNeil, R. B., & Fisher, D. A.	2012	Characteristics of primary care office visits to nurse practitioners, physician assistants and physicians in United States Veterans Health Administration facilities, 2005 to 2010: a retrospective cross-sectional analysis	Human Resources for Health
36	Nardi, D.	2011	Integrated physical and mental health care at a nurse-managed clinic	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services
37	Newhouse, R. P., Weiner, J. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Steinwachs, D., . . . Bass, E. B.	2012	Policy Implications for Optimizing Advanced Practice Registered Nurse Use Nationally	Policy, Politics & Nursing Practice
38	Pearce, C., Hall, S., & Phillips, C	2010	When policy meets the personal: general practice nurses in Australia.	Journal of Health Services & Research Policy

39	Richards, A., Carley, J., Jenkins-Clarke, S., & Richards, D. A.	2000	Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature.	International Journal of Nursing Studies
40	Richardson, A., & Cunliffe, L.	2003	New horizons: the motives, diversity and future of 'nurse led' care.	Journal of Nursing Management
41	Robinson, K. R.	2000	Nurse-managed primary care delivery clinics	Nursing Clinics of North America
42	Rosen, R., & Mountford, L.	2002	Developing and supporting extended nursing roles: the challenges of NHS walk-in centres	Journal of Advanced Nursing
43	Schram, A. P.	2012	The patient-Centered medical home transforming primary care.	Nurse Practitioner
44	Scott, S.	2013	Development of advanced practice in the district nurse role	Primary Health Care
45	Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D., Cochrane, M., Skoda, S., & Clement, S.	2000	Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial.	BMJ: British Medical Journal (International Edition)
46	Sullivan, E., Hegney, D. G., & Francis, K.	2012	Victorian rural emergency care--a case for advancing nursing practice	International Journal of Nursing Practice
47	Thibeault, L. D.	2011	A nurse practitioner-led clinic in Thunder Bay	s/o
48	Tomcavage, J., Littlewood, D., Salek, D., & Sciandra, J.	2012	Advancing the role of nursing in the medical home model.	Nursing Administration Quarterly
49	Tuepker, A., Kansagara, D., Skaperdas, E., Nicolaidis, C., Joos, S., Alperin, M., & Hickam, D.	2014	"We've not gotten even close to what we want to do": A qualitative study of early patient-centered medical home implementation.	Journal of General Internal Medicine
50	Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C., & Leese, B.	2000	Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care.	BMJ: British Medical Journal (International Edition)
51	Walsh, N., Roe, B., & Huntington, J.	2003	Delivering a different kind of primary care? Nurses working in personal medical service pilots	Journal of Clinical Nursing
52	Waszynski, C. M., Murakami, W., & Lewis, M.	2000	Community care management: Advanced practice nurses as care managers	Care Management Journals

## Description des 52 documents retenus

Parmi les documents retenus la majorité sont des articles publiés dans des revues scientifiques avec comité de lecture (n=50). Près des deux tiers ont été publiés par des revues infirmières (n=35), le reste des publications ayant plutôt paru dans des revues médicales (n=8), ou des revues spécialisées sur les politiques de santé (n=5) et la gestion (n=3). Le corpus final comprend aussi une thèse qui porte sur la conception, le développement, l'implantation et l'évaluation d'un modèle de services de première ligne de type *nurse-led clinic* en contexte canadien (Ontario).

Ces 52 documents proviennent de pays ayant soutenu des efforts de changement dans la prestation des soins de santé primaire. Les articles viennent ainsi des États-Unis (n= 23), du Royaume-Uni (n=11), d'Australie (n=7), du Canada (n=5), de l'Europe (n=2) et certains recourent plusieurs pays à l'international (n= 4).

Plus précisément, les articles sélectionnés incluent des commentaires descriptifs (n=14) de chercheurs, de gestionnaires et de professionnels. Ils présentent des expertises acquises dans le domaine des soins de santé primaire tant d'une perspective clinique, organisationnelle ou politique ainsi que des analyses et des synthèses critiques de chercheurs qui soutiennent des propositions pertinentes et fondées sur les preuves. Le reste du corpus est constitué d'articles de recherche empirique qui présentent une grande variété dans les objets d'étude et dans les choix méthodologiques : des études analytiques (n=5), exploratoires (n=5), descriptives (n=3), des études de cas simples (n=4) et multiples (n=3), des études randomisées (n=3) et une étude théorique (n=1). Finalement, une diversité de synthèse de connaissances fait également partie de la sélection (n=7) : des revues de littérature (n=3) et systématiques (n=2), une synthèse intégrative (n=1) et une revue réaliste (n=1).

## Description du processus d'extraction de preuves

Suite à une lecture complète et indépendante par trois chercheurs des documents retenus, un processus itératif et inductif a permis d'identifier des éléments en termes de structures, de processus et de résultats. Les éléments considérés comme preuves ont ensuite été regroupés selon leurs caractéristiques communes en sous-catégories. Ce sont ces sous-catégories qui ont servi de point de départ à l'analyse des liens causaux et à la synthèse des preuves.

Les tableaux 2 et 3<sup>11</sup> présentent les classements validés collectivement. De manière plus précise, les sous-catégories élaborées ont été structurées selon les trois niveaux de la triade S-P-R que suggèrent Pineault (2012) : un niveau clinique, un niveau organisationnel et un niveau systémique. La catégorisation selon les deux premiers niveaux réfère au tableau 2 alors que celle du niveau systémique est présentée au tableau 3.

Le processus collectif a soulevé le fait que certains éléments cliniques ou organisationnels retenus en tant que structures ou que processus ne pouvaient pas être circonscrits à une catégorie unique (voir tableau 2). En fait, certains chevauchaient tout autant les structures que les processus. Une catégorie au modèle Structures-Processus-Résultats alors été ajoutée pour rendre compte de cette réalité. Par exemple, les articles abordant des éléments en lien avec le dossier patient électronique<sup>12</sup> comme déterminants du succès des processus de collaboration de l'équipe interdisciplinaire pouvaient également être décrits comme un attribut pertinent des ressources matérielles afin de fournir des soins.

---

<sup>11</sup> Pour alléger la forme des tableaux, les articles y sont présentés par leur numéro de référence du tableau 1

<sup>12</sup> Il est important de préciser ici que le dossier patient électronique n'est pas le sujet central de l'article, ni un thème nommé dans le titre ou le résumé des documents retenus car ceux-ci ont été retirés plus tôt dans le processus

**Tableau 2 : Sous-catégorisation des éléments de preuve de niveaux clinique et organisationnel**

STRUCTURES	PROCESSUS	RÉSULTATS
<p>Accès au plateau technique de 2<sup>ème</sup> ligne : 41</p> <p>Effectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Composition d'équipe : 1, 2, 7, 12, 16, 17, 19, 21, 24, 31, 34, 39, 43, 46, 49</li> <li>• Taille : 16</li> <li>• Formation infirmière : 9, 21, 52</li> </ul> <p>Heures d'ouverture/sans rendez-vous : 24, 43</p> <p>Parcours du patient : 1, 8, 9, 39, 46, 48</p> <p>Prise en charge en équipe : 17, 31</p> <p>Technologie : 1, 2, 4, 43</p>	<p>Pratiques collaboratives : 2, 4, 8, 11, 12, 18, 29, 34, 39, 44, 49</p> <p>Redéfinition des processus de travail : 2, 12, 20, 23, 42, 51</p> <p>Rôle infirmier étendu/ Pratique infirmière avancée : 12, 18, 38, 39, 40, 42, 44, 51, 52</p> <p>Soins centrés sur le patient : 4, 11, 20, 21, 23, 41</p>	<p>Accessibilité : 7, 10, 13, 17, 31</p> <p>Coordination : 4, 8, 11, 15, 19, 27, 29, 34</p> <p>Continuité : 27, 31, 50</p> <p>Efficiencce : 2, 4, 7, 9, 13, 15, 26, 27, 41, 43, 48, 50</p> <p>Diminution du recours aux urgences/ 2<sup>ème</sup> ligne : 7, 10, 13, 19, 26, 27, 31, 48</p> <p>Processus de mise en œuvre : 2, 4, 43</p> <p>Productivité : 2, 10, 19, 26, 27, 31, 43, 45, 46, 47</p> <p>Proportion des besoins répondus par les infirmières : 10, 13, 26, 35, 39, 45, 46, 50</p>
<b>CHEVAUCHEMENT STRUCTURES/PROCESSUS</b>		
<p>Dossier patient électronique : 2, 4, 20, 23</p> <p>Infirmières dans un rôle de coordination : 11, 12, 15, 20, 23, 29, 31, 34, 52</p>		<p>Prescriptions : 13, 43, 45, 50</p> <p>Pratiques fondées sur les données probantes : 43</p> <p>Résultats cliniques : 2, 4, 10, 13, 14, 15, 19, 26, 31, 39, 43, 45, 48, 52</p> <p>Substitution intégrale du médecin par une infirmière : 10, 41</p> <p>Satisfaction du personnel : 10, 31, 48</p> <p>Satisfaction des patients : 2, 4, 10, 13, 18, 19, 20, 26, 31, 39, 41, 43, 45, 48, 50</p>

De plus, les éléments de preuves de niveau systémique (voir tableau 3) qui soutenaient la compréhension des S-P-R sont principalement des éléments retenus liés aux conditions d'implantation ou au développement des modèles de services de première ligne (déterminants contextuels, éléments de problématique, origine des déterminants) pouvant expliquer leurs résultats. Parfois ces déterminants exercent une influence sur les structures et les processus, parfois même sur les deux simultanément.

**Tableau 3 : Sous-catégorisation des éléments de preuve de niveau systémique**

<b>SOUS-CATÉGORIES</b>	<b>ARTICLES</b>
<b>Déterminants structurels</b>	
- Législation des rôles :	4, 17
- Financiers :	16
- Aménagement des locaux :	16
<b>Déterminants de processus</b>	
- Reforme rémunération :	4, 12, 17
- Type et formation des effectifs :	12, 34, 42, 49
<b>Déterminants contextuels</b>	3, 6, 17, 21, 25, 28, 30, 33, 36, 37, 38, 46, 47, 49, 51
<b>Éléments de problématique</b>	3, 4, 5, 6, 10, 13, 25, 32
<b>Origine des déterminants</b>	4, 17, 23, 44, 52

### 3.2.4 Synthétiser les preuves

Dans cette recherche, la synthèse des preuves réfère au processus qui a permis l'élaboration de modèles conceptuels en vue de l'intégration des caractéristiques désirables des modèles de service de première ligne associant le personnel infirmier. En fait, l'équipe de recherche a procédé à une structuration des sous-catégories obtenues par une analyse des liens causaux identifiés entre les structures et les processus des modèles de service de première ligne et leurs résultats. La structuration a pris la forme de modèles causaux testés lors de discussions collectives, en prenant partie de l'expertise et du jugement de chacun des chercheurs. Cette collaboration a ainsi potentialisé le processus inductif nécessaire à cette étape de la revue réaliste afin de rendre compte de la complexité du phénomène. Le prochain chapitre présente un article qui détaille ces modèles conceptuels.

## Chapitre 4. Article scientifique

Ce quatrième chapitre présente, dans un premier temps, la proposition d'un article scientifique. Celui-ci permet de présenter les résultats et la discussion de ce mémoire obtenus d'un processus collaboratif. Dans un deuxième temps, ce chapitre précise la pertinence, les limites et la transférabilité de cette recherche.

### 4.1 Article scientifique

L'article proposé dans les pages qui suivent est le résultat d'un travail d'équipe entrepris pour répondre aux objectifs de cette recherche. En voici les détails :

**Titre** : Typologie analytique des modèles multiprofessionnels de soins primaires

**Auteurs** : Damien Contandriopoulos, Mélanie Perroux, Aurore Cockenpot, Arnaud Duhoux, Emmanuelle Jean

**État actuel de l'article** : À soumettre

**Contribution des coauteurs** :

Damien Contandriopoulos : conception du projet ESPI<sup>13</sup> et rédaction de l'article, collaboration aux résultats de ce mémoire et à leur analyse

Mélanie Perroux : contribution au projet ESPI, à l'analyse et la synthèse des preuves de ce mémoire, à la rédaction et à la révision de l'article

Aurore Cockenpot : conception de ce mémoire, à la rédaction et la révision de l'article

Arnaud Duhoux : conception du projet ESPI et révision de l'article

Emmanuelle Jean : collaboration au projet ESPI et révision de l'article

---

<sup>13</sup> Équipes de soins primaires intégrés

# Typologie analytique des modèles multiprofessionnels de soins primaires

---

Damien Contandriopoulos, Mélanie Perroux, Aurore Cockenpot, Arnaud Duhoux, Emmanuelle Jean

## 1. Introduction

Les changements démographiques, les développements technologiques et les contraintes fiscales se conjuguent actuellement pour menacer la pérennité des systèmes de santé. En effet, les innovations techniques et la croissance rapide de l'intensité des soins fournis entraînent une pression importante sur les ressources disponibles (Commission on Social Determinants of Health, 2007; Rittenhouse, Shortell, & Fisher, 2009). De même, les données sur l'évolution démographique et les dépenses suggèrent que la prise en charge des besoins de santé de la population par le biais des modèles de dispensation actuels risque d'exercer des pressions énormes sur les finances publiques (Clavet, Duclos, Fortin, Marchand, & Michaud, 2013). Tout suggère que les systèmes de soins devront donc évoluer de manière importante pour préserver leur capacité à maintenir l'universalité et la gratuité de l'accès aux soins (Ham, Dixon, & Brooke, 2012; Starfield, Shi, & Macinko, 2005).

Le renforcement des capacités de dispensation de soins primaires est largement considéré comme une approche ayant le potentiel de simultanément renforcer la pérennité des systèmes de santé, l'accessibilité et la continuité des soins et ultimement la santé des populations (Donaldson, Yordy, Lohr, & Vanselow, 1996; Feachem et al., 2002; Haggerty et al., 2008; Hutchison, 2013; Macinko, Starfield, & Shi, 2003; Rittenhouse et al., 2009; Starfield et al., 2005).

Les soins primaires sont définis dans cette recherche selon les termes de l'*Institute of Medicine* comme « *the provision of integrated, accessible healthcare services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal healthcare needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community* » (IOM, 2011, p. 54). Il est intéressant de noter que cette définition ne met pas l'accent sur le type de cliniciens sur lesquels repose l'offre de soins. Elle insiste plutôt sur la nature de la réponse aux besoins qui est offerte. Pour faire face aux défis identifiés plus haut, il existe en effet de plus

en plus de preuves que non seulement les systèmes de santé doivent s'améliorer pour renforcer l'offre de soins primaires, mais que la nature même de ces soins va devoir évoluer (Christensen, Grossman, & Hwang, 2009; Laurant et al., 2008; Marmot, 2007; Naylor, 2010; Ontario Ministry of Finance, 2012; Sibbald, Laurant, & Scott, 2006). En particulier, les logiques professionnelles doivent évoluer vers davantage de collaboration et vers un l'élargissement des champs de pratique (Bodenheimer & Smith, 2013; Delamaire & Lafortune, 2010; Lavis & Boyko, 2009).

De nombreuses données convergentes suggèrent qu'une des évolutions possibles serait de pousser beaucoup plus loin l'interdisciplinarité dans la composition des équipes, l'étendue de la prise en charge et l'action intersectorielle (Bailey, Jones, & Way, 2006; Baker et al., 2008; Bamford & Griffin, 2008; Bonsall & Cheater, 2008; Doherty & Crowley, 2013; Hasselback, 2003; Litaker, Mion, Kippes, Mehta, & Froliks, 2003). En particulier, un plus grand recours à une pratique infirmière étendue est susceptible d'améliorer l'accessibilité des soins et l'efficacité de la dispensation (DiCenso & Matthews, 2007; Laurant et al., 2008; Laurant et al., 2005; Martin-Misener, Downe-Wamboldt, Cain, & Girouard, 2009; Reay, 2006; Richardson, Maynard, Cullum, & Kindig, 1998; Thille & Rowan, 2008). De même, les soins offerts devront évoluer vers un panier de soins plus étendu, plus intégré avec des interventions sur les déterminants de la santé et à la fois moins intensifs et plus pertinents (Cassels, 2012; Commission on Social Determinants of Health, 2007; Fisher, Bynum, & Skinner, 2009; Grady & Redberg, 2010; Hadler, 2008; Ham et al., 2012; Krogsbøll, Jørgensen, Grønhoj, & Gøtzsche, 2012; Marmot, 2007; Moseley et al., 2002; Rittenhouse et al., 2009; Starfield, Yushi, et al., 2005; Wright, Chambers, & Robens-Paradise, 2002). Un tel virage vers plus de prévention et des interventions plus intersectorielles est susceptible de contrer l'accroissement continu du poids de la prise en charge des maladies chroniques dans le panier de soins que l'on observe actuellement.

Cependant, peu de données existent sur les caractéristiques des modèles de dispensation qui sont les plus prometteuses pour soutenir les transformations des soins de santé primaire. De manière générale, la littérature disponible indique qu'il existe plusieurs avenues plausibles pour améliorer la performance de l'offre de soins et notre analyse suggère que leur mérite relatif est contingent à de nombreux facteurs cliniques, organisationnels et systémiques. Dans ce contexte, nous avons conduit une revue réaliste de la littérature ancrée dans une approche d'analyse logique et visant à développer des outils conceptuels permettant de soutenir la transformation des modèles de soins de santé primaire. L'analyse inductive des publications sélectionnées a permis de développer deux typologies. Ces typologies permettent à la fois à poser un jugement

analytique ou évaluatif des modèles de soins existants et de proposer, de manière prospective, des paramètres optimaux de fonctionnement pour la dispensation de soins primaires.

## 2. Méthode

### 2.1. Analyse logique et revue réaliste

Pour mieux comprendre les caractéristiques des équipes multiprofessionnelles de soins primaires performantes, nous avons utilisé une démarche méthodologique qui s'appuie sur deux approches complémentaires : d'une part les travaux de Pawson et collègues sur l'approche de la revue réaliste (Pawson, 2002, 2006; Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2005; Pawson & Tilley, 1997) et, d'autre part, les travaux de Brousselle et collègues sur l'analyse logique et plus spécifiquement l'analyse logique inversée (*reverse logic analysis*) (Brousselle & Champagne, 2011).

L'approche de l'analyse logique a été développée dans le contexte de l'évaluation des interventions complexes. Le principe est d'interpréter les données scientifiques disponibles de manière à comprendre quels sont les processus causaux qui expliquent les effets de l'intervention à l'étude. L'analyse logique inversée, quant à elle, est une approche prospective où les données scientifiques sont utilisées pour identifier les conditions et les modalités de fonctionnement d'une intervention qui permettraient d'atteindre des objectifs préétablis.

