

Université de Montréal

L'acceptation des rôles de l'infirmière praticienne en première ligne selon les
caractéristiques socio-démographiques des usagers de CLSC

Par
Alain Boucard

Département d'Administration de la Santé
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)
en Administration des services de santé

Février, 2009
© Alain Boucard, 2009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'acceptation des rôles de l'infirmière praticienne en première ligne selon les
caractéristiques socio-démographiques des usagers de CLSC

Présenté par :

Alain Boucard

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Nicole Leduc
Président-rapporteur

Régis Blais
Directeur de recherche

Danielle D'Amour
Membre du jury

RÉSUMÉ

Le but de cette étude était de mesurer le niveau d'acceptation des rôles de l'infirmière praticienne de première ligne (IPPL) par les usagers de CLSC, selon les caractéristiques socio-démographiques de ceux-ci. La collecte de données pour cette recherche synthétique comparative s'est effectuée dans cinq CLSC de la région montréalaise par des questionnaires auto-administrés. L'échantillon accidentel est composé de 316 personnes de 18 ans et plus, se présentant au CLSC pour un problème de santé. Ces personnes étaient sollicitées par des affiches ou par des suggestions de la réceptionniste dans les salles d'attente. Les résultats révèlent que près de 40% de l'échantillon acceptent tous les rôles de l'IPPL. Des analyses de régression logistique montrent que les personnes ayant un revenu annuel élevé (supérieur à 40000\$) sont plus susceptibles d'accepter tous les rôles de l'IPPL. Ces résultats vont permettre aux décideurs de prendre les mesures nécessaires pour implanter ce nouveau groupe professionnel ; ils peuvent également aider les IPPL à concevoir des stratégies pour faire une promotion efficace de leur rôle en pratique avancée auprès de la population.

Mots clés: Infirmière praticienne, rôles, acceptation, soins de première ligne, caractéristiques socio-démographiques, CLSC.

ABSTRACT

The purpose of this study was to measure the level of acceptance of the Primary Care Nurse Practitioner (PCNP) roles, by CLSC users, according to their socio-demographic characteristics. The data acquisition for this comparative synthetic research was carried out in five CLSCs in the Montreal region through a self-administered questionnaire. The accidental sample consisted of 316 people, 18 years and older, presenting to the CLSC with a medical problem. The sample group was propositioned by posters or through the suggestions of the receptionist in the waiting room. The results reveal that nearly 40% of the sample accepts every role of the PCNP. A logistic regression analysis shows that those earning a higher annual income (greater than \$40,000) are more likely to accept all PCNP roles. These results will make it possible for the decision makers to take the necessary actions to establish this new occupational class; it may also help PCNPs to create strategies for efficient promotion to the general public, in regards to their advanced practice role.

Keywords: Nurse practitioner, roles, acceptance, primary care, socio-demographic characteristics, CLSC.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|------|
| RÉSUMÉ..... | iii |
| ABSTRACT..... | iv |
| TABLE DES MATIÈRES..... | v |
| LISTE DES TABLEAUX..... | viii |
| LISTE DES FIGURES..... | x |
| REMERCIEMENTS..... | xi |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| CHAPITRE PREMIER. <u>Revue de la littérature</u> | |
| 1.1 Définition de l’infirmière praticienne de première ligne..... | 6 |
| 1.1.1 La pratique infirmière avancée (PIA)..... | 6 |
| 1.1.2 L’infirmière praticienne (IP)..... | 9 |
| 1.1.3 L’infirmière praticienne en première ligne (IPPL)..... | 10 |
| 1.1.4 Différence entre l’IP et l’ICS..... | 11 |
| 1.1.5 Différence entre IPPL et IPSA..... | 12 |
| 1.2 Histoire de l’infirmière praticienne de première ligne..... | 13 |
| 1.2.1 Les États-Unis..... | 13 |
| 1.2.2 Le Canada..... | 17 |
| 1.2.3 Le Québec..... | 21 |
| 1.3 Les rôles de l’infirmière praticienne en première ligne..... | 23 |
| 1.3.1 Les tâches de l’IPPL..... | 25 |
| 1.4 Le niveau d’éducation de l’infirmière praticienne de première ligne..... | 28 |
| 1.4.1 Le contenu pédagogique..... | 30 |
| 1.4.2 La formation de l’IPPL : une expérience canadienne..... | 34 |
| 1.5 Comparaison clinique et financière entre l’infirmière praticienne de première ligne et le médecin généraliste..... | 35 |
| 1.6 L’acceptation et la satisfaction envers l’infirmière praticienne de première ligne..... | 41 |

| | |
|--|----|
| 1.6.1 Autres facteurs menant à l'acceptation d'un professionnel de la santé..... | 46 |
| 1.7 Résumé de la littérature..... | 47 |
| 1.8 Cadre conceptuel et questions de recherche..... | 49 |
| CHAPITRE DEUX. <u>Méthodologie</u> | |
| 2.1 Contexte de l'étude..... | 53 |
| 2.2 Stratégie et devis de recherche..... | 53 |
| 2.3 Population cible..... | 54 |
| 2.4 Échantillon..... | 54 |
| 2.5 Variables à l'étude..... | 55 |
| 2.6 Instrument de mesure..... | 60 |
| 2.7 Déroulement de la collecte de données..... | 61 |
| 2.8 Analyses..... | 62 |
| 2.9 Considérations éthiques..... | 63 |
| CHAPITRE TROIS. <u>Résultats</u> | |
| 3.1 Caractéristiques socio-démographiques des participants..... | 66 |
| 3.2 Acceptation des rôles de l'IPPL..... | 68 |
| 3.2.1 Analyses bivariées..... | 68 |
| 3.2.2 Analyses multivariées..... | 77 |
| 3.2.3 La courbe ROC..... | 80 |
| CHAPITRE QUATRE. <u>Interprétation des résultats</u> | |
| 4.1 Niveau d'acceptation des rôles de l'IPPL..... | 82 |
| 4.2 Modèle explicatif..... | 84 |
| 4.3 Variables significatives..... | 85 |
| 4.4 Variables non significatives..... | 86 |
| 4.5 Implications..... | 87 |
| 4.6 Limites de l'étude..... | 88 |

| | |
|--|------|
| 4.7 Recherches futures | 90 |
| CONCLUSION | 92 |
| RÉFÉRENCES | 95 |
| Annexe I : Modèle théorique d'Andersen | xii |
| Annexe II : Reproduction des panneaux publicitaires..... | xiv |
| Annexe III : Formulaire d'information et de consentement | xvi |
| Annexe IV : Questionnaires | xxi |
| Annexe V : Résultats complémentaires..... | xxvi |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau I - Réglementation des rôles des IP au Canada (tiré de l'AIIC 2006)..... | 27 |
| Tableau II – Variables à l'étude | 58 |
| Tableau III – Calendrier de la collecte des données..... | 62 |
| Tableau IV – Caractéristiques socio-démographiques des répondants | 67 |
| Tableau V – Acceptation des rôles de l'IPPL | 69 |
| Tableau VI – Pourcentage de répondants qui acceptent chaque rôle de l'IPPL..... | 69 |
| Tableau VII – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon l'âge des répondants (variables originales) | 70 |
| Tableau VIII – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon l'âge des répondants (variables regroupées)..... | 71 |
| Tableau IX – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le sexe des répondants : | 71 |
| Tableau X – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le dernier niveau de scolarité complété des répondants (variables originales) | 72 |
| Tableau XI – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le dernier niveau de scolarité complété des répondants (variables regroupées). .. | 72 |
| Tableau XII – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le statut marital des répondants (variables originales)..... | 73 |
| Tableau XIII – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le statut marital des répondants (variables regroupées)..... | 73 |
| Tableau XIV – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le fait d'avoir des enfants | 74 |
| Tableau XV – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le revenu des répondants (variables originales)..... | 75 |

| | |
|--|-------|
| Tableau XVI – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l’IPPL, selon le revenu des répondants (variables regroupées) | 75 |
| Tableau XVII – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l’IPPL, selon la caractéristique de besoin des répondants | 76 |
| Tableau XVIII – Tests statistiques du chi-carré selon les différentes variables | 76 |
| Tableau XIX – Codification des variables selon leurs catégories..... | 77 |
| Tableau XX – Résultats de la régression logistique identifiant les variables socio-démographiques reliées à l’acceptation totale des rôles de l’IPPL | 79 |
| Tableau XXI – Résultats de la régression logistique inverse..... | xxvii |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1. Adaptation du modèle d'Andersen | 51 |
| Figure 2. Courbe ROC du modèle de l'acceptation des rôles de l'IPPL..... | 80 |

REMERCIEMENTS

J'aimerais adresser mes remerciements en particulier aux clients des CLSC qui ont bien voulu prendre part à cette étude, sans compter leurs gestionnaires des services courants :

CLSC Pointe-aux-Trembles

CLSC Montréal-Nord

CLSC Jeanne-Mance

CLSC Bordeaux-Cartierville-St-Laurent

CLSC St-Henri

Mon Directeur, M. Régis Blais pour toute la patience et l'aide qu'il m'a apportées tout au long de ce processus.

Ma mère, Rosia Arnoux pour ses encouragements parfois sous-entendus!

Mon frère, Anthony Boucard, pour le bon exemple. Mon cousin Stanley pour le support informatique.

À tous, je vous dis mille fois merci et je sais que sans vous, je n'aurais pas pu me rendre jusqu'au bout!

INTRODUCTION

La crise des urgences hospitalières préoccupe la population québécoise. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal affiche régulièrement un taux d'occupation global des urgences supérieur à 130 %¹. De surcroît, la pénurie de médecins et le désintérêt de ces derniers face à la première ligne aggravent cette situation². Le système de santé québécois représente près de 40% de l'assiette budgétaire annuelle; les dépenses pour l'année 2006-2007 se chiffraient à plus de 22 milliards de dollars³. Les services hospitaliers et préhospitaliers d'urgence ont coûté plus de 16 milliards de dollars aux contribuables québécois au cours de l'exercice financier 2006-2007³ alors qu'ils correspondaient à 13 milliards en 2002-2003^{4,5}. De plus, le vieillissement de la population ainsi que le coût sans cesse croissant des nouvelles technologies médicales rendent le système de soins de plus en plus dispendieux⁶. Plusieurs solutions ont été proposées pour remédier à ces situations. Parmi celles-ci et selon l'Institut canadien d'information sur la santé, il serait possible que les infirmières praticiennes en première ligne (IPPL) fassent partie de la solution, tant au niveau clinique qu'au niveau économique⁷. En toute évidence, l'introduction de ce nouveau rôle dans le domaine de la santé pourrait perturber l'ordre établi, les pouvoirs et les prérogatives. Tout comme dans le cas des sages-femmes, les patients auraient à acquérir une meilleure compréhension de ce nouveau rôle et cela dérangerait leurs habitudes de services.

Une infirmière praticienne est une infirmière autorisée qui détient une formation supérieure au baccalauréat, idéalement de niveau maîtrise, et qui peut fournir des services auparavant offerts par des médecins, comme demander des examens de laboratoire, poser des diagnostics et prescrire des médicaments^{7,8}. Ce nouveau groupe de professionnels est bien établi aux États-Unis, et ce, depuis le début des années soixante-dix⁹. Au Canada, c'est dans le Grand-Nord que les infirmières ont été les premières à se prévaloir de ces rôles élargis. De plus en plus, on commence à envisager leur nécessité à travers les différentes provinces canadiennes, surtout dans le contexte d'une pénurie de médecins⁷. En Ontario, ce rôle élargi existe également depuis le début des années soixante-dix, mais ce n'est qu'en 1994 que le ministère de la Santé ontarien le reconnaît officiellement¹⁰. En mai 2003, ce même

gouvernement annonce la création de 117 nouveaux postes d'infirmières praticiennes au niveau des services de santé primaires dans les communautés rurales. Au Québec, en 2000, la Commission Clair a recommandé que le cadre d'exercice des professionnels soit révisé². Son rapport a influencé la création de la loi 90 qui régit l'élargissement de ces cadres. C'est au printemps 2004 qu'a gradué la première cohorte québécoise d'infirmières praticiennes spécialisées en néphrologie, cardiologie et néonatalogie. Cependant, leur rôle en première ligne n'est pas encore clairement défini et il n'existe pas encore d'informations sur la perception de ce rôle élargi de l'infirmière par la population.

L'utilisation des infirmières praticiennes en première ligne (IPPL) a fait l'objet de multiples études : de nombreux chercheurs se sont questionnés pour savoir si les effets des soins de santé primaires offerts par les infirmières praticiennes étaient différents de ceux offerts par les médecins de famille¹¹⁻¹⁹. Les résultats ont démontré qu'il n'y avait aucune différence dans l'état de santé des patients⁷. De plus, les études ont révélé que la satisfaction des patients traités par les IPPL était plus grande en raison du fait que ces dernières passaient plus de temps avec eux⁷. Elles étaient aussi très bien perçues par les médecins de famille qui travaillaient avec elles, puisque ceux-ci ont pu réduire, de façon considérable, leur charge de travail. Cependant, il y a eu très peu d'études portant sur l'acceptation des rôles de l'IPPL par la population⁹.

Cette recherche porte sur le niveau d'acceptation des différents rôles de l'infirmière praticienne en première ligne chez les usagers fréquentant les services courants avec et sans rendez-vous des CLSC de Montréal. Elle identifie les facteurs socio-démographiques associés à l'acceptation des rôles de l'IP au sein des usagers des CLSC. Il est important de noter que les cliniques privées dispensent également des soins de santé primaires, mais aux fins de notre recherche, seul le contexte des CLSC a bénéficié d'une investigation. D'ailleurs, en Ontario, plus de 50% des IP pratiquent dans les centres de santé communautaires contre seulement 10% dans les cabinets privés de médecins²⁰.

Cette recherche pourrait profiter aux premières infirmières praticiennes québécoises qui ont gradué en 2004, mais aussi à toutes celles qui suivront, de manière à mieux connaître le genre de clientèle qui acceptera leurs rôles. Étant donné le peu de recherches faites à ce sujet au Québec, l'avancement des connaissances qu'apportera cette étude est considérable. Par ailleurs, advenant l'implantation des IPPL dans les cliniques communautaires, les décideurs (gestionnaires de CLSC, ministre de la Santé) pourront cibler la clientèle nécessitant plus d'informations sur l'IPPL. La reconnaissance de l'IPPL au Québec va dépendre entre autres de l'ouverture de la population à son égard. La présente recherche apporte un éclairage à cet effet.

CHAPITRE PREMIER
Revue de la littérature

1.1 Définition de l'infirmière praticienne de première ligne

Il est important de bien connaître la définition de l'infirmière praticienne de première ligne (IPPL) pour être en mesure de la situer non seulement parmi les autres professionnels de la santé, mais aussi à l'intérieur même de son propre groupe professionnel. Les prochaines lignes présenteront la pratique infirmière avancée et une analyse de l'IPPL face aux autres types d'infirmières qui exercent la pratique infirmière avancée : l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière praticienne en soins actifs.

1.1.1 La pratique infirmière avancée (PIA)

L'IPPL s'inscrit dans le cadre de la pratique infirmière avancée (PIA). Cependant, peu d'auteurs s'entendent sur ce qu'est ou ce que devrait être la PIA²¹⁻²⁸. Cela apporte beaucoup de confusion et n'aide pas à la compréhension du public. Il est donc important de recourir à une définition unique de la PIA pour trois principales raisons : a) faire naître une compréhension générale de cette pratique pour le patient et les personnes œuvrant dans le système de santé; b) clarifier le rôle et le champ d'exercice; c) favoriser la durabilité et la stabilité de ce rôle au cours des années à venir^{21,23,28}.

Dunn et Nicklin (1995) font la différence entre la PIA et les rôles élargis de l'infirmière. Pour eux, la PIA implique un rôle qui fait avancer la science infirmière comparativement aux rôles étendus qui ne sont que l'exécution des tâches d'un autre domaine comme la médecine²⁴. Cette distinction permet de comprendre qu'une infirmière qui pratique des actes médicaux ne rentre pas nécessairement dans le cadre de la PIA. D'autres attributs sont nécessaires comme l'intérêt pour la recherche en sciences infirmières par exemple. De plus, elle fait ressortir que la PIA relève d'abord et avant tout des sciences infirmières et que c'est dans ces sciences qu'elle doit évoluer. Hamric (2005) renchérit en ajoutant que la définition de la PIA devrait absolument impliquer la connaissance et les habiletés infirmières avancées²⁸.

Patterson et Haddad (1992) se sont inspirés du dictionnaire Webster pour définir « pratique » qui n'est pas statique et « avancée » qui est d'aller de l'avant. Ils en viennent à la conclusion que la PIA doit servir à accroître la connaissance infirmière et que la pratique doit répondre aux demandes sociales et historiques de son environnement²². De plus, ils amènent une nouvelle approche, soit celle de définir la PIA selon les comportements et attitudes que devraient posséder les individus qui choisissent cette profession. Ils en nomment six : preneur de risque, visionnaire, soif d'apprendre, flexibilité, bon communicateur et leader. Patterson et Haddad (1992) soulignent que cette liste n'est ni statique ni complète et que d'autres attributs sont nécessaires. Cela permet de s'apercevoir que la PIA ne peut être définie que par ses rôles, ses responsabilités, son milieu de pratique et son niveau d'éducation.

Hamric (2005) a développé une définition en deux volets. Cet auteur s'est inspiré de trois documents d'associations professionnelles : l'American Nurse Association's Nursing's Social Policy Statement, le National Council of State Board of Nursing's position Paper on the regulation of Advances Nursing Practice et le National Organization of Nurse Practitioner Faculties' Advanced Nursing Practice Curriculum Guidelines and Program Standards for Nurse Practitioner Education^{26,28}. Le premier volet est un énoncé général : « *La pratique infirmière avancée est l'application d'un champ étendu de thérapeutiques pratiques, théoriques et basées sur la recherche pour les phénomènes ressentis par les patients à l'intérieur d'une spécialité clinique inscrite dans la discipline infirmière* »²⁸ (traduction : p. 65). Cette définition fait ressortir l'importance de la clinique, c'est-à-dire le soin direct aux patients, et aussi de la recherche. Elle démontre que le tout doit s'harmoniser sous l'égide de la profession infirmière. Le deuxième volet présente un modèle qui met de l'avant des critères primaires ainsi que des compétences fondamentales de la PIA. Ce modèle est bien reconnu par la communauté infirmière²⁶. Il distingue quatre catégories essentielles allant par ordre d'importance : a) les critères primaires : les études post-baccalauréat, la certification et la pratique centrée sur le patient/famille; b) la compétence centrale : la pratique clinique directe; c) les compétences primordiales :

la consultation, les habiletés de recherche, le leadership clinique et professionnel, la collaboration, les habiletés de pouvoir prendre des décisions éthiques, le mentorat; d) les éléments contextuels : considérations des décideurs, les mécanismes de remboursement, l'évaluation des résultats et l'amélioration des performances, le marketing, la structure et la culture organisationnelle, les aspects du monde des affaires et les aspects de régulation.

Plusieurs associations professionnelles se sont inspirées du modèle de Hamric (2005) pour leur propre définition. L'American Nurse Association (ANA) définit la PIA comme :

Les infirmières en pratique avancée possèdent un diplôme post-baccalauréat en sciences infirmières. Elles pratiquent des contrôles de santé et démontrent un haut niveau d'autonomie et des habiletés d'experte dans le diagnostic et le traitement de problématiques de santé complexes vécues par l'individu, les familles et les communautés. Elles formulent des décisions cliniques pour prendre en charge les maladies sévères et chroniques tout en faisant la promotion de la santé. Leur pratique et leur rôle clinique intègrent : l'éducation, la recherche, la gestion, le leadership et la consultation. Elles fonctionnent en collégialité avec leurs pairs, les médecins, les professionnels et ceux qui influencent le système de santé.²⁵ (ANA, 1997, p. 821 in Woods (1997))

Bien que le terme PIA existe depuis les années soixante, ce n'est qu'en 1991 que l'ANA le définit pour la première fois²⁸. Leur définition est beaucoup plus précise, car elle mentionne de façon explicite le rôle de diagnostic. Au Canada, ce rôle n'est pas clairement énoncé comme en témoigne le cadre national de l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) qui définit la PIA comme suit :

La PIA est une expression générale décrivant un niveau avancé de pratique infirmière qui maximise l'utilisation d'un savoir infirmier approfondi et de connaissances spécialisées pour répondre aux besoins des clients (particuliers, familles, groupes, populations ou collectivités au complet) dans le domaine de la santé. La PIA repousse ainsi les limites du champ de pratique de la profession infirmière et contribue au savoir infirmier, ainsi qu'au perfectionnement et à l'avancement de la profession³⁰. (AIIC, 2002, p. 1)

On remarque de prime abord que l'AIIC met beaucoup d'accent sur le fait que l'expansion du champ de pratique doit se faire à l'intérieur du cadre des sciences

infirmières mais doit surtout favoriser l'avancement de la profession. Cela va dans le même sens que plusieurs auteurs^{21,23,26,28}. Par contre, le niveau d'étude n'y est pas précisé contrairement à la définition de l'ANA.

Aux États-Unis, quatre rôles ont été formellement reconnus comme faisant partie de la PIA : l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS), l'infirmière praticienne (IP), l'infirmière sage-femme et l'infirmière anesthésiste²⁸. Cette distinction n'a pas été faite au Canada. Cependant, l'AIC reconnaît deux catégories : les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes^{21,27,30}. Il y a donc un certain consensus, tant du côté américain que canadien pour reconnaître qu'au moins l'ICS et l'IP font partie de la PIA.

1.1.2 L'infirmière praticienne (IP)

On peut s'attendre à ce que les diverses définitions de l'infirmière praticienne soient très proches de celles de la PIA, car ces dernières regroupent toutes les catégories d'infirmières qui exercent une certaine pratique avancée. Alors, une définition générale de l'IP sera d'abord présentée, pour ensuite faire la différence entre l'IPPL, l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et l'IP en soins actifs (IPSA). En juin 2003, l'AIC a défini l'IP comme :

Une infirmière autorisée qui a une formation supplémentaire en évaluation de la santé, en pose de diagnostic et en gestion de maladies et blessures, y compris en prescription de tests et de médicaments. Elle dispense une gamme de services de santé aux personnes de tout âge, aux familles, aux collectivités et aux groupes. La pratique de la profession met l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Elles ont le droit, selon les lois et règlements, de pratiquer des évaluations exhaustives de santé, de poser un diagnostic sur un problème de santé et le traiter, de prescrire des tests diagnostiques et de dépistage, telles l'échographie et la mammographie, et d'en interpréter les résultats ainsi que de prescrire des médicaments. Elles dispensent des soins dans différents milieux de santé : cliniques communautaires et centres de santé, hôpitaux, cabinets de médecins, centres de soins infirmiers et milieux de services à domicile¹¹⁰. (AIC, 2006, p.5)

L'AIC ajoute que l'IP travaille de façon autonome en se basant sur le savoir et les théories de la profession mais qu'elle doit aussi être en mesure de collaborer avec les

autres professionnels de la santé, si nécessaire³¹. Cependant, la santé étant de juridiction provinciale, toutes les provinces n'utilisent pas le terme IP. Cela crée une certaine incompréhension du public et pourrait amener une diminution de l'acceptation de ces professionnelles. Par exemple, il existe plusieurs titres différents pour désigner l'infirmière praticienne en première ligne (IPPL). Les Territoires du Nord-Ouest, la Colombie-Britannique, l'Alberta et la Saskatchewan utilisent l'infirmière autorisée en pratique avancée (IAPA), le Manitoba l'infirmière autorisée en pratique étendue (IAPE) et l'Ontario l'infirmière autorisée catégorie spécialisée (IACS)²¹. Seules la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve utilisent le terme IPPL²¹. On comprend que les ordres professionnels des Territoires du Nord-Ouest, de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario emploient d'autres termes pour différencier les IPPL des infirmières autorisées, car le titre d'IP n'y est pas encore légalement protégé. Cependant, il faut se rendre à l'évidence qu'il faudra rapidement protéger ce titre, car la confusion ne fera que s'accroître surtout si l'on utilise des termes non spécifiques tels que « catégorie spécialisée » ou « pratique étendue »²¹.

1.1.3 L'infirmière praticienne en première ligne (IPPL)

L'IPPL est tout simplement une infirmière praticienne (donc faisant partie de la PIA) qui pratique en soins primaires. Santé Canada (2008) définit ce que devrait comprendre les soins primaires : la prévention et le traitement de blessures et de maladies courantes (ex : les entorses, les lacérations, les infections des voies respiratoires supérieures, les infections urinaires, le diabète, l'hypertension), les services d'urgence de base, des aiguillages et la coordination avec d'autres niveaux de soins (comme les hôpitaux et les soins d'un spécialiste), les soins de santé mentale de base, les soins palliatifs et les soins de fin de vie, la promotion de la santé, le développement sain des enfants, les soins de maternité, les services de réadaptation³². Cela dénote les limites générales des soins de première ligne. L'institut américain de médecine ajoute des caractéristiques personnelles pour les professionnels œuvrant en soins primaires telles que : le développement d'un partenariat soutenu avec le patient,

la vision du contexte familial et social ainsi que les soins accessibles et intégrés²⁸. Ceci est cependant non spécifique car applicable dans tous les milieux de soins.

1.1.4 Différence entre l'IP et l'ICS

Comme vu plus haut, l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) fait aussi partie du groupe de PIA. Cependant, il importe de la différencier de l'IP car cela pourrait aussi être une source de confusion pour le public. D'ailleurs, Mantle (1993) disait que le Canada a désespérément besoin de clarifier les différents rôles cliniques en pratique infirmière avancée³³. Cela est encore vrai aujourd'hui.

Les distinctions peuvent se résumer à quatre aspects. Le premier est que seuls les IP ont reçu un surcroît de pouvoirs législatifs qui leur permettent d'exécuter des actes traditionnellement réservés à d'autres professions²¹. Le deuxième provient du fait que l'IP passe 80% de son temps en soins directs au patient comparativement à 10-20% pour l'ICS^{21,28}. Troisièmement, l'IP pratique dans des milieux de soins primaires tandis que l'ICS se concentre sur une clientèle possédant une problématique spécifique dans les secteurs de soins secondaires et tertiaires²². Finalement, les ICS ont une formation de deuxième et troisième cycle alors que la formation des IP varie entre la formation infirmière initiale (diplôme ou baccalauréat) et les deuxième et troisième cycles universitaires²¹.

