

Université de Montréal

**Décrire quantitativement les interventions téléphoniques
des infirmières au service Info-Santé
selon le niveau de compétence :**

Novice – Compétent – Expert

par

Lise Bertrand

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en sciences infirmières
option Administration des services infirmiers

Juillet 2011

© Lise Bertrand, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Décrire quantitativement les interventions téléphoniques
des infirmières au service Info-Santé
selon le niveau de compétence :
Novice – Compétent – Expert

Présenté par :

Lise Bertrand

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Dubois, inf., Ph.D., président-rapporteur
Johanne Goudreau, inf., Ph.D. directeur de recherche
Marie-Thérèse Lussier, MD, B.Sc., M.Sc., FCMFC, membre du jury

Résumé

Les services téléphoniques de consultation en soins infirmiers sont en progression partout dans le monde. On sait que les infirmières qui possèdent une plus longue expérience de pratique au téléphone obtiennent davantage d'informations sur la condition de santé du client qui les consulte que celles qui comptent moins d'années d'expérience. Nous pouvons présumer que les niveaux d'expertise décrits par Benner (1984) expliquent cette différence. Toutefois aucune étude à ce jour ne décrit comment se manifeste cette différence entre les niveaux d'expertise dans la conversation au cours d'une intervention entre l'infirmière et l'appelant. Le but de cette étude descriptive était d'identifier les manifestations de cette expertise dans la communication, lors de la consultation téléphonique.

À l'aide du *Roter Interaction Analysis System* (RIAS), 190 enregistrements d'appels, entre infirmières ($N = 15$), de divers niveaux de compétence selon la nomenclature de Benner (1984) et les appelants qui les ont consultées, ont été analysés. Les appels étudiés, issus d'une étude de plus grande envergure, devaient être faits par le parent d'un enfant de moins de cinq ans, et devaient faire l'objet d'une première consultation. Il a été possible de nommer des caractéristiques, des forces et des faiblesses communes aux infirmières de chaque niveau d'expertise à l'étude. Bien qu'il existe des différences entre les moins expérimentées et celles qui ont une longue expérience clinique au téléphone, les résultats semblent indiquer que les infirmières de tous les niveaux d'expertise sont fortement centrées sur la tâche d'évaluation de la situation de santé de l'appelant, mais que leurs interventions incluent peu d'énoncés orientés vers l'établissement d'un réel partenariat avec l'appelant. Les résultats obtenus fournissent des informations qui pourraient être utilisées pour élaborer des stratégies de développement professionnel, et guider les administrateurs de ce service dans le choix des indicateurs d'évaluation de la qualité du service et de ses retombés sur sa clientèle. Toutefois un plus grand nombre d'infirmières participantes et un plus grand nombre d'appels permettraient de confirmer les résultats obtenus à partir de ces 190 appels.

Mots-clés: relation infirmière-patient, relation patient-professionnel, barrières de communication, consultation téléphonique, conseils infirmiers par téléphone, qualité des soins infirmiers téléphoniques, télésoins, télésanté, protocoles et conseils infirmiers, télétriage.

Abstract

Nurse telephone consultation services are rapidly progressing throughout the world. It is known that nurses with a greater experience in telephone practise obtain more information on the client's health condition when in consultation, than nurses with less experience. We can presume that Patricia Benner's «levels of nursing experience», (1984), will provide us with an explanation for these differences. Yet, to this day, no study describes how these differences between levels of experience are manifested in conversation during an intervention between the nurse and the client. The object of this descriptive study was to identify the manifestations of this communication expertise during a telephone consultation.

Using the *Roter interaction analysis system* (RIAS), 190 recorded calls between nurses ($N = 15$) with differing levels of expertise, according to Benner's nomenclature (1984), and the callers who have consulted them were analyzed. The calls that were studied, from a larger study, were first calls from parents regarding their child aged five years or less. It was possible to observe characteristics, strengths, and weaknesses common to nurses within each level of expertise in this study. Despite the fact that there are differences between nurses with fewer years of experience and nurses with more clinical telephone experience, results seem to indicate that, regardless of their experience, nurses are strongly centered on the task of assessing the caller's health situation; however, their interventions include few phrases aimed at establishing a true partnership with the caller. Results obtained provide information that could be used to elaborate professional developmental strategies, and guide administrators in their choice of indicators when evaluating service quality and its effect on clientele. Nevertheless, an increased number of nurse participants and a greater number of calls would enable us to confirm the results obtained from these 190 calls.