Le principe de la revue réaliste est conceptuellement très proche. Il repose sur l'idée que les méthodes de revues systématiques de la littérature, développées pour étudier l'efficacité d'interventions cliniques, ne conviennent pas à l'analyse des interventions complexes. Dans le cas de ces dernières, il faut adopter une approche "générationnelle" (Pawson, 2002) où les connaissances existantes sont intégrées soit pour proposer de nouvelles interventions plausibles soit pour ajuster les interventions existantes. Ce type de synthèse de connaissances devient alors générative de propositions théoriques sur le fonctionnement de l'intervention.

La méthode utilisée ici, s'inspirant de ces deux sources, tire de l'analyse logique inversée la notion d'une synthèse relativement systématique des connaissances disponibles et celle d'une intégration de ces connaissances autour de l'atteinte d'objectifs préétablis. De la revue réaliste, nous tirons la notion d'une approche plus générative que configurationnelle où les données sont réinterprétées de manière inductive de façon à proposer des recommandations pour la pratique.

Ce travail s'intègre dans un projet de recherche plus large et va servir de cadre conceptuel pour analyser la pratique dans les sites pilotes étudiés dans ce projet (Contandriopoulos et al., 2015a).

## 2.2. Modèle analytique

L'objectif du présent travail est de mieux comprendre les caractéristiques structurelles et les processus de fonctionnement d'équipes multiprofessionnelles de soins primaires performantes. Nous avons principalement utilisé le cadre conceptuel de la qualité de Donabedian (1988) pour classer l'information tirée des articles analysés et articuler les liens causaux entre: 1) les structures des modèles de dispensation de soins primaires; 2) les processus d'offre de soins et de prise en charge et 3) les résultats produits.

## 2.3. Définition de la performance

Pour porter un jugement normatif sur la désirabilité des modèles de dispensation, nous avons utilisé une définition de la performance inspirée des travaux de Shortell et al. (2005). Cette définition conçoit la performance d'un modèle de soins comme la combinaison de quatre composantes 1) l'accessibilité, 2) la qualité des soins, 3) l'efficacité et 4) les capacités d'apprentissage collectives (Contandriopoulos et al., 2015a). Le modèle de conceptualisation de la performance et de ses sous-composantes est illustré dans la figure 1 (ci-contre).

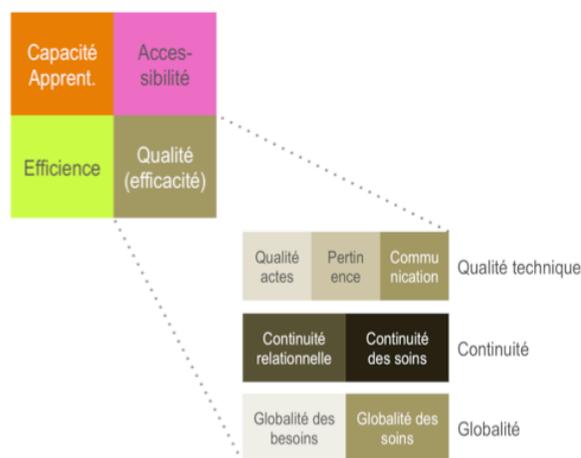


Figure 1 : Conceptualisation de la performance

L'accessibilité est définie, à la suite de Donabedian (1988; Wilson & Rosenberg, 2004), comme l'adéquation entre les structures de production d'une part et les besoins de la société et leur répartition géographique d'autre part.

La définition de la qualité utilisée ici repose sur une adaptation des travaux d'opérationnalisation de la mesure de la qualité des soins de première ligne menés par les équipes de Pineault, de Beaulieu et de Haggerty (Beaulieu et al., 2011; Haggerty et al., 2011; Haggerty et al., 2007; Pineault, Lévesque, Roberge, Hamel, & Couture, 2008). La qualité des soins est définie comme la conjonction de la qualité technique, de continuité et de la globalité (*comprehensiveness*). La qualité technique se décompose à son tour en trois composantes : la qualité de l'acte, la pertinence des soins (*appropriateness*) et la qualité de la communication. La continuité est définie à la suite de Haggerty et al. (2007) comme le fait qu'un patient soit traité par le même professionnel ou une même équipe au cours du temps (continuité relationnelle) et que les soins offerts soient harmonieusement intégrés entre eux (*management continuity*). Nous interprétons l'intégration harmonieuse des soins à deux niveaux. D'une part, l'intégration des soins et services s'organise de manière à ce que les soins médicaux, les soins infirmiers, la prise en charge sociale, les pratiques curatives et les pratiques préventives soient arrimés de manière harmonieuse, soutenue dans le temps et optimale (intégration horizontale) et, d'autre part, à leur arrimage entre les différents niveaux de services (intégration verticale) (Pineault, 2008; Pineault et al., 2008; Waddington & Egge, 2008). Finalement, la globalité décrit le fait qu'une structure de soins est en mesure de répondre de manière intégrée à l'ensemble des besoins des patients. La globalité regroupe deux dimensions qui composent l'étendue de la prise en charge: la prise en compte de l'ensemble des besoins des patients (*whole person focus*) et l'offre d'un panier de services complet (*scope of services*).

L'efficacité est définie ici, à la suite de Brousselle, Lachaine et Contandriopoulos (2009) comme le ratio entre la qualité des soins et l'utilisation des ressources. Cette définition correspond à l'efficacité technique qui vise la minimisation des coûts pour un résultat donné.

Finalement, la mise en place de pratiques organisationnelles, administratives et cliniques permettant la production efficace de soins de qualité adaptés aux préférences des patients va nécessiter que les équipes et les organisations de soins aient une bonne capacité d'apprentissage. La capacité d'apprentissage se réfère, dans cette recherche, à la capacité collective de l'organisation à s'adapter, à intégrer de nouvelles connaissances et de nouvelles pratiques (Shortell et al., 2005). Ceci implique un engagement collectif dans des efforts d'identification et de résolution de problèmes (Decuyper, Dochy, & Van den Bossche, 2010; Raes, Boon, Kyndt, & Dochy, 2015).

## 2.4. Stratégie de recherche documentaire

La première étape de recherche a été une recherche par mot clé sous MEDLINE, puis adaptée aux bases de données EMBASE et CINAHL<sup>14</sup>. Pour être considérés admissibles, les articles devaient avoir été publiés en anglais ou en français dans des revues révisées par les pairs, après 1999 et porter sur une intervention déployée dans un pays de l'OCDE. 3204 références ont été identifiées dont 1826 correspondaient à nos critères d'inclusion.

En plus de cette recherche par mots clés dans les bases de données cliniques nous avons intégré des articles connus des chercheurs ainsi que des résultats tirés de moteurs de recherche en ligne. Certains documents cités dans les bibliographies des articles retenus ont également été ajoutés. Cette approche est inspirée des travaux de Greenhalgh et collègues (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004; Greenhalgh et al., 2005). Un total de 25 articles ont ainsi été identifiés par des approches délibérées.

La seconde étape a été de trier les articles sur un critère de pertinence par rapport à l'objectif de mieux comprendre les caractéristiques structurelles et les processus de fonctionnement d'équipes multiprofessionnelles de soins primaires performantes. Ce premier tri a été réalisé sur la base du titre et du résumé. Nous n'avons conservé que les articles documentant la dispensation de soins primaires par des équipes multiprofessionnelles où les infirmières jouent un rôle important. Les articles portant sur des services fournis en centre hospitalier ou ne se rapportant à une clientèle générale en soins primaires ont été exclus (par exemple les services d'urgence, les soins ambulatoires, la réadaptation, etc.). À cette étape, 65 articles tirés des 1826 références identifiées par mots clés et 6 des 25 articles d'autres sources ont été sélectionnés pour l'analyse du texte complet. Trois des auteurs (DC, AC et MP) ont par la suite lu le texte complet des articles sélectionnés et la pertinence de chaque article a été discutée collectivement. Au final, après cette étape 52 articles ont été retenus pour analyse.

---

<sup>14</sup> Exemple de la stratégie CINAHL : *[ primary health care OR ambulatory care OR family practice OR community health services OR group practice OR patient centered medical home OR walk in centre ] AND [ nurse led OR nurse-managed centers OR advanced nursing practice OR registered nurses OR nurse practitioners OR nursing role ] AND [ quality of health care OR health services accessibility OR organizational efficiency OR multidisciplinary care team OR interprofessional relations OR model of care OR delivery model ]*

## 2.5. Processus d'analyse

Les articles retenus pour analyse ont, dans une première étape, été positionnés en fonction de la ou des contributions principales qu'ils apportaient selon une grille structures/processus/résultats.

Dans une seconde étape, de nombreuses sous-catégories ont été identifiées de manière inductive à partir des éléments discutés dans les articles. Par exemple, les articles retenus discutent abondamment du processus de redéfinition des rôles professionnels (Rosen & Mountford, 2002) ce qui a été identifié comme une sous-catégorie des processus. De même, la littérature examinée inclut aussi plusieurs analyses des effets des structures de dispensation des soins primaires sur plusieurs résultats cliniques (Griffiths, Maben, & Murrells, 2011; Iglesias, Ramos, Serrano, Fàbregas, et al., 2013; Venning, Durie, Roland, Roberts, & Leese, 2000). Le travail de catégorisation et d'identification inductive des sous-catégories a été réalisé en parallèle par chacun des trois lecteurs. L'objectif de ce travail de classification n'était toutefois pas l'arborescence de sous-catégories en tant que telle, car cette arborescence est très idiosyncrasique aux articles sectionnés. L'effort de classification a surtout servi de base de discussion au sujet des liens causaux présumés ou testés entre les catégories et sous-catégories identifiées.

Dans une troisième étape, une discussion collective entre les trois lecteurs a été organisée autour de l'arborescence de sous-catégories et de leurs liens causaux présumés. Le point de départ de la discussion a été une série de modèles causaux itérativement produite sous la forme de graphiques qui lient les sous-catégories entre elles. Au fur et à mesure qu'un modèle causal satisfaisant s'est stabilisé, la discussion s'est réorientée vers l'identification des outils conceptuels nécessaires pour penser l'évolution des modèles de soins de santé primaire vers des modèles plus performants au sens défini plus haut.

À partir de cette étape, la discussion collective s'est réorientée sur les éléments qui ressortaient comme particulièrement centraux au processus de transformation de l'offre de soins primaires. Les éléments qui se sont révélés incontournables étaient spécifiquement les liens d'imputabilité entre les équipes de soins et les populations de patients dont elles sont responsables, l'accessibilité, la continuité et la globalité de l'offre de soins, l'efficacité de fonctionnement du modèle, les trajectoires de soins que les différents modes de prise en charge des équipes impliquent, la composition des équipes et surtout le processus de redéfinition des rôles professionnels ainsi que l'étendue de pratique des professionnels non-médecins.

Finalement, dans une quatrième étape, les éléments qui ressortaient comme particulièrement centraux au processus de transformation de l'offre de soins primaires ont été mis en relation les uns avec les autres et ceci a progressivement mené au développement des typologies présentées dans la prochaine section. En ce sens, les typologies ne sont pas une synthèse des modèles causaux identifiés, mais se veulent des modèles "génératifs" au sens de Pawson (2002) permettant de réfléchir aux caractéristiques plausibles de modèles de soins primaires performants.

## 3. Résultats

### 3.1. Structure des équipes de soins

L'analyse de la littérature a permis d'identifier deux dimensions structurantes pour caractériser les équipes multiprofessionnelles de soins primaires. La première dimension est le niveau de formalisation dans la division des tâches au sein de l'équipe. À un extrême, 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'ajustement mutuels où les professionnels s'adaptent aux contingences structurelles et aux caractéristiques des patients pour déterminer les modalités de soins.

La seconde dimension est la centralité et l'autonomie des infirmières – quel que soit leur titre exact ou leur niveau de formation – dans le modèle de soins. Certains modèles reposent principalement – comme professionnels de premier recours – sur des infirmières tandis que d'autres reposent principalement sur des médecins. Dans les articles analysés, nous n'avons pas identifié de modèles de soins primaires qui reposent sur des professionnels ni médecins ni infirmiers.

Les deux dimensions présentées permettent de construire une matrice de quatre cases et de concevoir quatre idéaux types de modèles de soins primaires (figure 2).

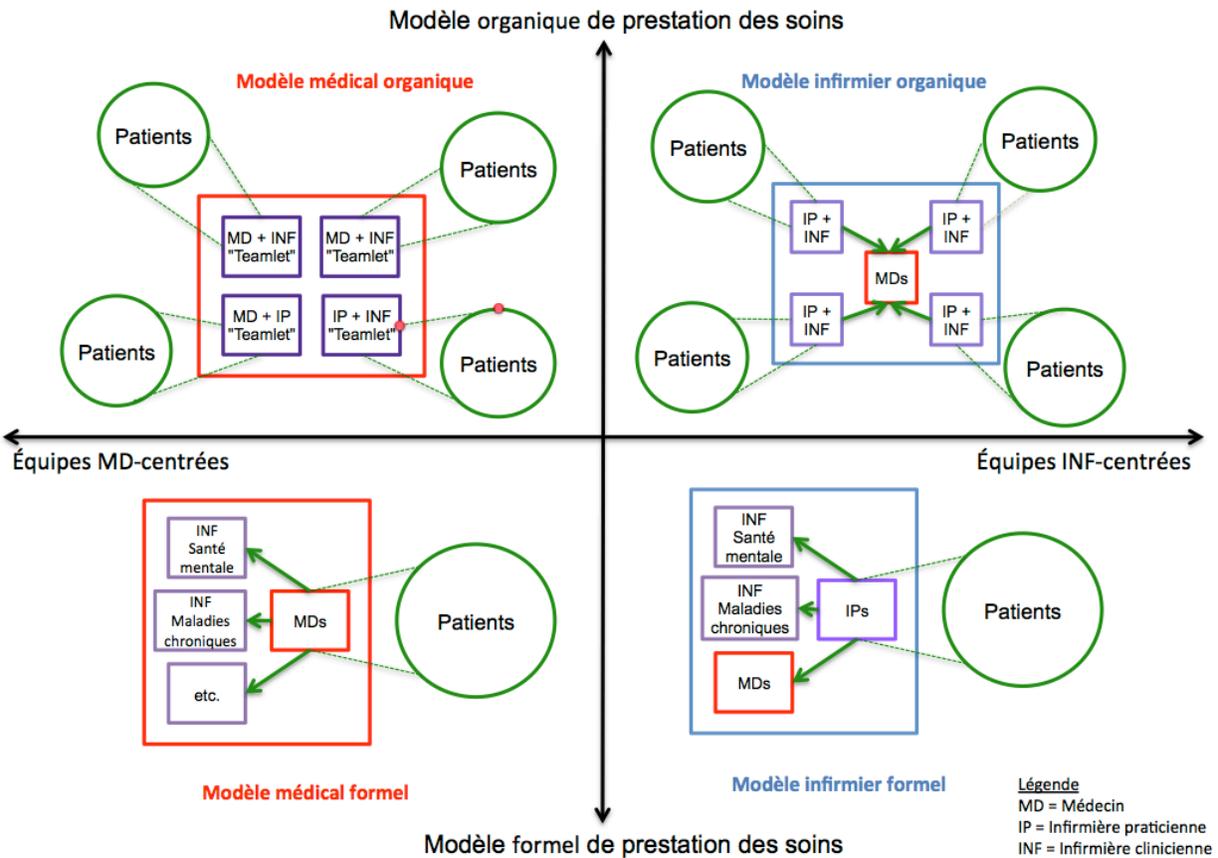


Figure 2: Typologie sur les caractéristiques structurelles des modèles de soins primaires

### 3.1.1. Modèle formalisé avec pivot médical

Le modèle formalisé avec pivot médical est probablement le modèle dominant dans les pays de l'OCDE. Dans ce modèle, un groupe de médecins prend en charge, plus ou moins conjointement, un panel de patients. Ici, le professionnel pivot est un médecin. Il établit le plan de soins lors de la consultation initiale, détermine un diagnostic et un plan de traitement. Par la suite, en fonction des besoins du patient, le médecin peut référer le patient pour un suivi additionnel dans ce que nous nommons des "modules" de prise en charge non médicaux (par exemple : suivi psychologique, nutritionnel ou de maladies métaboliques, etc.). Ces modules, centrés autour d'une pratique spécialisée ou disciplinaire, incluent à la fois l'offre d'actes techniques ou d'éducation du patient et à la fois un suivi relativement autonome par des professionnels non médecins de certains problèmes courants ou spécifiques à des maladies chroniques. Quand les professionnels responsables de l'offre de soins dans ces modules sont

des infirmières, elles œuvrent généralement dans des domaines de spécialisation (par exemple : diabète, asthme, santé mentale, suivi de grossesse, etc.). Dans la plupart des cas, il existe un certain nombre de protocoles de suivi stipulant à quel moment (par exemple : examen annuel, une consultation sur deux) le patient devra revoir le médecin. Lorsque la situation de santé du patient change, il est redirigé vers le médecin. Par exemple, une fois un diagnostic et un plan de traitement établis par le médecin pour un patient diabétique, celui-ci peut être suivi régulièrement par une infirmière spécialisée sur cette maladie. L'infirmière a souvent la responsabilité d'ajuster la médication et d'évaluer l'évolution de la maladie de manière autonome.

### 3.1.2. Modèle formalisé avec pivot infirmier

L'idéal type formalisé avec pivot infirmier se distingue du modèle précédent au sens où le professionnel pivot est ici une infirmière, généralement une infirmière praticienne spécialisée en première ligne<sup>15</sup> (IPSPL). Sous cette forme, il s'agit d'une des opérationnalisations possibles d'une *nurse-led clinic* comme ce qui existe en Ontario ou aux États-Unis (Heale & Butcher, 2010; Martinez-Gonzalez et al., 2014; Wong & Chung, 2006). Nous qualifions ce modèle de formalisé, car, à l'instar du modèle médical décrit précédemment, l'IPSPL va poser un diagnostic et établir un plan de traitement puis, pour une partie des besoins, les patients seront référés vers le même type de modules de soins décrits plus haut. Cependant, la particularité de ce modèle est la référence vers un médecin parmi les aiguillages possibles du patient par l'IPSPL. Par exemple, l'IPSPL répond aux besoins du patient qui sont à l'intérieur de son champ de pratique et selon ses capacités. Pour les patients dont les besoins sont plus complexes ou ceux qui nécessitent un traitement ou un test diagnostique que la réglementation réserve aux médecins leur sont référés. En ce sens, il s'agit d'un modèle inversé par rapport au modèle formalisé et médical précédent puisque ce sont des infirmières qui réfèrent certains patients vers le médecin.