Selon Ford et Silver (1967), le but de l'IP est de procurer des soins au patient tandis que celui de l'ICS est d'améliorer sa santé. En pratique, la frontière qui sépare l'IP de l'ICS est très mince. Certains auteurs suggèrent même que ces deux rôles soient regroupés²². En effet, toutes ces différences se sont estompées avec le temps. Par exemple, il y a de plus en plus d'IP qui obtiennent leurs diplômes de deuxième cycle, les ICS passant davantage de temps à prodiguer des soins directs aux patients et les IP se retrouvant de plus en plus dans les secteurs secondaires et tertiaires²². Pour illustrer ce dernier énoncé, prenons l'exemple du Québec où l'on retrouve des infirmières praticiennes dans les milieux spécialisés de soins : les infirmières praticiennes en soins actifs (IPSA).

1.1.5 Différence entre IPPL et IPSA

Il importe de faire une distinction entre l'IPPL et l'IPSA. En effet, le Québec s'est doté, en 2003, d'un nouveau cadre législatif pour permettre la création des IPSA afin de répondre aux besoins de santé évolutifs¹¹². Il n'y a donc pas d'IPPL au Québec pour le moment. Par contre, l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) commence à réglementer le rôle d'IPPL pour remédier à la situation des infirmiers en régions éloignées qui pratiquent souvent des rôles étendus (diagnostic et traitement), étant les seuls pourvoyeurs de soins de santé à proximité⁴⁰. Contrairement aux IPSA, les IPPL se retrouvent avant tout en milieu communautaire : centres de santé communautaires, cabinets de médecin de famille, etc.^{25,28}. Au Canada, elles sont des généralistes et reçoivent une formation complémentaire au baccalauréat qui n'est pas nécessairement de niveau maîtrise tandis que les IPSA sont des spécialistes en soins spécialisés (cardiologie, néphrologie, néonatalogie), travaillant généralement dans les établissements de soins de courte durée comme les hôpitaux²¹. Elles reçoivent une formation de deuxième ou troisième cycle en grande majorité²¹.

La plus grande distinction demeure dans la réglementation. Cette dernière a pour but de bien distinguer les deux groupes sur leurs rôles et leurs fonctions. Il y a sept provinces et territoires qui ont un cadre réglementaire visant les IPPL (Territoires du Nord-Ouest, Alberta, Saskatchewan, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve) et trois provinces pour les IPSA (Québec, Terre-Neuve et Nouvelle-Écosse)²¹. Il est donc clair que pour plusieurs provinces, on ne peut faire de distinction entre les deux, car les IPSA ne sont pas réglementées : elles n'ont pas de rôle désigné, spécifique et bien établi. Alors, certaines infirmières exercent un rôle d'IPSA ou d'IPPL sans être reconnues comme telles. Il est à noter que la terminologie utilisée au Québec pour désigner les IP est l'infirmière praticienne spécialisée (IPS). L'IPS peut être spécialisée en soins actifs (cardiologie, néonatalogie ou néphrologie) ou en soins de première ligne (IPSPL). Alors, dans la partie sur l'historique au Québec, l'acronyme IPSPL sera utilisé.

1.2 Histoire de l'infirmière praticienne de première ligne

Il est important de connaître l'histoire de l'infirmière praticienne en première ligne (IPPL) aux États-Unis, au Canada ainsi qu'au Québec pour être en mesure de comprendre d'où elle vient et la raison de l'engouement autour de cette nouvelle profession. Cela permet aussi de comprendre comment s'est instaurée l'acceptation de l'IPPL.

1.2.1 Les États-Unis

L'histoire américaine de l'IPPL a grandement influencé l'établissement de l'IPPL au Canada. Cette profession est née du désir des infirmières de soigner les plus démunis et elle a pris beaucoup d'expansion, lors des différentes guerres qui ont affligé ce pays.

Bien que le terme infirmière praticienne ne soit apparu qu'en 1960, les origines des tâches étendues pour l'infirmière remontent à la fin du XIXe siècle. En 1893, une jeune infirmière graduée nommée Lillian Wald crée le Henri Street Settlement House (HSS) à Manhattan³⁴. Ce service procure des soins à domicile et est un dispensaire s'occupant des soins primaires de base ainsi que des urgences ne nécessitant aucune autre référence médicale³⁴. Selon Hamric, Spross & Hanson (2005), ces infirmières sont les précurseurs des infirmières praticiennes de première ligne d'aujourd'hui. C'est aussi à cette époque que commencent les conflits interprofessionnels avec les médecins. Ces derniers, voyant la popularité de ce service, n'acceptent pas le rôle étendu de l'infirmière, y voyant une atteinte à leur intégrité professionnelle et économique. Cependant, ils décident tout de même de leur accorder le droit de prescrire des médicaments et des traitements d'urgence à l'aide d'ordonnance collective, uniquement pour la population mal desservie³⁴. Ces infirmières pouvaient donc prendre soin des pauvres et des démunis pendant que les médecins s'occupaient de la classe moyenne et aisée.

En 1925, toujours dans le but de prendre soin des populations démunies et éloignées, Mary Beckinridge fonde le Frontier Nursing Service (FNS), desservant une région rurale montagneuse défavorisée. Selon Hamric et al. (2005), les infirmières du FNS ont modelé ce qui deviendra, dans les années soixante, le rôle de l'infirmière praticienne de première ligne³⁴. En effet, elles pouvaient traiter et diagnostiquer des patients, prescrire des médicaments et des herbes (incluant la morphine) avec toute l'autonomie nécessaire³⁶. Leurs ordonnances collectives leur provenaient de leur comité médical. Toutefois, elles ne pouvaient exercer que sur des patients pauvres avec peu ou pas d'accès à un médecin. C'est aussi à cette époque que les médecins refusent que les cours de sciences infirmières soient donnés par des collègues, ce qui était pourtant une recommandation d'un comité gouvernemental³⁵.

Dans les années 1930 à 1950, après la grande dépression et le début de la Seconde Guerre mondiale, les infirmières qui travaillaient majoritairement en pratique privée et autonome se tournent vers les hôpitaux où le travail est garanti. Cela a pour effet de resserrer le pouvoir médical sur la profession infirmière et laisse peu de place à l'acceptation de l'élargissement des rôles de l'infirmière. L'armée américaine est la seule à permettre cet élargissement aux infirmières de vol qui ont toute la latitude nécessaire pour traiter un patient³⁸.

En 1960, il y a un désintérêt des médecins face aux soins de première ligne et ils ne veulent pas s'établir dans des communautés rurales. De plus, il y a une pénurie de médecins dans les zones urbaines et rurales défavorisées³⁹. Les citoyens demandent que leur système de santé soit accessible et abordable, car les coûts en santé augmentent de 10% à 14% annuellement³⁴. Cette situation engendre beaucoup de tension et l'infirmière praticienne semble être une solution à ces questionnements. En 1965, Loretta Ford et le Dr Henry Silver créent le premier programme d'infirmière praticienne de soins primaires pédiatriques à l'Université du Colorado³⁴. Ce programme de quatre mois destiné aux infirmières autorisées donne le grade d'infirmière praticienne pédiatrique (IPP), sans l'obtention d'un diplôme de maîtrise. Il permet le diagnostic et le traitement de patients en mettant l'accent sur la

promotion de la santé et sur la famille. Par contre, les ordonnances collectives et la supervision d'un médecin sont toujours de mise. Une étude de Ford et Silver (1967), qui évalue ce projet, démontre que les IPP sont hautement compétentes pour évaluer et prendre en charge près de 75% des cas pédiatriques²⁶, que les enfants soient malades ou en santé. Cela attire rapidement l'attention des décideurs et politiciens qui approuvent le concept de l'IP faisant en sorte que l'IP est maintenant acceptée et employée dans les différentes institutions de santé. Malgré cette avancée importante, des tensions au sein de la profession infirmière surviennent, car certaines infirmières désapprouvent le fait qu'une collègue puisse diagnostiquer des maladies et prescrire des médicaments³⁴. De plus, cette même communauté s'interroge aussi sur le degré de scolarité que devrait atteindre l'IP; la majorité croit que pour que ce programme soit accepté dans la sphère de la pratique avancée, une maîtrise serait indispensable³⁴. Cependant, après l'établissement du programme de Loretta Ford, une multitude de certificats en spécialisation pour l'IP font leur apparition au détriment de programmes de deuxième cycle³⁴.

Pour répondre au problème de la formation, il y a création, en 1974, du National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF)³⁴. Ce groupe formé essentiellement de professeurs universitaires en sciences infirmières va militer en faveur d'une standardisation des programmes de formation des IP au niveau de la maîtrise. Leur voix aura des échos jusqu'au bureau du ministre de la Santé de l'époque qui forme un comité pour évaluer la faisabilité de la pratique infirmière avancée³⁴. Le comité conclut que l'extension du rôle de l'infirmière est essentielle pour l'accessibilité universelle aux soins de santé des Américains³⁴. Alors, le gouvernement fédéral supporte financièrement les différents programmes de formation des IP incluant celui des soins de première ligne et les médecins acceptent de plus en plus de travailler avec elles³⁴. C'est ainsi qu'au début des années soixante-dix, l'Idaho devient le premier État à reconnaître les rôles de diagnostic et de traitement comme faisant partie du champ de pratique infirmière³⁴. Cependant, ce champ est restrictif car les actes doivent être préalablement autorisés et régulés par l'Idaho State Board of Medicine and Nursing³⁴. De surcroît, les IP ne peuvent

prescrire des substances contrôlées telles que la morphine et la codéine³⁴. En effet, l'agence qui règlemente ce genre de substance, la Drug Enforcement Agency (DEA) n'octroie des permis qu'aux praticiens ayant une large autorité prescriptive tels que les médecins et les dentistes³⁴. Ce n'est qu'en 1992 que ce permis leur est accordé dans la catégorie des « mid-level providers » (MLPs)³⁴. Ce permis leur confère un numéro de praticien permettant la prescription de substances contrôlées à condition que cette permission leur ait été accordée dans l'état où elles pratiquent.

Les médecins demeurent un grand obstacle à l'autonomie de l'IP durant les années 80, et ce, malgré une popularité sans cesse grandissante auprès de la population, des victoires juridiques et une reconnaissance politique presque unilatérale³⁴. Ces derniers s'opposent à ce qu'un praticien non-médecin puisse prodiguer des soins de santé de première ligne sans supervision médicale³⁴. De plus, la récession qui s'abat sur les États-Unis à cette époque freine l'élan de l'IP car les médecins sont en plus grand nombre³⁴. En 1983, seuls les états de l'Oregon et de Washington accordent une autorité prescriptive totalement indépendante à l'IP³⁴.

La lutte pour obtenir une autorité prescriptive indépendante se poursuit dans les années quatre-vingt-dix, car les IP doivent se battre non seulement contre les lois de leurs états respectifs, mais aussi contre un marché en pleine mutation. En effet, l'administration Clinton tente, mais sans succès, de réformer le système de santé pour en contrôler les coûts et améliorer l'accessibilité³⁴. Au même moment, le secteur privé prend le dessus et une nouvelle forme de rémunération des médecins prend place : le paiement à l'acte (fee for service)³⁴. Avec cette nouvelle forme de paiement, les assureurs ne remboursent que les actes qui sont couverts. Par exemple, certains actes sont couverts lorsqu'ils sont effectués par des médecins mais les mêmes actes ne le sont plus lorsqu'ils sont réalisés par une IP. Cela demeure le plus grand défi à surmonter, tant dans les années quatre-vingt-dix qu'aujourd'hui.

Malgré toutes ces embûches, il y a une multiplication du nombre d'IP et le développement du rôle de l'IPPL se poursuit. De plus, la maîtrise devient la norme en

ce qui a trait à la formation des IPPL. En 1998, des 769 programmes pour l'obtention du grade d'IP, la grande majorité sont des programmes de maîtrise ou de postmaîtrise; il n'en reste que 12 au niveau du certificat postbaccalauréat³⁴. En 2002 l'ACNP (l'American College of Nurse Practitioner) s'est jointe à l'AANP (l'American Academy of Nurse practitioner), ce qui a eu pour effet de standardiser les certifications des IP³⁴.

En résumé, le rôle de l'IPPL aux États-Unis s'est grandement développé grâce au manque de médecins dans les régions rurales, mais aussi grâce aux différentes guerres auxquelles ils ont pris part. Cependant, la reconnaissance des IPPL a tardé à cause du pouvoir des organisations médicales. Aujourd'hui, les IPPL ont beaucoup de difficulté à se faire rembourser leurs actes par les compagnies d'assurances privées qui les considèrent comme des praticiennes de second ordre.

1.2.2 Le Canada

L'histoire de l'IPPL au Canada, bien que tardive, moins riche et d'origine moins claire, n'est pas étrangère à celle des États-Unis. En effet, c'est aussi dans les années soixante-dix que l'IPPL fait son apparition dans les milieux ruraux et éloignés ainsi que dans le Grand Nord afin de prodiguer des services de santé à une population qui n'avait pas d'autres moyens de recevoir des soins²⁷. Ce nouveau service profite des nombreuses études américaines pour faire son entrée dans le système de santé canadien.

Vers la fin des années soixante, plusieurs facteurs amènent la naissance de ce nouveau rôle, dont l'évolution du rôle de l'infirmière, la pénurie de médecins, les effets d'une tendance à la spécialisation des médecins et le débat entourant la création aux États-Unis d'une nouvelle catégorie de professionnels : l'assistant ou l'adjoint médical⁴⁰. À cette époque, les jeunes diplômés de médecine se tournent de moins en moins vers le métier de généraliste et davantage d'étudiants préparent une spécialité⁴⁰. De plus, avec l'avènement des régimes d'assurance-maladie, la demande est accrue, mais l'offre en soins de première ligne diminue. Alors, une meilleure

division des responsabilités et une meilleure délégation des rôles deviennent indispensables⁴⁰. Bien que l'infirmière soit une candidate toute désignée pour accueillir ces nouveaux rôles, l'assistant médical demeure une possibilité et cela crée une polémique au Canada⁴⁰. L'assistant médical est une catégorie créée en 1965 aux États-Unis pour assister les médecins, les infirmières américaines ayant clairement indiqué qu'elles ne voulaient pas de ce rôle³⁴.

En 1971, le gouvernement canadien convoqua une conférence nationale portant sur la question des assistants médicaux et sur les rôles complémentaires du médecin et de l'infirmière⁴⁰. Cette conférence n'a pas permis de répondre directement à la question de savoir qui devrait assister le médecin. Néanmoins, personne ne vit la nécessité de la création de l'assistant médical⁴⁰. Tous penchaient en faveur de l'accroissement de la formation et du rôle des professionnels en place et plus spécifiquement celui des infirmières⁴⁰. Le Dr Maurice LeClair, sous-ministre de la Santé nationale, déclara à cette conférence que le rôle de l'infirmière devait être élargi mais que des barrières juridiques, économiques et professionnelles empêchent cette expansion⁴⁰. Alors, cette conférence a recommandé que les enseignants en médecine et en sciences infirmières mettent conjointement sur pied des programmes de formation pour les infirmières praticiennes⁴⁰.

Le premier programme de formation infirmière en rôle élargi a été mis en place par l'Université Dalhousie, à Halifax. Ce cours de deux ans, créé en 1967, donne droit à un diplôme de sage-femme ou d'infirmière en poste isolé^{40,41}. Les finissantes de ce cours ne peuvent cependant pas prodiguer des soins de première ligne en Nouvelle-Écosse; elles sont uniquement dédiées aux habitants du Grand Nord⁴⁰.

Le développement de différents programmes qui suivirent n'aurait pas vu le jour sans le rapport Boudreau au début des années soixante-dix. En effet, en 1971, un comité de six personnes fut mis en place par le gouvernement fédéral pour étudier le rôle de l'infirmière praticienne dans le système de santé canadien. Ce comité fait suite à la conférence nationale mentionnée plus haut. Son mandat est le suivant : a) définir le

ou les rôles et les fonctions des infirmières cliniciennes en ce qui touche aux soins primaires et faire connaître sous forme de ligne de conduite en matière d'enseignement quelles seraient les aptitudes et les connaissances nécessaires⁴⁰; b) tenir compte de la formation des infirmières cliniciennes autrement que par la voie des programmes de diplôme ou baccalauréat⁴⁰. À cette époque, l'appellation infirmière praticienne n'est pas standard (infirmière clinicienne en soins primaires, infirmière au rôle élargi) et la couverture de plusieurs articles montre que la nomenclature change, selon les auteurs⁴⁰. D'ailleurs, le comité reconnaît que l'expression « infirmière praticienne » se prête à toutes sortes d'interprétations⁴⁰.

Après plusieurs réunions et discussions, le comité énumère trois recommandations importantes : en premier lieu, que l'on mette en priorité l'implantation de l'IPPL pour répondre aux besoins en soins primaires⁴⁰. Cela a donné l'élan, toujours dans les années soixante-dix, de mettre sur pied des postes d'infirmière praticienne dans plusieurs provinces⁴⁰⁻⁴².

En second lieu, la priorité qui s'impose est qu'il y ait création et évaluation de projets pilotes partout au pays⁴⁰. La Saskatchewan a créé le Nurse Practitioner Demonstration Project, dans certaines de ses communautés éloignées, de 1974 à 1976⁴¹. Ce projet pilote qui devait durer deux ans a fait appel à quatre infirmières ayant une formation particulière en tant qu'IPPL. Les résidents de ces communautés ayant utilisé leurs services ont trouvé que le programme était acceptable et qu'ils auraient accepté une IPPL autant qu'un médecin comme fournisseur de santé primaire⁴¹.

Finalement, la dernière priorité énoncée par le comité Boudreau est qu'il y ait mise en place de programmes de formation par les facultés de médecine et de sciences infirmières⁴⁰. Le comité reconnaît alors la philosophie des sciences infirmières comme distincte de celle de la médecine. Cela a permis une multiplication des programmes au Canada. Bien que l'Université Dalhousie fût la pionnière dans ce domaine, six nouveaux programmes furent lancés en 1972 en association avec la

Direction des services médicaux de Santé et Bien-être Canada pour les infirmières travaillant dans le Grand Nord canadien⁴⁰. Par Ailleurs, la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario reconnaissent le manque de standardisation de la formation et recommandent un niveau supérieur au baccalauréat⁴¹.

Le comité Boudreau reconnaît que l'implantation de ces nouveaux professionnels doit se faire de façon graduelle et que ces efforts doivent être reconnus et soutenus non seulement par les différents gouvernements mais aussi par le système juridique⁴⁰. En effet, plusieurs médecins et autres professionnels de la santé de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse ont démontré une certaine opposition face aux rôles de l'IPPL, certains les voyant même comme une menace financière⁴¹.

Les années quatre-vingt, comme d'ailleurs aux États-Unis, sont une période creuse. La récession ayant touché le Canada, il y a trop de médecins et la contribution du gouvernement face aux programmes de soins infirmiers diminue⁴⁰. Alors, le nombre d'initiatives incluant les IPPL va dans le même sens. Le surplus de médecins devient donc un frein à l'expansion de l'IPPL.

En 1992, on recense environ 250 IPPL majoritairement situées en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba et en Ontario⁴⁰. Ce nombre ne se compare guère aux 30000 infirmières praticiennes que l'on dénombre aux États-Unis en 1988⁴⁰. Par contre, le rôle de l'IPPL continue de progresser après que le Canada se relève tranquillement de la récession. La NPAO (Nurse Practitioner Association of Ontario) souhaite qu'un programme de maîtrise ainsi qu'un programme de certification soient mis en place⁴⁰. Cela a pour objectif d'instaurer des normes de formation et empêcher que le rôle de l'IPPL ne soit défini par des politiciens, des médecins ou toute autre catégorie de professionnels qu'infirmier.

Au début des années quatre-vingt-dix, la reconnaissance du rôle de l'IPPL demeure toujours controversée. Les infirmières exerçant dans les postes isolés du Grand Nord

travaillent, à cette époque, pour la Direction des Services Médicaux de Santé et Bien-être Canada (qui est aujourd'hui la Direction de la Santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada). L'organisme fédéral ne leur donne pas le titre d'infirmière praticienne même si elles en exercent le rôle et même si elles ont suivi une formation⁴⁰. Même le programme de l'Université Dalhousie n'emploie pas le terme « infirmière praticienne » pour désigner leur programme. Les diplômées de cette université reçoivent un diplôme d'infirmière en services éloignés et en soins infirmiers communautaires. On peut donc conclure que la juridiction provinciale ne reconnaît pas encore l'IPPL comme une professionnelle de la santé autonome et qu'il existe un certain inconfort face à la désignation d'infirmière praticienne. Cette crise d'identité va aussi caractériser les années quatre-vingt-dix car personne ne s'étend sur le sens qu'on doit donner à cette désignation⁴⁰. En effet, la perception de l'infirmière praticienne comme assistante médicale persiste alors que ce rôle devrait plutôt être vu comme une extension de la profession infirmière.

Le domaine de pratique est aussi un problème car une IPPL ne peut jamais s'acquitter de son rôle sans être supervisée par un médecin, que ce soit de façon directe ou indirecte⁴³. Cela est causé par le fait que bien que les tâches soient déléguées, le médecin en conserve la responsabilité. De plus, tout comme les Américains, le remboursement des services de l'infirmière praticienne n'est pas encore établi⁴⁰.

En résumé, on voit que l'histoire canadienne de l'IPPL ressemble à l'histoire américaine. Le développement de son rôle s'est accru grâce au manque de médecins. Le pouvoir de ces derniers a aussi été un facteur déterminant pour en limiter l'implantation. De plus, le rôle de l'IPPL doit être clarifié davantage.

1.2.3 Le Québec

D'aucuns estiment que l'histoire des infirmières praticiennes au Québec remonte à 1642, à l'époque où Jeanne Mance a créé un centre hospitalier (l'Hôtel-Dieu de Montréal) et les Sœurs grises faisaient des visites à domicile⁴⁴. Par contre, c'est après la Révolution tranquille qu'apparaissent les infirmières en santé communautaire qui

se rapprochent le plus de l'IPSPL. Avec la création des Centres locaux de services communautaires (CLSC), ces infirmières étaient le premier contact avec le patient et elles étaient impliquées dans la planification et l'exécution de programmes spécifiques tels que : soins prénatals, santé scolaire et santé au travail⁴¹. Ces secteurs de soins font ressortir l'importance de la prévention des maladies ainsi que la promotion de la santé dans le rôle de l'IPSPL. De plus, les infirmières pratiquant dans les régions rurales telles que la Côte-Nord ont souvent une « fonction de remplaçante médicale »⁴⁵. Cependant, toutes ces catégories d'infirmières sont bien loin du rôle que joue l'IPSPL dans les autres provinces canadiennes.

Tout comme l'histoire américaine et canadienne, les infirmières travaillant en région éloignée sont considérées comme la seule ressource médicale de proximité. De ce fait, elles peuvent pratiquer des tâches traditionnellement réservées aux médecins⁴¹. Cependant, l'histoire québécoise au sujet de l'IPSPL n'est pas très riche car ce rôle n'existe toujours pas en 2008. En effet, ce n'est que depuis 2003 qu'un nouveau cadre légal modifiant la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* permet le développement de l'infirmière praticienne : la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives*. Cette dernière permet à une infirmière d'exercer cinq activités médicales : prescription d'examen diagnostique, utilisation de techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice, prescription de médicaments et d'autres substances, prescription de traitements médicaux et utilisation de techniques ou application de traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice¹¹². Par contre, le diagnostic n'en fait pas partie et relève de l'expertise exclusive du corps médical. Ce n'est qu'en 2005 que les premières étudiantes terminent leur formation d'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie, cardiologie et en néphrologie. En centre spécialisé, les patients possèdent déjà un diagnostic donné par un médecin. Ainsi, ces infirmières praticiennes spécialisées n'ont pas à diagnostiquer mais elles doivent plutôt faire des ajustements de médication ou des tests pour confirmer le diagnostic. Cependant, l'IPSPL doit être en mesure de poser des diagnostics car le patient arrivant dans une clinique de première ligne n'a été ausculté par personne auparavant et n'a donc aucun

diagnostic préalable. Cela démontre que le Québec accuse un retard de plus de 40 ans face aux États-Unis et d'au moins 30 ans face à l'Ontario. Les discussions entre l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des Médecins se poursuivent à cet effet¹¹⁵.

1.3 Les rôles de l'infirmière praticienne en première ligne

Maintenant que la pratique infirmière avancée ainsi que l'infirmière praticienne de première ligne ont été définies, un examen du rôle de l'IPPL permet d'opérationnaliser ses fonctions. Les prochaines lignes présentent ce que révèle la littérature à propos du développement de ces rôles et leur application tant aux États-Unis qu'au Canada.

Un certain nombre d'auteurs ont étudié l'évolution des rôles de l'infirmière qui amène à une pratique avancée⁴⁶⁻⁴⁸. Hanson et Hamric (2003) repèrent trois stades de cette évolution. Ils seront analysés en mettant le rôle de l'IPPL en parallèle.

Le premier stade est celui du développement de la spécialité dans un milieu clinique donné²⁶. Il se crée grâce à la nouvelle technologie, grâce aux changements au niveau du besoin des patients ou d'une pénurie d'un groupe professionnel²⁶. Pour l'IPPL, on peut penser que ce premier stade est né dans les régions éloignées. Lorsqu'il n'y avait pas de médecin omnipraticien pour voir les patients, les infirmières présentes dans ces secteurs ont dû accomplir des tâches traditionnellement réservées au médecin pour répondre aux besoins des patients qui sans elles n'auraient pas eu accès à des soins de santé primaire. Cet exemple est typique autant dans l'histoire américaine que canadienne.