Keywords: nurse-patient relation, professional-patient relation, communication barriers, telephone consultation, telephone nursing advice, telephone quality nursing, telenursing, telehealth, nursing advice protocols, teletriage outcomes.

Table des matières

Résumé	i
Abstract.....	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures.....	ix
Liste des abréviations et sigles	x
Remerciements	xi
Introduction.....	1
Chapitre 1 – Problématique.....	4
<i>But de l'étude.....</i>	<i>11</i>
Chapitre 2 – Recension des écrits	13
<i>L'exercice infirmier au téléphone.....</i>	<i>14</i>
<i>Un cadre pour analyser les écrits.....</i>	<i>15</i>
Interaction.....	16
<i>L'interaction téléphonique.....</i>	<i>17</i>
<i>Le niveau d'expertise de l'infirmière.....</i>	<i>25</i>
Profil de l'infirmière et habiletés de communication.....	26
<i>L'utilisation de protocole.....</i>	<i>29</i>
<i>Cadre théorique</i>	<i>32</i>
Benner (1984).....	32
Greenberg (2009)	37

Chapitre 3 - Méthodologie.....	43
<i>Devis de recherche.....</i>	44
<i>Population à l'étude et recrutement.....</i>	44
<i>Variables et instruments de collecte des données.....</i>	46
Profil de l'infirmière.	46
Interaction infirmière-client.....	47
<i>Analyse des données</i>	47
Critères et procédures de qualité.....	49
<i>Considérations éthiques.....</i>	50
Chapitre 4 - Résultats	51
<i>Participant.es à l'étude.....</i>	52
<i>Appels.....</i>	55
<i>La communication.....</i>	56
Description de la distribution des énoncés selon les deux grandes métacatégories.	58
Description de la distribution des énoncés de la métacatégorie socioémotionnel.....	59
<i>Indicateurs de dominance et de contrôle de la communication</i>	63
Chapitre 5 - Discussion	65
<i>Les résultats obtenus avec le RIAS</i>	66
Nombre et type d'énoncés.....	66
Dominance de parole.....	68
Contrôle de la communication.	68
<i>Rapprochement entre le RIAS et le modèle de Greenberg (2009).....</i>	69
Pertinence de ce rapprochement.....	69

Phase de la collecte des données.....	71
Mise en route de l'appel.....	71
Recherche d'information.....	74
Processus cognitif.....	75
Conclusion de l'appel.....	76
<i>Limites et forces de l'étude.....</i>	<i>77</i>
<i>Contribution au développement des connaissances en sciences infirmières.....</i>	<i>79</i>
<i>Recommandations.....</i>	<i>79</i>
Pour la pratique.....	81
Pour la recherche.....	81
Conclusion.....	83
Références.....	86
Annexes.....	93
<i>Annexe 1 – Autorisation de traduction.....</i>	<i>94</i>
<i>Annexe 2 – Formulaire consentement.....</i>	<i>97</i>
<i>Annexe 3 – Consentement appelant.....</i>	<i>103</i>
<i>Annexe 4 – Profil de l'infirmière.....</i>	<i>106</i>
<i>Annexe 5 – RIAS.....</i>	<i>108</i>
<i>Annexe 6 – Profil de l'appelant.....</i>	<i>111</i>
<i>Annexe 7 – Comportement de l'appelant après l'appel.....</i>	<i>113</i>

Liste des tableaux

Tableau I.....	33
Tableau II.....	35
Tableau III.....	39
Tableau IV.....	54
Tableau V.....	55
Tableau VI.....	55
Tableau VII.....	58
Tableau VIII.....	59
Tableau IX.....	61
Tableau X.....	62
Tableau XI.....	64
Tableau XII.....	69

Liste des figures

Figure 1. **Erreur ! Signet non défini.**

Liste des abréviations et sigles

CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DVD	Digital versatile disc
GMF	Groupe de médecine de famille
HMO	Health maintenance organization
MP3	Audio layer 3
MPEG	Motion picture experts group
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
RIAS	Roter Interaction Analysis System
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