Nous y reviendrons, mais dans ces deux modèles formels, le défi principal est d'assurer une circulation du patient la plus fluide possible entre les différentes ressources internes à l'équipe, surtout pour les patients ayant des multimorbidités. Il s'agit d'un défi d'intégration horizontale.

---

<sup>15</sup> ou *PHCNP* en anglais

### 3.1.3. Modèle organique avec pivot médical

Par rapport aux deux modèles précédents partageant des procédures formelles d'aiguillage des patients au sein de l'équipe, les modèles organiques reposent sur une prise en charge globale de l'ensemble des besoins par de petites équipes multidisciplinaires. Ce qui caractérise les modèles organiques est que l'offre de services repose sur des micro-équipes – beaucoup publicisées par le système *VHA* aux États-Unis sous le nom de « *teamlets* » (Rosland et al., 2013). Dans le cadre d'un modèle avec pivot médical, par exemple, ce sont des duos médecin-infirmière, des trios médecin-IPS-infirmière ou d'autres combinaisons de deux à quatre professionnels qui travaillent étroitement ensemble selon un modèle de prise en charge conjointe (Bush & Watters, 2001; DiCenso & Matthews, 2007). Cette prise en charge par une micro-équipe signifie que les patients vont voir, en fonction de paramètres souples, l'un, l'autre ou tous les professionnels à chaque visite. Sur le plan de la globalité, chaque micro-équipe répond à une grande diversité des besoins de soins primaires. Le parcours du patient est moins segmenté que les deux précédents modèles. La définition des rôles au sein des micro-équipes est peu formalisée et les décisions concernant quel professionnel voit quel patient, pour quel service, à quel moment sont prises par ajustement mutuel selon les circonstances. Le panel de patients de chaque micro-équipe peut se constituer aléatoirement en fonction de la disponibilité des équipes, mais au sein d'un même groupe, les micro-équipes peuvent aussi fonctionner avec des focus (par exemple : la périnatalité, la pédiatrie, la gériatrie, etc.).

### 3.1.4. Modèle organique avec pivot infirmier

Finalement, le modèle organique avec pivot infirmier, qui est le plus hypothétique des quatre, est aussi basé sur des micro-équipes, toutefois, le centre de gravité est une IPSPL travaillant conjointement avec d'autres professionnels. C'est une autre forme possible d'une *nurse-led clinic*. Dans l'éventualité où les besoins du patient requièrent une expertise médicale, les micro-équipes infirmières vont faire appel ponctuellement à un ou des médecins qui peuvent appartenir à la clinique ou qui sont externes et avec lesquels il existe des ententes de partenariat. Le degré de collaboration entre l'IPSPL et les infirmières est dépendant des actes réservés légalement et les chevauchements de pratique sont autorégulés dans chaque micro-équipe. Ce qui distingue ce modèle du modèle infirmier formalisé est la prise en charge intégrée et conjointe d'un panel de patients par une micro-équipe de professionnels dont le centre de gravité est une IPS.

À priori, le défi principal des modèles organiques est d'optimiser le processus par lequel chaque professionnel des micro-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 et que l'étendue des services soit limitée, surtout dans le cas du modèle organique infirmier.

### 3.2. Globalité des soins et structuration des rôles

Le second outil conceptuel développé à partir de cette revue de littérature porte sur l'étendue des services offerts, 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.

En pratique, les services réellement offerts en première ligne varient significativement dans l'étendue de la prise en charge proposée. Dans de nombreux modèles de soins – probablement la majorité des équipes dans de nombreux systèmes – la globalité des soins est sous-optimale par rapport à ce que la littérature suggère (Pineault et al., 2008a). Le modèle d'"un problème par visite" des cliniques sans rendez-vous est un exemple extrême de cette réalité tout comme la pratique de refuser de prendre en charge certaines clientèles (par exemple : problème de santé mentale plus aigus, double diagnostic de santé mentale et de toxicomanie, etc.)

Si on reprend les dimensions mises de l'avant dans le modèle de la performance présenté plus tôt, la globalité des soins comprend d'une part la réponse à l'ensemble des besoins des patients (*whole person focus*) et d'autre part l'offre d'un panier de services complet (*scope of services*). L'analyse de la littérature nous a conduits à raffiner cette définition.

Premièrement, la prise en compte de l'ensemble des besoins devrait se conceptualiser au niveau populationnel plutôt qu'individuel. Une équipe de soins qui ne prendrait en charge que de jeunes patients sans problèmes de santé complexes pourrait facilement répondre à l'ensemble de leurs besoins, mais échouerait quand même, selon nous, à offrir des soins globaux. Nous abordons ici la conceptualisation de cette notion de réponse à l'ensemble des besoins en relation avec les besoins de la population à laquelle les soins sont offerts et hors de tout critère d'exclusion.

Deuxièmement, pour distinguer l'offre d'un panier de services complet de la notion de réponse aux besoins, nous conceptualisons l'offre d'un panier de services complet en nous référant à la

complexité des soins offerts. Nous nous appuyons sur une définition des soins primaires englobant. Si on définit les soins primaires comme une réponse à "la vaste majorité des besoins courants" (traduction libre, Donaldson et al., 1996) il existe implicitement des soins plus spécialisés, qui demandent une expertise, un plateau technique ou des ressources spécifiques et qui sont du ressort de la médecine spécialisée et/ou hospitalière. À ce titre, l'offre d'un panier de services complet implique aussi de s'assurer que les équipes de soins primaires prennent en charge la pleine complexité des soins courants et ne réfèrent pas inutilement ou trop facilement leurs patients vers les soins spécialisés.

Les deux dimensions de la globalité que nous avons définies permettent ainsi de visualiser ce concept au niveau des soins primaires comme un carré où les côtés horizontaux représentent l'ensemble des besoins populationnels tandis que les côtés verticaux représentent la complexité des soins (figure 3).

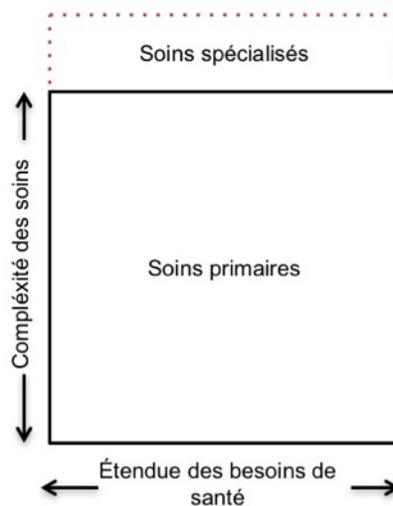


Figure 3: Conceptualisation de la globalité des soins

### 3.2.1. Utilisation de la typologie sur la globalité des soins primaires

Selon nous, cette typologie sur la globalité est utile à deux niveaux. D'une part, elle permet une représentation visuelle de l'étendue réelle de la prise en charge offerte dans une équipe par rapport à un idéal normatif de l'étendue désirée de la prise en charge des soins primaires. En comparant l'étendue des services réellement offerte dans une équipe avec ce qui se fait dans d'autres équipes ou avec ce que la littérature scientifique indique comme bonnes pratiques, il est possible de caractériser certains modèles comme offrant des soins à faible étendue. Sur la

figure 4, certaines zones dans le carré des soins primaires optimaux sont ainsi vides tandis que, dans l'idéal ils devraient être tous comblés.

D'autre part cette typologie permet de conceptualiser le rôle de chaque professionnel ou de chaque groupe professionnel dans la réponse à l'ensemble des besoins. Ceci permet de visualiser la contribution relative de chaque groupe professionnel à l'étendue des soins offerts, mais surtout de distinguer comment le partage des rôles et des responsabilités est structuré selon les deux dimensions de l'étendue des besoins et de la complexité des soins. Comme outil de transformation de la pratique, la typologie vise à maximiser la globalité possible en liant la définition des rôles avec les ressources professionnelles disponibles.

Nous définissons ici le rôle professionnel comme « les services qu'un professionnel de la santé est réellement en mesure d'offrir en vertu du contexte; des ressources physiques, technologiques et humaines accessibles; de la composition des effectifs; du savoir-faire; des demandes des patients, des communautés ou de la population; et ainsi de suite. » (Nelson et al., 2014, p. 23). Par ailleurs dans leur évolution et leur opérationnalisation pratique dans les différents milieux, la définition des rôles est structurée par l'évolution des frontières professionnelles et l'interinfluence des facteurs législatifs, sociaux et pratiques (Abbott, 1988).

Dans la figure 4 ci-dessus, les deux modèles hypothétiques A et B représentés ne couvrent pas la totalité des besoins (étendue limitée). Le modèle A en haut à gauche, par exemple, est un modèle principalement médical à faible étendue et faible complexité. Dans un tel modèle, il devient rapidement impossible aux patients de recevoir un suivi pour les problèmes complexes et pour des problèmes de santé non pris en charge par cette équipe. Le modèle B en haut à droite est un second modèle, multiprofessionnel cette fois, à étendue limitée. Dans cette seconde équipe hypothétique, il y a une réponse à l'ensemble de l'étendue des besoins, mais pour plusieurs types de soins et services, seulement pour des problèmes de faible complexité. Par exemple, un patient souffrant d'un problème de santé mentale courant comme des troubles anxieux serait vu par une infirmière qui au lieu de mettre en place un suivi régulier à l'interne le réfèrerait probablement vers des ressources en psychologie dans une autre structure de soins.

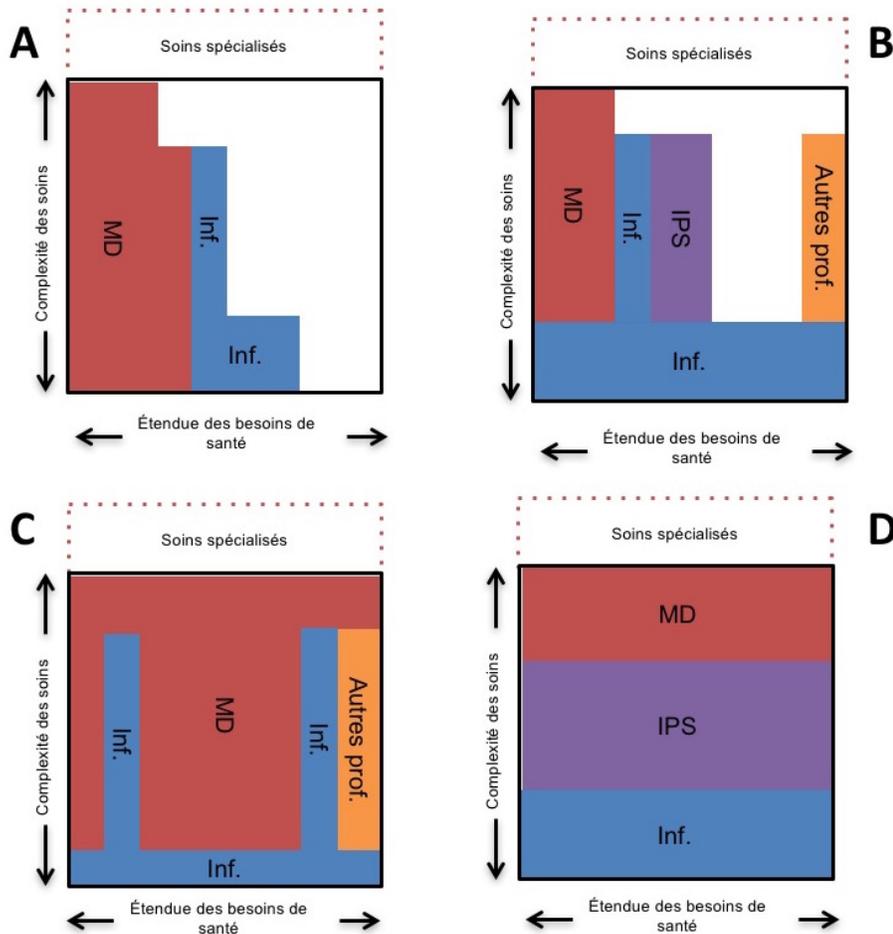


Figure 4: Illustration de la globalité des soins primaires

À l'inverse, les deux modèles hypothétiques C et D couvrent la pleine étendue des soins primaires. Le modèle C en bas à gauche est principalement médical et le modèle D en bas à droite est principalement infirmier. Dans les deux cas, ces modèles intègrent l'idée – fondée sur le principe de subsidiarité – que les soins de faible complexité sont confiés à des infirmières. On pourrait toutefois imaginer des modèles qui intègrent aussi ce principe en s'appuyant sur d'autres professionnels pour certains services. Les modèles C et D diffèrent par contre dans la structure de la définition des rôles. Le modèle C repose sur un partage des tâches selon des modules de prise en charge non médicale. On peut imaginer le cas où les patients seraient tous accueillis par une infirmière qui ferait une première évaluation des besoins puis les patients seraient ensuite suivis et traités par un médecin. Toutefois, toujours dans ce modèle, pour certaines visites ou pour certains patients qui viennent pour un suivi spécifique, les soins seraient offerts par des professionnels non médecins. Il nous semble plausible de faire

l'hypothèse que les modèles qualifiés de formalisés dans la typologie structurelle présentée dans la section précédente vont être représentés par une division plus verticale des rôles quand on les visualise à partir du présent modèle.

Au contraire, le modèle D repose sur un partage des tâches selon leur complexité. Tous les patients, quelle que soit la nature de leurs besoins ou leurs caractéristiques, sont pris en charge par une infirmière pour les aspects simples, puis par une IPSPL pour la majorité des autres besoins. Le médecin ne voit que les patients dont les besoins sont hautement complexes dans un rôle de "spécialiste" en soins primaires. La représentation est simplifiée, mais il est possible d'imaginer que selon la nature des soins et des besoins, les découpages horizontaux varient selon le type de besoins. Il nous semble plausible de faire l'hypothèse que les modèles où les rôles professionnels se divisent horizontalement sont plus cohérents avec une structure qualifiée d'organique dans la typologie structurelle présentée dans la section précédente d'où une frontière des rôles moins formalisée et un plus grand recours au jugement clinique et à l'ajustement mutuel pour gérer les chevauchements.

Il est évident qu'une telle représentation reste très schématique et ne pourra jamais représenter adéquatement toute la sophistication de l'offre réelle de soins des équipes de soins primaires. Nous croyons toutefois que cette conceptualisation de l'étendue des soins est intéressante dans son intégration des concepts de globalité et de définition des rôles. Comme nous l'avons mentionné en introduction, les modèles de soins primaires performants vont évoluer à la fois vers une plus grande couverture des besoins et un redécoupage des frontières professionnelles. Penser ces deux processus conjointement permet d'opérationnaliser les décisions à prendre pour réussir ces transitions.

### **3.3. Expansion et extension des rôles**

Comme nous l'avons mentionné en introduction, dans la majorité des systèmes de santé, un des défis actuels est d'arriver à augmenter la place des soins primaires dans l'offre totale de soins. En s'appuyant sur les deux dimensions de la typologie de la globalité des soins, cela revient d'une part à accroître l'étendue des besoins dont les équipes de soins primaires devraient être responsables et le niveau de complexité de la prise en charge offerte en première ligne. Sur la représentation visuelle que nous avons proposée, ceci signifie agrandir le carré c'est-à-dire la définition normative de ce que devraient être les soins primaires. D'autre part, il

faut aussi s'assurer que la majorité des équipes développe des pratiques de collaboration et des rôles qui permettent en pratique de couvrir effectivement tous ces besoins. Sur la représentation visuelle que nous avons proposée, cela signifie remplir toute l'aire du carré, c'est-à-dire aligner l'opérationnalisation des rôles professionnels avec la réponse aux besoins.

Or, si la typologie de la globalité présentée dans la section précédente permet de réfléchir de manière intégrée à différentes composantes de la performance des modèles d'offre de soins primaires tels que l'accessibilité et la qualité, elle ne prend pas en compte la notion d'efficience. Par exemple, une équipe de soins primaires qui ne compterait que sur des médecins et qui couvrirait toute l'étendue des besoins et toute la complexité des soins (un carré rouge et plein) serait parfaitement adéquate sur le plan de la globalité, mais elle serait probablement caractérisée par un coût par patient très élevé dans la majorité des pays.

L'analyse de la littérature suggère, sans surprise, qu'augmenter l'offre de soins primaires en maintenant ou en améliorant l'efficience implique une intensification du recours à des équipes multiprofessionnelles. Pour réfléchir à l'accroissement de la pratique infirmière, Richards, Carley, Jenkins-Clarke et Richards (2000) suggèrent de distinguer une augmentation de la pratique (*expand*) d'une extension de la pratique (*extend*). En nous appuyant sur cette idée, nous abordons cette question selon une perspective infirmière, mais les mêmes arguments s'appliquent aux autres professionnels.

Augmenter la pratique des professionnels non-médecins signifie essentiellement conserver les rôles professionnels actuels, mais augmenter les effectifs non-médecins dans les équipes afin d'améliorer l'intensité de traitement ou la quantité de soins offerts. L'augmentation de la pratique non médicale – infirmière en particulier – peut permettre une amélioration de la productivité des médecins ou de l'équipe dans son ensemble.

L'extension de la pratique signifie quant à elle que les professionnels non-médecins développent de nouveaux champs de pratique permettant par exemple une prise en charge plus autonome de certaines clientèles ou de certaines visites dans une logique de substitution (Laurant et al., 2005). L'extension de la pratique peut prendre la forme d'une complexification des soins offerts par les professionnels non-médecins (extension verticale dans notre représentation visuelle) ou encore d'une extension de l'étendue de la couverture des besoins (extension horizontale dans notre représentation visuelle). Dans tous les cas, ce qui caractérise la notion d'extension c'est que les professionnels non-médecins étendent leur rôle au-delà des frontières professionnelles établies.

Sur le plan logique, il est plausible de croire qu'il s'agit d'une combinaison d'une augmentation et d'une extension de la pratique qui permettrait le mieux d'augmenter la place des soins primaires dans l'offre de soins tout en améliorant l'efficacité du système de soins. Les données que nous avons analysées ne permettent toutefois pas de savoir quelle proportion des deux avenues constitue une réponse optimale. Selon les données disponibles dans la littérature, le choix se fait de manière idiosyncrasique, surtout en fonction des ressources professionnelles et financières disponibles. L'effet réel de la combinaison d'une augmentation et d'une extension de la pratique des professionnels non-médecins sur l'efficacité dépendra dans tous les cas de la cohérence de la définition des rôles et de leur opérationnalisation dans la pratique (Liu & D'Aunno, 2012).