Le deuxième stade est l'organisation de la formation pour la spécialité en question²⁶. Cela se produit lorsque la spécialité se développe à un point tel qu'une formation spécialisée et organisée est nécessaire²⁶. Les soins de première ligne ont grandement évolué surtout après les deux guerres mondiales. À cet effet, les organisations

infirmières ont rapidement vu la nécessité de former les IPPL de façon formelle pour les tâches à accomplir.

Le troisième stade est la standardisation et l'émergence de la formation au deuxième et troisième cycle²⁶. Ce stade survient lorsque la connaissance de la spécialité s'accroît, que le champ de pratique des infirmières spécialement formées s'étend²⁶ et qu'il y a une reconnaissance grandissante de la connaissance et des habiletés nécessaires pour la pratique dans une spécialité complexe⁴⁸. C'est cette standardisation qui augmentera l'acceptation et une meilleure compréhension de l'IPPL par le public. Le meilleur exemple est que la formation exigée pour les IPPL était jadis un certificat mais de nos jours, la plupart des associations infirmières nord-américaines tendent à ce que cette formation soit une maîtrise²⁶. Cela prouve qu'on a reconnu que les soins de première ligne sont une pratique complexe qui nécessite un haut niveau d'études universitaires. Cependant, il aurait été utile de nommer de qui doit provenir cette reconnaissance. En effet, cette dernière se doit d'être unilatérale, c'est-à-dire que les associations de professionnels de la santé incluant les infirmières, les partis politiques au pouvoir, la population ainsi que les instances juridiques doivent en faire partie. Hanson et Hamric (2003) rappellent que les spécialités n'auront pas toutes besoin de développer une pratique infirmière avancée et qu'il n'est pas facile de savoir quel type de spécialité en développera une²⁶.

Le rôle de l'IPPL ainsi que celui de toutes les infirmières en pratique avancée a toujours été mal défini ou défini par une autre profession. En effet, le premier stade ci-haut mentionné ainsi que l'histoire démontrent clairement que l'IPPL existe aujourd'hui grâce à un manque de médecins dans les régions éloignées. Cela a fait en sorte qu'elle a été considérée comme une assistante médicale ou une remplaçante du médecin²⁶. Ce sont donc les médecins qui ont décidé du rôle qu'elle jouerait dans le système de soins primaires en leur déléguant des tâches^{24,26}. Cela porte à croire que s'il y a un surplus de médecins ou de résidents, ce rôle pourrait être porté à disparaître²⁶. Par ailleurs, le lieu de pratique a aussi été déterminant car une IPPL qui pratique en région n'a pas les mêmes pouvoirs qu'en ville. Alors, il y a nécessité de

bien définir le rôle de l'IPPL, surtout en ce qui la distingue de celui du médecin. Les infirmières qui effectuent des diagnostics et prescrivent des médicaments doivent le faire en tenant compte de l'environnement psychosocial du patient tout comme le veut la définition de la PIA.

Une distinction est faite par Kaufman (1996) qui précise l'importance du rôle de *Caring* de l'IPPL. Ce rôle provient d'une théorie infirmière reconnue par plusieurs auteurs⁴⁹⁻⁵¹. Il considère que ce concept doit être central à la pratique des IP ainsi qu'à toutes les infirmières en général. La théorie du *Caring* a été créée par Jean Watson en 1980. Mme Watson a développé cette dernière pour différencier les sciences infirmières de la médecine⁵². Cette école de pensée repose sur une approche humaniste des soins et tente de répondre à la question : « comment les infirmières font ce qu'elles font? »⁵³. Pour ce faire, elle définit le *Caring* à travers un ensemble de dix facteurs dits *caratifs*. Ces derniers visent le développement d'un système de valeurs humanistes et altruistes. L'infirmière doit prendre en compte son système de croyances ainsi que celui du patient et être sensible aux émotions. Cela facilite une relation d'aide et de confiance entre les deux parties qui s'établit dans un environnement sain. La prévention des maladies, la promotion de la santé et l'utilisation systématique de la méthode scientifique sont des concepts centraux^{52,53}.

Ces facteurs caratifs démontrent comment la profession infirmière diffère de celle des médecins. La théorie du *Caring* permet aussi de différencier le *caring* (prendre soin) du *curing* (guérir la maladie). Cependant, Watson estime que l'infirmière doit aller au-delà de ces facteurs *caratifs* pour faciliter le cheminement du patient vers une meilleure santé⁵².

1.3.1 Les tâches de l'IPPL

Selon Hamric et al. (2005), l'IPPL peut exercer plusieurs tâches traditionnellement reconnues aux médecins. L'auteur résume ces tâches comme suit : prise de l'histoire médicale, examen physique complet, établir un diagnostic, prescrire et effectuer des tests diagnostiques (tests sanguins, radiographie, PAP test, etc.), prescrire des

médicaments, prendre en charge et faire le suivi de la maladie chronique ou sévère, effectuer des chirurgies mineures et référer le patient à un autre professionnel de la santé. La plupart des recommandations thérapeutiques de l'IPPL peuvent être non pharmacologiques^{28,43}. Par exemple, elle peut recommander une nouvelle diète, un programme d'exercice ou une stratégie antistress. Une attention particulière de son travail quotidien est basée sur la promotion de la santé et la prévention des maladies²⁸. Pour y arriver, elle utilise des stratégies comme le counselling, la connaissance des diversités culturelles, l'enseignement au patient, les plans de soins, l'utilisation de la famille ou du contexte social dans un plan thérapeutique²⁸.

L'American Academy of Nurse Practitioner (AANP) reconnaît que la totalité des rôles mentionnés ci-haut fait partie des services offerts par l'IPPL mais qu'ils sont règlementés par les différents états⁵⁴. En effet, une étude réalisée par Peason (2004) illustre une partie de ces différences : elle identifie le champ de pratique ainsi que l'autorité de prescrire des IP aux États-Unis⁵⁵. En ce qui a trait au champ de pratique, on s'aperçoit que dans 25 états et dans le district de Columbia, l'ordre des infirmières et infirmiers a l'autorité légale nécessaire de régler sans la collaboration, la direction ou la supervision du médecin^{55,56}. Les autres États doivent utiliser des protocoles ou des ordonnances collectives⁵⁵. Une ordonnance collective est la prescription d'un test ou d'un médicament faite par un médecin à une population donnée ou à un professionnel en particulier^{56,57}.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIC) reconnaît aussi le champ d'exercice suggéré par Hamric et al. (2005) mais, au Canada, la santé est de juridiction provinciale. C'est donc à chaque province de régler les rôles de l'IPPL. L'exemple du pouvoir de prescription permettra de bien illustrer ces différences. En Ontario, les IPPL ne peuvent prescrire que les médicaments précisés dans le règlement. Pour modifier ce règlement, il faut tenir de vastes consultations en vue d'obtenir l'approbation de l'ordre ontarien ainsi que du cabinet provincial, tandis qu'en Nouvelle-Écosse, la liste des médicaments pouvant être prescrits est établie par

un comité de diagnostic et de thérapeutique²². Le tableau I résume les principales activités des IP au Canada, selon les provinces :

Tableau I - Réglementation des rôles des IP au Canada (tiré de l'AIIC 2006)

| Rôles Provinces | Poser un diagnostic sur une maladie, un trouble ou un état de santé | Prescrire et interpréter un test diagnostique ou de dépistage | Prescrire des médicaments |
|--------------------------------------|---|---|---------------------------|
| Terre-Neuve-et-Labrador | X | X | X |
| Île-du-Prince-Édouard | X | X | X |
| Nouvelle-Écosse | X | X | X |
| Nouveau-Brunswick | X | X | X |
| Québec | - | X | X |
| Ontario | X | X | X |
| Manitoba | X | X | X |
| Saskatchewan | X | X | X |
| Alberta | X | X | X |
| Colombie-Britannique | X | X | X |
| Territoire du Yukon | - | - | - |
| Territoires du Nord-Ouest et Nunavut | X | X | X |

On peut affirmer que la grande majorité des provinces acceptent que leurs IP puissent^{21,31} :

- A) Établir et communiquer des diagnostics,
- B) Commander et interpréter des tests diagnostiques et de dépistage,
- C) Choisir, recommander et prescrire des pharmacothérapies, des interventions et des traitements et en contrôler l'efficacité.

Certaines lois provinciales permettent aux IP d'effectuer d'autres fonctions comme dispenser des soins d'urgence, prescrire l'application d'une forme d'énergie (ex : rayon X) ou pratiquer des interventions chirurgicales mineures³¹. Le territoire du Yukon est le seul à ne pas avoir de règlement pour les IP. Cependant, sa *Loi sur la profession d'infirmière autorisée* est assez générale pour englober les infirmières en pratique élargie³¹. De plus, toutes les provinces reconnaissent les rôles de l'IPPL suivants :

- A) Collaboration avec les autres professionnels de la santé
- B) Promotion de la santé
- C) Prévention des maladies et des blessures
- D) Coordination et gestion des soins, ce qui comprend la prise en charge des épisodes de maladie aiguë ou chronique.

1.4 Le niveau d'éducation de l'infirmière praticienne de première ligne

La section sur les rôles de l'IPPL montre que son champ de pratique est plutôt vaste au point de vue technique mais que cela doit s'insérer dans un cadre infirmier. Cependant, il faut chercher à savoir quel type de formation lui est nécessaire afin qu'elle puisse exercer sa profession et, surtout, comment s'opérationnalise celle-ci. Une formation solide, bien établie et reconnue permettrait à l'IPPL d'être davantage acceptée par la population.

L'American Academy of Nurse practitioner (AANP), l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIC), l'Association canadienne des écoles en sciences infirmières (ACÉSI), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ainsi que plusieurs auteurs se prononcent en faveur d'une formation de maîtrise pour

l'IPPL^{30,34,54,58-64,112}. Évidemment, le fait que cette formation soit au deuxième cycle assure l'élément recherche qui permet l'avancée des connaissances pour la profession infirmière. Cependant, il existe une grande variabilité dans la structure et l'organisation des programmes de formation des IP en général⁶⁵. En effet, on observe cette variabilité tant au Canada qu'aux États-Unis au niveau de la durée, des cours, de la formation clinique préalable, des exigences d'admission, du diplôme conféré, du nombre d'heures de pratique clinique requises, de la disponibilité de l'évaluation, de la reconnaissance des acquis, du domaine de prestation, du modèle de prestation et du contenu^{41,63,65,66}. Au Canada, l'ACÉSI reconnaît que les normes de formation et de contenu des programmes en sciences infirmières sont sous sa responsabilité et voit la nécessité de les standardiser⁶³.

Selon Alpert, Fjone & Candela (2002), d'ici 2010, la formation des IP ira jusqu'au doctorat⁶⁶. Cette vision est partagée par l'American Association of Colleges of Nursing (AACN) et par l'AANP qui recommandent qu'un titre de docteur en pratique infirmière soit instauré d'ici à 2015⁵⁴. Ces auteurs suggèrent un continuum de formation qui s'étend sur les trois cycles universitaires.

Le premier cycle, au niveau du baccalauréat, vise à explorer le champ de pratique, la formation requise pour l'obtention du permis d'exercice et la relation entre l'IP avec les patients et les autres professionnels de la santé⁵⁴. Le deuxième cycle, au niveau de la maîtrise, sert à accroître et enrichir sa connaissance venant du premier cycle⁵⁴. Le troisième cycle, au doctorat, porte sur la recherche et l'acquisition de compétences avancées⁵⁴. Ce dernier s'accorde bien avec la définition de la pratique infirmière avancée qui accorde un rôle important à la recherche.

En 2004, 84% des IP américaines ont obtenu leur préparation pédagogique au niveau de la maîtrise⁵⁶ tandis qu'en 2006, seulement 23% des IP canadiennes obtiennent cette préparation³¹. Il est donc évident que les provinces canadiennes auront à rattraper les Américains si elles veulent se conformer aux énoncés de position des différentes associations infirmières.

Certaines provinces canadiennes commencent à établir des normes pour s'y conformer. Au Québec, par exemple, cette norme est bien établie car les étudiants désirant accéder au titre d'IPPL doivent tout d'abord compléter une maîtrise en sciences infirmières option pratique avancée de 45 crédits et ensuite un diplôme complémentaire de 33 crédits⁶⁷. La maîtrise sert à l'acquisition des habiletés de recherche en sciences infirmières. Le diplôme se concentre sur la spécialité choisie. Par exemple, pour l'option soins de première ligne, on retrouve les cours suivants : pharmacologie avancée et mesures diagnostiques, physiopathologie avancée, évaluation de santé avancée, éducation pour la santé et un stage⁶⁷. Cela s'accorde avec la vision d'Alpert et al. (2002) car ce diplôme complémentaire et son nombre de crédits alloués font en sorte que l'infirmière ayant terminé cette formation possèdera 78 crédits d'études aux cycles supérieurs. De plus, toute infirmière intéressée par ce programme doit aussi détenir une expérience clinique d'au moins 2 ans dans les domaines suivants : urgence/ soins critiques, médecine, chirurgie, obstétrique ou pédiatrie⁶⁷.

1.4.1 Le contenu pédagogique

Bien qu'il soit recommandé que l'IPPL possède un diplôme de deuxième cycle, le contenu de cette formation n'est pas toujours comparable⁶⁶. De plus, la littérature donne peu d'informations sur ce que devrait être le contenu pédagogique des programmes d'IP⁶⁸. Seulement quelques auteurs se sont penchés sur la question, mais certaines associations professionnelles en donnent aussi les grandes lignes. En fait, Hendricson et Cohen (2003); in Griener et Knebel (2003)⁶⁹ posent trois questions auxquelles les formations pour les professions de la santé devraient être en mesure de répondre :

- a) Quelles connaissances, compétences et valeurs personnelles/professionnelles doit posséder l'étudiant au moment de sa graduation de façon à ce qu'il soit prêt pour des études supérieures ou prêt à fonctionner de façon indépendante?
- b) Quelles expériences d'apprentissage vont permettre à l'étudiant d'acquérir ces compétences?
- c) Comment prouver, de façon tangible, l'atteinte de ces compétences?

Alpert et al. (2002), la National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF), l'American Association of College of Nursing (AACN) et la Pew Health Commission ont, au cours des dix dernières années, suggéré de grandes lignes sur ce que devrait être le contenu de la formation de l'IP en général. Toutefois, c'est l'AANP qui a développé et établi cette formation qui se sépare en trois : de base, avancée et spécialisée⁶⁶. La formation de base est un tronc commun s'appliquant à tous les étudiants au deuxième cycle ou troisième cycle et elle comprend : la recherche et l'évaluation des résultats, les théories en sciences infirmières, les formalités de remboursement, le marketing, les préoccupations légales et éthiques et la gestion des soins. La formation en pratique avancée s'adresse à toutes les infirmières en pratique avancée et elle comprend : la pathophysiologie avancée, l'examen physique avancé, la pharmacothérapie, la promotion de la santé et la prévention des maladies. Enfin, la formation spécialisée est particulière à la spécialité qu'aura choisie l'étudiant, par exemple : la pratique familiale, les soins aux adultes, la pédiatrie, la gériatrie, les soins actifs et la santé de la femme⁶⁶.

Gardner, Gardner et Proctor (2004) ont fait une étude sur le processus éducationnel et sur le contenu du programme requis pour la préparation de l'IP⁶⁸. Ces auteurs remarquent que bien qu'il existe une multitude de programmes de formation pour les IP, il y a bien peu de recherche sur le sujet et quand il y en a, elle concerne la pratique infirmière avancée et non celle des IP en particulier⁶⁸. Les résultats de leur étude démontrent que quatre secteurs sont nécessaires pour éclairer l'élaboration de programmes : exigences de formation en fonction du modèle spécifique de pratique, exigences génériques de formation, contribution au rôle d'infirmière praticienne et activité d'apprentissage⁶⁸.

Les exigences de formation en fonction du modèle spécifique de pratique se rapportent aux connaissances nécessaires à toute IP de façon à ce qu'elles puissent effectuer leurs tâches de façon autonome. Ces connaissances sont au niveau de la

pathologie, la pharmacologie, la pratique sur les données probantes et le processus de diagnostic⁶⁹.

Les exigences génériques peuvent être regroupées en cinq : la prise de décision clinique, l'évaluation et le diagnostic, la pratique sur les données probantes, la pharmacologie et les modèles de pratique⁶⁹.

Le but principal de la contribution au rôle d'infirmière praticienne est le besoin de faire une distinction, dans la préparation académique, entre l'IP et les autres infirmières en pratique avancée⁶⁹. À cette fin, les auteurs regroupent ces différences : évaluation spécialisée (être en mesure de faire des diagnostics précis), autonomie dans la prise de décision clinique, collaboration et leadership clinique infirmier et connaissance de la science⁶⁹.

Les activités d'apprentissage servent à repousser les limites de la formation de base et spécifique avec des éléments comme l'apprentissage clinique et empirique, la recherche et les lectures indépendantes⁶⁹. Donc l'importance de la recherche, qui est une exigence de la pratique infirmière avancée, est mise en valeur.

Kelley et Kopac (2001) reconnaissent l'importance des cours de physiologie, pathophysiologie et pharmacologie mais ils mettent l'accent sur le cours avancé d'évaluation de la santé⁷⁰. À leur avis, l'évaluation de la santé est une méthode systémique de collecte de données qui permet d'identifier les forces et faiblesses du patient et l'habileté à réussir un examen physique complet⁷⁰. Selon l'AACN (1996), une évaluation de santé complète comprend : la prise de décision clinique, l'examen physique, l'évaluation des risques, l'interprétation des tests de laboratoires, le diagnostic différentiel, le diagnostic et le plan de développement⁷¹. Cependant, la méthodologie d'enseignement de ce cours n'est pas très claire car elle varie selon le nombre de crédits alloués, le contenu ainsi que la situation de ce cours dans les différents programmes d'IP⁷⁰.

Selon Vessey et Huss (2002), l'utilisation de patients standardisés en laboratoire demeure la meilleure méthode pour préparer l'IP à effectuer de bonnes évaluations de santé⁷². Les patients standardisés sont des acteurs ou de vrais patients entraînés à présenter des signes et symptômes de façon réaliste et constante⁷². Les auteurs dénotent certains avantages : ces acteurs peuvent être entraînés à toutes sortes de maladies⁷² et cela empêche que l'on donne de mauvais traitements aux vrais patients. Alors, ces auteurs répondent aux questions de Hendricson et Cohen (2003), in Griener et Knebel (2003)⁶⁹ en affirmant que l'utilisation de patients standardisés est une expérience d'apprentissage qui permet à l'étudiant d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de sa profession. C'est aussi un moyen d'évaluer l'atteinte de ces compétences. Cependant, cette méthode très dispendieuse n'est pas accessible à toutes les facultés de sciences infirmières⁷².

Le stage est un aspect très important de la formation des IP car il permet de mettre en pratique les connaissances apprises en classe ou en laboratoire. Le National Task Force on Quality Nurse Practitioner énumère les normes de stage américaines pour toute catégorie d'IP. Il est à noter qu'il n'y a pas d'organisme au Canada qui standardise ces exigences ; cela est dicté par les différents ordres professionnels⁶⁵. Il est évident que de telles normes nationales pourraient aider à une meilleure acceptation de l'IP au sein de la population canadienne. En pratique, Hayes (1998) remarque que la durée des stages aux États-Unis varie entre quatre et douze mois. Cette auteure s'interroge aussi sur le préceptorat et confirme que les étudiants qui choisissent un mentor qu'ils connaissent ont une meilleure intégration dans le milieu clinique que ceux dont le mentor a été assigné par la faculté⁷³. Il est à noter que dans l'étude de Hayes (1998), 81% des mentors étaient des IP, 16% des médecins et 4% des assistants médicaux⁷³. Cela conduit à poser la question suivante : quel modèle de pratique devrait être utilisé par les IP, lors d'un stage? On doit se rappeler que le modèle infirmier doit être omniprésent pour toutes les catégories d'infirmières en pratique avancée.

Blasdell, Kludnick et Purseglove (2002) se sont penchés sur cette question en comparant trois modèles : infirmier, médical et promotion de la santé⁷⁴. Le modèle infirmier s'inspire de plusieurs théoriciens dont Jean Watson et sa théorie du *Caring*⁷⁴. Le modèle médical est celui qui se concentre sur le diagnostic et le traitement de la maladie, alors que le modèle de promotion de la santé se définit par la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'enseignement au patient et la promotion des habitudes de vie saines⁷⁴. Les répondantes à cette étude étaient des IP de tous niveaux d'éducation mais la majorité d'entre elles (64%) possédaient leur maîtrise⁷⁴. Elles ont été classées en deux groupes, celles ayant une éducation de deuxième cycle (groupe 1) et les autres (groupe 2)⁷⁴. Elles devaient se prononcer sur le modèle qui leur servait le plus dans leur pratique : le groupe 1 trouve que le modèle infirmier est important dans leur préparation académique alors que le groupe 2 considère que c'est le modèle médical qu'elles utilisent le plus dans leur pratique⁷⁴. Cependant, les deux groupes indiquent que c'est le modèle de promotion de la santé qui est le plus important dans leur pratique, suivi du modèle médical, le modèle infirmier étant le moins important des trois⁷⁴. Il est à noter que les deux groupes reconnaissent que les caractéristiques du modèle de promotion de la santé n'appartiennent pas, de façon exclusive, à l'un ou l'autre des modèles⁷⁴. En effet, en regardant la théorie du *Caring*, on s'aperçoit qu'elle incorpore aussi les caractéristiques du modèle de promotion de la santé.

1.4.2 La formation de l'IPPL : une expérience canadienne

En 1995, le ministère de la santé ontarien a financé une initiative pour la formation de l'IPPL afin d'augmenter l'accessibilité aux soins dans les régions éloignées et non desservies par des médecins⁶¹. Ce programme regroupait dix universités de l'Ontario devant mettre en place une formation post-baccalauréat (certificat) bilingue utilisant une combinaison de méthodes d'enseignement (traditionnelle ou à distance) de façon à ce qu'elle soit accessible à tous⁶¹. Cette formation incluait cinq cours : la pathophysiologie, le diagnostic et l'évaluation de santé avancée, la pharmacologie en soins primaires, les rôles et responsabilités et le stage⁶¹. Ces cours se comparent aux exigences de base dictées par la littérature. Cependant, il y a un manque au niveau

des cours sur les théories infirmières et sur la recherche. De plus, cette formation n'était pas une formation de deuxième cycle et cela va à l'encontre de la littérature. Selon Van Soeren, Andrusyszyn, Lashinger, Goldenberg et Dicenso (2000), les autorités ontariennes ont décidé de laisser la formation à ce niveau pour ne pas pénaliser les universités qui n'offrent pas de programme de deuxième cycle⁶¹. Ici, on remarque que c'est la politique et les besoins immédiats qui ont permis au rôle de l'IPPL de se développer sans égard à l'importance de la recherche en sciences infirmières. Ce programme n'existe plus, la formation de deuxième cycle étant privilégiée. Cependant, cela crée encore une disparité dans le milieu de la santé ontarien car on y retrouve encore des IPPL, ayant obtenu ce certificat et d'autres avec des études de deuxième cycle universitaire. Van Soeren et al. (2000) reconnaissent que ce consortium est le plus complexe rapporté dans la littérature et concluent qu'un programme au deuxième cycle aurait été favorable⁶¹.

L'expérience canadienne soulève de nouveaux questionnements sur les méthodes d'enseignement aux IP. En effet, les étudiantes de ce programme pouvaient suivre leur cours à distance en utilisant diverses technologies comme l'Internet. Van Soeren et al. (2000) reconnaissent que la nature coûteuse des programmes d'IP rend ces technologies de plus en plus attrayantes⁶¹. Ryan, Carlton et Ali (1999) affirment que même les formations de cycles supérieurs convergent à grande vitesse vers une « classe électronique »⁷⁵. De plus, la littérature confirme qu'il n'y a pas de différence sur les résultats, entre l'apprentissage à distance et celui fait en classe^{75,76}.

En conclusion, on s'aperçoit que la formation de deuxième cycle est de plus en plus une norme de formation pour l'IPPL. Le contenu des programmes et les méthodes d'enseignement ne font cependant pas encore l'unanimité.

1.5 Comparaison clinique et financière entre l'infirmière praticienne de première ligne et le médecin généraliste

Au fil des années, plusieurs chercheurs se sont demandés si les soins prodigués par les infirmières praticiennes en première ligne différaient de ceux dispensés par les

omnipraticiens. Prescott et Driscoll (1979)⁷⁷ recommandent certains critères qui devraient être respectés afin que la comparaison entre l'IP et le médecin soit convenable, et ce, après avoir analysé plusieurs études sur le sujet. L'auteur retient les plus importants : a) inclure la définition de l'IP en y précisant tous ses rôles; b) établir des relations empiriques entre le processus et les résultats; c) sélectionner au hasard les patients en portant une attention particulière à ce qu'aucun patient ne connaisse déjà le professionnel en question; d) utiliser plusieurs lieux de traitement ou des cliniques différentes. Les études comparant l'IPPL aux médecins portent sur quatre principaux sujets : le contexte de soins, le processus de soins, les résultats et l'analyse financière. Les prochaines lignes nous informeront sur ces catégories différentes.