*À mon père qui m'a transmis persévérance, courage,
patience et détermination*

Remerciements

Je n'aurais pu rendre à terme ce projet, sans le soutien actif des personnes qui m'ont aidée à la réalisation de cette recherche. En tout premier lieu, je souhaite remercier les infirmières qui ont généreusement accepté de participer à cette recherche, en nous laissant écouter et analyser les conversations qu'elles ont eues avec la clientèle. Merci aussi à la clientèle qui a accepté de participer. Je me dois d'exprimer toute ma reconnaissance à l'Équipe de recherche de soins de première ligne du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval pour le soutien financier accordé à un moment de mes études et qui a pris à sa charge financière tout le codage des enregistrements des conversations entre infirmières et clients ainsi que la préparation des tableaux de résultats.

Ce projet n'aurait pu être réalisé sans le soutien continu de ma directrice de recherche, madame Johanne Goudreau, qui a vu dans cette recherche plus qu'un travail académique. Elle a saisi l'importance de cette démarche pour moi, tant au plan professionnel, qu'en termes de réalisation intellectuelle personnelle. À cet égard, sa compréhension, son ouverture d'esprit et ses précieux conseils pour me guider tout au long du processus n'ont jamais fait défaut, malgré les obstacles rencontrés et les multiples délais occasionnés par la réorganisation administrative du centre où s'est déroulé la recherche, jusqu'à la pandémie qui a eu pour effet de suspendre mes travaux un certain temps.

Je veux remercier particulièrement les infirmières cadres et infirmières assistantes au supérieur immédiat (ASI) qui ont généreusement accepté de valider les outils adaptés au service Info-Santé et qui ont été utilisés pour la présente recherche, et ce malgré leur quotidien déjà trop rempli. En plus de leurs généreux commentaires, elles m'ont toutes transmises de précieux encouragements à poursuivre.

J'ai beaucoup reçu de la part de mon entourage immédiat dans mon milieu de travail. Un merci tout spécial à Ghislaine Carrière qui a suivi ces travaux ligne par ligne, Lise Dupéré qui a donné aussi son avis sur certains passages de cette recherche, Eileen Squires et Diane Cliche, les deux assistantes du service qui outre leur indéfectible collaboration n'ont jamais cessé de m'écouter et de m'encourager tout au long de cette aventure. Merci à ces fidèles alliées qui ont travaillé au recrutement des appels, merci d'avoir pris la relève à la gestion du service pendant mes quelques congés pour études. Merci à toute l'équipe d'infirmières qui accepte de relever continuellement les défis que pose l'amélioration continue de la pratique infirmière au téléphone et qui attendent avec intérêt les résultats de cette recherche.

Finalement, merci à mes amis et ma famille qui m'ont supportée et encouragée tout au long de cette petite incursion dans le monde de la recherche, merci à mes enfants et à mon conjoint qui ont accepté de bonne grâce de mettre de côté les activités familiales en attendant le retour de ma disponibilité. Je reviens!

Introduction

Le service infirmier téléphonique québécois, Info-Santé, a vu le jour progressivement. Au sein des établissements de santé, les infirmières ont toujours répondu à des appels téléphoniques, notamment dans les services d'urgence. C'est en 1981 qu'on retrouve les premières infirmières dans un service téléphonique au Québec, au sein d'un service d'Urgences pré-hospitalières. Puis, en 1984, à Québec, un premier établissement offrit le service Info-Santé. Graduellement, d'autres régions ont mis en place un service similaire pour soutenir le maintien à domicile de la clientèle en perte d'autonomie. En 1990, dans le cadre de la Réforme du système de la santé et des services sociaux, le ministère annonçait son intention de « mettre en place, dans chaque région du Québec, un service téléphonique accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1999). En 1995, le service téléphonique Info-Santé est implanté dans toutes les régions du Québec, suite à l'adoption par le ministère d'un cadre de référence (MSSS, 1994) pour guider les milieux à développer le service. Depuis, ce service ne cesse d'évoluer. Ce recours aux consultations téléphoniques n'est pas seulement un phénomène québécois.