## 4. Conclusion

Pour revenir à l'objectif initial du présent effort de synthèse de la littérature – c'est-à-dire de comprendre les caractéristiques structurelles et les processus de fonctionnement des équipes multiprofessionnelles de soins primaires performantes – la revue analytique de la littérature que nous avons conduite permet de faire quatre constats.

Premièrement, pour penser une réponse cohérente aux défis des systèmes de santé, il faut penser simultanément les éléments structurels de l'imputabilité de la prise en charge des patients (qui est responsable de la prise en charge de quels patients pour quels soins?) et la définition des rôles professionnels que cela implique. Comme la typologie sur les caractéristiques structurelles des modèles de soins primaires que nous avons proposée l'indique, il existe plusieurs avenues plausibles pour articuler les relations entre patients, professionnels et trajectoires de soins. Nous n'avons pas trouvé de données robustes qui permettent d'établir si l'un ou l'autre des quadrants de la typologie est plus porteur sur le plan de la performance. Notre interprétation est que ces paramètres structurels sont probablement dans une relation de contingence (Donaldson, 1996) avec la performance. En d'autres mots, ce qui compte pour la performance du fonctionnement d'une équipe de soins primaires c'est que le modèle compose de manière cohérente avec les ressources disponibles. En particulier, l'expertise, les préférences et les effectifs des ressources humaines disponibles vont déterminer la plausibilité qu'un modèle soit une réponse cohérente et adaptée aux besoins et aux contraintes de l'environnement (par exemple : modes de financement, assurance, etc.)

Deuxièmement, même s'il est heuristiquement intéressant de les distinguer, quand on réfléchit à leur opérationnalisation les différentes dimensions de la performance de l'offre de soins primaires sont fortement interreliées. Par exemple, selon le modèle développé ici, l'amélioration de l'accessibilité implique que les modèles de soins primaires couvrent la pleine étendue des besoins de santé. Quand des modèles de soins ne couvrent qu'une portion des besoins (étendue et/ou complexité limitée) ceci signifie en pratique le « sous-traitement » de certains problèmes de santé ou de certaines clientèles. Or, il existe un lien logique direct entre cette situation et des problèmes d'accessibilité et de continuité des soins. En effet, si des populations spécifiques sont exclues (on peut penser au cas des itinérants, des gens avec un double diagnostic de santé mentale et de toxicomanie ou aux immigrants, qui constituent dans les trois cas des populations souvent sous-traitées par les modèles de soins dominants) le problème se situe à l'intersection de la globalité et de l'accessibilité. Quand il s'agit de la prise en charge de problèmes de santé spécifiques (on peut penser à la prise en charge du traitement du VIH/Hépatite C, des problèmes de santé mentale ou de l'accès rapide aux soins pour des problèmes aigus semi-urgents) les patients doivent souvent composer avec une prise en charge en silo où des équipes différentes dans des structures de soins différentes traitent chacune une partie des problèmes. Dans ce cas, la faible globalité entraînera des défis importants sur le plan de la continuité des soins. À ce titre, la typologie sur la globalité permet de penser de manière intégrée plusieurs dimensions distinctes de la performance de l'offre de soins en première ligne.

Troisièmement, même si nous ne l'avons pas abordé ici, la littérature analysée comporte de nombreuses analyses des défis que la transformation des structures de soins et des modes de pratique implique (Ainsworth & Hayward, 2010; Heale, 2012; Hoff, 2013; Krothe, Flynn, Ray, & Goodwin, 2000; Rosen & Mountford, 2002; Tuepker et al., 2014). La gestion des processus de changement et la redéfinition des rôles demandent des habiletés et des ressources qui ne sont pas toujours présentes sur le terrain. Dans le modèle de la performance que nous avons utilisé, ces éléments s'intègrent dans la notion de capacité d'apprentissage. La capacité d'apprentissage est à la fois un résultat de la performance ainsi qu'un élément souvent essentiel pour obtenir de bons résultats tant en terme d'accessibilité, d'efficience et de qualité (Shortell et al., 2005). Celle-ci est nécessaire pour que les équipes puissent mieux gérer la complexité (March, 1991) et s'adapter aux changements fréquents dans nos systèmes de santé contemporains (Antonacopoulou & Sheaffer, 2014; Balasubramanian et al., 2015; Engler, Jones, & Van de Ven, 2013). Des auteurs soutiennent qu'elle est très étroitement liée au succès ou à l'échec de l'implantation d'une innovation (Jiménez-Jiménez & Sanz-Valle, 2011) voire à la survie de l'organisation. Ainsi, les travaux de notre équipe de recherche se poursuivent afin

d'identifier comment la capacité d'apprentissage collective se manifeste lors des transformations des modèles de dispensation de soins.

En terminant, comme cela a été mis de l'avant, la littérature étudiée ne permet pas de poser un jugement simple et fiable sur les caractéristiques structurelles ou les processus de fonctionnement des équipes de première ligne. C'est l'anticipation de cette réalité qui explique le choix de l'approche utilisée ici. En effet, le type de revue analytique conduite pour cette recherche permet, jusqu'à un certain point, de passer outre à cette limitation en articulant les connaissances disponibles de manière générative. Les typologies proposées sont génératives au sens où elles permettent de penser à la cohérence de plusieurs paramètres structurant de la performance des modèles de première ligne. Ultimement, ce qui compte est de développer des modèles de soins qui constituent des ensembles cohérents pour articuler ressources, structures, rôles professionnels, trajectoires de soins et besoins des populations. Nous croyons que les modèles proposés dans cet article sont des outils pertinents à cette fin<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Les références de l'article sont intégrées à la bibliographie générale du mémoire

## 4.2 Limites, pertinence et portée de la recherche

### 4.2.1 Limites de la recherche

Les limites de cette recherche découlent principalement des limites propres aux méthodes utilisées. En effet, la revue réaliste considère une sélection des preuves avant tout basée sur leur pertinence à soutenir la compréhension du phénomène étudié plutôt que sur des niveaux de robustesse. Le processus méthodologique requis pour circonscrire le thème à l'étude et la qualité des preuves est alors tributaire du chercheur, de sa capacité de raisonnement et de sa réflexivité. Toutefois, la vertu de ce type de synthèse est son apport unique à la compréhension d'un phénomène, de ses déterminants et de l'influence du contexte.

Dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, la démarche méthodologique pourrait être influencée par les aptitudes de recherche encore en développement de l'étudiant chercheur. En connaissance de cause, les décisions prises et les résultats obtenus dans le cadre de ce mémoire ne peuvent être dissociés du soutien et de la grande expertise, dans les domaines des soins de santé primaire et des services infirmiers de première ligne, des chercheurs impliqués tout au long du processus méthodologique.

Dans un autre ordre d'idée, l'extraction des éléments de preuves basée sur le cadre de Donabedian (1988) pourrait provoquer certaines divergences d'opinions. En fait, l'interprétation de ce que constitue une structure ou un processus ne fait parfois pas consensus (Pineault, 2012). Par conséquent, la classification des éléments de preuves extraits pourrait susciter certains désaccords.

Ce type de synthèse est également dépendante des ressources financières, du temps et des publications disponibles au chercheur. Dans ce sens, un temps limité à la démarche itérative a été nécessaire afin de respecter les exigences académiques. Néanmoins, ces limites sont jugées raisonnables, mais aussi nécessaires pour l'apprentissage et la diffusion de nouvelles méthodes d'évaluation en santé.

### **4.2.2 Pertinence pour les sciences infirmières**

La pertinence de cette recherche vient principalement des modèles conceptuels élaborés associant le personnel infirmier et qui s'offrent comme outil réflexif aux problèmes de performance des soins de santé primaire. Ce mémoire permet également l'avancement des connaissances de la pratique infirmière quant à sa contribution dans les services de première ligne, quant aux déterminants de la collaboration interdisciplinaire et intradisciplinaire ainsi qu'à l'organisation du travail d'équipe. Ceci soutient les propos de Besner (2006) qui rappelle la nécessité pour les infirmières de mieux comprendre leur place en soins de santé primaire afin d'accroître leur contribution au sein des équipes interdisciplinaires.

De plus, la schématisation des modèles élaborés souhaite favoriser l'utilisation de données provenant d'approche générative telle que la synthèse réaliste; réduire l'écart entre les données probantes et la pratique clinique (entre théorie et pratique) en sciences infirmières; accroître le potentiel du Québec vis-à-vis ses homologues en matière de services infirmiers de première ligne. Les résultats proposés offrent également de soutenir les décideurs quant aux caractéristiques des ressources humaines infirmières en première ligne à prioriser et ultimement poursuivre les changements nécessaires pour la pérennité du système de santé québécois.

### **4.2.3 Pertinence sociale**

La conjoncture actuelle des changements effectués en santé relance aussi la pertinence sociale de ce projet. Comme décrit précédemment dans ce mémoire, l'amélioration de la performance du système de santé québécois passe entre autres par l'optimisation des ressources humaines en santé, par une redéfinition des rôles accordés dans les équipes de soins et par une offre de solutions alternatives aux modèles de services de première ligne actuels. Le but de cette amélioration vise à répondre de manière plus efficiente et adaptée aux besoins d'une population en demande d'accès des soins (Contandriopoulos, 2013). Même si les solutions pour la recherche d'un équilibre entre équité et qualité de soins sont bien connues, leur mise en œuvre occasionne plusieurs résistances. C'est pourquoi ce projet de recherche souhaite ultimement offrir aux décideurs l'opportunité d'ouvrir des discussions, de repenser les solutions en première ligne au Québec pour un meilleur accès, un accès plus équitable, tout en assurant une offre de soins de santé primaire de qualité.

#### **4.2.4 Portée des résultats et transferts des connaissances**

Tout comme l'étude de cas, la transférabilité des résultats à différents contextes est possible en raison de l'analyse et la compréhension approfondies des relations causales (Rey, Brousselle, & Dedobbeleer, 2012). Les résultats analysés pour présenter les caractéristiques de modèles de services de première ligne sont considérés transférables au système de santé du Québec. En effet, les idéaux-types décrits peuvent servir de bases théoriques pour le soutien et l'évaluation des différentes organisations de première ligne. À plus large échelle, grâce à une diffusion des résultats de ce mémoire par le biais de conférences et d'articles publiés, ils pourraient s'avérer pertinents pour toutes organisations souhaitant implanter de nouveaux modèles de services de première ligne ou recherchant à modifier leurs structures et/ou leurs processus existants. En fait, les idéaux-types de ces modèles présentent un potentiel pour guider des démarches réflexives de changements et soutenir des décisions administratives (ou même des directives professionnelles) tant pour planifier un projet local que pour formuler de nouvelles politiques publiques.

### **4.3 Éthique**

En raison de la nature théorique de ce mémoire, aucune démarche d'approbation éthique n'a été nécessaire.

### **4.4 Perspectives pour des recherches futures**

En proposant des bases conceptuelles, ce mémoire s'inscrit dans le début d'un processus de construction de connaissances. Il suggère la poursuite d'une meilleure compréhension des caractéristiques structurelles, des fonctionnements d'équipes et des déterminants de succès des modèles de services de première ligne qui tendent à une forte contribution infirmière. Pour ce faire, des recherches supplémentaires seraient pertinentes afin de mieux cerner les modalités des prestations de types organiques et formelles. Des analyses d'implantation de modèles permettraient notamment de tester les différents idéaux-types proposés.

L'analyse de la littérature des modèles d'équipe a également fait émerger des réflexions quant à l'origine des transformations entreprises. Des approches descendantes (*top-down*) et des approches ascendantes (*bottom-up*) ont été observées dans l'implantation des modèles analysés. Poursuivre l'acquisition de connaissances sur l'influence de l'une ou l'autre de ces approches sur les caractéristiques et les déterminants de la performance des modèles pourrait entre autres soutenir les processus de changement d'initiatives locales ou à grande échelle.

## Conclusion

Face aux nombreux défis à relever pour améliorer la performance des soins de santé primaire au Québec des changements importants doivent être implantés. L'élaboration d'une stratégie viable et réaliste peut être soutenue par les données probantes. Ce mémoire repose sur l'idée que des ponts existent entre les connaissances scientifiques et les actions à entreprendre dans ce domaine.

Pour combler le clivage entre la théorie et la pratique, la gestion des changements en soins de santé primaire demande une meilleure compréhension de ce qui fonctionne, comment, pourquoi, avec qui et dans quelles circonstances. La démarche scientifique réalisée dans cette étude permet d'engager un processus réflexif pour mieux comprendre, dans leur globalité, les modèles de services de première ligne qui tendent à une forte contribution infirmière et de proposer des caractéristiques organisationnelles capables d'être adaptées aux différents contextes. Il n'a pas été question de chercher à proposer un modèle organisationnel unique et performant, mais bien d'exposer de possibles éléments essentiels qui pourraient aisément se modeler à une volonté d'innover afin d'offrir des services de première ligne plus accessibles, mieux intégrés au reste du système et plus adaptés aux besoins de la population.

Tout comme les résultats de la recherche de Best et al. (2012) sur la transformation des systèmes de santé, ces typologies soutiennent l'idée que pour envisager l'amélioration de la performance dans une organisation, il est nécessaire de le considérer toute transformation dans un processus itératif. Ce processus vise alors une compréhension des actions à entreprendre plutôt que la recherche d'objectifs à atteindre. Il repose sur des cycles de planification et d'évaluation par lesquels le modèle tendra par lui-même à produire des changements pertinents. Pour guider ce processus de changement, les outils élaborés dans cette recherche proposent d'engager une démarche réflexive des contributions de chaque professionnel au modèle afin d'identifier les lacunes dans son arrimage entre les mécanismes de production des services et les éléments contextuels.

Finalement, ce mémoire conclut que poursuivre la transmutation nécessaire des services de première ligne québécois exige un alignement cohérent des politiques publiques, des innovations organisationnelles et des recherches évaluatives spécifiquement orientées vers l'optimisation de la contribution infirmière en première ligne (Poghosyan, Boyd, & Clarke, 2016).

## Bibliographie

- Abbott, A. (1988). *The system of Professions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Aggarwal, M., & Hutchison, B. (2012). *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*. Repéré à <http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-FR.sflb.ashx>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., . . . Shamian, J. (2001). Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*, *20*(3), 43-53. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.43
- Ainsworth, B., & Hayward, S. (2010). Developing an innovative model of care for nurse-led walk-in centres in the ACT. *Australian Nursing Journal*, *18*(4), 28-31.
- Anderson, R. J. (2013). Optimizing the role of nursing staff to enhance physician productivity: one physician's journey. *Family Practice Management*, *20*(4), 18-22.
- Auerbach, D. I., Chen, P. G., Friedberg, M. W., Reid, R., Lau, C., Buerhaus, P. I., & Mehrotra, A. (2013). Nurse-managed health centers and patient-centered medical homes could mitigate expected primary care physician shortage. *Health Affairs*, *32*(11), 1933-1941.
- Antonacopoulou, E. P., & Sheaffer, Z. (2014). Learning in Crisis Rethinking the Relationship Between Organizational Learning and Crisis Management. *Journal of Management Inquiry*, *23*(1), 5-21.
- Bailey, P., Jones, L., & Way, D. (2006). Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, *53*(4), 381-391. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03734.x
- Baker, G. R., MacIntosh-Murray, A., Porcellato, C., Dionne, L., Stelmacovich, K., & Karen, B. (2008). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality By Design*. Toronto: Longwoods Publishing Corporation.
- Balasubramanian, B. A., Cohen, D. J., Davis, M. M., Gunn, R., Dickinson, L. M., Miller, W. L., . . . Stange, K. C. (2015). Learning Evaluation: blending quality improvement and implementation research methods to study healthcare innovations. *Implementation Science*, *10*(1), 1.
- Bamford, D., & Griffin, M. (2008). A case study into operational team-working within a UK hospital. *International Journal of Operations & Production Management*, *28*(3), 215-237.
- Beaulieu, M.-D., Geneau, R., Del Grande, C., Denis, J.-L., Hudon, É., Haggerty, J. L., . . . Hogg, W. (2014). Providing high-quality care in primary care settings How to make trade-offs. *Canadian Family Physician*, *60*(5), e281-e289.
- Beaulieu, M.-D., Haggerty, J., Tousignant, P., Barnsley, J., Hogg, W., Geneau, R., . . . Bonin, L. (2013). Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. *Canadian Medical Association Journal*, *185*(12), E590-E596.

- Beaulieu, M.-D., Haggerty, J. L., Beaulieu, C., Bouharaoui, F., Lévesque, J.-F., Pineault, R., . . . Santor, D. A. (2011). Interpersonal Communication from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthcare Policy*, 7(Special Issue), 108-123.
- Berryman, S. N., Palmer, S. P., Kohl, J. E., & Parham, J. S. (2013). Medical Home Model of Patient-Centered Health Care. *MEDSURG Nursing*, 22(3), 166-196.
- Besner, J. (2004). Nurses' role in advancing primary health care: a call to action. *Primary Health Care Research & Development*, 5, 351-358. doi: 10.1191/1463423604pc225oa
- Besner, J. (2006). Optimizing nursing scope of practice within a primary health care context: linking role accountabilities to health outcomes. *Primary Health Care Research & Development*, 7(04), 285-290. doi: 10.1017/s1463423606000387
- Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovannetti, P., Hill, W., Morrison, J., & Watson, L. (2005). *A Systematic Approach to Maximizing Nursing Scopes of Practice*. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/besner\\_final.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/besner_final.pdf)
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J. E., Carroll, S., & Bitz, J. (2012). Large-system transformation in health care: a realist review. *Milbank Q*, 90(3), 421-456. doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x
- Bigger, M. (2004). Debating the gatekeeping role within primary care services. *Journal of community nursing*, 18(1), 8-13.
- Boase, S., Kim, Y., Craven, A., & Cohn, S. (2012). Involving practice nurses in primary care research: the experience of multiple and competing demands. *J Adv Nurs*, 68(3), 590-599. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05764.x
- Bodenheimer, T., & Willard-Grace, R. (2016). Teamlets in primary care: enhancing the patient and clinician experience. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 29(1), 135-138.
- Bodenheimer, T., & Smith, M. (2013). Primary care: proposed solutions to the physician shortage without training more physicians. *Health Affairs*, 32(11), 1881-1886. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0234
- Bonsall, K., & Cheater, F. M. (2008). What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International journal of nursing studies*, 45(7), 1090-1102. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.013
- Breton, M., Brousselle, A., Boivin, A., Loignon, C., Touati, N., Dubois, C. A., . . . Roberge, D. (2014). Evaluation of the implementation of centralized waiting lists for patients without a family physician and their effects across the province of Quebec. *Implement Sci*, 9, 117. doi: 10.1186/s13012-014-0117-9
- Breton, M., Levesque, J. F., Pineault, R., & Hogg, W. (2011). L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et organisation des soins*, 42(2), 101-109.