En premier lieu, le contexte de soins regroupe l'endroit où s'effectue la recherche ainsi que la formation des IPPL, le nombre de participants, les pathologies les plus souvent rencontrées et le type d'étude. Brown et Grimes (1995)⁷⁸ ont fait une méta-analyse de 38 études portant sur le sujet. Ces études s'étendent de 1971 à 1989 et parmi elles, 12 sont des recherches où les patients ont été assignés au hasard soit à un médecin ou à une IPPL. La plupart des IPPL recrutées pour ces études pratiquaient, soit dans des cliniques communautaires, soit dans des cliniques ambulatoires d'hôpitaux. Elles ont suivi une formation en pratique avancée, comprenant des cours de promotion de la santé et d'évaluation de la santé pour des problèmes aigus, mineurs et chroniques⁷⁸. Horrocks, Anderson et Salisbury (2002)¹⁹ ont aussi fait une méta-analyse de 34 études entre 1981 et 2000 et parmi elles, se trouvent 11 études randomisées. Cependant, les auteurs affirment que le terme IPPL est controversé. Pour cette raison, ils ont choisi d'inclure, dans leur méta-analyse, toute infirmière qui offre des soins de première ligne, fait une évaluation de santé et est capable de gérer les épisodes communs de maladies de façon autonome, et ce, qu'elle soit décrite comme IPPL ou non. L'étude de Sakr, Angus, Perrin, Nixon, Nicholl et Wardrope (1999)⁸⁰ effectuée dans un département d'urgence rejoint 1453 patients randomisés consultant pour des blessures mineures de type suivant : lacération, inversion, écrasement, entorse et coups avec objet contondant. Les IPPL sont des infirmières ayant au moins quatre ans d'expérience au département en question, trois semaines de

cours théoriques (anatomie, physiologie, sutures, interprétation des radiographies et examen physique) et 35 jours de pratique clinique supervisés⁸¹. Les médecins juniors sont des diplômés de médecine ayant au moins 18 mois de pratique et enregistrés dans un tutorat sur le soin des blessures mineures. Toujours au niveau des soins primaires, une des études les plus citées est celle de Kinnersley et al. (2000)¹². Ils ont questionné 1368 patients randomisés cherchant une consultation sans rendez-vous le même jour. Ces derniers ont été divisés en deux groupes : ceux consultant un omnipraticien et les autres une IPPL. Cette recherche s'effectue à l'intérieur de dix cliniques différentes. Les caractéristiques démographiques (âge, sexe et statut social) ainsi que les catégories des maladies sont semblables dans les deux groupes. Dans le même ordre d'idée, Shum, Humphreys, Wheeler, Cochrane, Skoda et Clement (2000)¹⁶ ont repris la même étude que Kinnersley et al (2000), cette fois avec des infirmières en pratique générale pour des pathologies mineures. Parmi les pathologies diagnostiquées, près de 50% étaient des infections des voies respiratoires. Ils ont interrogé 1815 patients randomisés. Venning Durie, Roland, Roberts et Leese (2000)¹⁸ interrogent 1316 patients présentant des problèmes de santé mineurs et randomisés à l'un ou l'autre des deux types de professionnels. De ces problèmes, le plus commun est l'infection des voies respiratoires supérieures¹⁸.

En second lieu, le processus de soins inclut la comparaison entre les deux groupes pour ce qui est des ordonnances médicamenteuses, des tests diagnostiques et de la durée de visite. Brown et Grimes (1995) démontrent que l'IPPL utilise légèrement plus de tests de laboratoire que les médecins et qu'ils sont égaux dans le nombre de prescriptions. Safriet (1992) soutient que les IP prescrivent moins de médicaments et utilisent des tests et traitements moins dispendieux⁷⁹. Cependant, l'étude de Venning et al. (2000) contredit Safriet (1992) en affirmant que les IP utilisent plus de tests et leurs consultations sont plus longues. Kinnersley et al. (2000) ainsi que Shum et al. (2000) ajoutent que le nombre d'ordonnances et de tests était semblable dans les deux groupes. Horrocks et al. (2002) affirme que les IPPL interprètent les rayons X aussi bien que les médecins. Cependant, elles demandent plus d'investigations et leurs consultations durent plus longtemps que celles des omnipraticiens. Le nombre de

prescriptions, de références vers un autre service médical et de consultations pour le même problème demeure le même dans les deux groupes. Sakr et al. (1999) mentionnent que les IPPL rapportent l'histoire médicale de façon plus précise que les médecins juniors⁸⁰. Cependant, leurs consultations étaient plus longues soit 10,9 minutes comparativement à 9,02 minutes pour les médecins juniors⁸⁰. Venning et al. (2000) secondent avec des chiffres différents ; 11,57 min contre 7,28 min pour les médecins.

En troisième lieu, les résultats font la comparaison entre les deux groupes pour les effets sur la santé, la satisfaction des patients, l'observance au traitement, la qualité des soins et l'utilisation des services de santé. Brown et Grimes (1995)⁷⁸ affirment que la satisfaction des patients envers l'IPPL est nettement supérieure et il y a même eu des améliorations de certaines conditions pathologiques lorsque les patients étaient suivis par l'IPPL par rapport aux traitements délivrés par les médecins. En effet, on note une amélioration pour les conditions suivantes : pression sanguine, le taux de glycémie, l'otite et le soulagement des symptômes. L'auteur ajoute que l'IPPL et l'omnipraticien sont égaux dans la qualité des soins, le nombre de visites par patient, l'état de santé du patient post consultation et l'utilisation de la salle d'urgence. Une autre donnée relevée par ces études est l'observance au traitement (la prise de médicament, la fidélité aux rendez-vous et le respect des recommandations de changement de comportements). L'auteur a regroupé trois études expérimentales randomisées pour en venir au résultat que les patients de l'IPPL sont nettement plus observants. Brown et Grimes (1995)⁷⁸ concluent que les résultats statistiques démontrent que les soins de l'IPPL sont équivalents et même meilleurs que ceux du médecin. Kinnersley et al. (2000) démontrent que la satisfaction est supérieure chez les patients ayant consulté une IPPL. Ces derniers se disent plus satisfaits des soins reçus, car leurs consultations étaient plus longues et ils ont reçu plus d'information sur leur maladie et sur quoi faire au cas où les symptômes persisteraient. L'état de santé des patients ne s'était pas détérioré davantage dans un groupe ou l'autre. Shum et al. (2000)¹⁶ conclut que son étude supporte l'acceptation de plus en plus large du rôle de l'IP et les résultats démontrent que les participants étaient plus satisfaits de

leur consultation avec une infirmière en pratique générale que de celle avec l'omnipraticien. Encore une fois, les infirmières passaient plus de temps avec les patients. Ici aussi l'état de santé s'est maintenu dans les deux groupes¹⁶. Safriet (1992)⁷⁹ en vient à la conclusion que les IPPL donnaient des soins de qualité comparables aux médecins. Selon Horrocks et al. (2002)¹⁹, les résultats démontrent que les patients sont plus satisfaits des services reçus par l'IPPL. Au niveau de la qualité des soins, l'IPPL communique davantage avec le patient et offre plus de conseils sur l'autosoins. Les auteurs en viennent à la même conclusion que Brown et Grimes (1995)⁷⁸ démontrant que l'IPPL peut procurer des soins aux patients équivalant aux médecins avec grande satisfaction. Toutefois, ils ajoutent que d'autres recherches sont nécessaires pour confirmer que l'IPPL peut aussi gérer de façon sécuritaire les épisodes rares mais importants de maladies¹⁹. Venning et al. (2000)¹⁸ sont en accord avec les auteurs précédents. Cependant, les auteurs décortiquent aussi les éléments significatifs de cette satisfaction envers l'IPPL comme suit : la communication avec l'adulte et l'enfant, le soulagement de la détresse et le comportement du clinicien¹⁸. Ils ajoutent que deux semaines après leurs consultations, les patients ayant consulté l'IPPL étaient tous enclins à revenir à la clinique et qu'il n'y avait aucune différence significative dans l'état de santé des patients pour les deux groupes¹⁸. Les auteurs concluent qu'il y a peu de différences dans les soins cliniques et pas de différences dans les résultats cliniques entre les deux groupes. Sakr et al. (1999)⁸⁰ mentionnent que la satisfaction des patients face à la qualité des soins n'est pas significativement différente entre les deux groupes.

Finalement, l'analyse financière évalue les coûts relatifs à l'emploi de l'IPPL par rapport au médecin. Sakr et al. (1999)⁸⁰ remarquent que comparativement au médecin junior, l'IPPL est sur une échelle salariale qui fait en sorte qu'elle est payée plus cher les fins de semaine. Cela a pour effet d'augmenter les coûts de main d'œuvre. Par contre, tous les autres coûts s'équivalent entre les deux groupes⁸⁰. Cette opinion est aussi partagée par Safriet (1992)⁷⁹. Venning et al. (2000) compare aussi les coûts relatifs à la consultation en prenant en compte deux critères : le montant alloué pour la consultation face à face et le montant alloué pour la consultation totale. En effet, le

temps passé pour rédiger une prescription ou pour faire une investigation ne fait pas partie de la consultation face à face, de plus, l'IPPL dans cette étude devait faire signer ses prescriptions par un médecin, ce qui allonge son temps de consultation de 1,33 minute de plus que sa moyenne de 11,57 minutes¹⁸. Les analyses statistiques démontrent qu'il n'y a aucune différence significative quant aux coûts des services de santé entre les deux groupes¹⁸. L'association des infirmières et infirmiers du Canada (2003) reconnaît qu'une intégration pleine et entière de l'IP peut réduire les coûts de santé tout en augmentant l'accessibilité aux soins et en améliorant la santé des Canadiens⁶⁴. L'étude de Way (2001) confirme que l'IPPL peut prendre en charge 82,6% des patients normalement vus par un omnipraticien, l'autre 17,4% demandant une consultation avec un médecin spécialiste ou une référence à un autre professionnel⁸². Hummel et Pirzada (1994) vont dans le même sens en estimant ce chiffre entre 80 et 90%¹²⁰. Selon Appleby (1995), l'IP coûterait 40% moins que le médecin; elle serait particulièrement efficiente grâce à la gestion de cas, l'éducation au patient/famille, l'expertise en counselling et l'administration de soins préventifs⁸³. L'article de Larkin (2003) se base sur l'histoire d'une unité spécialisée en chirurgie cardiaque où l'on a remplacé les résidents par trois IP¹⁰. Les résultats montrent une baisse du taux de mortalité (de 3% à 0,9%), une baisse du ratio de mortalité attendu et une diminution de la durée de séjour post-opératoire¹⁰. Tous ces changements se sont traduits par une baisse des coûts par cas de 27037\$ à 24511\$¹⁰. Cet auteur parle du modèle de l'infirmière praticienne qui a d'ailleurs été adopté par plusieurs centres pour remédier au manque de résidents et diminuer le nombre de jours d'utilisation de respirateur¹⁰. Plus précisément, dans le domaine des soins de première ligne, Fitzgerald (1995) renchérit en affirmant que le coût d'une consultation avec une IPPL est de 10 à 40% moins dispendieux que le coût des services dispensés par un médecin⁸⁴.

La littérature démontre clairement qu'au niveau du contexte de soin, l'IPPL est comparée au médecin dans des milieux de soins identiques avec des pathologies courantes. Cependant, la formation de l'IPPL varie d'une étude à l'autre. En ce qui a trait au processus de soins, il est reconnu que l'IPPL passe plus de temps avec les

patients et prescrit plus de tests mais, le nombre d'ordonnances est le même dans les deux groupes. Les résultats démontrent que les effets sur les patients sont identiques, mais que la satisfaction des patients ayant consulté une IPPL est accrue. Pour finir, l'analyse financière de l'emploi de l'IPPL évalue qu'il n'y a aucune différence significative quant aux coûts des services de santé entre les deux groupes.

1.6 L'acceptation et la satisfaction envers l'infirmière praticienne de première ligne

Il existe plusieurs études sur la satisfaction des patients à l'égard des services de santé prodigués par l'IPPL. Cependant, une recherche dans Medline et CINAHL révèle très peu d'études sur l'acceptation du rôle de l'infirmière praticienne dans la population avant son implantation et sur le profil des caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, revenu, éducation) de cette même population. D'ailleurs, ces études datent des années soixante-dix, car c'est l'époque où les IP ont fait leur entrée dans les systèmes de santé nord-américains. Bien que ces concepts soient différents, ils sont intimement liés. En effet, les patients satisfaits des services de l'IPPL ont davantage tendance à l'accepter. Les prochains paragraphes informeront sur l'acceptation des rôles de l'IPPL pour les patients qui n'en ont jamais consulté ainsi que pour les initiés. La section finale sera composée de différents éléments amenant l'acceptation des IPPL.

L'étude de Kviz, Misener et Vinson (1983)⁹ se déroule aux États-Unis, en 1978. Elle rejoint 3056 personnes adultes dans une trentaine de zones désignées jadis comme rurales par le Department of Health and Human Services (DHHS). Il faut se rappeler qu'à cette époque, les IPPL étaient surtout utilisées dans les régions rurales. La collecte des données s'effectue par des questionnaires postés, des entrevues téléphoniques ou des entrevues face-à-face. Le questionnaire définit 12 fonctions dont quatre de nature traditionnelle (prise de sang, prise des signes vitaux, vaccination et le triage) et huit de nature non traditionnelle (effectuer un suivi, expliquer le diagnostic, diagnostiquer un problème de santé mineur, diagnostiquer des blessures mineures, décider si le patient doit voir un médecin, effectuer des chirurgies

mineures, prescrire des médicaments et des traitements, faire un examen physique complet). Ces dernières sont des tâches traditionnellement réservées aux médecins; c'est donc ce qui caractérise le rôle élargi de l'IP. Les participants sont invités à répondre s'ils permettraient à une IPPL d'effectuer ces tâches. De plus, ils doivent aussi répondre à des questions démographiques (âge, sexe, niveau de scolarité, revenu, statut marital, race, type de résidence et nombre d'années vécues à la même adresse) et des questions sur l'utilisation du système actuel de soins (le fait d'avoir un médecin de famille, la proximité de ce médecin de famille, la satisfaction quant aux services de santé reçus, le nombre de visites chez le médecin depuis les 12 derniers mois, la perception personnelle de leur état de santé). Plus de 90% de l'échantillon accepte les tâches de nature traditionnelle. Cependant, 81,6% acceptent que l'IP puisse effectuer le suivi après un traitement du médecin, 72,7% pour l'explication du diagnostic, 68,9% pour le diagnostic d'une blessure mineure, 60,4% pour le diagnostic de problème de santé mineur, 55,6% pour la décision si le patient doit voir un médecin. Les répondants étaient partagés sur le fait que l'IPPL puisse effectuer des chirurgies mineures (50,1%). Seules, deux fonctions non traditionnelles étaient acceptées par moins de 50% des sujets, soit celle de prescrire de la médication (45,4%) et celle de faire un examen physique complet (43,8%). Les résultats montrent que l'acceptation est plus grande chez les jeunes (16 à 30 ans), les hommes et les personnes ayant un revenu moyen (entre 10000\$ et 19999\$). Les auteurs concluent que les participants seraient plus susceptibles d'utiliser les services d'une infirmière praticienne pour des problèmes de santé présentant des symptômes spécifiques, mais qu'ils considèrent que ces dernières seraient moins compétentes pour trouver des problèmes de santé lors d'un examen physique de routine. Il est à noter que le questionnaire ne demandait pas si le sujet avait déjà consulté une IPPL auparavant, ce qui pose un biais considérable.

L'étude de Phillips, Palmer, Wettig et Fenwick (2000)⁸⁵ se penche aussi sur l'acceptation des rôles de l'IPPL en fonction de caractéristiques socio-démographiques (genre, niveau de scolarité, race, revenu et âge), en se basant sur l'échelle des attitudes envers l'infirmière praticienne. L'échantillon comprend 238

individus mais les tâches de cette échelle n'y sont pas détaillées. De cet échantillon, plus de la moitié (57,5%) d'entre eux n'avaient jamais consulté une IPPL auparavant et l'auteur ajoute que l'acceptation est définitivement supérieure chez les participants ayant déjà consulté une IPPL⁸⁵. Les résultats démontrent que le niveau d'éducation influence positivement l'attitude envers l'IPPL. En effet, les auteurs ont séparé les participants entre ceux n'ayant pas terminé leurs études secondaires et ceux les ayant terminées. Le dernier groupe accepte davantage l'IPPL, et ce, de façon significative⁸⁵. De plus, Phillips et al. (2000) ajoutent que l'âge et le revenu sont aussi des facteurs importants mais pas autant que le niveau de scolarité : les personnes âgées et celles ayant un bas revenu (10000-30000\$) ont une attitude plus négative envers l'IPPL. Malheureusement, les auteurs ne précisent pas l'âge auquel un participant est considéré comme étant une personne âgée.

Armer (1997)⁸⁶ interroge 897 personnes pour savoir si elles seraient d'accord avec le fait qu'une infirmière praticienne puisse : effectuer un examen physique complet, prendre l'historique médical, faire le triage pour déterminer si le patient doit voir un médecin, effectuer des suivis après un épisode de maladie chronique, effectuer les soins de routine prénataux et pédiatriques. Les résultats démontrent que bien que tous les répondants soient favorables à l'IPPL, il subsiste des différences d'acceptation, selon le rôle⁸⁶. En effet, les jeunes, les hommes et ceux ayant un haut niveau d'éducation acceptent davantage les rôles de prise de l'historique médicale et de l'examen physique⁸⁶. Les gens d'âge moyen, les hommes et ceux ayant un haut niveau d'éducation acceptent davantage que l'IPPL procure des soins prénataux et pédiatriques⁸⁶. À première vue, cela semble paradoxal que les personnes les moins concernées par le type de soins offerts les considèrent plus acceptables. La révision des autres études ne démontre pas une telle tendance, car elles ne questionnent pas le répondant sur des soins spécialisés (ex : gériatrie, psychiatrie). En général, l'auteure conclut que les répondants ayant un haut niveau d'éducation ainsi que les hommes sont ceux qui acceptent l'IPPL dans chacun des rôles précédemment énumérés⁸⁶.

L'étude de Knudtson (2000) se penche sur la satisfaction de 93 patients ayant déjà consulté une IPPL dans une clinique en milieu rural. Ils tentent de répondre à la question suivante : « Quelle relation existe-t-il entre la satisfaction des patients avec les services de l'IPPL et les caractéristiques démographiques »⁸⁷. Les caractéristiques démographiques examinées sont : l'âge, le genre, la race, le statut marital et le niveau d'éducation. L'auteur remarque que plus le sujet est jeune, plus la satisfaction s'accroît; il en va de même pour ceux qui ont un niveau d'éducation élevé⁸⁷. Contrairement à l'étude de Phillips et al. (2000), il existe une relation négative entre la satisfaction des patients et sa familiarité avec l'IPPL⁸⁷.

Forgeron et Martin-Misener (2005)⁸⁸ ont étudié les facteurs qui influencent les parents à consulter une infirmière praticienne dans un département d'urgence pédiatrique. Un questionnaire a été distribué à 100 parents pour savoir quelles tâches ils seraient prêts à accepter pour une IPPL⁸⁸. Des données démographiques ont aussi été accumulées mais ces dernières n'ont eu aucune influence statistique significative sur l'intention des parents⁸⁸. Cela va donc à l'encontre des études précédentes.

L'étude de Chenoy, Spitzer et Anderson (1973) faite en Ontario dans un milieu rural, échantillonne 1616 sujets et tente de répondre aux questions suivantes: a) quel est le niveau d'acceptation face à une infirmière procurant des soins de prévention et de promotion de la santé? b) quel est le niveau d'acceptation face à une infirmière procurant des soins dans une situation d'urgence? c) quel est le niveau d'acceptation d'une IPPL travaillant sous la supervision d'un médecin pour des soins à domicile?³⁷. Bien que des données démographiques aient été retenues (âge, genre, statut marital, niveau de scolarité et revenu), le but de cette étude n'était pas de faire le lien entre celles-ci et les différents rôles attribués à l'IPPL. Il faut se rappeler qu'à cette époque, l'IPPL commence à faire son apparition au Canada et que ses rôles sont peu définis. Les résultats montrent que plus de 80% de l'échantillon considère acceptable de a) consulter une infirmière lorsque le médecin n'est pas disponible, b) d'obtenir un avis d'une infirmière par rapport à la médication, c) d'obtenir des conseils d'une infirmière en plus de ceux du médecin, d) d'avoir une infirmière disponible pour

répondre à leurs questions lorsqu'un des membres de leur famille est malade³⁷. Pour répondre à la deuxième question, les participants jugent que le médecin devrait être celui qui s'occupe des situations d'urgence³⁷. Cependant, les répondants sont très favorables à ce qu'une IPPL puisse effectuer des visites à domicile pour prendre soin des enfants et des aînés, pourvu que cela se fasse sous la supervision d'un médecin³⁷. Il est important de mentionner que la région étudiée dans cette recherche était très mal desservie sur le plan médical (le ratio médecin par habitant étant de 1 :8300 dans cette municipalité comparativement à 1 :767 en Ontario et 1 :890 au Canada) et qu'aucun des participants à l'étude n'avait consulté une IPPL auparavant³⁷. Pour finir, cette étude a démontré que la population échantillonnée a une vision favorable du rôle de l'IPPL. Toutefois, les personnes interrogées préféraient aller voir un médecin lors de situations urgentes. Cette étude n'a pas examiné les fonctions spécifiques de l'IP mais plutôt les perceptions des patients par rapport à ces fonctions.

Au point de vue de la satisfaction, Knudtson (2000) établit un modèle conceptuel où plusieurs caractéristiques entrent en jeu : démographiques (âge, genre, race, statut marital et niveau de scolarité), du patient (être familier avec l'IPPL, sévérité de la plainte, préférence du professionnel de la santé, perception de sa santé, satisfaction de sa vie en général), des attentes du patient (compétence, relations interpersonnelles et performance relative)⁸⁷. Toutes ces caractéristiques mènent à une acceptation plus ou moins grande de l'IPPL. Au point de vue des caractéristiques démographiques, plusieurs études supportent le lien entre elles et l'acceptation d'un professionnel de la santé⁸⁹⁻⁹¹. Il en va de même pour les caractéristiques du patient^{81,89,90,92,93,95,118}. Les attentes du patient proviennent de l'étude de Zigmund et Miller (1979) qui cherche à connaître les attitudes des patients envers l'IPPL en milieu rural⁹⁶. Les compétences se rapportent aux rôles : capacité de traiter les blessures mineures, disponibilité, capacité d'expliquer le diagnostic, et capacité d'établir des diagnostics aussi précis que le médecin.

De façon plus précise pour l'IPPL, l'étude de Guyther et Sobal (1982)⁹⁷, se basant sur un échantillon aléatoire de 90 patients révèle que 88% sont satisfaits ou très satisfaits

des services de l'IP pratiquant en première ligne⁹⁷. Cependant, les auteurs dénotent qu'il y a peu ou pas de relation entre les caractéristiques démographiques et la satisfaction⁹⁷. La recherche de Ramsey, Edwards, Lenz, Odom et Brown (1993)⁹⁸, faite sur un échantillon de 101 patients, détermine que 97% de ces derniers étaient satisfaits ou très satisfaits des services de l'IPPL, 98% recommanderait la clinique où travaille l'IPPL à d'autres patients et 98% retournerait à cette même clinique pour se faire traiter par l'IPPL⁹⁸. Finalement, l'étude de Murphy et Ericson (1995)⁹⁹ qui, elle, se base sur un échantillon de 34 personnes âgées de 65 ans en milieu rural, démontre que ces dernières étaient satisfaites des services de l'IPPL⁹⁹. En effet, elles devaient évaluer leur satisfaction selon l'échelle suivante : 1= non satisfait, 2= acceptable et 3= satisfait. Les résultats ont montré une moyenne de 2,91 avec un écart-type de 0,9⁹⁹.

1.6.1 Autres facteurs menant à l'acceptation d'un professionnel de la santé

Drury, Greenfield, Stillwell et Hull (1988)⁴² cherchent à explorer la perception des patients face au rôle de l'IPPL. Cette étude faite sur 126 patients ne contient pas de données socio-démographiques, mais elle montre que la majorité (66%) des répondants sont favorables au concept de l'IPPL et que la moitié (53%) de ceux ayant consulté une IPPL y retournerait⁴². Cette recherche permet aussi de connaître les autres critères qui amènent l'acceptation de l'IPPL. En effet, les répondants mentionnent plusieurs caractéristiques que devrait posséder tout professionnel de la santé pour aider à son acceptation : traiter le patient comme un être humain, être compréhensif, répondre aux questions, écouter attentivement, être patient, être compétent, avoir des qualifications médicales, posséder de la logique, être calme et être intéressé au patient⁴². Cela porte à croire que les caractéristiques démographiques ne sont pas seules à pouvoir prédire l'acceptation du patient envers l'IPPL, mais qu'il y a aussi d'autres facteurs comme la façon d'être et la personnalité de cette dernière.

Baldwin et ses collaborateurs(1998) abondent dans le même sens que Drury et al. (1988) mais avec une vision plus large : l'acceptation de l'IPPL par une communauté. En effet, ils affirment que l'acceptation dépend de facteurs personnels de l'IPPL et

systemiques¹⁰⁰. Les facteurs personnels sont : le fait d'être amical, l'accessibilité, la compétence, les racines dans la communauté, l'intérêt envers la communauté, le désir de participer aux activités communautaires et la capacité de ne pas divulguer d'information confidentielle¹⁰⁰. Les facteurs systemiques considérés comme importants pour une communauté sont : le type de service offert, l'intégration avec le système de santé existant, les coûts, la proximité géographique et les heures de disponibilité¹⁰⁰. Le facteur intégration est celui qui demeure le plus important pour les répondants, car ils veulent maintenir le contact avec leur médecin de famille même si la plupart des soins sont prodigués par l'IPPL¹⁰⁰. De plus, l'intégration implique aussi des contacts avec les partenaires scolaires et tous les autres intervenants œuvrant autour du patient¹⁰⁰. Les auteurs concluent que les caractéristiques personnelles des IPPL étaient très importantes aux yeux des participants. Ils pensent alors qu'une stratégie de marketing devrait être mise en place pour promouvoir non seulement le rôle de l'IPPL mais la personne dans le rôle¹⁰⁰.

En résumé, il est possible d'affirmer que les caractéristiques socio-démographiques semblent jouer un rôle important dans l'acceptation de l'IPPL et aussi dans la satisfaction quant aux services qu'elle offre mais d'autres facteurs comme les caractéristiques des professionnels entrent aussi en jeu.

1.7 Résumé de la littérature

L'infirmière praticienne de première ligne fait partie de la pratique infirmière avancée. Peu d'auteurs s'entendent sur ce que devrait être la définition de la PIA et cela a des répercussions directes sur la définition de l'IPPL et sur la compréhension de son rôle par le public en général. L'histoire de l'IPPL démontre clairement que ce rôle a émergé grâce à la pénurie de médecins dans les régions rurales et au désintérêt des médecins face à la pratique en première ligne. Malgré le fait que ce nouveau groupe professionnel fasse déjà ses preuves dès 1967, plusieurs embûches se placent sur son chemin : le refus des médecins ne voulant pas perdre leur intégrité professionnelle et économique, le doute de leurs pairs ne voyant pourquoi une infirmière aurait les mêmes rôles qu'un médecin et le questionnement face à leur rôle

et à leur formation, l'arrivée des assistants médicaux, la non-reconnaissance de leur droit de prescription et la difficulté à se faire reconnaître par les organismes payeurs.