- Brousselle, A., & Champagne, F. (2011). Program theory evaluation: Logic analysis *Evaluation and Program Planning*, 34(1), 69–78. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2010.04.001
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., & Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes*. (2<sup>e</sup> éd.). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal
- Brousselle, A., Contandriopoulos, D., Breton, M., Rivard, M., Haggerty, J., Beaulieu, M. D., & Perroux, M. (2014). *Comment réformer le système de santé ?* Repéré à <http://www.crc-easy.ca/2014/10/amelioration-de-la-performance-du.html>
- Brousselle, A., Lachaine, J., & Contandriopoulos, A.-P. (2009). L'évaluation économique. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *Concepts et méthodes d'évaluation des interventions* (p. 199-235). Montreal: PUM.
- Bryant, R. (2012). Nursing and health policy perspectives. *International nursing review*, 59(4), 438. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01044.x
- Burke, T. (2011). Accountable Care Organizations. *Public Health Reports*, 126(6), 875-878.
- Bush, N. J., & Watters, T. (2001). The emerging role of the oncology nurse practitioner: a collaborative model within the private practice setting. *Oncology Nursing Forum*, 28(9), 1425-1431. doi: DOI
- Canadian Homelessness Research Network. (2013). *Ce qui marche et pour qui? Une hiérarchie de preuves pour la recherche sur les pratiques prometteuses*. Toronto: Canadian Homelessness Research Network Press.
- Cassels, A. (2012). *Seeking Sickness*. Vancouver: Greystone Books.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (étude no 39)*. Repéré à <http://www.publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf>
- Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H., & Abbott, S. (2004). Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*, 54(502), 374-381.
- Christensen, C. M., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009). *The Innovator's prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. New-York: Mc Graw Hill.
- Clavet, N.-J., Duclos, J.-Y., Fortin, B., Marchand, S., & Michaud, P.-C. (2013). *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*. Montreal: CIRANO Scientific Series 2013s-45.
- Commissaire à la santé et au bien-être [CSBE] (2009a). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2009 : État de la situation portant sur le système de santé et de services sociaux et sa première ligne de soins*. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009\\_PremiereLigne/csbe-EtatSituation-t1-042009.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009_PremiereLigne/csbe-EtatSituation-t1-042009.pdf)
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2013). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale*

- sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2012. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/CWF/CSBE\\_CWF\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/CWF/CSBE_CWF_2012.pdf)
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2014a). *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](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/CWF/CSBE_Rapport_Commonwealth_Fund_2013.pdf)
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2014b). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2014. Résultats et analyses*. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/PerformanceGlobale/CSBE\\_Rapport\\_Global\\_2014\\_WebAcces.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/PerformanceGlobale/CSBE_Rapport_Global_2014_WebAcces.pdf)
- Commission Clair (2000). *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000614/>
- Commission on Social Determinants of Health (2007). *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes*. Geneva: World Health Organization.
- Conseil canadien de la santé [CCS] (2013). *Meilleur santé, meilleurs soins, meilleur valeur pour tous : recentrer la réforme des soins de santé au Canada*. Repéré à [http://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2013/09/HCC\\_Summative\\_Report\\_Accessible\\_FA\\_FR1.pdf](http://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2013/09/HCC_Summative_Report_Accessible_FA_FR1.pdf)
- Conseil canadien de la santé [CCS] (2014). *Survол des progrès 2003-2013 : faits saillants de la réforme des soins de santé*. Repéré à [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2014/ccs-hcc/H174-43-2014-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/ccs-hcc/H174-43-2014-fra.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](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/1995_03_av_fr.pdf)
- Contandriopoulos, A. P. (2013). Pour un système de santé de qualité pour tous Repéré à <http://www.harveymead.org/wp-content/uploads/2015/04/Pour-un-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-de-qualit%C3%A9-pour-tous.pdf>
- Contandriopoulos, D., & Brousselle, A. (2010). Reliable in their failure: an analysis of healthcare reform policies in public systems. *Health Policy*, 95(2-3), 144-152. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.11.018
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Dubois, C. A., Perroux, M., Beaulieu, M. D., Brault, I., . . . Sangster-Gormley, E. (2015b). A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 78. doi: 10.1186/s12913-015-0731-5
- Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Roy, B., Amar, M., Bonin, J. P., Borges Da Silva, R., . . . Cockenpot, A. (2015a). Integrated Primary Care Teams (IPCT) pilot project in Quebec: a protocol paper. *BMJ Open*, 5(12), e010559. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010559

- Contandriopoulos, A. P., Rey, L., Brousselle, A., & Champagne, F. (2012). Évaluer une intervention complexe : enjeux conceptuels, méthodologiques, et opérationnels *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(3), 1-16.
- Contandriopoulos, D., & Tremblay, É. (2009). Les réformes du système de santé québécois: une constance dans l'échec. *Sciences de la société* 76, 15-29.
- Currie, V., Harvey, G., West, E., McKenna, H., & Keeney, S. (2005). Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of advanced Nursing*, 51(1), 73-82.
- Curry, R., & Hollis, J. (2002). Focus: policy into practice. An evolutionary approach to team working in primary care. *British Journal of Community Nursing*, 7(10), 520.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188-188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188
- Davidson, J. U. (1999). Blending case management and quality outcomes management into the family nurse practitioner role. *Nursing Administration Quarterly*, 24(1), 66-74.
- Davis, K., Schoen, C., & Stremikis, K. (2010). *Mirror, mirror on the wall. How the performance of the U.S health care system compares internationally*. Repéré à [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2010/jun/1400\\_davis\\_mirror\\_mirror\\_on\\_the\\_wall\\_2010.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2010/jun/1400_davis_mirror_mirror_on_the_wall_2010.pdf)
- Desborough, J., Forrest, L., & Parker, R. (2012). Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review. *J Adv Nurs*, 68(2), 248-263. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05798.x
- Decuyper, S., Dochy, F., & Van den Bossche, P. (2010). Grasping the dynamic complexity of team learning: An integrative model for effective team learning in organisations. *Educational Research Review*, 5(2), 111-133. doi: 10.1016/j.edurev.2010.02.002
- Delamaire, M.-L., & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries *Health working papers*: OECD.
- DiCenso, A., & Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada. Synthèse d'aide à la décision*. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned\\_Research\\_Reports/Dicenso\\_FR\\_Final.sflb.ashx](http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Dicenso_FR_Final.sflb.ashx)
- DiCenso, A., & Matthews, S. (2007). Report of the Nurse Practitioner Integration Task Team submitted to the Ontario Minister of Health and Long-Term Care (p. 1-44). Toronto, ON: Ministry of Health and Long-Term Care.
- Doherty, R. B., & Crowley, R. A. (2013). Principles supporting dynamic clinical care teams: an American College of Physicians position paper. *Annals of internal medicine*, 159(9), 620-626.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 206(12).

- Donaldson, L. (1996). The Normal Science of Structural Contingency Theory. Dans S. R. Clegg, C. Hardy & W. R. Nord (dir.), *Handbook of Organization Studies* (p. 57-76). Thousand Oaks: SAGE.
- Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K. N., & Vanselow, N. A. (Dir.). (1996). *Primary Care: America's Health in a New Era (Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine)*, Washington: National Academies Press ([http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=5152#toc](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=5152#toc)).
- Donaldson, S. (2005). Using program theory-driven evaluation science to crack the Da Vinci code. *New directions for evaluation*, 2005(106), 65-84.
- Dykeman, M., MacIntosh, J., Seaman, P., & Davidson, P. (2003). Development of a program logic model to measure the processes and outcomes of a nurse-managed community health clinic. *J Prof Nurs*, 19(4), 197-203.
- Engler, E. S., Jones, S. L., & Van de Ven, A. H. (2013). Organizing Healthcare For Changing Markets: The Case of Ascension Health. *Journal of Organization Design*, 2(3), 3-15.
- Ehrlich, C., Kendall, E., & Muenchberger, H. (2012). Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 42(1), 67-75. doi: 10.5172/conu.2012.42.1.67
- Ehrlich, C., Kendall, E., & St John, W. (2013). How does care coordination provided by registered nurses "fit" within the organisational processes and professional relationships in the general practice context? *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia*, 20(3), 127-135.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). (2013). *Rapport du groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de première ligne*. Repéré à [https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Presse/Dossiers/2013-10-29\\_accessibilite/Rapport\\_accessibilite\\_.pdf](https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Presse/Dossiers/2013-10-29_accessibilite/Rapport_accessibilite_.pdf)
- Feachem, R. G. A., Sekhri, N. K., White, K. L., Dixon, J., Berwick, D. M., & Enthoven, A. C. (2002). Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*, 324(7330), 135-143. doi: 10.1136/bmj.324.7330.135
- Fisher, E. S., Bynum, J. P., & Skinner, J. S. (2009). Slowing the Growth of Health Care Costs — Lessons from Regional Variation. *New England Journal of Medicine*, 360(9), 849-852.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS] (2012). *Synthèse des données probantes sur l'efficacité des équipes interprofessionnelles en soins primaires*. Repéré à [https://www.cna-aic.ca/~media/cna/files/en/synthesisinterprofteams\\_jacobson-en-web.pdf](https://www.cna-aic.ca/~media/cna/files/en/synthesisinterprofteams_jacobson-en-web.pdf)
- Fry, M. M. (2011). A systematic review of the impact of afterhours care models on emergency departments, ambulance and general practice services. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14(4), 217-225. doi: 10.1016/j.aenj.2011.09.001

- Gocan, S., Laplante, M. A., & Woodend, K. (2014). Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: A review of the literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3(3).
- Grady, D., & Redberg, R. F. (2010). Less Is More: How Less Health Care Can Result in Better Health. *Archives of Internal Medicine*, 170(9), 749-750.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O., & Peacock, R. (2005). Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review *Social Science & Medicine*, 61(2), 417-430.
- Griffiths, P., Maben, J., & Murrells, T. (2011). Organisational quality, nurse staffing and the quality of chronic disease management in primary care: Observational study using routinely collected data. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1199-1210. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.011
- Haas, S. A., & Swan, B. A. (2014). Developing the value proposition for the role of the registered nurse in care coordination and transition nagement in ambulatory care settings. *Nursing economic\$, 32(2)*, 70-79.
- Hadler, N. M. (2008). Worried Sick: A Prescription for Health in an Overtreated America.
- Haggerty, J. L., Burge, F., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Beaulieu, C., Lévesque, J.-F., . . . Lawson, B. (2011). Validation of Instruments to Evaluate Primary Healthcare from the Patient Perspective: Overview of the Method. *Healthcare Policy*, 7(Special Issue), 31-46.
- Haggerty, J. L., Burge, F., Lévesque, J.-F., Gass, D., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., & Santor, D. (2007). Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *The Annals of Family Medicine*, 5(4), 336-344.
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F., & Rodrigue, J. (2008). Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. *Ann Fam Med*, 6(2), 116-123. doi: 10.1370/afm.802
- Haggerty, J., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Goulet, F., Rodrigue, J., & Gauthier, J. (2004). *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants*. Repéré à <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/CH04-01f.pdf>
- Halcomb, E. J., Davidson, P. M., & Patterson, E. (2008). Promoting leadership and management in Australian general practice nursing: what will it take? *J Nurs Manag*, 16(7), 846-852. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00938.x
- Ham, C., Dixon, A., & Brooke, B. (2012). *Transforming the Delivery of Health and Social Care: The Case for Fundamental Change*. London (UK): King's Fund ([www.kingsfund.org.uk/publications](http://www.kingsfund.org.uk/publications)).

- Harrod, M., Forman, J., Robinson, C., Tremblay, A., & Greenstone, L. (2014). Team interactions during coaching sessions: A window into transformation to a PCMH team-based care model. *Journal of General Internal Medicine*, 29, S219.
- Hasselback, P. (2003). *The Taber Integrated Primary Care Project: Turning Vision Into Reality*. Canadian Health Services Research Foundation.
- Hatchett, R. (2003). *Nurse-Led Clinics : Practical Issues*. New York, NY: Routledge.
- Heale, R. (2012). Overcoming barriers to practice: A nurse practitioner-led model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(6), 358-363. doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00737.x
- Heale, R., & Butcher, M. (2010). Canada's First Nurse Practitioner-Led Clinic: A Case Study in Healthcare Innovation. *Nursing Leadership*, 23(3), 21-29.
- Hefford, M., Love, T., Cumming, J., Finlayson, M., & Raymont, A. (2011). The financial impact of clinical task substitution between practice nurses and GPs in New Zealand primary care centres. *The New Zealand medical journal*, 24(1342), 59-65.
- Hegney, D. G., Patterson, E., Eley, D. S., Mahomed, R., & Young, J. (2013). The feasibility, acceptability and sustainability of nurse-led chronic disease management in Australian general practice: The perspectives of key stakeholders. *International Journal of Nursing Practice*, 19(1), 54-59. doi: 10.1111/ijn.12027
- Helvie, C. O. (1999). Efficacy of primary care in a nursing center. *Nursing Case Management*, 4(4), 201-210.
- Henderson, S., Princell, C. O., & Martin, S. D. (2012). The Patient-Centered Medical Home. *American Journal of Nursing*, 112(12), 54-59. doi: 10.1097/01.NAJ.0000423506.38393.52
- Hildebrandt, E., Baisch, M. J., Lundeen, S. P., Bell-Calvin, J., & Kelber, S. (2003). Eleven years of primary health care delivery in an academic nursing center. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 279-288.
- Hoare, K. J., Mills, J., & Francis, K. (2012). The role of Government policy in supporting nurse-led care in general practice in the United Kingdom, New Zealand and Australia: an adapted realist review. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 963-980. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05870.x
- Hoff, T. (2013). Medical home implementation: A sensemaking taxonomy of hard and soft best practices. *Milbank Quarterly*, 91(4), 771-810. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0009.12033>
- Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324(7341), 819-823.
- Humphreys, J., Martin, H., Roberts, B., & Ferretti, C. (2004). Strengthening an academic nursing center through partnership. *Nursing Outlook*, 52(4), 197-202.

- Hutchison, B., & Glazier, R. (2013). Ontario's Primary Care Reforms Have Transformed The Local Care Landscape, But A Plan Is Needed For Ongoing Improvement. *Health Affairs*, 32(4), 695-703. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1087
- Hutchison, B. (2013). *From Hall to Now: Reflections on Canadian Medicare from a Primary Care Perspective. 2013 Emmett Hall Memorial Lecture*. Vancouver: Canadian Association for Health Services and Policy Research (CAHSPR).
- Iglesias, B., Ramos, F., Serrano, B., Fàbregas, M., Sánchez, C., García, M. J., . . . Esgueva, N. (2013). A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2446-2457. doi: 10.1111/jan.12120
- Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] (2015). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*. Repéré à <https://www.cihi.ca/fr/depenses-et-main-doeuvre-de-la-sante/depenses/la-lente-croissance-des-depenses-de-sante-du-canada-se-poursuit>
- Institute of medicine (IOM) (2011). *The future of nursing : leading change, advancing health*. Repéré à <http://www.nap.edu/catalog/12956/the-future-of-nursing-leading-change-advancing-health>
- Jennings, B. M., Straggers, N., & Brosch, L. R. (1999). A Classification Scheme for Outcome Indicators. *Health policy and systems*, 31(4), 381-388.
- Jiménez-Jiménez, D., & Sanz-Valle, R. (2011). Innovation, organizational learning, and performance. *Journal of business research*, 64(4), 408-417.
- Kaiser, K. L., Miller, L. L., Hays, B. J., & Nelson, F. (1999). Patterns of health resource utilization, costs, and intensity of need for primary care clients receiving public health nursing case management. *Nursing case management : managing the process of patient care*, 4(2), 53-62; quiz 63-66.
- Kernick, D., & Scott, A. (2002). Economic approaches to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions. *British Journal of General Practice*, 52(474), 42-46.
- Korabek, B., Slauenwhite, C., Rosenau, P., & Ross, L. (2004). Innovations in seniors' care: home care/physician partnership. *Canadian journal of nursing leadership*, 17(3), 65-78.
- Krogsbøll, L. T., Jørgensen, K. J., Grønhøj, L. C., & Gøtzsche, P. C. (2012b). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345(e7191).
- Krothe, J. S., Flynn, B., Ray, D., & Goodwin, S. (2000). Community development through faculty practice in a rural nurse-managed clinic. *Public Health Nursing*, 17(4), 264-272.
- Lamarche, P. A., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Haggerty, J. (2003). *Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Repéré à [http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur\\_la\\_voie\\_2003.pdf](http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/420/Sur_la_voie_2003.pdf)

- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), CD001271.
- Laurant, M. G., Hermens, R. P., Braspenning, J. C., Akkermans, R. P., Sibbald, B., & Grol, R. P. (2008). An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *Journal of clinical nursing*, 17(20), 2690-2698.
- Lavis, J. N., & Boyko, J. A. (2009). Evidence Brief: Strengthening primary health care in Canada. 11 mai 2009. Repéré à [http://www.mcmasterhealthforum.org/images/docs/strengthening%20primary%20healthcare%20in%20canada\\_evidence-brief.pdf](http://www.mcmasterhealthforum.org/images/docs/strengthening%20primary%20healthcare%20in%20canada_evidence-brief.pdf)
- Leeman, J., Chang, Y. K., Lee, E. J., Voils, C. I., Crandell, J., & Sandelowski, M. (2010). Implementation of antiretroviral therapy adherence interventions: a realist synthesis of evidence. *J Adv Nurs*, 66(9), 1915-1930. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05360.x
- Levesque, J. F., Pineault, R., Grimard, D., Burge, F., Haggerty, J., Hogg, W., . . . Wong, S. (2012). *Regarder en arrière pour mieux avancer : synthèse de l'évaluation de la réforme des soins de première ligne dans les provinces canadiennes*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1438\\_RegarderArriereMieuxAvancer\\_SynthEvalReforSoins1Ligne.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1438_RegarderArriereMieuxAvancer_SynthEvalReforSoins1Ligne.pdf)
- Lewis, P. C., & Holcomb, B. (2012). A model for patient-centered Army primary care. *Military Medicine*, 177(12), 1502-1507.
- Litaker, D., Mion, L., Kippes, C., Mehta, N., & Froliks, J. (2003). Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: The impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *Journal of Interprofessional Care*, 17(3), 223-237.
- Liu, N., Finkelstein, S. R., & Poghosyan, L. (2014). A new model for nurse practitioner utilization in primary care: Increased efficiency and implications. *Health Care Management Review*, 39(1), 10-20. doi: 10.1097/HMR.0b013e318276fadf
- Liu, N., & D'Aunno, T. (2012). The Productivity and Cost-Efficiency of Models for Involving Nurse Practitioners in Primary Care: A Perspective from Queueing Analysis. *Health Services Research*, 47(2), 594-613.
- Macdonald, W., Rogers, A., Blakeman, T., & Bower, P. (2008). Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. *J Adv Nurs*, 62(2), 191-199. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04585.x
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research*, 38(3), 831-865.
- March, J. (1991). Exploratory learning, innovative capacity and managerial oversight. *Academy of Management Journal*, 44, 118-131.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370, 1153-1163.

- Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., Cain, E., & Girouard, M. (2009). Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner–paramedic–family physician model of care: the Long and Brier Islands study. *Primary Health Care Research & Development*, *10*(01), 14. doi: 10.1017/s1463423608000959
- Martin-Misener, R., McNab, J., Sketris, I. S., & Edwards, L. (2004). Collaborative practice in health systems change: the Nova Scotia experience with the Strengthening Primary Care Initiative. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, *17*(2), 33-45.
- Martinez-Gonzalez, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M., & Rosemann, T. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, *14*, 214. doi: 10.1186/1472-6963-14-214
- McMurchy, D. (2009). *Quels sont les caractéristiques et les avantages fondamentaux de services de santé de première ligne de qualité?* Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Primary\\_Healthcare/11498\\_PHC\\_McMurchy\\_FR\\_FINAL.sflb.ashx](http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Primary_Healthcare/11498_PHC_McMurchy_FR_FINAL.sflb.ashx)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-920-02.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2009). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-920-02.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2013). *Brève description du projet*. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/activites/ord-coll-et-prescription-infirmiere/ordonnances-collectives.html>
- Morgan, P. A., Abbott, D. H., McNeil, R. B., & Fisher, D. A. (2012). Characteristics of primary care office visits to nurse practitioners, physician assistants and physicians in United States Veterans Health Administration facilities, 2005 to 2010: a retrospective cross-sectional analysis. *Human Resources for Health [Electronic Resource]*, *10*(1), 42. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-10-42>
- Moseley, J. B., O'Malley, K., Petersen, N. J., Menke, T. J., Brody, B. A., Kuykendall, D. H., . . . Wray, N. P. (2002). A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *New England Journal of Medicine*, *347*(2), 81-88.
- Nardi, D. (2011). Integrated physical and mental health care at a nurse-managed clinic. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *49*(7), 28-34. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20110609-02>
- Nathenson, P., Schafer, L., & Anderson, J. (2007). Relationship of RN role responsibilities to job satisfaction. *Rehabilitation nursing*, *32*(1), 9-14.
- Naylor, M., Kurtzman, E.T. (2010). The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs*, *29*(5), 893-899.
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., . . . Sketris, I. (2014). *Optimizing Scopes of Practice: New Models of Care For a New Health Care System*.

Ottawa, ON,: Report of the Expert Panel appointed by the Canadian Academy of Health Sciences:.

Newhouse, R. P., Weiner, J. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Steinwachs, D., . . . Bass, E. B. (2012). Policy implications for optimizing advanced practice registered nurse use nationally. *Policy Polit Nurs Pract*, 13(2), 81-89. doi: 10.1177/1527154412456299

OIIQ, & FMOQ (2005). *Rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/FAQ/oiiq\\_fmoq.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/FAQ/oiiq_fmoq.pdf)

OMS (2009). *Primary health care, including health system strengthening*. Repéré à [http://www.who.int/hrh/resources/A62\\_12\\_EN.pdf](http://www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf)

Ontario Ministry of Finance (2012). *Commission on the Reform of Ontario's Public Services : Chapter 5 Health*. Toronto: <http://www.fin.gov.on.ca/en/reformcommission/chapters/ch5.html>.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2014). *Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts*. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/3417-memoire-commission-revision-programmes.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières* (2<sup>e</sup> éd.). Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/1389-exercice-infirmier-activites-reservees.pdf>

Pawson, R. (2002). Evidence-based Policy: The Promise of 'Realist Synthesis'. *Evaluation*, 8(3), 340-358.

Pawson, R. (2006). *Evidence-based Policy: A Realist Perspective*. London: Sage Publications.

Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review--a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(Suppl. 1), 21-34. doi: 10.1258/1355819054308530

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London: Sage Publications.

Pineault, R. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec: rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et à la Fondation canadienne pour la recherche sur les services de santé (FCRSS)*. Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne.

Pineault, R. (2012). *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*. Montréal Les presses de l'université de Montréal.

Pineault, R., & Breton, M. (2007). *Comment concilier responsabilité populationnelle et qualité des services : un défi pour les gestionnaires*. Communication présentée Congrès de l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec, Québec.

- Pineault, R., Lévesque, J.-F., Roberge, D., Hamel, M., & Couture, A. (2008a). *Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience de soins de la population*. Longueuil: Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine
- Pineault, R., Lévesque, J. F., Hamel, M., & Couture, A. (2008b). *Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience de soins de la population*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/816\\_ModeleOrganisation.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/816_ModeleOrganisation.pdf)
- Pineault, R., Tousignant, P., Roberge, D. I., Reinharz, D., Larouche, D., Beaulne, G., & Lesage, D. (2005). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport détaillé*. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/Montreal/2894944330.pdf>
- Poghosyan, L., Boyd, D. R., & Clarke, S. P. (2016). Optimizing full scope of practice for nurse practitioners in primary care: A proposed conceptual model. *Nursing outlook*, 64(2), 146-155.
- Raes, E., Boon, A., Kyndt, E., & Dochy, F. (2015). Measuring team learning behaviours through observing verbal team interaction. *Journal of Workplace Learning*, 27(7), 476-500. doi: 10.1108/JWL-01-2015-0006
- Rashid, C. (2010). Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: integrative literature review. *J Adv Nurs*, 66(8), 1658-1670. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05327.x
- Reay, T., Patterson, E.M., Halma, L., Steed, W.N. (2006). Introducing a nurse practitioner: experiences in a rural Alberta family practice clinic. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 11(2), 101- 107.
- Redsell, S., Stokes, T., Jackson, C., Hastings, A., & Baker, R. (2007). Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. *J Adv Nurs*, 57(2), 172-180. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04085.x
- Rey, L., Brousselle, A., & Dedobbeleer, N. (2012). Logic analysis : testing program theory to better evaluate complex interventions. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(3), 61-89.
- Richards, A., Carley, J., Jenkins-Clarke, S., & Richards, D. A. (2000). Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 37(3), 185-197.
- Richardson, G., Maynard, A., Cullum, N., & Kindig, D. (1998). Skill mix changes: substitution or service development? *Health Policy*, 45, 119-132.
- Rittenhouse, D. R., Shortell, S. M., & Fisher, E. S. (2009). Primary Care and Accountable Care -- Two Essential Elements of Delivery-System Reform. *N Engl J Med*, 361(24), 2301-2303. doi: 10.1056/NEJMp0909327
- Robinson, K. R. (2000). Nurse-managed primary care delivery clinics. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 471-479.

- Rosen, R., & Mountford, L. (2002). Developing and supporting extended nursing roles: the challenges of NHS walk-in centres. *Journal of Advanced Nursing*, 39(3), 241-248.
- Rosland, A.-M., Nelson, K., Sun, H., Dolan, E. D., Maynard, C., Bryson, C., . . . Schectman, G. (2013). The Patient-Centered Medical Home in the Veterans Health Administration. *The American Journal of Managed Care*, 19(7), e263-e272.
- Russell, G. M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L., & Tuna, M. (2009). Managing chronic disease in ontario primary care: the impact of organizational factors. *Ann Fam Med*, 7(4), 309-318. doi: 10.1370/afm.982
- Rycroft-Malone, J., McCormack, B., DeCordy, K., & Hutchinson, A. (2013). Realist synthesis Dans K. Gerrish & A. Lacey (dir.), *Research process in nursing* (6<sup>e</sup> éd., p. 303-320). Somerset, NJ: John Wiley & Sons.
- Rycroft-Malone, J., McCormack, B., Hutchinson, A. M., DeCorby, K., Bucknall, T. K., Kent, B., . . . Wilson, V. (2012). Realist synthesis: illustrating the method for implementation research. *Implement Sci*, 7, 33. doi: 10.1186/1748-5908-7-33
- Schram, A. P. (2012). The patient-Centered medical home transforming primay care. *Nurse Practitioner*, 37(4), 33-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NPR.0000412893.04686.1e>
- Schroeder, C. A., Trehearne, B., & Ward, D. (2000). Expanded Role of Nursing in ambulatory managed care. Part II : Impact on outcomes of costs, quality, provider and patient satisfaction. *Nursing Economics*, 18(2), 71-78.
- Scott, S. (2013). Development of advanced practice in the district nurse role. *Primary Health Care*, 23(8), 18-24.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005*. Repéré à [https://secure.cihi.ca/free\\_products/NHSRep06\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/NHSRep06_FR.pdf)
- Shortell, S. M., Schmittiel, J., Wang, M. C., Li, R., Gillies, R. R., Casalino, L. P., . . . Rundall, T. G. (2005). An Empirical Assessment of High-Performing Medical Groups: Results from a National Study *Medical Care Research and Review*, 62(4), 407-434. doi: 10.1177/1077558705277389
- Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D., Cochrane, M., Skoda, S., & Clement, S. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 320(7241), 1038-1043. doi: 10.1136/bmj.320.7241.1038
- Sibbald, B., Laurant, M., & Scott, T. (2006). Changing task profiles. Dans A. B. Saltman, A. Rico & W. G. W. Boerma (dir.), *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care* (p. 149-164). Berkshire, UK: Open University Press.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology* (2<sup>e</sup> éd.). Repéré à [https://books.google.ca/books?id=QMm17oCEjREC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ca/books?id=QMm17oCEjREC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
- Sullivan, E., Hegney, D. G., & Francis, K. (2012). Victorian rural emergency care--a case for advancing nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, 18(3), 226-232. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02021.x>
- Thibeault, L. D. (2011). *A nurse practitioner-led clinic in Thunder Bay*. (College of St. Scholastica). Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011672433&lang=fr&site=ehost-live> Accessible par rzh.
- Thille, P., & Rowan, M. S. (2008). The Role of Nurse Practitioners in the Delivery of Primary Health Care: A Literature Review: Health Canada.
- Tomcavage, J., Littlewood, D., Salek, D., & Sciandra, J. (2012). Advancing the role of nursing in the medical home model. *Nursing Administration Quarterly*, 36(3), 194-202.
- Tremblay, M. C., Brousselle, A., Richard, L., & Beaudet, N. (2013). Defining, illustrating and reflecting on logic analysis with an example from a professional development program. *Eval Program Plann*, 40, 64-73. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2013.05.004
- Trottier, L.-H., Fournier, M.-A., Diene, C. P., & Contandriopoulos, A. P. (2003). *Les soins de santé primaires au Québec*. Repéré à <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R03-03.pdf>
- Tuepker, A., Kansagara, D., Skaperdas, E., Nicolaidis, C., Joos, S., Alperin, M., & Hickam, D. (2014). "We've not gotten even close to what we want to do": A qualitative study of early patient-centered medical home implementation. *Journal of General Internal Medicine*, 29(SUPPL. 2), S614-S622. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-013-2690-z>
- Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C., & Leese, B. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 320(7241), 1048-1053. doi: 10.1136/bmj.320.7241.1048
- Vérificateur général du Québec [VGQ] (2015). *Groupes de médecine de famille et cliniques-réseau*. Repéré à [http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr\\_publications/fr\\_rapport-annuel/fr\\_2015-2016-VOR-Printemps/fr\\_Rapport2015-2016-VOR-Chap05.pdf](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Printemps/fr_Rapport2015-2016-VOR-Chap05.pdf)
- Virani, T. (2012). *Interprofessional collaborative teams*. Repéré à [http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned\\_Research\\_Reports/Virani-Interprofessional-EN.sflb.ashx](http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Virani-Interprofessional-EN.sflb.ashx)
- Waddington, C., & Egge, D. (2008). *Integrated health services— What and why? Technical Brief No.1, 2008*. Geneva: World Health Organisation.
- Walsh, N., Roe, B., & Huntington, J. (2003). Delivering a different kind of primary care? Nurses working in personal medical service pilots. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 333-340. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00744.x

- Waszynski, C. M., Murakami, W., & Lewis, M. (2000). Community care management: Advanced practice nurses as care managers. *Care Management Journals*, 2(3), 148-152.
- Weiss, C. H. (1997). How can theory-based evaluation make greater headway ? *Evaluation Review*, 21(4), 501-524.
- White, D., Oelke, N. D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing Scope of Practice: Descriptions and Challenges. *Nursing Leadership*, 21(1), 44-57.
- Wilson, K., & Rosenberg, M. W. (2004). Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*, 67, 137-148.
- Wong, F. K. Y., & Chung, L. C. Y. (2006). Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process, and outcome. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 358-369. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03730.x
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J., & Pawson, R. (2013). RAMESES publication standards: realist syntheses. *J Adv Nurs*, 69(5), 1005-1022. doi: 10.1111/jan.12095
- Wright, C. J., Chambers, G. K., & Robens-Paradise, Y. (2002). Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery. *CMAJ*, 167(5), 461-466.
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*, 45(1), 140-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015

## **Annexe A : Grille de sélection des articles par titres et résumés**

	<b>CRITÈRES D' INCLUSION</b>	<b>CRITÈRES D'EXCLUSION</b>
<u>Domaine</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de 1ère ligne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services d'urgence</li> <li>Services ambulatoires d'hôpitaux</li> <li>CHSLD</li> <li>Réadaptation</li> <li>Soins à domicile</li> </ul>
<u>Caractéristiques d'un modèle de service de première ligne</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Structure organisationnelle, caractéristiques humaines et financières (ex : personnel nécessaire, effectifs, qualifications, financement, autres)</li> <li>Processus (ex : fonctionnement d'équipe, interdisciplinarité, collaboration, autres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Structure matérielle (ex : Dossier patient électronique)</li> <li>Description unique du rôle ou perceptions du rôle de IPSPL, du médecin, etc.</li> <li>Évaluation d'interventions cliniques (infirmières et médicales)</li> </ul>
<u>Type d'effets</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résultats cliniques (<i>patient outcomes</i>) : mortalité, morbidité, compliance/observance, autres</li> <li>Résultats organisationnels (ex : taux de réadmissions en CH, réponse aux besoins non comblés, performance incluant notion de qualité, accessibilité, continuité, globalité, efficience).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résultats cliniques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des patients/familles,</li> <li>- Qualité de vie du patient/famille</li> <li>- Résultats de soins spécifiques sans description de rôle</li> </ul> </li> <li>Résultats organisationnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des professionnels</li> <li>- Notion de sécurité</li> </ul> </li> </ul>
<u>Type d'études</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(Évaluer selon la pertinence et la scientificité à la lecture du texte complet)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Livre et chapitre</li> <li>Conférence et résumé</li> <li>Éditorial</li> <li>Résumé d'entrevue</li> </ul>
<u>Lieu de collecte de données</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pays membres de l'OCDE</li> </ul>	
<u>Date</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2014-1999</li> </ul>	
<u>Langues</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Français/Anglais</li> </ul>	

## **Annexe B : Stratégies de recherche documentaire**

## Stratégie de recherche dans MEDLINE

1	"walk in centre*".ti,ab.
2	patient centered medical home.ti,ab.
3	"convenient care clinic*".ti,ab.
4	"walk in clinic*".ti,ab.
5	"nurse led clinic*".ti,ab.
6	"nurse managed center*".ti,ab.
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6
8	"delivery model*".ti,ab.
9	(model\$ adj2 care).ti,ab.
10	8 or 9
11	7 or 10
12	Primary Health Care /
13	Community Health Services /
14	Rural Health Services /
15	community health centers / or community mental health centers
16	Group Practice /
17	exp General Practice
18	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17
19	nurses/ or nurse administrators / or nurse clinicians / or nurse practitioners / or nurses, community health
20	exp Advanced Practice Nursing /
21	Nurse's Role /
22	nurs\$5 manage*, ab,ti.
23	nurse\$5 led, ab, ti.
24	19 or 20 or 21 or 22 or 23
25	Models, Organizational
26	models, nursing /
27	Organizational Case Studies /
28	"delivery of health care" / or after-hours care / or delegation, professional / or "delivery of health care, integrated" / or health services accessibility /
29	25 or 26 or 27 or 28
30	18 and 24 and 29
31	(limit 30 to ((english or french) and last 20 years)
32	11 or 31

## Stratégie de recherche dans Embase

1	primary medical care / or primary health care /
2	community care / or preventive health services /
3	ambulatory care /
4	general practice /
5	group practice /
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5
7	nurse / or advanced practice nurse / or case manager / or nurse administrator / or registered nurse
8	exp nurse practitioner /
9	advanced practice nursing /
10	nurse attitude /
11	(nurs\$5 adj5 led).ti, ab
12	nurse\$5 manage\$.ti.ab
13	exp nursing /
14	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13
15	exp " organizational and management " /
16	exp model /
17	6 and 14 and 15 and 16
18	outcome assessment /
19	group process /
20	exp health care quality /
21	health care access /
22	exp health care management /
23	18 or 19 or 20 or 21 or 22
24	17 and 23
25	limit 24 to ((english and french) and last 20 years)
26	"walk in centre".ti, ab.
27	patient centered medical home.ti,ab.
28	"convenient care clinic*".ti,ab.
29	"walk in clinic*".ti,ab.
30	"nurse led clinic*".ti,ab.
31	"nurse managed center*".ti,ab.
32	26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31
33	"delivery model*"ti, ab.
34	(model\$adj2 care).ti,ab.
35	33 or 34
36	32 and 35
37	25 or 36

## Stratégie de recherche dans CINHALL

S1	(MH "Ambulatory Care")
S2	(MH "Primary Health Care")
S3	(MH "Family Practice")
S4	(MH "Community Health Services")
S5	(MH "Group Practice")
S6	"patient centered medical home"
S7	"walk in centre*"
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7
S9	"nurse led"
S10	(MH "Nurse-Managed Centers")
S11	(MH "Advanced Nursing Practice")
S12	(MH "Registered Nurses")
S13	(MH "Nurse Practitioners+")
S14	(MH "Nursing role")
S15	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14
S16	S8 OR S15
S17	(MH "Quality of Health Care+")
S18	(MH "Health Services Accessibility+")
S19	(MH "Organizational Efficiency+")
S20	(MH "Multidisciplinary Care Team")
S21	(MH "Interprofessional Relations+")
S22	"practice care model"
S23	"model of care"
S24	"delivery model"
S25	S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24
S26	S8 AND S15 AND S25