Au Canada, la majorité des provinces permettent que l'IPPL effectue les tâches suivantes : établir et communiquer des diagnostics (sauf au Québec), demander et interpréter des tests de dépistage et diagnostiques et choisir, recommander et prescrire des pharmacothérapies, des interventions et des traitements et en contrôler l'efficacité. Sans compter qu'elle doit aussi collaborer avec les autres professionnels de la santé, faire la promotion de la santé, la prévention des maladies et coordonner les soins. Par contre, on ne sait pas si la population est prête à accepter ces différents rôles. Ne pas se soucier de l'opinion du public pourrait compromettre l'implantation de l'IPPL au Québec.

Le niveau d'éducation de l'IPPL a toujours été et demeure un sujet de discussion entre les différents chercheurs. Même si aujourd'hui la plupart d'entre eux se prononcent en faveur de la maîtrise comme point d'entrée unique pour la profession, d'autres prônent le doctorat. En faisant une comparaison clinique et financière entre l'omnipraticien et l'IPPL, on remarque que l'IPPL est en mesure de prodiguer des soins de qualité égale et même supérieure au médecin, et ce, sans différence dans les coûts entre les deux groupes. De plus, les études démontrent que la satisfaction à l'égard des services rendus est plus grande chez les patients ayant consulté l'IPPL.

La littérature sur l'acceptation des rôles de l'IPPL, selon les données démographiques, montre qu'en général les jeunes, les hommes, les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur au secondaire et les gens ayant un revenu moyen sont ceux qui acceptent davantage les rôles de l'IPPL. Toutes les autres caractéristiques n'ont pas d'incidence significative. Il n'existe pas d'études qui ont documenté l'acceptation de l'IPPL et les caractéristiques socio-démographiques qui y sont associées au Québec ou même au Canada; les études faites à ce sujet proviennent des États-Unis et datent de plusieurs années, ce qui ne nous éclaire pas sur le niveau d'acceptation au Québec. C'est pour combler ces lacunes que cette étude a été menée.

Étant donné la difficulté d'accéder à un médecin de famille au Québec, en centre urbain, près de 40% des habitants n'ont pas de médecin de famille¹⁰⁵. L'IPPL pourrait combler des besoins, mais pour cela, il serait important de savoir si la population est ouverte à cette profession. Dans ce contexte, l'objectif de la présente étude était de documenter le niveau d'acceptation de l'IPPL au Québec et de déterminer si les caractéristiques socio-démographiques de la population sont associées au degré d'acceptation de l'IPPL.

1.8 Cadre conceptuel et questions de recherche

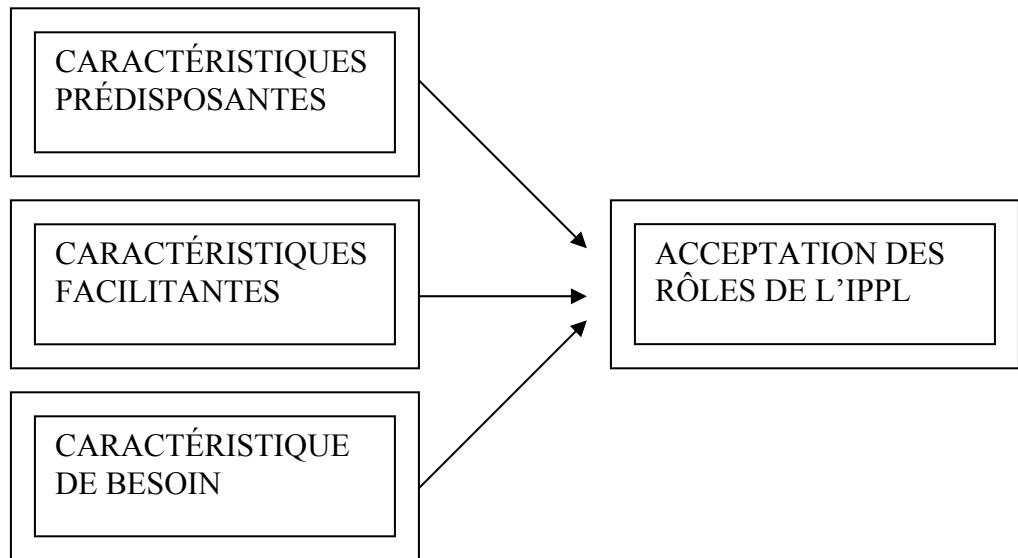
La perception du besoin de soin et la volonté d'aller chercher de l'aide auprès d'un professionnel de la santé dépendent d'une série complexe d'interactions entre de nombreuses variables : les expériences passées, les attitudes et les connaissances dans le domaine de la santé, la sévérité des symptômes, les caractéristiques sociales, culturelles et économiques². Le modèle théorique retenu pour répondre à cette recherche est le modèle du système de santé d'Andersen (annexe 1) (Andersen's Health Systems Model)¹⁰¹. Ce modèle met l'accent sur les déterminants individuels de l'utilisation des services de santé¹⁰¹. Il a été largement utilisé dans les années soixante-dix et quatre-vingts et semble être tout aussi dominant dans les années quatre-vingt-dix¹⁰¹. Ce modèle suppose que certains individus ont une plus grande tendance à utiliser les services de soins que d'autres. Cette prédisposition peut être constituée de différentes caractéristiques individuelles divisées en trois groupes. En premier lieu, les caractéristiques prédisposantes regroupent les variables démographiques (âge et sexe), sociostructurelles (éducation) et les croyances par rapport à la santé et à l'efficacité des services de santé que l'on croit pouvoir tirer de sa guérison. Ensuite viennent les caractéristiques facilitantes telles que le revenu familial et la disponibilité des services (ex. : CLSC dans le contexte de la présente étude). Cette catégorie reflète le fait que même si l'individu est prédisposé à utiliser le système de soin, il ne va l'utiliser que s'il est capable de le faire¹⁰¹. Enfin, on note les caractéristiques du besoin. Ce besoin peut être perçu par la personne ou évalué par un professionnel de la santé. Alors, lorsque la personne possède les caractéristiques

prédisposantes et facilitantes nécessaires, et qu'elle perçoit le besoin de consulter, cela l'amène à utiliser des services de santé.

Dans la présente étude, il y a eu adaptation du modèle d'Andersen afin de rechercher les caractéristiques prédisposantes telles que l'âge et le sexe ainsi que les caractéristiques facilitantes telles que les ressources familiales et les caractéristiques de besoin (voir figure 1, page 51). Vu qu'il s'agit de territoires de CLSC, nous prenons pour acquis que la proximité de cette ressource communautaire est la même pour chaque individu dans un territoire donné. En effet, l'île de Montréal contient 28 CLSC intégrés dans l'un ou l'autre des 12 centres de santé et des services sociaux (CSSS). Les CSSS sont répartis de façon équitable selon la population et l'étendue géographique de la région desservie. Donc, la disponibilité est présumée être la même pour tous. Les caractéristiques du besoin s'expliquent par le fait que l'individu qui se rend pour une consultation dans un CLSC perçoit un besoin ou vient consulter parce que son problème de santé a déjà été cliniquement diagnostiqué. De surcroît, on s'attend à ce que l'individu pense retirer des bénéfices de sa visite au CLSC. Ici, l'utilisation des services est remplacée par l'acceptation des différents rôles de l'infirmière praticienne en première ligne.

Il est important de noter que cette nouvelle conception originale du modèle d'Andersen ne semble pas, à notre connaissance, avoir été utilisée auparavant^{125,126}. En effet, ce modèle a été modifié par plusieurs auteurs mais, leur but était de mieux comprendre l'utilisation des services de santé par la clientèle et non l'acceptation d'un nouveau professionnel¹²⁵. Cependant, une des modifications, acceptées par Andersen, ajoutait la satisfaction de la clientèle directement liée à l'utilisation des services¹²⁵. Il aurait été intéressant que l'acceptation d'un nouveau professionnel fasse partie des critères de satisfaction.

Figure 1. Cadre conceptuel adapté du modèle d'Andersen



Voici les questions de recherche auxquelles l'étude tente de répondre :

- 1) Quelles sont les caractéristiques prédisposantes des patients associées à l'acceptation des rôles de l'IPPL ?
- 2) Quelles sont les caractéristiques facilitantes des patients associées à l'acceptation des rôles de l'IPPL ?
- 3) Quelle est la caractéristique de besoin des patients associée à l'acceptation des rôles de l'IPPL ?
- 4) Quel est le pourcentage des répondants qui accepterait tous les rôles de l'IPPL ?

CHAPITRE DEUX

Méthodologie

2.1 Contexte de l'étude

Cette étude est totalement indépendante et ne s'inscrit dans aucun autre projet de recherche plus large. Il est à noter qu'au moment de l'étude, le système de santé québécois était en réorganisation majeure de façon à créer les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui regroupent des CLSC, des CHSLD et des hôpitaux. Cela fait suite au projet de loi 25 adopté par le gouvernement du Québec en décembre 2003. Cependant, ce n'est qu'en avril 2004 que l'Agence de Montréal propose la création de 12 CSSS, ce qui a forcé la fusion de 54 établissements habitués à fonctionner de façon autonome. Cette proposition fut adoptée en juin 2004. Au moment du début de l'étude, en novembre 2005, les CSSS étaient encore en réorganisation. L'approbation de cette recherche a donc dû se faire au niveau local avec les différents CLSC, mais aussi au niveau central avec les CSSS. Malgré le fait que le nom des CLSC respectifs cités dans cette étude soit resté le même, les CLSC font maintenant tous partie d'un CSSS chapeauté par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ainsi, le CLSC Pointe-aux-Trembles fait partie du CSSS de la Pointe-de-l'Île, le CLSC Montréal Nord du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, le CLSC des Faubourgs du CSSS Jeanne Mance, le CLSC St-Henri du CSSS du Sud-Ouest/Verdun, et le CLSC Pierrefonds du CSSS de l'Ouest-de-l'Île.

2.2 Stratégie et devis de recherche

La stratégie retenue est une recherche synthétique comparative. En effet, ce type de recherche a permis de mesurer l'acceptation des différents rôles de l'infirmière praticienne de première ligne (IPPL) selon certaines variables socio-démographiques des répondants. Cela a donc permis l'examen de l'ensemble des relations qui existent entre les différentes caractéristiques du modèle d'Andersen (prédisposantes, facilitantes et de besoin) et l'acceptation des rôles de l'IPPL. Le devis de recherche est une étude transversale des relations structurales, à travers une enquête par questionnaire écrit auto-administré. La puissance explicative de cette stratégie repose

sur la comparaison de la variabilité des différentes caractéristiques (prédisposantes, facilitantes et de besoin) d'un grand nombre d'usagers des CLSC de Montréal.

2.3 Population cible

La population visée par cette étude est constituée d'hommes et de femmes, âgés de 18 ans et plus, qui fréquentent les services courants avec et sans rendez-vous d'un CLSC pour un problème de santé qui les concerne eux ou leurs enfants. L'exclusion de personnes de moins de 18 ans est régie par l'éthique de la recherche qui veut que toute personne de moins de 18 ans ne peut consentir à une recherche. Il faut aussi que les usagers détiennent les capacités cognitives nécessaires ou les capacités physiques pour se rendre au CLSC en question. Enfin, sont aussi exclus de cette étude les mal voyants (aveugles), les personnes qui ne parlent ni l'anglais ni le français et les analphabètes.

2.4 Échantillon

Dans un premier temps, cinq CLSC ont été choisis, sur une base de convenance, dans la grande région de Montréal. Une attention particulière a été apportée pour faire en sorte que les CLSC choisis ne se retrouvent pas tous dans la même partie de l'île. Le recrutement des CLSC s'est fait en trois phases. Un appel téléphonique a été fait aux infirmières assistantes responsables des services courants pour leur expliquer les grandes lignes de l'enquête. Cela a ensuite été suivi d'un courriel comprenant le protocole de recherche et le certificat d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. Enfin, les infirmières assistantes ont fait suivre ces documents au directeur général de l'établissement ainsi qu'à leur comité interne de l'éthique sur la recherche qui a ensuite donné son approbation. Les CLSC choisis sont les suivants : Pointe-aux-Trembles, Montréal Nord, St-Henri, Pierrefonds et Faubourgs. Il est important de noter qu'un sixième CLSC devait faire partie de l'étude, mais l'approbation de leur comité d'éthique est arrivée après le temps prévu pour la collecte des données.

Dans chaque CLSC, les personnes qui se présentaient aux services courants avec et sans rendez-vous ont été invitées à participer à l'étude (voir la section 2.7: Déroulement de la collecte de données). Au total, 316 personnes, âgées de 18 ans et plus ont accepté l'invitation. Il n'est pas possible de savoir combien ont refusé de participer, puisque le décompte des personnes qui se sont présentées aux services courants des CLSC pendant la période de collecte de données n'a pas été fait. Il s'agit donc d'un échantillon non probabiliste de type accidentel. Le nombre de participants par CLSC est le suivant : 88 participants au CLSC Pointe-aux-Trembles, 96 participants au CLSC Montréal Nord, 38 participants au CLSC St Henri, 81 participants au CLSC Pierrefonds et 13 participants au CLSC des Faubourgs. L'échantillon comprend 110 hommes et 206 femmes.

Les effectifs nécessaires pour les échantillons non probabilistes ne peuvent être définis à priori de façon certaine pour vérifier les hypothèses de recherche¹²¹. Par contre, le devis de recherche exige que le nombre d'unités d'analyses soit au moins dix fois plus grand que le nombre d'attributs étudiés¹²¹. Comme le nombre d'attributs étudiés ici est de sept, l'échantillon devrait être d'au moins 70. L'échantillon de 316 est donc tout à fait raisonnable pour effectuer les analyses statistiques nécessaires.

2.5 Variables à l'étude

Les variables sont définies selon le modèle théorique d'Andersen (Annexe I). Les variables à l'étude sont résumées au tableau II (page 58).

a) Variable dépendante

La variable dépendante est l'acceptation totale des rôles de l'infirmière praticienne de première ligne. Elle correspond à la variable « utilisation » dans le modèle d'Andersen. L'acceptation a été mesurée par la question 8 du questionnaire. Cette dernière, divisée en huit, présente les différents rôles de l'infirmière praticienne de première ligne. Chaque répondant doit choisir entre : « oui » et « non » pour chacun des rôles. Chaque réponse « oui » vaut un point. L'acceptation a été mesurée selon deux niveaux. Ces niveaux sont calculés en faisant la somme des rôles pour lesquels

le répondant aura dit oui. Ce score pourra s'étendre entre 0 (aucune acceptation) et 8 (acceptation totale). L'acceptation est totale lorsqu'un répondant a répondu qu'il accepte les huit rôles de l'IPPL présentés dans le questionnaire. L'acceptation est non totale lorsqu'un répondant n'accepte pas tous les huit rôles. Tous les rôles ont été choisis en se basant sur le questionnaire de Kviz et al. (1983)⁹ voir section 2.6.

Les huit rôles sont :

- 1) Prescrire des tests diagnostics
- 2) Diagnostiquer des maladies mineures
- 3) Diagnostiquer des blessures mineures
- 4) Exécuter des chirurgies mineures
- 5) Prescrire des médicaments pour maladies mineures
- 6) Effectuer des examens vaginaux annuels
- 7) Décider si le patient doit ou non voir un médecin
- 8) Faire le suivi de maladies chroniques

b) **Variables indépendantes**

Les caractéristiques prédisposantes, facilitantes et de besoin ont été mesurées dans les sept premières questions du questionnaire et constituent les variables indépendantes.

Caractéristiques prédisposantes

Elles contiennent trois variables sociodémographiques : l'âge, le sexe et le niveau d'éducation.

Caractéristiques facilitantes

Elles contiennent trois autres variables socio-démographiques : le revenu, l'état conjugal et le fait d'avoir des enfants.

Caractéristique sur le besoin

Elle sera opérationnalisée par un problème de santé perçu par le patient ou déjà diagnostiqué par un médecin. Ce problème de santé est illustré par le « besoin » dans le modèle d'Andersen.

Besoin perçu : un besoin est perçu lorsqu'un patient se présente au CLSC avec un malaise dont il ne connaît pas l'origine.

Besoin diagnostiqué : un besoin est diagnostiqué lorsqu'il s'agit d'un patient déjà connu pour une maladie chronique (ex. : diabète, hypertension, asthme, emphysème, arthrite) et qui se présente pour un malaise relié à cette condition chronique ou, pour un malaise connu et déjà diagnostiqué. Alors, tout patient qui viendra pour un malaise non relié à cette définition sera considéré comme ayant un besoin perçu.

Tableau II – Variables à l'étude

| | Catégories | Variables | Opérationnalisation |
|----|---------------------------------|--------------------------------|--|
| VI | Caractéristiques prédisposantes | 1) Âge (ans) | a) 18-24 b) 25-34 c) 35-44 d) 45-54 e) 55-64 f) 65-74 g) 75 et plus |
| | | 2) Sexe | a) Masculin b) Féminin |
| | | 3) Niveau d'éducation complété | a) Primaire b) Secondaire c) Collégial d) Universitaire |
| VI | Caractéristiques facilitantes | 1) Revenu personnel (\$) | a) 0-19999 b) 20000-39999 c) 40000-59999 d) 60000 et plus |
| | | 2) Statut marital | a) Marié b) Divorcé c) Veuf d) Conjoint de fait e) Célibataire |
| | | 3) Enfant(s) | a) Oui b) Non |
| VI | Caractéristique de besoin | 1) Type de besoin | a) Perçu: malaise ou tout autre raison qui n'est pas un problème de santé chronique b) Diagnostiqué : Problème de santé chronique, connu ou déjà diagnostiqué |

VD Acceptation des rôles de 1) Rôles
l'IPPL

Acceptation (oui/non) :

a) Prescrire des tests diagnostics tels que des prises de sang ou des radiographies pulmonaires,

b) Diagnostiquer des maladies mineures telles qu'une infection à la gorge ou aux oreilles.

c) Diagnostiquer des blessures mineures telles que des lacérations ou étirements musculaires.

d) Pratiquer des chirurgies mineures telles que faire des points de suture.

e) Prescrire des médicaments pour des maladies mineures telles que des antibiotiques pour une infection urinaire.

f) Effectuer des examens vaginaux pour les femmes tels que le PAP test.

g) Décider (selon votre condition) si vous avez besoin de voir un médecin.

h) Faire le suivi de patient atteint de maladies chroniques (diabète, hypertension) en ajustant leur médication.

2.6 Instrument de mesure

L'instrument de collecte de données est un questionnaire basé sur l'étude de Kviz et al. (1983)⁹. Bien que datant des années quatre-vingts, les différents rôles non traditionnels sont toutefois très actuels. Cela permet aussi une comparaison des résultats. Les questions posées représentent bien les différentes facettes du rôle de l'infirmière praticienne en première ligne. Cela assure la validité de contenu de cet instrument.

La mise au point de ce questionnaire s'est faite en trois étapes. Un premier questionnaire fut élaboré en se basant sur l'étude de Kviz et al. (1983)⁹ et sur la revue de la littérature. En effet, le questionnaire de Kviz et al. (1983)⁹ a été utilisé par deux mémoires de maîtrise non publiés (Preston, 1996 et Schweser, 1998)^{102,103} ainsi que pour l'article de Wiseman et Hill (1994)¹²³. Cela lui confère une certaine crédibilité. Ce questionnaire contient deux principales sections. La première se rapporte aux variables socio-démographiques. La deuxième section concerne les rôles de l'IPPL. Chaque rôle obtient le pointage 1 si le participant répond oui et 0 pour un non. Kviz et al. (1983)⁹ fait une différence entre les rôles traditionnels (ex. prise de sang) et les rôles non traditionnels (ex. prescription de médicament).

Le questionnaire de Kviz et al. (1983)⁹ a été vu et corrigé par le directeur de recherche et le chercheur principal. Il a été décidé de ne garder que les rôles jugés non traditionnels. De plus, les rôles considérés comme traditionnels ne sont d'aucune utilité pour le but de l'étude qui est de connaître le niveau d'acceptation de l'IPPL qui performe et joue, en grande partie, des rôles considérés comme non traditionnels. Par contre, d'autres variables socio-démographiques que celles incluses dans le questionnaire de Kviz ont été ajoutées (le fait d'avoir des enfants, le statut marital, la caractéristique de besoin) ainsi que l'exécution du PAP test dans les rôles. En effet, les données socio-démographiques du questionnaire de Kviz et al. (1983)⁹ ont semblé incomplètes. De plus, le modèle d'Andersen exige le rajout de la caractéristique de

besoin. En ce qui a trait au PAP test, cela peut faire partie de l'examen physique, mais nous avons voulu être plus précis dans nos énoncés présentés au répondant.

Cette nouvelle version a été testée auprès de 20 personnes qui ne travaillent pas dans le milieu de la santé. Ces dernières ont vérifié la clarté des énoncés, la facilité de répondre aux questions ainsi que le temps nécessaire pour y répondre. La version anglophone, traduite par le chercheur principal a été testée auprès de 12 autres personnes qui ne travaillent pas dans le milieu de la santé pour en vérifier l'orthographe, la grammaire et le niveau de langage. Il est à noter que ce questionnaire n'a pas subi d'analyses psychométriques. Après les différents commentaires reçus et quelques modifications mineures, une version définitive a été adoptée par le chercheur principal. Il est important de mentionner qu'il n'a pas été possible de valider l'instrument auprès des IPPL ou de leurs formateurs car la profession est inexistante au Québec. Cependant, les rôles proposés correspondent en tous points aux tâches prévues pour les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne¹²⁴.

2.7 Déroulement de la collecte de données

La collecte de données s'est effectuée de 8h à 16h dans les salles d'attente des cinq CLSC choisis. La réceptionniste et/ou l'infirmière du triage ont informé les patients de la possibilité de participer à une étude sur les soins de santé au Québec pendant leur attente. Le chercheur avait installé un kiosque dans la salle d'attente. Des affiches à ce kiosque annonçaient qu'une étude sur les soins de santé au Québec était faite par un étudiant de l'Université de Montréal (Annexe II). Les personnes intéressées se sont présentées au chercheur qui leur a donné un feuillet d'information et de consentement (Annexe III) et a répondu à leurs questions. Le participant intéressé est venu, par la suite, prendre un questionnaire (Annexe IV). Cela a permis à ce dernier d'avoir un délai de réflexion. Les personnes qui ont accepté de participer ont alors reçu le questionnaire en français ou en anglais selon leur préférence. Une fois les questions complétées, le répondant a placé son questionnaire dans une enveloppe, fournie par le chercheur, qu'il a ensuite déposée dans une boîte située non

loin du chercheur principal. Le chercheur principal a été sur place pour porter assistance aux personnes qui en avaient besoin. La collecte s'est effectuée selon le calendrier du tableau III.

Tableau III – Calendrier de la collecte des données

| Dates | CLSC |
|---------------------|--------------------------|
| 20-21 octobre 2005 | CLSC Pointe-aux-Trembles |
| 10-11 novembre 2005 | CLSC Montréal-Nord |
| 17-18 novembre 2005 | CLSC St-Henri |
| 24-25 novembre 2005 | CLSC Pierrefonds |
| 8-9 décembre 2005 | CLSC des Faubourgs |

2.8 Analyses

Les analyses ont été effectuées en deux parties. La première décrit les caractéristiques socio-démographiques des répondants (variables indépendantes). La seconde présente l'acceptation des rôles de l'IPPL par les répondants. Toutes les données ont été compilées avec le logiciel Microsoft Excel pour être ensuite analysées par le logiciel SPSS version 15.01 (SPSS Base User Guide 2007).

Analyses descriptives

Les analyses descriptives ont permis de rassembler par groupe les variables indépendantes (caractéristiques prédisposantes, facilitantes et de besoin) qui sont essentiellement des variables démographiques et ont rendu possible la description de la distribution des variables.

Analyses explicatives

Des analyses bivariées (Chi-carré de Pearson) ont permis de vérifier s'il y a une relation entre la variable dépendante (acceptation totale de l'IPPL) et chacune des

variables indépendantes (caractéristiques prédisposantes, facilitantes et de besoin) prises séparément.

La régression logistique a été utilisée pour mesurer la relation entre la variable dépendante et l'ensemble des variables indépendantes. Il s'agit donc d'un modèle multivarié car il tient compte de plusieurs variables simultanément. De plus, l'utilisation de la courbe ROC a permis d'évaluer la sensibilité du test de régression.

La valeur 0,05 a été utilisée comme seuil de signification statistique de toutes les analyses.

2.9 Considérations éthiques

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (no de référence : CERFM-65(05)4-161). De plus, les gestionnaires de chaque CLSC ont été préalablement rencontrés pour obtenir leur autorisation et pour leur présenter le certificat éthique. Il est important de noter que cette étude n'a pas été subventionnée.

Le libre consentement des participants a été respecté : la participation est volontaire et le fait de participer à l'étude n'a pas empêché ou retardé une consultation médicale. Alors, il n'y a eu aucun risque pour la santé physique ou le bien-être psychologique du participant. Chaque participant a pu se retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans préjudice. L'anonymat des informations recueillies dans le questionnaire a été respecté par le fait qu'en aucun cas, le nom des participants n'a été noté sur le questionnaire, ni ailleurs. Le fait de remplir le questionnaire est une acceptation tacite à participer à l'étude. Les deux premières pages du questionnaire informent le répondant sur la nature de l'étude, mettent en évidence toutes les considérations éthiques préalablement énumérées qui sont en accord avec le formulaire de consentement de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (Annexe II).

Tous les résultats de cette étude ont été conservés sous clé à l'Université de Montréal et seules les personnes autorisées possèdent la clé. Les questionnaires seront détruits après que le rapport final du mémoire de maîtrise sera accepté. De surcroît, ces résultats ne serviront qu'à cette recherche; ils ne seront pas utilisés à d'autres fins.

CHAPITRE TROIS

Résultats

La présentation des résultats se divise en deux parties : les caractéristiques socio-démographiques des participants et l'acceptation des rôles de l'IPPL incluant les analyses bivariées et multivariées.

Au total, 316 questionnaires ont été remplis, tous au complet. Il n'y a eu aucune donnée manquante.

3.1 Caractéristiques socio-démographiques des participants

Les questions 1 à 7 du questionnaire ont permis de recueillir les données socio-démographiques qui constituent les caractéristiques prédisposantes, facilitantes et de besoin. Le quart des répondants ont entre 55 et 64 ans et ils sont majoritairement des femmes. Plus du tiers ont terminé des études universitaires. La grande majorité a un revenu de moins de 39999\$ annuellement. Près de la moitié sont mariés et plus des deux tiers ont des enfants. Ils se sont majoritairement présentés au CLSC lors de l'enquête pour un besoin perçu. (tableau IV, page 67)

Tableau IV – Caractéristiques socio-démographiques des répondants

| Caractéristique | N | % |
|------------------------------|-----|------|
| Âge (ans) | | |
| 18-24 | 20 | 6,3 |
| 25-34 | 55 | 17,4 |
| 35-44 | 51 | 16,1 |
| 45-54 | 53 | 16,8 |
| 55-64 | 81 | 25,6 |
| 65-74 | 35 | 11,1 |
| 75 et plus | 21 | 6,6 |
| Sexe | | |
| Masculin | 110 | 34,8 |
| Féminin | 206 | 65,2 |
| Niveau d'éducation | | |
| Primaire | 23 | 7,3 |
| Secondaire | 100 | 31,6 |
| Collégial | 83 | 26,3 |
| Universitaire | 110 | 34,8 |
| Revenu personnel (\$) | | |
| 0-19999 | 104 | 32,9 |
| 20000-39999 | 118 | 37,3 |
| 40000-59999 | 50 | 15,8 |
| 60000et plus | 44 | 13,9 |
| Statut marital | | |
| Marié | 156 | 49,4 |
| Divorcé | 76 | 24,1 |
| Veuf | 47 | 14,9 |
| Conjoint de fait | 24 | 7,6 |
| Célibataire | 13 | 4,1 |
| Enfant(s) | | |
| Oui | 218 | 69,0 |
| Non | 98 | 31,0 |
| Besoin | | |
| Perçu | 258 | 81,6 |
| Diagnostiqué | 58 | 18,4 |

3.2 Acceptation des rôles de l'IPPL

3.2.1 Analyses bivariées

La question 8 reflète les données sur l'acceptation des rôles de l'IPPL. Pour être en mesure de procéder à l'étape ultérieure de la régression logistique, il a fallu regrouper certains groupes d'une même variable. Ainsi, ces groupes ont été combinés pour former des catégories distinctes et ils conservent une explication justifiable au plan théorique. Le nombre d'observations pour ces catégories est donc accru. La régression logistique exige qu'un nombre appréciable d'effectifs soit présent dans chacune des catégories.

Le chi-carré de Pearson a permis de vérifier si la variable indépendante étudiée est significativement reliée à la variable dépendante. Le regroupement a aussi permis à certaines variables de devenir significatives. Les associations entre les variables indépendantes ont été effectuées par le test du chi-carré et du coefficient Phi. Le coefficient Phi est une mesure d'association entre deux variables catégorielles. Ces deux tests ne révèlent aucune association significative importante entre les variables indépendantes.

Acceptation de l'IPPL

Plus de la moitié des répondants acceptent au moins sept rôles de l'IPPL sur huit (tableau V, page 68). Cependant, le nombre de réponses « oui » est nettement supérieur au niveau 8 (huit réponses « oui »). La variable de l'acceptation a donc été divisée en deux : acceptation non totale et l'acceptation totale. Une acceptation totale est lorsque le répondant a répondu « oui » à tous les rôles de l'IPPL. Un peu plus du tiers des participants (38,6%) accepte totalement les rôles de l'IPPL contrairement aux deux tiers (61,4%) qui les acceptent partiellement (tableau V, page 69). Le tableau VI (page 69) présente le nombre de répondants qui acceptent chacun des rôles de l'IPPL. Chaque rôle est accepté par au moins deux tiers de l'échantillon (65,2%).

Tableau V – Acceptation des rôles de l’IPPL

| Nombre de rôles | N | % |
|-----------------|-----|------|
| 0 (aucun) | 4 | 1,3 |
| 1 | 6 | 1,9 |
| 2 | 10 | 3,2 |
| 3 | 6 | 1,9 |
| 4 | 17 | 5,4 |
| 5 | 34 | 10,8 |
| 6 | 51 | 16,1 |
| 7 | 66 | 20,9 |
| 8 (tous) | 122 | 38,6 |

Tableau VI – Pourcentage de répondants qui acceptent chaque rôle de l’IPPL

| Rôle | N | % |
|--|-----|------|
| 1) Prescrire des tests diagnostics | 298 | 94,3 |
| 2) Diagnostiquer des maladies mineures | 292 | 92,4 |
| 3) Diagnostiquer des blessures mineures | 277 | 87,7 |
| 4) Décider si le patient doit ou non voir un médecin | 265 | 83,9 |
| 5) Exécuter des chirurgies mineures | 242 | 76,6 |
| 6) Prescrire des médicaments pour maladies mineures | 227 | 71,8 |
| 7) Effectuer des examens vaginaux annuels | 219 | 69,3 |
| 8) Faire le suivi de maladies chroniques | 206 | 65,2 |

L'âge

Le groupe des 55-64 ans est celui qui accepte davantage tous les rôles (acceptation totale) de l'IPPL (tableau VII). Étant donné que le pourcentage d'acceptation totale entre les groupes 18-24 ans, 25-34 ans et 45-54 est assez similaire, les groupes d'âge ont été regroupés en deux catégories : les 18-54 ans et les 55 ans et plus (tableau VIII, page 71). Cette dernière catégorie demeure celle qui accepte davantage les rôles de l'IPPL, mais la différence entre les deux groupes demeure non significative (tableau XVIII, page 76).

Tableau VII – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon l'âge des répondants (variables originales)

| Âge ¹ | N | % |
|------------------|----|------|
| 18-24 | 7 | 35 |
| 25-34 | 18 | 32,7 |
| 35-44 | 21 | 41,2 |
| 45-54 | 15 | 28,3 |
| 55-64 | 39 | 48,1 |
| 65-74 | 15 | 42,9 |
| 75 ans et plus | 7 | 33,3 |

1. Le tableau indique le nombre et le pourcentage de répondants de chaque groupe qui acceptent tous les rôles de l'IPPL. Par exemple, 7 des 20 répondants dans le groupe des 18-24 ans acceptent tous les rôles de l'IPPL, ce qui correspond à 35% de ce groupe.

Tableau VIII – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l’IPPL, selon l’âge des répondants (variables regroupées)

| Age | N | (%) |
|----------------|----|------|
| 18-54 | 61 | 34,1 |
| 55 ans et plus | 61 | 44,5 |

Le sexe

En ce qui a trait au sexe, ce sont les hommes qui acceptent davantage les rôles de l’IPPL (tableau IX). Le chi-carré est non significatif (tableau XVIII, page 76).

Tableau IX – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l’IPPL, selon le sexe des répondants :

| Sexe | N | % |
|-------|----|------|
| Homme | 50 | 45,5 |
| Femme | 72 | 35,0 |

Le niveau de scolarité

Les répondants ayant terminé le niveau universitaire ainsi que le niveau primaire sont les groupes qui acceptent davantage tous les rôles de l’IPPL. Les proportions représentant le niveau de scolarité démontrent que l’acceptation est quasi similaire aux antipodes des niveaux : le taux du niveau « primaire » ressemble à celui du niveau « universitaire » et il en va de même pour ce qui est de l’autre duo (secondaire et collégial) (tableau X, page 72). Selon le recensement 2007 de Statistiques Canada, au Québec, la moitié de la population recensée avait complété le primaire ou le secondaire tandis que l’autre moitié le collégial ou le niveau universitaire¹⁰⁴. Alors,

deux groupes ont été créés, le premier comprenant les niveaux primaire et secondaire et le second avec les niveaux collégial et universitaire (tableau XI). Cette dernière catégorie devient celle qui accepte davantage les rôles de l'IPPL. Malgré une amélioration de la valeur du p, celle-ci n'atteint pas le seuil de signification statistique 0,05 (tableau XVIII, page 76).

Tableau X – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le dernier niveau de scolarité complété des répondants (variables originales)

| Dernier niveau de scolarité complété | N | % |
|--------------------------------------|----|------|
| Primaire | 10 | 43,5 |
| Secondaire | 33 | 33,0 |
| Collégial | 31 | 37,3 |
| Universitaire | 48 | 43,6 |

Tableau XI – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le dernier niveau de scolarité complété des répondants (variables regroupées)

| Dernier niveau d'études complété | N | % |
|----------------------------------|----|------|
| Primaire et Secondaire | 43 | 35,0 |
| Collégial et Universitaire | 79 | 40,9 |

Le statut marital

Les personnes veuves sont celles qui acceptent davantage les rôles de l'IPPL. Les taux d'acceptation sont très différents d'un groupe à l'autre sans tendance évidente (tableau XII, page 73). Alors, deux nouvelles catégories ont été créées, soit celle qui regroupe les personnes qui ont un conjoint (marié et conjoint de fait) et celles qui

n'en ont pas (célibataire, veuf et divorcé) (tableau XIII). Il n'y a aucune différence marquée entre ces deux groupes en ce qui a trait à l'acceptation des rôles de l'IPPL. Ce regroupement n'a pas permis au test du chi-carré d'être plus significatif (tableau XVIII, page 76).

Tableau XII – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le statut marital des répondants (variables originales)

| Statut Marital | N | % |
|------------------|----|------|
| Marié | 58 | 37,2 |
| Célibataire | 26 | 34,2 |
| Conjoint de fait | 21 | 44,7 |
| Veuf | 13 | 54,2 |
| Divorcé | 4 | 30,8 |

Tableau XIII – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le statut marital des répondants (variables regroupées)

| Statut Marital | N | % |
|------------------------------|----|------|
| Marié et conjoint de fait | 79 | 38,9 |
| Célibataire, veuf et divorcé | 43 | 38,1 |

Le fait d'avoir des enfants

Les répondants qui ont des enfants sont ceux qui acceptent dans une plus forte proportion les rôles de l'IPPL (tableau XIV). Le test du chi-carré est non significatif pour cette variable (tableau XVIII, page 76).

Tableau XIV – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le fait d'avoir des enfants

| Enfants | N | % |
|---------|----|------|
| Oui | 91 | 41,7 |
| Non | 31 | 31,6 |

Le revenu

Les personnes ayant un revenu entre 40000\$ et 59999\$ acceptent davantage les rôles de l'IPPL (tableau XV, page 75). En regardant les taux d'acceptation, on s'aperçoit que deux catégories sont possibles : 0\$ à 39999\$ et 40000\$ et plus. Ce nouveau regroupement a donc été créé et démontre que la catégorie de 40000\$ et plus accepte davantage les rôles de l'IPPL (tableau XVI, page 75). De plus, cela permet au test statistique du chi-carré d'être plus significatif (tableau XVIII, page 76).

Tableau XV – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le revenu des répondants (variables originales)

| Revenu | N | % |
|-------------------|----|------|
| 0\$ à 19999\$ | 39 | 37,5 |
| 20000\$ à 39999\$ | 36 | 30,5 |
| 40000\$ à 59999\$ | 27 | 54,0 |
| 60000 et plus | 20 | 45,5 |

Tableau XVI – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon le revenu des répondants (variables regroupées)

| Revenu | N | % |
|-----------------|----|------|
| 0\$ à 39999\$ | 75 | 33,8 |
| 40000\$ et plus | 47 | 50 |

La caractéristique de besoin

La proportion de ceux qui acceptent tous les rôles de l'IPPL sont sensiblement les mêmes dans les deux groupes (tableau XVII). Il n'y a donc aucune différence significative.

Tableau XVII – Proportion des répondants qui acceptent tous les rôles de l'IPPL, selon la caractéristique de besoin des répondants

| Besoin | N | % |
|--------------|-----|------|
| Diagnostiqué | 19 | 32,8 |
| Perçu | 103 | 39,9 |

Tableau XVIII – Tests statistiques du chi-carré selon les différentes variables

| Variable | X ² (variables originales) | p (variables originales) | X ² (variables regroupées) | p (variables regroupées) |
|----------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Age | 7,053 | 0,316 | 3,574 | 0,059 |
| Sexe | 3,337 | 0,068 | N/A | N/A |
| Scolarité | 2,786 | 0,426 | 1,131 | 0,288 |
| Statut marital | 4,274 | 0,370 | 0,230 | 0,880 |
| Enfant(s) | 2,916 | 0,088 | N/A | N/A |
| Revenu | 9,188 | 0,027 | 7,327 | 0,007 |
| Besoin | 1,025 | 0,311 | N/A | N/A |

3.2.2 Analyses multivariées

Le modèle de régression logistique a été utilisé afin de trouver s'il y a une relation entre les variables indépendantes et la variable dépendante catégorielle. Avant d'effectuer les analyses à l'aide de ce modèle, il est d'usage de procéder à un codage quantitatif des données. Alors, les catégories de chaque variable ont été recodées 0 et 1 (tableau XIX). La dernière catégorie de chaque variable (0) est la catégorie de référence. Cette codification quantitative permet d'effectuer la régression logistique avec l'hypothèse qu'il existe un lien entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes, en contrôlant les autres variables simultanément.

Tableau XIX – Codification des variables selon leurs catégories

| Variables* | Catégories | Code |
|------------------------------------|------------------------------|------|
| VD Acceptation des rôles de l'IPPL | totale | 1 |
| | non totale | 0 |
| VI Age | 55 ans et plus | 1 |
| | 18 à 54 ans | 0 |
| VI Sexe | homme | 1 |
| | femme | 0 |
| VI Scolarité | Collégial et universitaire | 1 |
| | Primaire et secondaire | 0 |
| VI Statut marital | Marié et conjoint de fait | 1 |
| | Célibataire, veuf et divorcé | 0 |
| VI Revenu | 40000\$ et plus | 1 |
| | 0\$ à 39999\$ | 0 |
| VI Enfants | oui | 1 |
| | non | 0 |
| VI Besoin | diagnostiqué | 1 |
| | perçu | 0 |

*VD : variable dépendante VI : variable indépendante

La régression logistique a été appliquée par étapes, selon le modèle d'Andersen, en gardant toutes les variables. Le seuil de signification pour la rétention d'une variable est semblable pour les trois analyses, soit un p plus petit ou égal à 0,05. La première étape ne contient que les caractéristiques prédisposantes (âge, genre et scolarité). À la deuxième étape, les caractéristiques facilitantes (statut marital, revenu et enfants) sont ajoutées. À la troisième étape, on ajoute la caractéristique de besoin.

Le modèle final (tableau XX, page 79), contenant toutes les variables indépendantes, indique que le revenu est l'unique variable significative ($p=0,027$). Celle-ci a un effet sur l'acceptation totale des rôles de l'IPPL, lorsque l'on contrôle les autres variables.

La fonction exponentielle appliquée au bêta (Exp B), communément appelé le ratio de cote (RC), pour le revenu est de 1,828. Cela veut dire que, si les autres variables indépendantes conservent les mêmes valeurs, les répondants gagnant 40000\$ et plus sont 83% plus susceptibles d'accepter tous les rôles de l'IPPL que ceux ayant un revenu annuel inférieur ou égal à 39999\$.

L'âge semble relié à l'acceptation des rôles, mais la valeur de p (0,064) n'atteint pas le seuil de signification fixé de 0,05.

Tableau XX – Résultats de la régression logistique identifiant les variables socio-démographiques reliées à l'acceptation totale des rôles de l'IPPL

| É T A P E | 1 | É T A P E | 2 | É T A P E | 3 | Variables dans l'équation | Signif. (p) | B | Exp (B) | Intervalle de Confiance (95%) |
|-----------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|---|---------------------------|-------------|--------|---------|-------------------------------|
| | | | | | | Âge | 0,064 | -0,469 | 1,597 | 0,381 - 1,028 |
| Sexe | 0,200 | 0,321 | 1,378 | 0,844 - 2,251 | | | | | | |
| Études | 0,395 | -0,218 | 1,244 | 0,486 - 1,329 | | | | | | |
| Statut marital | 0,612 | -0,131 | 0,877 | 0,527 - 1,458 | | | | | | |
| Revenu | 0,027 | -0,604 | 1,828 | 0,321 - 0,933 | | | | | | |
| Enfants | 0,275 | 0,305 | 1,356 | 0,785 - 2,343 | | | | | | |
| Besoin | 0,304 | -0,330 | 0,719 | 0,383 - 1,349 | | | | | | |

3.2.3 La courbe ROC

La courbe ROC (Receiver Operating Characteristics) est un test de validation qui évalue si le modèle permet une bonne discrimination entre deux groupes selon les variables indépendantes étudiées (ici, les groupes sont acceptation totale et acceptation non totale). La ligne droite sur le graphique (figure 2) indique le résultat lorsque le modèle n'est pas prédictif, c'est-à-dire que le modèle ne discrimine pas plus si les individus sont aléatoirement assignés dans l'un ou l'autre des groupes.

La courbe est ce qui est obtenu par le modèle. Plus l'aire sous la courbe est importante, plus le modèle discrimine bien. Il est généralement accepté que :

Aire ROC égale à 0,5 : il n'y a pas de discrimination

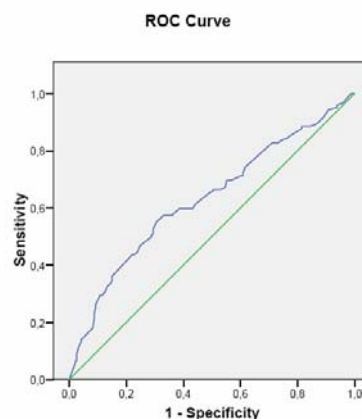
Aire ROC entre 0,7 et 0,8 : discrimination acceptable

Aire ROC entre 0,8 et 0,9 : discrimination excellente

Aire ROC plus grande que 0,9 : discrimination exceptionnelle

L'aire sous la courbe du présent modèle est de 0,63 (IC : 0,57 – 0,70). Ceci signifie que le modèle ne peut prédire avec une certitude acceptable les variables menant à l'acceptation des rôles de l'IPPL.

Figure 2. Courbe ROC du modèle de l'acceptation des rôles de l'IPPL



CHAPITRE QUATRE

Interprétation des résultats

4.1 Niveau d'acceptation des rôles de l'IPPL

Cette recherche montre que tous les rôles de l'IPPL sont acceptés par 38,6 % des usagers interrogés dans les CLSC à l'étude et que ce taux dépasse 75% pour l'acceptation de six rôles et plus. Lorsque l'on compare avec la littérature, ce taux est relativement fort. En effet, l'étude de Kviz et al. (1983)⁹ basée sur 12 rôles de l'IPPL montre un taux d'acceptation totale de 21,1%, soit environ la moitié du taux rapporté dans cette étude et un taux de 52,7% pour l'acceptation de neuf rôles et plus. Lorsque Preston (1996) reprend la même étude que Kviz et al. (1983)⁹, près de 13 ans plus tard, le taux d'acceptation totale passe à 42,9% et à 73,9% pour neuf rôles et plus¹⁰². L'étude de Kviz et al. (1983)⁹ se déroule aux États-Unis dans les années quatre-vingts où les médecins sont en surnombre à cause de la récession et ces derniers s'opposent à ce qu'un praticien non-médecin puisse prodiguer des soins de première ligne³⁴. De plus, la fonction et les rôles de l'IPPL commencent à peine à s'établir. Cela explique pourquoi le taux était si faible auparavant. L'étude de Preston (1996)¹⁰², se déroulant dans un contexte où l'IPPL est déjà bien établie et acceptée autant par la communauté médicale que par les usagers, montre à quel point l'opinion de la population a évolué. Dans la présente étude, il est possible que le choix d'usagers de CLSC plutôt que ceux de cliniques sans rendez-vous ou de cliniques de médecine familiale pose une limite à la validité externe. En effet, ces usagers ont peut-être une conception plus ouverte sur la multidisciplinarité donc plus favorable à l'acceptation de l'IPPL car, les CLSC sont des milieux avec une multitude de professionnels de la santé travaillant en concert et non uniquement des médecins.

L'histoire de l'IPPL au Canada se rapproche de celle des États-Unis mais au Québec, l'IPPL ne fait pas encore partie du paysage des professionnels de la santé; on peut en déduire alors qu'un taux de 38,6% est élevé. Évidemment, le contexte est totalement différent de celui qui prévalait dans les années quatre-vingts. Cependant, le système de soins de première ligne possède encore beaucoup de lacunes : une pénurie de médecins de famille, une utilisation inefficace des fournisseurs de soins, un manque de coordination, un manque d'importance accordée à la prévention et un déficit dans

l'accès aux soins^{105,122}. Toutes ces lacunes, bien connues de la population québécoise, ont pu jouer en faveur d'une aussi grande acceptation.

Toutefois, d'autres facteurs externes peuvent influencer négativement l'opinion du public à l'égard de l'IPPL. En effet, au Québec, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (projet de loi 90) a corrigé, en 2003, la *Loi sur les infirmières et infirmiers* pour permettre à ces dernières d'exercer des rôles traditionnellement réservés aux médecins. Le battage médiatique qui suivit parla favorablement des infirmières praticiennes et même le terme « super infirmière » a fait son apparition dans le paysage médiatique pour définir l'IP. Cependant, le fait que les patients aient l'habitude de se faire diagnostiquer des pathologies et prescrire des médicaments par un médecin a peut-être diminué cet effet positif. De plus, la profession d'infirmière praticienne de première ligne, bien que très établie en Amérique du Nord, est toute nouvelle au Québec. Malgré le fait que le débat public entourant la question semble lui être favorable, l'histoire américaine et canadienne montre qu'il y a toujours eu une certaine opposition, lors de l'implantation de l'IPPL, manifestée par les médecins qui voient la venue de cette nouvelle professionnelle comme une compétition^{34,40}. Cette position pourrait avoir été transposée à certains usagers et avoir créé un certain inconfort face à l'acceptation totale.

Le rôle le plus difficile à accepter (65%) dans la présente étude est celui de faire le suivi de maladies chroniques, peut-être parce que les patients sont davantage prêts à accepter les services de l'IPPL pour des problèmes de santé mineurs ou aigus que pour le suivi. Cette hypothèse est aussi partagée par Kviz et al. (1983)⁹. De surcroît, l'infirmière est historiquement connue pour prendre soin des patients sous les ordres du médecin. Alors le fait qu'elle puisse effectuer seule des tâches traditionnellement réservées à ce dernier, ne fait peut-être pas encore partie des mœurs québécoises. Cette même raison pourrait expliquer pourquoi l'échantillon composé majoritairement de femmes accepte moins (71%) que l'IPPL effectue des examens vaginaux tel que le PAP. De plus, seuls 69% de l'échantillon accepte que l'IPPL

décide pour eux s'ils ont besoin de voir un médecin. Peut-être ont-ils peur que a) cette dernière ne puisse pas reconnaître un problème important sous-jacent que le médecin serait en mesure de déceler b) qu'elle n'est pas la formation adéquate pour poser des diagnostics différentiels c) qu'ils perdent la liberté de voir un médecin selon leur désir.

Les rôles les plus faciles à accepter : prescription de tests diagnostiques (94%), diagnostic de maladies mineures (92%) et diagnostic de blessures mineures (88%). Ces trois rôles les plus acceptés étaient parmi les rôles les moins acceptés dans l'étude de Kviz et al. (1983)⁹. Cette dernière ayant été réalisé dans les années quatre vingts, il n'est pas étonnant que les opinions aient évolué. Il s'agit tout de même d'une grande découverte et peut-être que les répondants accueillent ces rôles favorablement car a) le fait de donner ces tâches à l'IPPL va permettre une plus grande fluidité et flexibilité dans la prestation de soins de première ligne b) les exemples donnés (ex : infection à la gorge) sont si simples et non dangereux pour la vie qu'ils peuvent être autodiagnostiqués c) la publicité favorable envers l'IPPL est de plus en plus présente.

En somme, il est possible d'affirmer qu'une bonne partie de la population accepterait qu'une IPPL effectue des tâches traditionnellement réservées aux médecins. Il s'agit là d'une découverte importante pour les facultés de sciences infirmières et leurs étudiantes ainsi que pour les dirigeants de services de santé qui seraient prêts à utiliser les services d'une IPPL. Il est plus facile d'implanter un nouveau professionnel de la santé lorsque l'on sait que son rôle est largement accepté par les clients.

4.2 Modèle explicatif

En se basant sur la littérature, un modèle explicatif de l'acceptation des rôles de l'IPPL par les usagers a été proposé, faisant l'hypothèse qu'une série de variables

socio-démographiques influence directement cette acceptation. Les résultats de cette recherche supportent en partie le modèle proposé.

Parmi les sept variables indépendantes retenues dans le modèle, seul le revenu a une relation directe ($RC = 1,83$) avec la variable dépendante, dans les analyses multivariées. Les six autres variables n'ont pas de lien significatif suffisant pour expliquer la variance. Pourtant, en analyses bivariées, trois de ces variables ont un Chi-carré dont la valeur de p est inférieure à 0,10, soit l'âge (0,059), le sexe (0,068) et le fait d'avoir des enfants ou non (0,088). Bien que la littérature donne de bonnes pistes quant à l'association des six variables non significatives avec la variable dépendante^{9,85-87}, il n'était pas possible de déterminer à l'avance lesquelles auraient cette influence pour une étude réalisée au Québec.

Cette recherche est la seule étude au Québec à mettre en relation les caractéristiques socio-démographiques des usagers avec leur acceptation des différents rôles de l'IPPL. Cependant, étant donné que des études semblables, bien que peu nombreuses, ont déjà eu lieu dans d'autres provinces canadiennes et états américains, il est quand même possible de discuter ces résultats.