## Annexe C : Fiche de lecture

Référence :					
Pays :		Province :		Comparatif :	
Résumé :					
Sources données :	Primaire	Secondaire	Littérature grise	Qualitatif	Quantitatif
Valeur scientifique :		Justifications si nécessaires		Autres commentaires	
Excellente <input type="checkbox"/>					
Bonne <input type="checkbox"/>					
Faible <input type="checkbox"/>					
Pertinence :		Justifications si nécessaires		Autres commentaires	
Aucune contribution <input type="checkbox"/>					
Contribution non nulle <input type="checkbox"/>					
Contribution majeure <input type="checkbox"/>					
Liens potentiels modèle logique :					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caractéristiques du contexte :</li> <li>• Caractéristiques du modèle : Structures <input type="checkbox"/> Processus <input type="checkbox"/> Résultats <input type="checkbox"/> Autres :</li> <li>• Type d'équipes interprofessionnelles :</li> <li>• Type de pratique ou rôles infirmiers : Pratique avancée <input type="checkbox"/> Pratique régulière <input type="checkbox"/></li> </ul>					
Références pertinentes de la bibliographie :					
Notes personnelles :					

## **Annexe D : Description détaillée des articles retenus**

#	Auteurs	Année	Titre	Publication	Principaux constats
1	Ainsworth, B. and Hayward, S.	2010	Developing an innovative model of care for nurse-led walk-in centres in the ACT	Australian Nursing Journal 18(4): 28-31	<p><b>Pays :</b> Australie</p> <p><b>Résumé :</b> Description du processus d'implantation d'un <i>WiC</i> sur le territoire de la capitale australienne (Canberra), projet basé sur ceux implantés au Royaume-Uni</p> <p><b>Modèle abordé :</b> <i>Walk-in centre (WiC)</i></p> <p><b>Type d'article :</b> Littérature grise (article de journal, description d'un projet); Commentaire descriptif d'un gestionnaire</p> <p><b>Sous-thèmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S :</b> Effectif, technologie, parcours du patient</li> <li>◆ <b>P-R :</b> s/o</li> </ul>
2	Anderson, R. J.	2013	Optimizing the role of nursing staff to enhance physician productivity : one physician's journey	Family Practice Management 20(4): 18-22	<p><b>Pays :</b> États-Unis (Washington)</p> <p><b>Résumé :</b> Explication d'un changement de pratique d'un médecin de famille, se base sur le modèle de Anderson et Halley (2008)</p> <p><b>Modèle abordé :</b> modèle d'Anderson et Halley (2008); 1 médecin entouré de 2 assistantes cliniques (<i>RN + LPN</i> ou <i>MA</i>)</p> <p><b>Type d'article :</b> Littérature grise; Commentaire descriptif d'une expérience d'un médecin de famille</p> <p><b>Sous-thèmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S :</b> Effectif, technologie</li> <li>◆ <b>P :</b> Redéfinition des processus de travail</li> <li>◆ <b>R :</b> Efficience, satisfaction des patients, processus de mise en œuvre, résultats cliniques, productivité</li> <li>◆ <b>Autres :</b> Dossier patient électronique</li> </ul>
3	Auerbach, D. I., Chen, P. G., Friedberg, M. W., Reid, R., Lau, C., Buerhaus, P. I., & Mehrotra, A.	2013	Nurse-managed health centers and patient-centered medical homes could mitigate expected primary care physician shortage	Health Affairs 32(11): 1933-1941	<p><b>Pays :</b> États-Unis</p> <p><b>Résumé :</b> Comparatif de l'offre et la demande de ressources humaines (<i>Md, NP, PA, etc.</i>) de 2 modèles (<i>PCMH + NMC</i>)</p> <p><b>Modèle abordé :</b> <i>Patient centred medical home (PCMH)</i> et <i>Nurse-Managed Center (NMC)</i></p> <p><b>Type d'article :</b> Étude analytique (devis qualitatif)</p> <p><b>Sous-thèmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P-R :</b> s/o</li> <li>◆ <b>Autre :</b> Déterminants contextuels, problématique</li> </ul>

4	Berryman, S. N., Palmer, S. P., Kohl, J. E., & Parham, J. S.	2013	Medical Home Model of Patient-Centered Health Care	MEDSURG Nursing 22(3): 166-196.	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Description du modèle <i>PCMH</i> : histoire, éléments fondateurs, défis d'implantation</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>Patient centred medical home (PCMH)</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal); Commentaire descriptif de chercheurs</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S</b> : Législation des rôles, technologie</li> <li>◆ <b>P</b> : Soins centrés sur le patient, pratiques collaboratives</li> <li>◆ <b>R</b> : Coordination, efficacité, satisfaction des patients, processus de mise en œuvre, résultats cliniques</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Réformes des modes de rémunération, origine des déterminants, dossier patient électronique, problématique</li> </ul>
5	Bigger, M.	2004	Debating the gatekeeping role within primary care services	Journal of Community Nursing 18(1): 8	<p><b>Pays</b> : Royaume-Uni</p> <p><b>Résumé</b> : Argumentaire sur quel professionnel devrait détenir le rôle de l'entrée du patient dans le système de santé (IPS vs MD)</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun</p> <p><b>Type d'article</b> : littérature grise (article de journal); Commentaire de professionnel</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P-R</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Autre</b> : Problématique</li> </ul>
6	Bodenheimer, T. S., & Smith, M. D.	2013	Primary Care: Proposed Solutions To The Physician Shortage Without Training More Physicians	Health Affairs 32(11): 1881-1886	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : État des faits, constats et solutions pour répondre aux besoins des patients (demande) vs la capacité du système (comment combler l'écart sans ajouter d'autres md)</p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal); Analyse critique</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P-R</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Autre</b> : Déterminants contextuels, problématique</li> </ul>
7	Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H., & Abbott, S.	2004	Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care	British Journal of General Practice 54(502): 374-381	<p><b>Pays</b> : Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Irlande)</p> <p><b>Résumé</b> : Revue littérature sur les innovations qui peuvent augmenter l'accès en 1<sup>ère</sup> ligne, 32 articles analysés, 7 modèles de services présentés avec des effets sur l'accès</p> <p><b>Modèle abordé</b> : 7 types différents – 3 avec pratique infirmière autonome</p>

					<p><b>Type d'article</b> : Revue systématique (1980-2003)</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S</b> : Effectif</li> <li>◆ <b>Processus</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Accessibilité, efficience, diminution de l'utilisation de l'urgence et des services de 2<sup>ème</sup> ligne</li> </ul>
8	Curry, R. and Hollis, J.	2002	Focus: policy into practice. An evolutionary approach to team working in primary care	British Journal of Community Nursing 7(10): 520	<p><b>Pays</b> : Royaume-Uni</p> <p><b>Résumé</b> : Travailler en équipe en 1<sup>ère</sup> ligne : barrières, résultats, processus, évaluation, rôle infirmier</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal); Commentaire descriptif de questionnaires</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Pratiques collaboratives</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Coordination</li> </ul>
9	Davidson, J. U.	1999	Blending case management and quality outcomes management into the family nurse practitioner role	Nursing Administration Quarterly 24(1): 66-74	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Effets des interventions d'une <i>family nurse practitioner</i> (gestionnaire de cas) sur la qualité des soins</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal); Synthèse critique de chercheurs</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : Effectif, parcours du patient</li> <li>◆ <b>Processus</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Efficience</li> </ul>
10	Desborough, J., Forrest, L., & Parker, R.	2012	Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review."	Journal of Advanced Nursing 68(2): 248-263	<p><b>Pays</b> : s/o</p> <p><b>Résumé</b> : Revue systématique sur les <i>Wic</i> en 1<sup>ère</sup> ligne (incluant <i>nurse-led</i>, <i>nurse managed</i>, etc.), 13 articles analysés selon la clientèle, la qualité, les impacts sur les autres professionnels, les perceptions internes et externes des <i>Wic</i>, et la satisfaction des modèles</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>walk-in centres (Wic)</i> au sens large (incluant plusieurs modèles centrés sur la pratique infirmière autonome)</p> <p><b>Type d'article</b> : Synthèse de connaissances; revue intégrative</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Accessibilité, efficience, satisfaction des patients, résultats cliniques, diminution de l'utilisation de l'urgence/2<sup>ème</sup> ligne, productivité, satisfaction du personnel, substitution complète du médecin par infirmière,</li> </ul>

					<p>proportion des besoins comblés par infirmière</p> <p>◆ <b>Autres</b> : Problématique</p>
11	Ehrlich, C., Kendall, E., & Muenchberger, H.	2012	Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators	Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession 42(1): 67-75	<p><b>Pays</b> : Australie</p> <p><b>Résumé</b> : Identification les caractéristiques de la coordination des soins en médecine générale ; 4 thèmes : braver les frontières, relation de soins, s'accorder sur les rôles et routines, s'engager dans la coordination de soins chroniques</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Étude exploratoire (devis qualitatif)</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Soins centrés sur le patient, pratiques collaboratives</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Coordination</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Infirmière dans un rôle de coordination</li> </ul>
12	Ehrlich, C., Kendall, E., & St John, W.	2013	How does care coordination provided by registered nurses "fit" within the organisational processes and professional relationships in the general practice context?	Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia 20(3): 127-135	<p><b>Pays</b> : Australie</p> <p><b>Résumé</b> : Description des structures et processus nécessaires pour implantation de <i>RN provided care coordinator</i> dans une pratique de 1<sup>ère</sup> ligne avec patients atteints de maladies chroniques</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Étude exploratoire (devis qualitatif)</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : Effectif</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Pratiques collaboratives, redéfinition des processus de travail, rôle infirmier étendu</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Réforme des modes de rémunération, type et formation des effectifs comme déterminant, infirmière dans un rôle de coordination</li> </ul>
13	Fry, M. M.	2011	A systematic review of the impact of afterhours care models on emergency departments, ambulance and general practice services	Australasian Emergency Nursing Journal 14(4): 217-225	<p><b>Pays</b> : Australie</p> <p><b>Résumé</b> : 6 modèles recensés qui abordent les effets et résultats sur les services ambulanciers, les médecins et les services de 1<sup>ère</sup> ligne</p> <p><b>Modèle abordé</b> : 6 différents dont 3 infirmiers</p> <p><b>Type d'article</b> : Synthèse de connaissances; revue systématique (1970-2011)</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Accessibilité, efficience, satisfaction des patients, résultats cliniques, diminution de l'utilisation de l'urgence/2<sup>ème</sup> ligne, proportion des besoins comblés par une infirmière, prescription</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Problématique</li> </ul>

14	Griffiths, P., Maben, J., & Murrells, T.	2011	Organisational quality, nurse staffing and the quality of chronic disease management in primary care: Observational study using routinely collected data	International Journal of Nursing Studies 48(10): 1199-1210	<p><b>Pays</b> : Royaume-Uni</p> <p><b>Résumé</b> : Effets (qualité de soins/ résultats cliniques) de la dotation du personnel infirmier et des facteurs organisationnels dans les services de médecine générale pour la gestion des maladies chroniques</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun</p> <p><b>Type d'article</b> : Étude descriptive</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Résultats cliniques</li> </ul>
15	Haas, S. A., & Swan, B. A.	2014	Developing the value proposition for the role of the registered nurse in care coordination and transition management in ambulatory care settings	Nursing economic\$ 32(2): 70-79	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Élaboration d'un modèle logique pour RN dans <i>care coordination transition management (CCTM)</i>, évaluation programme dans les <i>ACO</i> et <i>PCMH</i></p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>Accountable care organization (ACO)</i> + <i>Patient centred medical home (PCMH)</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Étude théorique</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Coordination, efficacité, résultats cliniques</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Infirmière dans rôle de coordination</li> </ul>
16	Harrod, M., Forman, J., Robinson, C., Tremblay, A., & Greenstone, L.	2014	Team interactions during coaching sessions: A window into transformation to a PCMH team-based care model	Journal of General Internal Medicine 29: S219	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Exploration des expériences du personnel dans l'implantation de <i>Patient aligned care team (PACT)</i> dans un modèle <i>PCMH</i></p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>Patient centred medical home (PCMH)</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Étude exploratoire (devis qualitatif)</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S</b> : Effectif</li> <li>◆ <b>P-R</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Autres</b> : déterminants financiers, locaux</li> </ul>
17	Heale, R.	2012	Overcoming barriers to practice: A nurse practitioner-led model	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 24(6): 358-363	<p><b>Pays</b> : Canada (Ontario)</p> <p><b>Résumé</b> : Description des composantes d'un modèle <i>nurse-led</i>, historique des infirmières praticiennes (<i>NP</i>) en Ontario, régulation législative, rémunération des médecins</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>Nurse practitioners-led model</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article journal); Analyse critique</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : effectifs, législation des rôles,</li> </ul>

					<p>modèles de prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Processus</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Accessibilité</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Déterminants contextuels, réforme des modes de rémunération, origine des déterminants</li> </ul>
18	Hegney, D. G., Patterson, E., Eley, D. S., Mahomed, R., & Young, J.	2013	The feasibility, acceptability and sustainability of nurse-led chronic disease management in Australian general practice: The perspectives of key stakeholders	International Journal of Nursing Practice 19(1): 54-59	<p><b>Pays</b> : Australie</p> <p><b>Résumé</b> : Analyse de la faisabilité, de l'acceptabilité et de la durabilité auprès du personnel et des patients d'une <i>nurse-led clinic</i> spécialisée dans la gestion de maladies chroniques</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>nurse-led clinic</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Étude exploratoire (devis mixte)</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Pratiques collaboratives, rôle infirmier étendu</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Satisfaction des patients</li> </ul>
19	Helvie, C. O.	1999	Efficacy of primary care in a nursing center	Nursing Case Management 4(4): 201-210	<p><b>Pays</b> : États-Unis (Virginie)</p> <p><b>Résumé</b> : Description et évaluation d'un <i>NMC</i>, rôle détaillé des infirmières praticiennes dans le modèle</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>Nurse Managed center (NMC)</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Étude de cas</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : Effectif</li> <li>◆ <b>Processus</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : coordination, satisfaction des patients, résultats cliniques, diminution de l'utilisation de l'urgence/2ème ligne, productivité</li> </ul>
20	Henderson, S., Princell, C. O., & Martin, S. D.	2012	The Patient-Centered Medical Home	American Journal of Nursing 112(12): 54-59	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Explication du modèle <i>PCMH</i> et la place du rôle infirmier dans la coordination des soins</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>PCMH</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal); Commentaire descriptif de chercheurs</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Soins centrés sur le patient, redéfinition des processus de travail</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Satisfaction des patients</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Dossier patient électronique, infirmière dans rôle de coordination</li> </ul>
21	Hildebrandt, E., Baisch, M. J., Lundeen, S. P., Bell-Calvin, J., & Kelber, S.	2003	Eleven years of primary health care delivery in an academic nursing center.	Journal of Professional Nursing 19(5): 279-288	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Présentation de l'étendue de pratique des infirmières par une analyse rétrospective des données patients d'une clinique infirmière; description de la transformation des services</p>

					<p><b>Modèle abordé :</b> <i>Academic community nursing centers</i></p> <p><b>Type d'article :</b> Étude analytique</p> <p><b>Sous-thèmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures :</b> Effectif</li> <li>◆ <b>Processus :</b> Soins centrés sur le patient</li> <li>◆ <b>Résultats :</b> s/o</li> <li>◆ <b>Autres :</b> Déterminants contextuels</li> </ul>
22	Hoare, K. J., Mills, J., & Francis, K.	2012	The role of Government policy in supporting nurse-led care in general practice in the United Kingdom, New Zealand and Australia: an adapted realist review	Journal of Advanced Nursing 68(5): 963-980	<p><b>Pays :</b> 3 pays (UK, NZ, Au)</p> <p><b>Résumé :</b> Revue réaliste et revue systématique sur le rôle <i>Practice nurse (PN)</i> en soins de santé primaire et la gouvernance clinique des modèles <i>nurse-led</i></p> <p><b>Modèle abordé :</b> <i>Nurse-led</i></p> <p><b>Type d'article :</b> Synthèse de connaissances</p> <p><b>Sous-thèmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P-R :</b> s/o</li> <li>◆ <b>Autre :</b> Méthode d'évaluation</li> </ul>
23	Hoff, T.	2013	Medical home implementation: A sensemaking taxonomy of hard and soft best practices	Milbank Quarterly 91(4): 771-810	<p><b>Pays :</b> États-Unis</p> <p><b>Résumé :</b> Étude qualitative sur l'implantation de <i>best practice</i> de 6 milieux de <i>PCMH</i> avec une collecte de données auprès des md, inf, assistantes médicales et gestionnaires cliniques</p> <p><b>Modèle abordé :</b> <i>PCMH</i></p> <p><b>Type d'article :</b> Étude de cas multiple</p> <p><b>Sous-thèmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures :</b> s/o</li> <li>◆ <b>Processus :</b> Soins centrés sur le patient, redéfinition des processus de travail</li> <li>◆ <b>Résultats :</b> s/o</li> <li>◆ <b>Autres :</b> Origine des déterminants, dossier patient électronique, infirmière dans rôle de coordination</li> </ul>
24	Humphreys, J., Martin, H., Roberts, B., & Ferretti, C.	2004	Strengthening an academic nursing center through partnership	Nursing Outlook 52(4): 197-202	<p><b>Pays :</b> États-Unis (Californie)</p> <p><b>Résumé :</b> Description de <i>Valencia health services</i>, clinique pédiatrique, détails structure, mandats, résultats et défis</p> <p><b>Modèle abordé :</b> <i>Nurse managed, academic health centers</i></p> <p><b>Type d'article :</b> Littérature grise (article de journal); Commentaire descriptif de chercheurs</p> <p><b>Sous-thèmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures :</b> Heures d'ouverture/sans rendez-vous, effectif</li> <li>◆ <b>P-R :</b> s/o</li> </ul>

25	Hutchison, B., & Glazier, R.	2013	Ontario's Primary Care Reforms Have Transformed The Local Care Landscape, But A Plan Is Needed For Ongoing Improvement	Health Affairs 32(4): 695-703	<p><b>Pays</b> : Canada (Ontario)</p> <p><b>Résumé</b> : Description des réformes en Ontario et de 7 modèles d'organisation de soins de santé primaire</p> <p><b>Modèle abordé</b> : 7 différents (<i>community health centre, family health group, family health team, etc.</i>).</p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal); Analyse critique d'experts</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P-R</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Déterminants contextuels, problématique</li> </ul>
26	Iglesias, B., Ramos, F., Serrano, B., Fàbregas, M., Sánchez, C., García, M. J., . . Esgueva, N.	2013	A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care	Journal of Advanced Nursing 69(11): 2446-2457	<p><b>Pays</b> : Espagne</p> <p><b>Résumé</b> : Étude quantitative sur l'efficacité des interventions fournies par le médecin vs l'infirmière</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun</p> <p><b>Type d'article</b> : Étude randomisée</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Satisfaction des patients, efficacité, résultats cliniques, diminution de l'utilisation de l'urgence/2<sup>ème</sup> ligne, productivité, proportion des besoins comblés par un rôle infirmier</li> </ul>
27	Kaiser, K. L., Miller, L. L., Hays, B. J., & Nelson, F.	1999	Patterns of health resource utilization, costs, and intensity of need for primary care clients receiving public health nursing case management	Nursing case management : managing the process of patient care 4(2): 53-62; quiz 63-66	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Description de l'utilisation des ressources humaines en santé, les coûts et l'intensité des besoins des patients dans 4 centres de santé</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Étude descriptive (collecte réalisée 95-96)</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Coordination, efficacité, diminution de l'utilisation de l'urgence/2<sup>ème</sup> ligne, productivité, continuité</li> </ul>
28	Kernick, D., & Scott, A.	2002	Economic approaches to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions.	British Journal of General Practice 52(474): 42-46	<p><b>Pays</b> : Royaume Uni</p> <p><b>Résumé</b> : Description du concept <i>skill mix</i> et analyse de coûts de différentes options de combinaison de professionnels</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal); Analyse critique d'experts</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p>

					<p>◆ <b>S-P-R</b> : s/o</p> <p>◆ <b>Autres</b> : Déterminants contextuels</p>
29	Korabek, B., Slauenwhite, C., Rosenau, P., & Ross, L.	2004	Innovations in seniors' care: home care/physician partnership.	Canadian journal of nursing leadership 17(3): 65-78	<p><b>Pays</b> : Canada, Alberta</p> <p><b>Résumé</b> : Description d'un projet pour des personnes âgées qui propose l'implantation d'un rôle infirmier pour la coordination des soins</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal, description d'un projet); Commentaire descriptif de gestionnaires</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <p>◆ <b>Structures</b> : s/o</p> <p>◆ <b>Processus</b> : Pratiques collaboratives</p> <p>◆ <b>Résultats</b> : Coordination</p> <p>◆ <b>Autres</b> : Infirmière dans rôle de coordination</p>
30	Krothe, J. S., Flynn, B., Ray, D., & Goodwin, S.	2000	Community development through faculty practice in a rural nurse-managed clinic.	Public Health Nursing 17(4): 264-272	<p><b>Pays</b> : États-Unis (Indiana)</p> <p><b>Résumé</b> : Description d'une <i>NMC</i>, monitoring et évaluation des services, rôle de l'université, leçons apprises</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>Nurse managed clinic (NMC) + Community academic partnership</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal, description d'un projet); Commentaire descriptif de chercheurs</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <p>◆ <b>S-P-R</b> : s/o</p> <p>◆ <b>Autres</b> : Déterminants contextuels</p>
31	Lewis, P. C., & Holcomb, B.	2012	A model for patient-centered Army primary care.	Military Medicine 177(12): 1502-1507	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Évaluation d'un modèle de prise en charge en équipe (<i>RN, RNCM, PCP</i>) développé dans l'armée (taille du panel, accès, utilisation, continuité, productivité (<i>nurse &amp; provider</i>), efficacité et satisfaction.</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>PCMH</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Étude de cas</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <p>◆ <b>Structures</b> : Effectif, modèles de prise en charge</p> <p>◆ <b>Processus</b> : s/o</p> <p>◆ <b>Résultats</b> : Accessibilité, satisfaction des patients, résultats cliniques, diminution de l'utilisation de l'urgence/2<sup>ème</sup> ligne, productivité, satisfaction du personnel, continuité</p> <p>◆ <b>Autres</b> : infirmière dans rôle de coordination</p>
32	Liu, N., Finkelstein, S. R., & Poghosyan, L.	2014	A new model for nurse practitioner utilization in primary care: Increased	Health Care Management Review 39(1): 10-20	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Analyse comparative de l'efficacité et de la productivité d'inclure une assistante médicale</p>

			efficiency and implications.		dédiée à la <i>NP</i> <b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe) <b>Type d'article</b> : Étude analytique <b>Sous-thèmes</b> : ◆ <b>S-P-R</b> : s/o ◆ <b>Autres</b> : Problématique
33	Martin-Misener, R., McNab, J., Sketris, I. S., & Edwards, L.	2004	Collaborative practice in health systems change: the Nova Scotia experience with the Strengthening Primary Care Initiative	Canadian Journal of Nursing Leadership 17(2): 33-45	<b>Pays</b> : Canada (Nouvelle-Ecosse) <b>Résumé</b> : Explication du processus d'implantation des IPS ( <i>NP</i> ) en N-E (ententes avec médecins, légalisation du rôle, prescriptions, etc.) <b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe) <b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal, description d'un projet); Commentaire descriptif de chercheurs <b>Sous-thèmes</b> : ◆ <b>S-P-R</b> : s/o ◆ <b>Autres</b> : déterminants contextuels
34	Metzelthin, S. F., Daniels, R., Rossum, E. v., Cox, K., Habets, H., de Witte, L. P., & Kempen, G. I. J. M.	2013	A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: A large-scale process evaluation.	International Journal of Nursing Studies 50(9): 1184-1196	<b>Pays</b> : Pays-Bas <b>Résumé</b> : Évaluation du processus de l'approche interdisciplinaire en 1 <sup>ère</sup> ligne pour les personnes âgées vulnérables dans 6 organisations de <i>GP</i> avec des <i>practice nurse</i> ( <i>PN</i> ) <b>Modèle abordé</b> : <i>General Practice</i> ( <i>GP</i> ) <b>Type d'article</b> : Étude de cas multiples (devis mixte) <b>Sous-thèmes</b> : ◆ <b>Structures</b> : Effectif ◆ <b>Processus</b> : Pratiques collaboratives ◆ <b>Résultats</b> : Coordination ◆ <b>Autres</b> : Infirmière dans rôle de coordination, déterminants des effectifs (type et formation)
35	Morgan, P. A., Abbott, D. H., McNeil, R. B., & Fisher, D. A.	2012	Characteristics of primary care office visits to nurse practitioners, physician assistants and physicians in United States Veterans Health Administration facilities, 2005 to 2010: a retrospective cross-sectional analysis	Human Resources for Health 10(1): 42	<b>Pays</b> : États-Unis <b>Résumé</b> : Analyse des données des patients (utilisation des services, type de services fournis, etc.) selon les services professionnels fournis ( <i>NP</i> , <i>PA</i> , <i>physician</i> ) <b>Modèle abordé</b> : Modèle <i>Veteran Health Administration</i> ( <i>VHA</i> ) <b>Type d'article</b> : Étude descriptive <b>Sous-thèmes</b> : ◆ <b>Structures</b> : Parcours du patient, ◆ <b>Processus</b> : s/o ◆ <b>Résultats</b> : Proportion des besoins comblés par infirmière

36	Nardi, D.	2011	Integrated physical and mental health care at a nurse-managed clinic	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 49(7): 28-34.	<p><b>Pays</b> : États-Unis (Illinois)</p> <p><b>Résumé</b> : Description des buts et des moyens entrepris pour offrir des services selon les besoins des patients tant en santé mentale qu'en santé physique dans un <i>NMC</i></p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>Nurse managed center (NMC)</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal, description d'un projet); Commentaire descriptif de chercheurs</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P-R</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Déterminants contextuels</li> </ul>
37	Newhouse, R. P., Weiner, J. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Steinwachs, D., . . . Bass, E. B.	2012	Policy Implications for Optimizing Advanced Practice Registered Nurse Use Nationally	Policy, Politics & Nursing Practice 13(2): 81-89	<p><b>Pays</b> : s/o</p> <p><b>Résumé</b> : Revue systématique qui compare les résultats de soins fournis par des infirmières en pratique avancée (<i>CN, NP, CRNA, CNM</i>) et les médecins; optimisation du rôle des infirmiers en pratique avancée, et procédures de meilleure intégration</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Synthèse de connaissances; Synthèse critique</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P-R</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Déterminants contextuels</li> </ul>
38	Pearce, C., Hall, S., & Phillips, C	2010	When policy meets the personal: general practice nurses in Australia.	Journal of Health Services & Research Policy 15 Suppl 2: 26-34	<p><b>Pays</b> : Australie</p> <p><b>Résumé</b> : Description du contexte politique, de la redéfinition des rôles et des changements dans les relations interprofessionnelles face à l'introduction et implantation des <i>PN (practice nurse)</i></p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Étude descriptive</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Rôle infirmier étendu</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Déterminants contextuels</li> </ul>
39	Richards, A., Carley, J., Jenkins-Clarke, S., & Richards, D. A.	2000	Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature.	International Journal of Nursing Studies 37(3): 185-197	<p><b>Pays</b> : Royaume-Uni</p> <p><b>Résumé</b> : Revue littérature sur le concept de <i>skill mix</i> (délégation, travail d'équipe, etc.)</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Synthèse de connaissances; Revue littérature</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : Effectif, parcours du patient</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Rôle infirmier étendu</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Satisfaction des patients, résultats cliniques, proportion des besoins répondus par un rôle infirmier</li> </ul>
40	Richardson, A., & Cunliffe, L.	2003	New horizons: the motives, diversity and future of 'nurse led' care.	Journal of Nursing Management 11(2): 80-84.	<p><b>Pays</b> : Royaume-Uni</p> <p><b>Résumé</b> : Identification des raisons de l'introduction des services de type <i>nurse-led</i>, les caractéristiques (n=6) et les opportunités, l'avenir et les limites de ce type de services</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>Nurse-led services</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal); Analyse critique d'experts</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Rôle infirmier étendu</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : s/o</li> </ul>
41	Robinson, K. R.	2000	Nurse-managed primary care delivery clinics	Nursing Clinics of North America 35(2): 471-479	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Aborde plusieurs projets de <i>NMC</i> en décrivant leurs structures, l'évaluation de leur efficacité, les leçons apprises et les facteurs favorisant la diffusion de ce type de modèle</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>Nurse-managed clinic -VHA</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal, description d'un projet); Commentaire descriptif de chercheur</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : Accès au plateau technique de 2<sup>ème</sup> ligne</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Soins centrés sur patients</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Efficience, satisfaction des patients, substitution complète médecin par infirmière</li> </ul>
42	Rosen, R., & Mountford, L.	2002	Developing and supporting extended nursing roles: the challenges of NHS walk-in centres	Journal of Advanced Nursing 39(3): 241-248	<p><b>Pays</b> : Royaume-Uni (Londres)</p> <p><b>Résumé</b> : Décrit le rôle émergent des infirmières dans <i>WiC</i>, les facteurs de stress de ce rôle, et fournir des pistes de solution pour le développement, la formation continue et support de ce rôle infirmier</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>Walk-in centre (WiC)</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Étude exploratoire</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Redéfinition des processus de travail, rôle infirmier étendu</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Déterminants de l'effectif (type et formation)</li> </ul>

43	Schram, A. P.	2012	The patient-Centered medical home transforming primary care.	Nurse Practitioner 37(4): 33-39	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Explication soutenue par des preuves du <i>PCMH</i> pour une perspective infirmière praticienne, aborde leur rôle dans cette structure organisationnelle</p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>PCMH</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Littérature grise (article de journal, description d'un projet); Commentaire descriptif de chercheur</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : Heures d'ouverture et sans rendez-vous, effectif, technologie</li> <li>◆ <b>Processus</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Efficacité, résultats cliniques, processus de mise en œuvre, satisfaction des patients, productivité, prescriptions, pratique fondées sur les données probantes</li> </ul>
44	Scott, S.	2013	Development of advanced practice in the district nurse role	Primary Health Care 23(8): 18-24	<p><b>Pays</b> : Royaume-Uni</p> <p><b>Résumé</b> : Revue de littérature sur le rôle de <i>districts nurses, community matron, advanced nurse practitioner, advanced prescribing</i>. 6 thèmes extraits : efficacité du rôle infirmier en pratique avancée, perception des patients quant au rôle des IPS, barrières intraprofessionnelles, facilitateurs, pouvoir médical, critique féministe du rôle</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Synthèse de connaissances; revue de littérature</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Pratiques collaboratives, rôle infirmier étendu</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Origines des déterminants</li> </ul>
45	Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D., Cochrane, M., Skoda, S., & Clement, S.	2000	Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial.	BMJ: British Medical Journal (International Edition) 320(7241): 1038-1043.	<p><b>Pays</b> : Royaume-Uni</p> <p><b>Résumé</b> : Étude quantitative qui évalue l'acceptabilité par les patients et l'efficacité des services fournis par les infirmières et les médecins</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun</p> <p><b>Type d'article</b> : Étude randomisée contrôlée</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Satisfaction des patients, résultats cliniques, productivité, proportion des besoins comblés par l'infirmière, prescriptions</li> </ul>
46	Sullivan, E., Hegney, D. G., & Francis, K.	2012	Victorian rural emergency care--a case for advancing	International Journal of Nursing Practice 18(3): 226-232	<p><b>Pays</b> : Australie</p> <p><b>Résumé</b> : Présentation du profil des patients, la</p>

			nursing practice		<p>division des rôles cliniques, la gestion du triage, diagnostic et gestion de la médication pour 5 services d'urgence en 1<sup>ère</sup> ligne en région rurale</p> <p><b>Modèle abordé :</b> aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article :</b> Étude de cas multiple</p> <p><b>Sous-thèmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures :</b> Effectif, parcours du patient</li> <li>◆ <b>Processus :</b> s/o</li> <li>◆ <b>Résultats :</b> Productivité, proportion des besoins comblés par infirmière</li> <li>◆ <b>Autres :</b> Déterminants contextuels</li> </ul>
47	Thibeault, L. D.	2011	A nurse practitioner-led clinic in Thunder Bay	D.N.P., College of St. Scholastica	<p><b>Pays :</b> Canada (Ontario)</p> <p><b>Résumé :</b> Description de la conception, du développement, de l'implantation et l'évaluation d'un modèle <i>nurse-led clinic</i></p> <p><b>Modèle abordé :</b> <i>Nurse-led clinic</i></p> <p><b>Type d'article :</b> Thèse de doctorat</p> <p><b>Sous-thèmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P :</b> s/o</li> <li>◆ <b>Résultats :</b> Productivité</li> <li>◆ <b>Autres :</b> Déterminants contextuels</li> </ul>
48	Tomcavage, J., Littlewood, D., Salek, D., & Sciandra, J.	2012	Advancing the role of nursing in the medical home model.	Nursing Administration Quarterly 36(3): 194-202	<p><b>Pays :</b> États-Unis (Pennsylvanie)</p> <p><b>Résumé :</b> Explication de la transformation du modèle de Geisinger et des rôles infirmiers</p> <p><b>Modèle abordé :</b> <i>PCMH</i></p> <p><b>Type d'article :</b> Étude de cas simple</p> <p><b>Sous-thèmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures :</b> Parcours du patient,</li> <li>◆ <b>Processus :</b> s/o</li> <li>◆ <b>Résultats :</b> Efficience, satisfaction des patients, résultats cliniques, diminution de l'utilisation de l'urgence/2<sup>ème</sup> ligne, satisfaction du personnel</li> </ul>
9	Tuepker, A., Kansagara, D., Skaperdas, E., Nicolaidis, C., Joos, S., Alperin, M., & Hickam, D.	2014	"We've not gotten even close to what we want to do": A qualitative study of early patient-centered medical home implementation.	Journal of General Internal Medicine 29(SUPPL. 2): S614-S622	<p><b>Pays :</b> États-Unis (Oregon + Washington)</p> <p><b>Résumé :</b> Expérience des <i>primary care provider</i> (MD ou IPS), infirmières gestionnaires de cas, techniciens administratifs, assistants cliniques, et gestionnaires cliniques de 15 <i>PCMH-VHA</i> sur l'implantation de <i>Patient aligned care team (PACT)</i></p> <p><b>Modèle abordé :</b> <i>PCMH (VHA)</i></p> <p><b>Type d'article :</b> Étude analytique (devis qualitatif)</p> <p><b>Sous-thèmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures :</b> Effectif</li> <li>◆ <b>Processus :</b> Pratiques collaboratives</li> <li>◆ <b>Résultats :</b> s/o</li> <li>◆ <b>Autres :</b> Déterminants contextuels, déterminants des effectifs (type et formation)</li> </ul>

50	Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C., & Leese, B.	2000	Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care.	BMJ: British Medical Journal (International Edition) 320(7241): 1048-1053	<p><b>Pays</b> : Royaume-Uni (Angleterre + Pays de Galles)</p> <p><b>Résumé</b> : étude randomisée comparant les processus, la satisfaction et les coûts d'une pratique de IPS vs Md pour des patients requérant une consultation le jour même</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun</p> <p><b>Type d'article</b> : Étude randomisée contrôlée multicentrique</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>S-P</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Efficience, satisfaction des patients, diminution de l'utilisation de l'urgence/2<sup>ème</sup> ligne, proportion des besoins comblés par une infirmière, continuité, prescriptions</li> </ul>
51	Walsh, N., Roe, B., & Huntington, J.	2003	Delivering a different kind of primary care? Nurses working in personal medical service pilots	Journal of Clinical Nursing 12(3): 333-340	<p><b>Pays</b> : Royaume-Uni (Angleterre)</p> <p><b>Résumé</b> : Analyse du rôle et des responsabilités des infirmières dans 12 projets pilotes d'un modèle de PMS géré par des infirmières (IPS) ; parfois <i>nurse-led, team-led, etc.</i></p> <p><b>Modèle abordé</b> : <i>Personal medical service (PMS)</i></p> <p><b>Type d'article</b> : Étude de cas multiple</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Redéfinition des processus de travail, rôle infirmier étendu</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : s/o</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Déterminants contextuels</li> </ul>
52	Waszynski, C. M., Murakami, W., & Lewis, M.	2000	Community care management: Advanced practice nurses as care managers	BMC Family Practice 13(1): 75-83	<p><b>Pays</b> : États-Unis</p> <p><b>Résumé</b> : Présentation d'un rôle infirmier en pratique avancée de coordination pour des personnes âgées à haut risque; détaille les éléments du modèle de prestation, les résultats et les défis</p> <p><b>Modèle abordé</b> : aucun (équipe)</p> <p><b>Type d'article</b> : Étude de cas simple</p> <p><b>Sous-thèmes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Structures</b> : Effectif</li> <li>◆ <b>Processus</b> : Rôle infirmier étendu</li> <li>◆ <b>Résultats</b> : Résultats cliniques</li> <li>◆ <b>Autres</b> : Origine des déterminants, infirmier dans rôle de coordination</li> </ul>