4.3 Variables significatives

Il n'est pas étonnant de constater qu'il existe une association positive entre le revenu et l'acceptation totale des rôles de l'IPPL. Ici, ce sont les répondants ayant un revenu égal ou supérieur à 40000\$ qui acceptent davantage ces rôles. En 2005, au Québec, le revenu annuel moyen des hommes était de 36745\$ et celui des femmes 24796\$, ce qui donne une moyenne de 31221\$¹⁰⁴. Alors, on peut considérer 40000\$ et plus comme étant un revenu élevé. Généralement, les personnes qui possèdent un revenu élevé ont accès à plus de ressources et parmi celles-ci se retrouvent l'Internet, l'abonnement à des magazines spécialisés, les voyages à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada, etc. Tout suggère l'hypothèse suivante : ces personnes ont peut-être déjà été en contact avec des écrits, des analyses ou des reportages favorisant l'acceptation de ces rôles, et ce, malgré le fait que la profession d'IPPL n'existe pas encore au

Québec. Il est même probable que certaines d'entre elles aient déjà consulté une IPPL à l'extérieur du Québec. De plus, on peut aussi soupçonner que les personnes favorisées économiquement sont plus ouvertes aux idées et aux pratiques nouvelles.

L'étude de Kviz et al. (1983)⁹ rapporte que l'acceptation des rôles non traditionnels de l'IPPL (effectuer un suivi, expliquer le diagnostic, diagnostiquer un problème de santé mineur, diagnostiquer des blessures mineures, décider si le patient doit voir un médecin, effectuer des chirurgies mineures, prescrire des médicaments et des traitements, faire un examen physique complet) est plus grande chez les personnes ayant un revenu moyen entre 10000\$ et 19999\$. L'auteur considère, à cette époque, qu'un revenu élevé est supérieur à 20000\$. Dans un même ordre d'idée, l'étude de Phillips et al. (2000)⁸⁵ révèle que les personnes ayant un faible revenu sont moins favorables à l'acceptation de l'IPPL. Ces deux études soutiennent donc le fait que le revenu est une variable socio-démographique ayant un lien avec la variable dépendante. Kviz et al. (1983)⁹ explique que, aux États-Unis, les personnes ayant un revenu moyen à élevé acceptent davantage les rôles de l'IPPL car une consultation avec cette dernière peut réduire les coûts reliés aux soins médicaux, tandis que l'acceptation serait moins élevée chez les personnes ayant un faible revenu car elles bénéficient déjà d'assurances gouvernementales telles que le Medicaid ou le Medicare. Ce raisonnement n'est toutefois pas applicable au Canada avec un régime public d'assurance santé.

4.4 Variables non significatives

Compte tenu de la littérature existante, il est très étonnant que le niveau de scolarité ne fasse pas partie des variables significatives. En effet, l'étude de Phillips et al. (2000)⁸⁵ montre que les personnes ayant terminé leurs études secondaires sont plus susceptibles d'accepter les rôles de l'IPPL. Les études d'Armer (1997)⁸⁶ et de Knudston (2000)⁸⁷ vont dans le même sens en montrant qu'un niveau d'éducation élevé amène aussi une plus grande acceptation. Il en va de même pour l'âge qui semblait être un facteur important, les personnes plus jeunes acceptant davantage les

rôles de l'IPPL^{9,85,87} ainsi que pour le sexe, les hommes ayant un niveau d'acceptation plus élevé que les femmes^{9,86}.

La présente étude est la première à avoir examiné le lien possible entre le type de besoin de santé (perçu ou diagnostiqué) et l'acceptation des rôles de l'IPPL. On a choisi d'examiner ce lien pour deux raisons distinctes. En premier lieu, le modèle d'Andersen l'incluait alors, si le type de besoin n'est pas une variable significative dans la présente étude, c'est peut-être parce que cette variable est strictement prédictive de l'utilisation des services de santé et pas de l'ouverture à une nouvelle profession. En second lieu, on pouvait présumer qu'une personne avec un besoin perçu (pas encore diagnostiqué) serait plus portée à accepter les rôles de l'IPPL parce que la présence de celle-ci lui permettrait peut-être d'accéder à une consultation avec une professionnelle de la santé plus rapidement, étant donné la pénurie de médecins. Au contraire, une personne ayant été diagnostiquée a peut-être déjà un médecin traitant et serait donc moins encline à vouloir l'arrivée des IPPL. Cependant, l'étude de Kviz et al. (1983)⁹ démontre que le fait d'avoir un médecin traitant ainsi que l'absence ou la présence de symptômes lors de la consultation n'ont aucun lien avec l'acceptation de l'IPPL. Compte tenu des résultats des études antérieures et des résultats de la présente étude, il serait à priori injustifié de garder cette variable dans le modèle explicatif de l'acceptation de l'IPPL. Par contre, cette variable ayant été peu étudiée, d'autres études seront nécessaires.

4.5 Implications

Les résultats de cette étude devraient influencer l'implantation de l'IPPL au Québec car ils peuvent avoir des répercussions sur les différents groupes responsables de la mise en œuvre de ce nouveau groupe professionnel dans le système de santé.

Au Québec, le métier d'infirmière est bien connu et établi depuis le début du XVII^e siècle⁴⁴. Les facultés de sciences infirmières d'aujourd'hui n'ont donc pas eu à promouvoir ce métier. Cela ne fait pas nécessairement partie des habitudes des infirmières de faire la promotion de l'IPPL. Pour ce faire, on pourrait par exemple

prévoir des cours de marketing de la profession pour que les finissantes de ce programme puissent être en mesure de bien éduquer leurs client(e)s à propos de leurs rôles et ainsi gagner leur confiance. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) aura aussi un rôle de promotion à jouer auprès de la population québécoise en effectuant des campagnes de publicité à grande échelle.

Les décideurs et les gestionnaires du système de santé seront les personnes responsables de l'implantation de l'IPPL. Les données de cette étude pourront les éclairer sur la planification de cette implantation. Par exemple, ils pourraient décider de mettre en œuvre un projet pilote dans une région où le revenu est moyen ou élevé et alors commencer avec les gens les plus susceptibles d'accepter les rôles de l'IPPL.

Cette étude va aussi profiter aux autres professionnels de la santé qui pourraient être plus prompts à travailler avec une IPPL dont les rôles sont déjà largement acceptés au sein de la population et qui bénéficie d'une bonne presse. Le Collège des médecins, qui travaille déjà avec l'OIIQ sur la reconnaissance de l'IPPL, pourrait faire connaître les résultats de la présente étude à ses membres et ainsi favoriser la collaboration interprofessionnelle.

Il est évident que les variables non significatives (âge, genre, statut marital, éducation, enfants et besoin) auraient pu aider à préciser davantage la clientèle cible de l'IPPL et être d'un grand intérêt pour le système de santé ainsi que pour les universités.

4.6 Limites de l'étude

Les résultats de cette étude sont généralisables à tout milieu urbain au Québec et ils pourraient aussi s'appliquer à d'autres provinces canadiennes qui évoluent dans le même contexte et les mêmes conditions. Il est important de mentionner que les résultats auraient pu être différents dans un milieu rural. En effet, la proximité des CLSC n'est pas la même qu'en milieu urbain et les moyens pour s'y rendre ne sont pas aussi diversifiés (ex. : autobus et métro). De plus, l'accessibilité à un médecin de

famille en région rurale y est meilleure : 83% des habitants ont un médecin de famille comparativement à 60% en milieu urbain¹⁰⁵.

Les limites de cette étude ne sont pas étrangères à celle de l'étude de Kviz et al. (1983)⁹. En effet, les rôles choisis dans le questionnaire ne sont qu'une partie des rôles qu'effectue l'IPPL, alors les résultats ne sont applicables qu'à ceux-ci. Les résultats auraient pu être différents si les rôles l'étaient aussi. De plus, on n'a pas demandé aux répondants pourquoi ils acceptaient un rôle en particulier. Cela aurait permis d'approfondir les raisons sous-jacentes à l'acceptation des différents rôles. Ensuite, le niveau de besoin n'a pas été bien mesuré. Lorsqu'un patient se présente à une clinique avec un besoin urgent, sa perception de l'urgence de la situation peut le faire pencher vers un professionnel en particulier : le médecin⁴⁰. C'est pour cette raison que Kviz et al. (1983)⁹ concluent qu'un patient pourrait être enclin à consulter une IPPL uniquement lorsque son problème de santé est mineur.

Au niveau du cadre conceptuel, il y a eu modification du modèle d'Andersen. Le concept original d'utilisation a été remplacé par le concept d'acceptation. Bien qu'il s'agisse d'une pratique originale, la validité de cette substitution est inconnue et d'autres études seraient nécessaires pour la vérifier.

Au point de vue de la méthodologie, l'échantillon est majoritairement composé de femmes (65%), ce qui fait que l'opinion des hommes n'y est pas aussi bien représentée. De plus, la collecte de données s'étant effectuée dans des CLSC, cela exclut les usagers qui ne fréquentent pas ce genre d'établissement. Peut-être qu'un sondage téléphonique ou une collecte de données directement dans d'autres établissements (cliniques médicales, hôpitaux, etc.) aurait pu rejoindre ces personnes. Le fait que l'échantillon soit constitué de volontaires pose une certaine limite à la validité externe. En effet, le problème majeur que pose ce type d'échantillon est le fait que seules les personnes qui se trouvent au CLSC au moment précis où l'étude se déroule peuvent répondre au questionnaire alors, ce type d'échantillon représente difficilement la population cible. De plus, il est possible que les volontaires soient des

personnes plus libérales, déjà d'accord pour répondre à un questionnaire donc plus enclines à l'acceptation. Cependant, les panneaux annonçant l'étude étaient assez neutres et ne portaient pas spécifiquement sur l'IPPL ou sur un groupe en particulier (annexe 2) alors, cela atténue peut-être l'effet causé par le choix de volontaires pour constituer l'échantillon. Finalement, comme le feuillet explicatif sollicitant la participation des usagers mentionne que le recours à l'IPPL pourrait réduire le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un professionnel de la santé, il est possible que, pour un client qui attend longtemps avant de voir le médecin, il soit difficile de ne pas répondre favorablement aux rôles de l'IPPL. Cela représente une menace à la validité interne au niveau de l'instrumentation utilisée.

Un pourcentage élevé de la variance reste inexpliqué suite à l'analyse statistique et cela est aussi confirmé par l'analyse de la courbe ROC. Il est donc évident qu'il existe d'autres facteurs importants qui n'ont pas été analysés. Lorsqu'on parle de l'acceptation d'un nouveau professionnel de la santé, plusieurs variables peuvent entrer en jeu comme l'a montré la littérature. Cette étude ne se limitait qu'à certaines caractéristiques socio-démographiques. L'expérience passée avec le système de santé⁹, les attentes à l'égard des professionnels de la santé⁹, l'accessibilité à un médecin de famille¹⁰⁵, la capacité d'empathie de l'IPPL¹⁰⁰ et son implication communautaire¹⁰⁰, la compétence du professionnel de la santé¹⁰⁰, le type de services offerts¹⁰⁰ et l'intégration avec le système de santé existant^{100,105} sont autant de facteurs qui peuvent aussi influencer l'attitude face à l'IPPL. De plus, ce n'est pas parce qu'un patient accepte les rôles d'une infirmière praticienne de première ligne que celui-ci serait prêt à utiliser ses services.

4.7 Recherches futures

La littérature scientifique sur l'acceptation des rôles de l'IPPL selon les variables socio-démographiques des répondants est très ancienne, peu abondante et cette lacune est plus grande lorsque l'on tient uniquement compte du contexte canadien et québécois. Pourtant, comme la popularité de ce nouveau groupe professionnel est sans cesse grandissante, d'autres études semblables à la présente devraient être

conduites à différents endroits dans la province et à plus grande échelle. Ainsi, une comparaison serait possible pour savoir s'il existe une distinction entre les milieux urbains et ruraux. Ces études pourraient même être réalisées à travers le Canada afin de comparer le Québec et les provinces plus avancées sur la question.

Il serait intéressant de développer ce questionnaire de façon à y inclure des variables médiatrices qui pourraient expliquer davantage le processus d'acceptation de l'IPPL par les usagers. Par exemple, le fait de ne pas avoir de médecin de famille pourrait être un facteur intéressant qui augmente l'acceptation. En effet, le manque de médecins de famille est criant au Québec et cela réduit l'accessibilité aux soins de première ligne¹⁰⁵.

L'IPPL travaillant dans un milieu multidisciplinaire, l'opinion des autres professionnels de la santé pourrait aussi être sondée dans une autre enquête. Il serait souhaitable d'inclure aussi les étudiants des différentes facultés impliquées. Peut-être y aurait-il une différence de perception si l'on comparait le niveau d'acceptation des étudiants par rapport à celui des professionnels déjà sur le marché du travail.

CONCLUSION

Le premier objectif de cette étude était de mesurer le niveau d'acceptation des rôles de l'infirmière praticienne de première ligne (IPPL) par les usagers de CLSC, et le second objectif était d'identifier les variables socio-démographiques des usagers associées à ce niveau.

Afin d'atteindre ces objectifs, l'étude a proposé un modèle conceptuel, inspiré du modèle des systèmes de santé d'Andersen, mettant en relation des caractéristiques socio-démographiques avec l'acceptation des rôles de l'IPPL. Ce modèle suppose que certains individus ont une plus grande tendance à utiliser les services de soins que d'autres. Cette prédisposition peut être expliquée par différentes caractéristiques individuelles divisées en trois groupes : les caractéristiques prédisposantes (âge, sexe et éducation), les caractéristiques facilitantes (revenu, statut marital et enfants) et les caractéristiques de besoin (besoin perçu ou diagnostiqué). Le modèle d'Andersen a été largement utilisé pour répondre à ce genre de question.

De façon générale, l'étude montre que près de 40% (38,6%) de l'échantillon semble accepter tous les rôles de l'IPPL. L'analyse de régression logistique a permis de tester l'importance de chacune des variables indépendantes. Les résultats suggèrent que les personnes ayant un revenu supérieur à 40000\$ seraient plus favorables à l'acceptation de tous les rôles de l'IPPL. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, étant donné les limites de l'étude.

L'historique de l'implantation de l'IPPL en Amérique du Nord démontre que cette dernière a toujours été acceptée par les populations dont elle prenait soin. Elle est même reconnue pour prodiguer des soins de première ligne équivalents et parfois même meilleurs que ceux de l'omnipraticien. Au Québec, cette profession sera reconnue sous peu et il existe un certain engouement à son égard. Ignorer l'opinion des patients envers celle-ci pourrait compromettre son implantation. Cette étude a permis d'estimer le degré d'ouverture des usagers de CLSC à l'égard de l'IPPL et d'élucider un facteur qui est à l'origine d'une plus grande acceptation des rôles de l'IPPL par ces personnes. Ces connaissances vont profiter à ces nouvelles

professionnelles qui devront promouvoir leur rôle auprès de la population ainsi qu'aux décideurs du système de santé québécois pour contribuer à l'intégration de l'IPPL dans les milieux de soins.

RÉFÉRENCES

- 1- Régie régionale de la santé et des services sociaux (2003). *Situation quotidienne dans les salles d'urgence*. Récupéré le 2 février 2004 de www.santemontreal.qc.ca
- 2- Clair M. (2000). *Les solutions émergentes*. Récupéré le 13 août 2008 de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>
- 3- Ministère de la santé et des services sociaux (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*. Récupéré le 22 août 2008 de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-102-01.pdf>
- 4- Ministère de la santé et des services sociaux. (1998). *Les urgences au Québec 1990-97 : bilan perspectives et normes*. Récupéré le 4 juin 2004 de www.msss.gouv.qc.ca
- 5- Ministère de la santé et des services sociaux. (1999). *Plan d'action - La situation dans les urgences en 1999 - Un défi majeur pour le réseau*. Récupéré le 4 juin 2004 de www.msss.gouv.qc.ca
- 6- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Dubois, C.-A. (2000). *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- 7- Santé Canada (2003). *Rapport sur les soins de santé au Canada 2003*. récupéré le 5 juin 2004 de <http://www.icis.ca>
- 8- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *Guide d'application de la nouvelle loi sur les infirmiers et infirmières et de la loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Récupéré le 4 avril 2004 de www.oiiq.org
- 9- Kviz, F.J., Misener, T.R., & Vinson, N. (1983). Rural health care consumers' perceptions of the nurse practitioner role. *Journal of Community Health*, 8(4), 248-62.
- 10- Larkin, H. (2003). The case for nurse practitioners: Used correctly, they can improve outcomes, lower costs and make up for reduced residents' hours. *Hospitals & Health Networks*. 77(8), 54-58.
- 11- Jarman, B., Hurwitz, B., Cook, A., Bajekal, M., & Lee, A. (2002). Effects of community based nurses specialising in Parkinson's disease on health outcome and costs: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 324(7345), 1072-1075.
- 12- Kinnersley, P., Anderson, E., Parry, K., Clement, J., Archard, L., Turton, P., & al. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting same day consultations in primary care. *British Medical Journal*, 320(7241), 1043-1048.

- 13- March, G.N., & Dawes, M.L. (1995). Establish a minor illness nurse in a busy general practice. *British Medical Journal*, 310(6982), 778-780.
- 14- Myers P.C., Lenci B., & Sheldon M.G. (1997). A nurse practitioner as the first point of contact for urgent medical problems in a general practice setting. *Family Practice*, 14(6), 492-497.
- 15- Mynors-Wallis, L.M., Gath, D.H., Day, A., & Baker, F. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 320(7226), 26-30.
- 16- Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D., Cochrane, M.A., Skoda S., & Clement S. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: Multicentre, randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 320(7241), 1038-1043.
- 17- Munding, M.O., Kane, R.L., Lenz, E.R., Totten, A.M., Tsai, W.Y., Cleary, P.D., & al. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 283(1), 59-68.
- 18- 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. *British Medical Journal*, 320(7241), 1048-1053.
- 19- Horrocks S, Anderson E, & Salisbury C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324, 819-823.
- 20- Sidani, S., Irvine, D., & DiCenso, A. (2000). Implementation of the primary care nurse practitioner role in Ontario. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(3):13-19.
- 21- Fahey-Walsh, J. (2004). *Pratique infirmière avancée et infirmières et infirmiers praticiens en soins primaires : titre, champ d'exercice et rôle. Initiative canadienne sur les infirmières et les infirmiers praticiens*. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- 22- Patterson, C., & Haddad, B. (1992). The advanced nurse practitioner: common attributes. *Canadian Journal of Nursing Administration*, novembre-décembre, 18-22.
- 23- Alcock, D. (1996). The clinical nurse specialist, clinical nurse specialist / nurse practitioner and other titled nurse in Ontario. *Canadian Journal of Nursing Administration*, janvier-février, 23-43.

- 24- Dunn, K., & Nicklin, W. (1995). The status of advanced nursing roles in Canadian teaching hospitals. *Canadian Journal of Nursing Administration*, janvier-février, 111-135.
- 25- Woods, L. (1997). Conceptualizing advanced nursing practice: Curriculum issues to consider in the educational preparation of advanced practice nurses in the UK. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 820-828.
- 26- Hanson, C. M., & Hamric, A. B. (2003). Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing. *Nursing Outlook*, 51 (5), 203-211.
- 27- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1997). *La pratique infirmière de niveau avancé au premier plan, zoom sur les soins infirmiers*. Ottawa : auteur.
- 28- Hamric, A. B. (2005). A Definition of Advanced Nursing Practice, dans Hamric, A. B., Spross, J. A., et Hanson, C. M. (dir.), *Advanced Nursing Practice An Integrative*
- 29- Morgan, P., & Cohen, L. (1992). Should the Nurse practitioners play a larger role in Canada's health care system? *Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 146(6), 1020-1025.
- 30- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *La pratique infirmière avancée : Cadre national – révisé*. Ottawa: auteur.
- 31- Institut Canadien d'information sur la santé et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *La réglementation et le nombre d'infirmiers praticiens au Canada : mise à jour 2006*. Ottawa: auteur.
- 32- Santé Canada (2008). *Système de soins de santé: À propos des soins de santé primaires*. Récupéré le 27 mars 2008 de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos_f.html
- 33- Mantle, J. (1993). Standards – will they make a difference? *The Canadian CNS: the Newsletter of the Clinical Nurse Specialist group*, 3, 1-8.
- 34- Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, C.M. (2005). *Advanced Practice Nursing. An integrative Approach*. (3^e éd.). Saint-Louis : W.B. Saunders.
- 35- Goldmark, J. (1923). *Nursing and nursing education in the United States. Report of the Committee for the Study of Nursing Education*. New York: Garland.
- 36- Benner, P., & Wrubel, J. (1988). *The primacy of caring*. Menlo Park, CA: Addison Wesley.

- 37- Chenoy, N.C., Spitzer, W.O., & Anderson, G.D. (1973). Nurse practitioner in a primary health care: prior attitudes of a rural population. *Canadian Medical Association. Journal* 108, 998-1003.
- 38- White, R. (1943). Army nurses – in the air! *American Journal of Nursing*, 43, 344.
- 39- Fairman, J. (2002). The roots of collaborative practice : Nurse practitioner pioneers stories. *Nursing History Review*, 10, 159-174.
- 40- Haines, J. (1993). *L'Infirmière praticienne*. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- 41- Doucette, S., & Sangster-Gormley, E. (2004). *CASN task force discussion paper : Primary Health Care/Nurse Practitioner Education*. Ottawa: ACÉSI.
- 42- Drury, M., Greenfield, S., Stillwell, B., & Hull, F.M. (1988). A nurse practitioner in general practice: patient perceptions and expectations. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38, 503-505.
- 43- Kaufman, G. (1996). Nurse practitioner in general practice: an expanding role. *Nursing Standard*, 11(8), 44-47.
- 44- Desjardins, E., Giroux, S., & Flanagan, E. (1970). *Histoire de la profession infirmière au Québec*. Montréal: Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec.
- 45- AIIC/AMC. (1973). Comité mixte AMC/AIIC sur le rôle élargi de l'infirmière : Déclaration de principe. Ottawa : auteurs.
- 46- Bigbee, J., & Amidi-Nouri, A. (2000). Dans Hamric A., Spross, J., & Hanson, C. *Advanced nursing practice : An Integrative approach*. (2^{ème} ed) (pp. 3-31). Philadelphie: W.B. Saunders.
- 47- Beitz, J. (2000) Specialty practice, advanced practice and woc nursing: Current professional issues and future opportunities. *Journal Wound Ostomy Cont Nursing*, 27, 55-64.
- 48- Hamric, A. (2000) WOC nursing and the evolution to advanced nursing practice. *Journal Wound Ostomy Cont Nursing*; 27, 46-47.
- 49- Darbyshire, P. (1990). The Heart of the matter. *Nursing Times*, 86(47), 63-64.
- 50- Leininger, M.M. (1988). Theory of nursing – cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quaterly*, 1, 152-159.

- 51- Wright, S. (1991) Facilitating therapeutic nursing and independent practice. Dans McMahon, R., Pearson, A. *Nursing as therapy*. Londres: Chapman et Hall.
- 52- Marriner-Tomey, A., & Raile-Alligood, M. (2002). *Nursing Theories and their work* (5^e éd.). St-Louis: Mosby.
- 53- K rouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2e  d.). Montréal : Beauchemin
- 54- American academy of Nurse Practitioner (2007). *Position statement on Nurse Practitioner Curriculum*. Récupéré le 14 mars 2008 de www.aanp.org/publications.
- 55- Pearson, L. (2004). Sixteen annual legislative update: How each state stands on legislative issues affecting advanced nursing practice. *The Nurse Practitioner*, 29(1), 26-31.
- 56- Goolsby, M-J. (2005). 2004 AANP national nurse practitioner sample survey, part II : Nurse practitioner prescribing. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner*, 17(12), 506-511.
- 57- Collège des médecins du Québec (2005). *Guide d'exercice : les ordonnances faites par un médecin*. Montréal : auteur.
- 58- Davidson, C. (1996). The need for a standardised core curriculum. *Nurse practitioner* 21(4), 155-156.
- 59- De Leon-Demare, K., Chalmers, K., & Askin, D. (1999) Advanced practice nursing in Canada : has the time really come? *Nursing Standard* 14(7), 49-54.
- 60- Atkins, S. & Esser, S.J. (2000) Education for advanced nursing practice: an evolving framework. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 523-533.
- 61- Van Soeren, M.H., Andrusyszyn, M., Laschinger, H.K.S., Goldenberg, D. & Dicenso, A. (2000). Consortium approach for nurse practitioner education. *Journal of Advanced Nursing* 32(4), 825-833.
- 62- Association canadienne des écoles en sciences infirmières. (2004a). * nonc  de position sur les études au niveau de la maîtrise et du doctorat*. Ottawa : auteur.
- 63- Association canadienne des écoles en sciences infirmières. (2004b). * nonc  de position de l'ACESI sur la formation des infirmières et infirmier praticiens au Canada*. Récupéré le 14 mars 2008 de http://www.acesi.ca/francais/education/Enonce_position.htm.
- 64- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003). *Cost-effectiveness of the nurse practitioner role*. Ottawa: auteur.

- 65- Rutherford, G. (2004). *Initiative canadienne sur les infirmières et les infirmiers praticiens : volet formation*. Récupéré le 16 août 2007 de <http://www.cnpi.ca/education/index.asp>.
- 66- Alpert, P.T., Fjone, A. & Candela, L. (2002). Nurse Practitioner : Reflecting on the Future. *Nursing Administration Quarterly*, 26(5), 79-89.
- 67- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2008). Les programmes de 2^e et 3^e cycles. Récupéré le 22 avril 2008 de <http://www.scinf.umontreal.ca>.
- 68- Gardner, G., Gardner, A., & Proctor, M. (2004). Nurse practitioner education : A research curriculum structure. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 143-152.
- 69- Griener, A., & Knebel, E. (2003). *Health professions education: a bridge to quality. Committee on the Health Professions Education Summit*. Récupéré le 17 avril 2008 de http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10681&page=90.
- 70- Kelley, F., & Kopac, C. (2001). Advanced health assessment in nurse practitioner programs. *Journal of Professional Nursing*, 17(5), 218-225.
- 71- American Association of Colleges of Nursing. (1996). *The essential of master's education for advanced practice nursing*. Washington, DC: auteurs.
- 72- Vessey, J., & Huss, K. (2002). Using standardized patients in advanced practice nursing education. *Journal of Professional Nursing* 18(1), 29-35.
- 73- Hayes, E. (1998). Mentoring and Nurse Practitioner Student self-efficacy. *Western Journal of Nursing Research* 20(5), 521-535.
- 74- Blasdell, A., Kludnick, V. & Purseglove, T. (2002). The use of nursing and medical models in advanced practice: does education affect the nurse practitioner's practice model? *Journal of Nursing Education*, 41(5), 231-233.
- 75- Ryan, M., Carlton, K., & Ali, N. (1999). Evaluation of traditional classroom teaching methods versus course delivery via the world wide web. *Journal of Nursing education*, 38(6), 272-277.
- 76- Andrusyszyn, M., Cragg, C.E., & Humbert, J. (2001). Nurse practitioner preferences for distance education methods related to learning style, course content and achievement. *Journal of Nursing Education*, 40 (40), 163-170.
- 77- Prescott, P., & Driscoll, L. (1979). Nurse practitioner effectiveness : a review of physician-nurse comparison studies. *Evaluation and the Health Professions*, 2(4), 387-418.

- 78- Brown, S. & Grimes, D. (1995). A meta-analysis of nurse practitioner and nurse midwives in primary care. *Nursing Research*, 44(6), 332-339.
- 79- Safriet B. (1992). Health care dollars and regulatory sense: the role of advanced practice nursing. *The Yale Journal on Regulation*, 9(2):417-487.
- 80- Sakr, M., Angus, J., Perrin, J., Nixon, C., Nicholl, J., & Wardrope, J. (1999). Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 16(354), 1321-1326.
- 81- Patrick, D., Scrivens, E., & Carlton, J. (1983). Disability and patient satisfaction with medical care. *Medical Care*, 21(11), 1062-1075.
- 82- Way, D., Jones, L., Busing, N., Humbert, J., Doucette, S., & Baskerville, B. (2001). *Improving the effectiveness of primary health care through nurse practitioner/family physician structured collaborative practice*. Ottawa: University of Ottawa.
- 83- Appleby, C. (1995). Boxed in? *Hospitals and Health Networks*, 20, 28-34.
- 84- Fitzgerald, M., Jones, E., Lazar, B., McHugh, M., & Wang, C. (1995). The midlevel provider: Colleague or competitor? *Patient care*, 80(1), 23-27.
- 85- Phillips, C.Y., Palmer, V.C., Wettig, V.S., & Fenwick, J.W. (2000). Attitudes toward Nurse Practitioners: Influence of gender, age, ethnicity, education and income. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12 (7), 255-259.
- 86- Armer, J.M. (1997). Missouri responds to the advanced practice nurse role. *Nursing and Health Care: Perspectives on Community*, 18(2), 86-90.
- 87- Knudtson, N. (2000). Patient satisfaction with nurse practitioner service in a rural setting. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12(10), 405-412.
- 88- Forgeron, P. & Martin-Misener, R. (2005). Parent's intentions to use paediatric nurse practitioner services in an emergency department. *Journal of advanced nursing*, 52(3), 231-238.
- 89- Linn, L., & Greenfield, S. (1982). Patient suffering and patient satisfaction among the chronically ill. *Medical Care*, 20(4), 425-431.
- 90- Pope, C. (1978). Consumer satisfaction in a health maintenance organization. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 291-303.
- 91- Ware, J., Davies-Avery, A. & Stewart, A. (1977). *The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of the literature*. Santa Monica: Rand Paper Series.

- 92- Enggist, R., Hatcher, M. (1983). Factors influencing consumer receptivity to the nurse practitioner. *Journal of Medical Systems*, 7(6), 495-512.
- 93- Cleary, P., & MacNeil, B. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25(1), 25-36.
- 94- Greenley, J., Young, T. & Schoenherr, R. (1982). Psychological distress and patient satisfaction. *Medical Care*, 20(4), 373-385.
- 95- Larrabee, J., Ferri, J., & Hartig, M. (1997). Patient satisfaction with nurse practitioner in primary care. *Journal of Nursing Care Quality*, 11(5), 9-14.
- 96- Zigmund, W.G., et Miller, S.J. (1979). A factor analysis of attitudes of rural health care consumers towards nurse practitioner. *Research in Nursing and Health*, 2, 85-90.
- 97- Guyter, J., & Sobal, J. (1982). Patient expectation and acceptance of a nurse practitioner. *Family Practice Research Journal*, 2(2), 125-131.
- 98- Ramsey, P., Edwards, J., Lenz, C., Odom, J., & Brown, B. (1993). Types of health problems and satisfaction with services in a rural nurse-managed clinic. *Journal of Community Health Nursing*, 10(3), 161-170.
- 99- Murphy, J., & Ericson, J. (1995). Acceptance of nurse practitioner services by rural elderly. *Nurse Practitioner*, 20(2), 72-74.
- 100- Baldwin, K.A., Sisk, R.J., Watts, P., McCubbin, J., Brockschmidt, B. & Marion, L.N. (1998). Acceptance of nurse practitioner and physician assistants in meeting the perceived needs of rural communities. *Public Health Nursing*, 15(6), 389-397.
- 101- Wolinsky, F.D. (1988). *Seeking and using health services, in the sociology of health: principles, practitioners and issues*. Belmont: Wadsworth Publishing Co.
- 102- Preston, E. (1996). Consumer acceptance of the nurse practitioner. Mémoire de maîtrise inédit, Collège Clarkson, Omaha, États-Unis.
- 103- Schweser, C. (1998). Consumer acceptance of the nurse practitioner. Mémoire de maîtrise inédit, Collège Clarkson, Omaha, États-Unis.
- 104- Statistiques Canada (2007). *Enquête sur la dynamique du travail et du revenu*. Récupéré le 4 août 2008 sur le site de l'Institut de la Statistique du Québec à l'adresse :
http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/revenus_depense/revenus/gainspart96_2005.htm
- 105- Pineault, R., Levesque, J-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P., & Haggerty, J. (2008). L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude

sur la première ligne au Québec. Récupéré le 16 août 2008 de <http://www.inspq.qc.ca/publications/default.asp?E=p>

106- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2002). *Échelle de triage et de gravité: guide de formation*. Récupéré le 4 avril 2004 de www.oiiq.org

107- American College of Nurse practitioner. (2002) *Nurse Practitioner Primary Care Competencies in Specialty Areas: Adult, Family, Gerontological, Pediatric and Women's Health*. Récupéré le 12 mars 2008 de <http://www.nurse.org/acnp/clinprac/index.shtml>

108- Baer, E. (2001). Aspirations unattained: the story of the Illinois training school's search for university status. Dans Baer, E., D'antonio, P., Rinker S. & Lynaugh, J. *Enduring issues in American Nursing* (pp. 150-164). New York: Springer.

109- Ford, L. C., & Silver, H. K. (1967). The expanded role of the nurse in child care. *Nursing Outlook*, 15, 43-45.

110- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2006). *Rapport sur le dialogue de 2005 sur la pratique infirmière avancée*. Ottawa: auteur.

111- Nurse practitioners- the national picture (1978). *The Canadian Nurse*, 74(4), 13-23. Aucun auteur listé.

112- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & le Collège des médecins du Québec. (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée*. Montréal : auteur.

113- American Academy of Nurse Practitioner (2007). *Frequently asked questions: Why choose a nurse practitioner as your healthcare provider*. Récupéré le 3 avril 2008 de <http://www.aanp.org>

114- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003). *Énoncé de position : l'infirmière praticienne*. Ottawa: auteur.

115- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec & Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2005). *Les travaux se poursuivent entre l'OIIQ et la FMOQ sur le partage des tâches entre les infirmières et les médecins de famille*. Récupéré le 7 avril 2008 de <http://www.fmoq.org/SallePresse/Communiques/Detail.aspx?dId=50>.

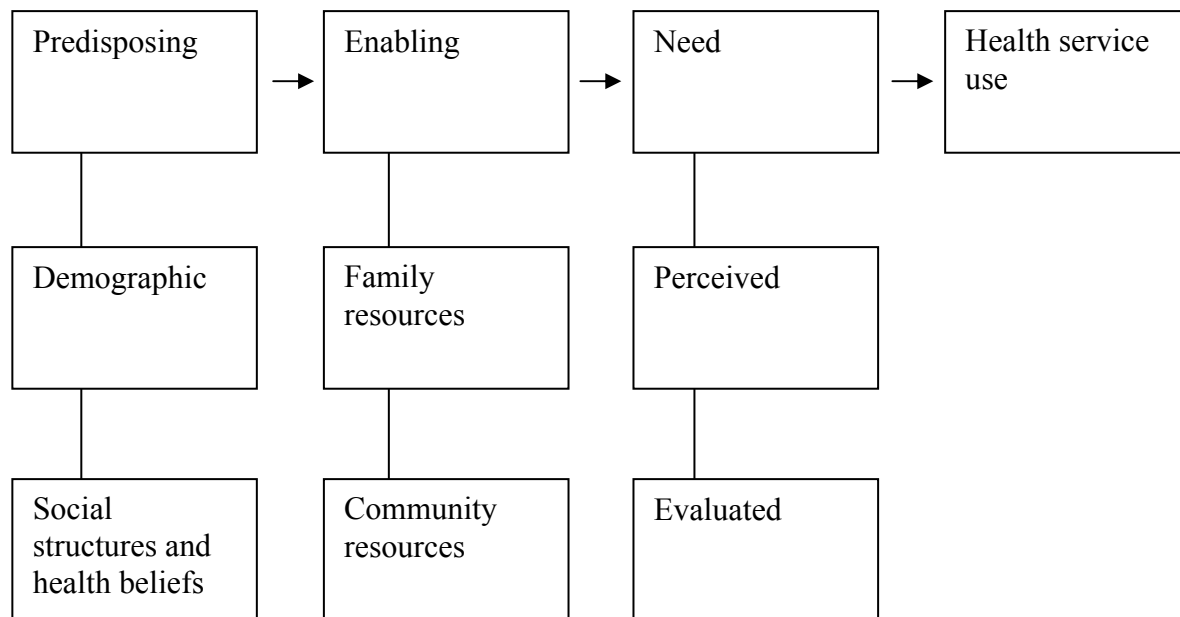
116- Fowkes, V.K., Gamel, N.N., Wilson, S.R. & Garcia, R.D. (1994) Effectiveness of educational strategies preparing physician assistants, nurse practitioners, and certified nurse midwives for underserved areas. *Public Health Report* 109(5), 673-682.

- 117- Noyes, R., Levy, M., Chase, C., & Udry, J. (1974). Expectation fulfillment as a measure of patient satisfaction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118, 809-814.
- 118- Cleary, P., & MacNeil, B. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25(1), 25-36.
- 119- Peyrot, M., Cooper, P., & Schnapf, D. (1993). Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health service. *Journal of Health Marketing*, 13(1), 24-33.
- 120- Hummel, J., & Pirzada, S. (1994). Estimating the cost of using non-physician providers in an HMO: Where would the savings begin? *HMO Practice*, 8(4), 162.
- 121- Contandriopoulos A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir Préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- 122- Fournier, M.-A. & Contandriopoulos, A.-P. (2005). *Caractéristiques des médecins du Québec et de leur pratique selon le temps consacré à leurs activités professionnelles* (Rapport no. R05-01).
- 123- Wiseman, R.G. & Hill, N.L. (1994). Acceptance of the nurse practitioner role by consumers in a rural community. *The Nurse Practitioner*, 19(11), 24-25
- 124- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & le Collège des médecins du Québec. (2008). *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*. Montréal : auteur.
- 125- Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (mars), 1-10.
- 126- Goldsmith, L. (2002). A Critical History of Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: A Reflection of how we study Access to Health care. *Academy for Health Services Research and Health Policy meeting*, 19, 6.

Annexe I
Modèle théorique d'Andersen

MODÈLE THÉORIQUE D'ANDERSEN (Andersen's Health Systems Model)¹⁰¹

The Behavioral Model of Health Services Utilization



Annexe II
Reproduction des panneaux publicitaires

Affiche francophone :

Pendant que vous attendez...

L'Université de Montréal fait une étude sur les soins de santé au Québec.

Votre opinion est très importante, venez y participer!

Questionnaire de 8 questions (vrai ou faux)

18 ans et plus

MAX : 20 minutes

Affiche anglophone :

While you're waiting...

The University of Montreal is conducting a study on health care in Quebec.

Your Opinion is very important, come and participate!

8 questions (true or false) questionnaire

18 and +

MAX: 20 minutes

Annexe III
Formulaire d'information et de
consentement

Feuillet d'information à l'intention des participants

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions au chercheur au besoin. Afin d'alléger le texte, le terme infirmière sous-entend aussi les infirmiers.

Titre du projet : Le niveau d'acceptation des rôles de l'infirmière praticienne en première ligne selon les usagers de CLSC.

Nom du chercheur: Alain Boucard, candidat à la maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal (courriel : boucard@hotmail.com ou par tel : (514) 883-9872)

Directeur de recherche : Régis Blais, Ph.D, professeur titulaire au département d'administration de la santé de l'Université de Montréal courriel : regis.blais@umontreal.ca ou par tel : (514) 343-5907)

Description du projet :

Dans le but d'apporter une piste de solution au problème d'engorgement dans les urgences, au manque de médecins et au délai d'attente dans les salles d'attente, certaines provinces canadiennes comme l'Ontario ont fait appel à des infirmières praticiennes. Ces professionnelles sont des infirmières expérimentées qui, en plus de leur baccalauréat (trois ans à l'université), ont fait deux années supplémentaires toujours à l'université pour apprendre et pratiquer leurs nouvelles tâches. Elles sont spécialement formées pour poser des actes traditionnellement réservés aux médecins de famille comme diagnostiquer et traiter des problèmes de santé mineurs (ex. : infection à la gorge) mais aussi pour faire le suivi de maladies chroniques (ex : le diabète, hypertension). Généralement, elles travaillent dans les centres de santé, comme un CLSC, là où un médecin est toujours disponible pour les cas plus complexes. Elles s'occupent donc de toutes les catégories d'âge, du nouveau-né à la personne âgée.

L'objectif de la présente recherche est de connaître le niveau d'acceptation de ces rôles de l'infirmière praticienne et aussi les caractéristiques des personnes qui acceptent ou non ces rôles.

Procédures :

Pour participer à cette étude, il s'agit de répondre à un questionnaire de 15 questions à choix multiples. Vous devez être âgé de 18 ans et plus. Lorsque vous aurez terminé de répondre aux questions, veuillez mettre votre questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe et la déposer dans la boîte réservée à cette fin.

Avantages et bénéfices :

Il n'y a pas d'avantages spécifiques à participer à cette étude, mais vous contribuerez à faire connaître l'opinion de la population envers les infirmières praticiennes en première ligne. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Risques et inconvénients :

Il n'y a pas de risque particulier associé à cette étude. De plus, le fait de répondre à ce questionnaire ne va pas empêcher ou retarder votre consultation avec le professionnel de la santé que vous êtes venu consulter.

Compensation :

Il n'y a pas de compensation pour répondre à ce questionnaire.

Critères d'exclusion :

Les personnes âgées de moins de 18 ans, les aveugles et les personnes qui ne parlent ni le français ni l'anglais ne peuvent prendre part à cette étude.

Confidentialité :

Afin de préserver votre anonymat, VOUS NE DEVEZ PAS écrire votre nom. De plus, les résultats de cette étude ne serviront à aucune autre fin. Seules les personnes autorisées de la faculté d'administration de la santé auront droit de consulter ces données qui seront conservées sous clé à l'Université de Montréal. De plus, tous les questionnaires seront détruits lors de la remise du rapport final de cette étude en septembre 2006. Il est important de noter qu'aucun organisme gouvernemental, corporatif ou privé ne subventionne cette étude.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps sans préjudice.

Personnes-ressources :

Si vous avez des questions, vous pouvez les poser à l'agent de recherche sur place ou contacter le chercheur responsable Alain Boucard ou son directeur de recherche Mr. Régis Blais. De plus, vous pouvez communiquer avec le Bureau de l'ombudsman de l'Université de Montréal pour obtenir des renseignements éthiques, faire part d'un incident, formuler des plaintes ou des commentaires au (514) 343-2100.

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Numéro de référence du CERFM : 65 - (05) - 161

Projet approuvé en date du : 5 mai 2005

Information sheet for participants

Please read this form carefully and ask questions to the researcher if needed. The term nurse is applicable to both female and male nurses.

Project title: Acceptance level of CLSC users regarding primary health care nurse practitioner roles.

Principal investigator: Alain Boucard, University of Montreal master of health administration candidate (email: boucard@hotmail.com or by phone: (514) 999-8976).

Research supervisor: Régis Blais. Ph.D, professor at the Department of health administration (email: regis.blais@umontreal.ca or by phone: (514) 343-5907).

Project description:

In order to find a solution to problems related to emergencies room wait-time and lack of doctors available to care for patients. Certain Canadian provinces, such as Ontario, called upon nurse practitioners to help alleviate the situation. These professionals are experienced nurses who have a 2 years postgraduate education (after their 3 years bachelor's degree). These nurses are specialized and are trained to perform tasks traditionally reserved for family doctors, such as diagnosing and treating common minor health problems (ex: throat infection). They can also do follow ups for chronic illness (ex: diabetes, hypertension). Generally, they work in a community health center environment, such as CLSC's, where a doctor is available on site in the event of complex cases. They can care of all the age groups, from the newborn babies to the elderly.

The objective of this research is to determine the acceptance level of nurse practitioners, and discover which types of people are willing to accept nurse practitioner in these roles.

Procedures:

By volunteering to participate in this study, you are agreeing to answer a multiple-choice questionnaire with 15 questions. You must be 18 and over. Once finished with the questions, please put your questionnaire in the box reserved for this purpose.

Risks and discomfort:

There is no particular risk associated with your participation in this research. If you choose to take part in this study, this decision will not affect or delay your right or access to health care or other CLSC services.

Benefits:

There is likely to be no direct benefit from taking part in this study. However, you will contribute to increase the knowledge about population's opinion concerning health care nurse practitioners. On request, we will give you the results of this research.

Compensation:

There is no compensation for answering this questionnaire.

Exclusion criteria:

People under the age of 18, the blind and people who do not understand French or English cannot take part in this study.

Privacy and confidentiality:

This survey is anonymous, DO NOT write your name. The results of this study will not be used for any other purposes. Information collected in this study will be reviewed by authorized officials from the Department of health administration at the University of Montreal. The data will be preserved under key at the University of Montreal. All questionnaires will be destroyed once the final report is submitted in September 2006. No government, corporative or private agencies subsidize this study.

Refusal or withdrawal of participation:

Your participation is voluntary. You are also free to stop answering the questions at any point, for any reason, and without any prejudice.

Request for more information:

If you have further questions, comments, or concerns about the study or the informed consent process, you may call the person responsible for this study, Alain Boucard, his research supervisor Régis Blais or the Office of the ombudsman of the University of Montreal by calling this number (514) 343-2100.

THANK YOU FOR YOUR PARTICIPATION!

CERFM reference number: 65- (05) 4 - 161

Project approval date: August 14th 2005

Annexe IV
Questionnaires

Merci de bien vouloir prendre part à cette étude. **S.V.P. NE PAS ÉCRIRE VOTRE NOM**

Encerclez votre réponse

1. Groupe d'âge: 18-24 25-34 35-44 45-54 55-64 65-74 75
et plus

2. Sexe: M ou F

3. Dernier niveau d'éducation complété: primaire secondaire collégial
universitaire

4. Statut : Marié(e) Célibataire Conjoint(e) de fait Veuf Divorcé(e)

5. Avez-vous des enfants: OUI ou NON

6. Votre revenu annuel : 0-19999\$ 20000-39999\$ 40000-59999\$ 60000\$ et
plus

7. Encerclez la lettre qui correspond le plus à la raison de votre visite au CLSC
aujourd'hui :

A) Vous avez une maladie chronique (ex : asthme, diabète, hypertension, arthrite) et
vous consultez pour un problème relié à cette maladie chronique.

B) Vous consultez aujourd'hui pour un malaise ou pour toute autre raison.

8. Accepteriez-vous que l'infirmière praticienne puisse effectuer les activités suivantes ?

| | | |
|--|-----|-----|
| a. Puisse prescrire des tests diagnostiques tels que des prises de sang, des radiographies pulmonaires ? | OUI | NON |
| b. Puisse diagnostiquer des maladies mineures telles qu'une infection à la gorge, aux oreilles ? | OUI | NON |
| c. Puisse diagnostiquer des blessures mineures telles que des lacérations, étirements musculaires ? | OUI | NON |
| d. Puisse faire des chirurgies mineures telles que faire des points de suture ? | OUI | NON |
| e. Puisse prescrire des médicaments pour des maladies mineures tels que des antibiotiques pour une infection urinaire ? | OUI | NON |
| f. Puisse effectuer des examens vaginaux pour les femmes tels que le PAP ? | OUI | NON |
| g. Puisse décider (selon votre condition) si vous avez besoin de voir un médecin ? | OUI | NON |
| h. Puisse faire le suivi de patient atteint de maladies chroniques (ex : diabète, hypertension) en ajustant leur médication ? | OUI | NON |

S.V.P. NE PAS ÉCRIRE VOTRE NOM. MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

CIRCLE YOUR ANSWER (do not write your name)

1. Age group: 18-24 25-34 35-44 45-54 55-64 65-74 75 and up

2. Sex: M or F

3. Last education level completed: elementary school high school college
university

4. Marital status: Married Single Common law Widowed Divorced

5. Do you have children? : YES or NO

6. Your annual income: 0-19999\$ 20000-39999\$ 40000-59999\$ 60000\$ and more

7. Circle the letter that correspond the most to the reason of your visit to the CLSC today:

A) You have a chronic illness (asthma, diabetes, hypertension, arthritis, etc.) and you are here for a condition related to that chronic illness.

B) You are here because you don't feel well or for any other reason.

8. Would you be willing to allow a nurse practitioner to perform the following tasks?

| | | |
|---|-----|----|
| a. Prescribe diagnostic tests such as blood sample, chest x-rays? | YES | NO |
| b. Diagnose minor illnesses, such as throat and ear infection? | YES | NO |
| c. Diagnose minor injuries, such as laceration and sprain? | YES | NO |
| d. Perform minor surgical procedure, such as putting in stitches? | YES | NO |
| e. Prescribe medication for minor illnesses, such as antibiotics for a urine infection? | YES | NO |
| f. Perform annual vaginal exam, such as the PAP test? | YES | NO |
| g. Decide (according to your health condition) whether or not you need to see a doctor? | YES | NO |
| h. Perform follow-up of a chronic illness (ex: diabetes, hypertension) by adjusting medication? | YES | NO |

PLEASE DO NOT WRITE YOUR NAME. THANK YOU FOR YOUR PARTICIPATION!

Annexe V
Résultats complémentaires

Tableau XXI – Résultats de la régression logistique inverse¹

Étape 1 :

| Variables dans l'équation | Signif. (p) | B | Exp(B) | Intervalle de confiance (95%) |
|---------------------------|-------------|--------|--------|-------------------------------|
| âge | 0,064 | -0,469 | 0,626 | 0,381-1,028 |
| sexe | 0,200 | 0,321 | 1,378 | 0,844-2,251 |
| niveau de scolarité | 0,395 | -0,218 | 0,804 | 0,486-1,329 |
| statut marital | 0,612 | -0,131 | 0,877 | 0,527-1,458 |
| revenu | 0,027 | -0,604 | 0,547 | 0,321-0,933 |
| enfants | 0,275 | 0,305 | 1,356 | 0,785-2,343 |
| besoin | 0,304 | -0,330 | 0,719 | 0,383-1,349 |

Étape 2 :

| Variables dans l'équation | Signif. (p) | B | Exp(B) | Intervalle de confiance (95%) |
|---------------------------|-------------|--------|--------|-------------------------------|
| âge | 0,056 | -0,481 | 0,618 | 0,377-1,013 |
| sexe | 0,204 | 0,318 | 1,374 | 0,841-2,244 |
| niveau de scolarité | 0,372 | -0,228 | 0,796 | 0,482-1,314 |
| revenu | 0,031 | -0,581 | 0,560 | 0,331-0,947 |
| enfants | 0,313 | 0,275 | 1,316 | 0,772-2,246 |
| besoin | 0,316 | -0,322 | 0,725 | 0,387-1,359 |

1- Dans cette analyse complémentaire de régression logistique, toutes les variables sont entrées à la première étape. Puis, à chaque étape subséquente la variable la moins significative (p) est retranchée.

Tableau XXI (suite) – Résultats de la régression logistique inverse

Étape 3 :

| Variables dans l'équation | Signif. (p) | B | Exp(B) | Intervalle de confiance (95%) |
|---------------------------|-------------|--------|--------|-------------------------------|
| âge | 0,071 | -0,450 | 0,638 | 0,391-1,039 |
| sexe | 0,229 | 0,299 | 1,349 | 0,828-2,196 |
| revenu | 0,015 | -0,636 | 0,529 | 0,317-0,884 |
| enfants | 0,311 | 0,276 | 1,318 | 0,772-2,248 |
| besoin | 0,323 | -0,317 | 0,728 | 0,388-1,365 |

Étape 4 :

| Variables dans l'équation | Signif. (p) | B | Exp(B) | Intervalle de confiance (95%) |
|---------------------------|-------------|--------|--------|-------------------------------|
| âge | 0,083 | -0,429 | 0,651 | 0,400-1,058 |
| sexe | 0,217 | 0,307 | 1,359 | 0,835-2,211 |
| revenu | 0,010 | -0,668 | 0,513 | 0,308-0,852 |
| enfants | 0,370 | 0,242 | 1,274 | 0,750-2,163 |

Étape 5 :

| Variables dans l'équation | Signif. (p) | B | Exp(B) | Intervalle de confiance (95%) |
|---------------------------|--------------|--------|--------|-------------------------------|
| âge | 0,045 | -0,483 | 0,617 | 0,385-0,989 |
| sexe | 0,205 | 0,314 | 1,369 | 0,842-2,225 |
| revenu | 0,007 | -0,698 | 0,498 | 0,301-0,824 |