La préoccupation ministérielle d'améliorer l'accessibilité au service guide continuellement ces transformations. L'absence de résultats probants concernant la nature réelle des interventions infirmières au téléphone nuit à la prise de décision des gestionnaires du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Poussé par des préoccupations d'accessibilité et de coûts, le Ministère envisage certaines mesures pour réduire le temps d'intervention des infirmières qui répondent à la ligne Info-Santé. Ces mesures ne sont peut-être pas toujours guidées par une connaissance optimale de la complexité de l'évaluation par téléphone d'une situation de santé et de la compréhension de la communication infirmière-client. Nous espérons démontrer des faits objectifs qui pourront éclairer les décideurs dans le choix des décisions qu'ils prendront.

Ce mémoire de maîtrise comporte cinq chapitres. Le premier chapitre présente la problématique à l'origine de l'étude. Le deuxième chapitre expose une recension des écrits traitant de la pratique infirmière au téléphone incluant un cadre théorique pour analyser les écrits recensés portant spécifiquement sur les interventions des infirmières,

le profil des infirmières qui exercent au téléphone et l'utilisation de protocoles. Nous y abordons aussi les deux cadres théoriques qui servent d'appui tout au long de cette étude, soit le modèle d'acquisition de compétences de Benner (1984) et le modèle décrivant la démarche de soins au téléphone développé par Greenberg (2009). Le troisième chapitre décrit la méthodologie de recherche utilisée pour cette étude. Le quatrième présente les résultats, suivi d'un chapitre présentant une discussion détaillée, y compris des recommandations pour la pratique clinique, la recherche et l'enseignement. Une brève conclusion achève le document.

Chapitre 1 – Problématique

Depuis plus d'une vingtaine d'années, partout dans le monde occidental, la consultation infirmière téléphonique connaît une croissance fulgurante (Leclerc, Dunnigan, Zunzunegui, Hagan, & Morin, 2003). Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009), la consultation infirmière téléphonique fait partie de l'ensemble des pratiques infirmières centrées sur le patient et basées sur l'utilisation de télécommunications et des technologies de l'information. En 1995, le système de santé québécois a été le premier en Amérique à implanter des centres d'appels (appelés Info-Santé) sans frais sur la plus grande partie de son territoire. Le but du service : renforcer, auprès des citoyens, la capacité de prendre en charge leur santé et leur bien-être ou ceux de leurs proches, de les orienter vers les services sociosanitaires appropriés et ainsi contribuer à une utilisation judicieuse des services (Dunnigan, Emond, Leprohon, Roy, & Samson-Saulnier, 1999a). Depuis, près de trois millions d'appels sont traités annuellement par le service Info-Santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010) où plus de 761 infirmières québécoises exercent leur profession (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009).

Malgré que leurs objectifs se ressemblent d'un pays à l'autre, les services infirmiers téléphoniques sont hétérogènes (Hogenbirk & Pong, 2004). Ils peuvent inclure le triage téléphonique, des conseils et du suivi systématique de clientèles spécifiques (Greenberg, 2009). Ils se différencient principalement sur le plan de la clientèle ciblée et de l'accès au dossier : (1) des services qui visent la population dans son ensemble, sans accès au dossier médical comme c'est le cas pour le service Info-Santé au Québec; (2) des services qui visent une population spécifique avec accès au dossier médical comme dans les grandes organisations de santé aux États-Unis ou en Angleterre. Mentionnons que la plupart des études sur les soins infirmiers au téléphone ont été effectuées dans ces deux pays (Goodwin, 2007; Holmström & Dall'Alba, 2002).

En Angleterre, le *National Health Service* (NHS) est un service téléphonique public centralisé qui regroupe 35 centres d'appels et reçoit plus de 9 millions d'appels

par année. Plus de 3 000 employés y travaillent, dont un peu plus de 1 000 infirmières (NHS Direct, 2009b). En plus des appels qui nécessitent une évaluation infirmière, ce service reçoit des appels qui doivent être traités par d'autres professionnels ou ressources (ex. : soins dentaires, soins psychologiques, prise de rendez-vous, suivi clinique à long terme, transport ambulancier) (NHS Direct, 2009a).

Aux États-Unis, on retrouve les *Health Maintenance Organization* (HMO), mises en place majoritairement par des compagnies d'assurance. Ces organisations offrent des services de santé complets aux clients qui sont enregistrés. Parmi ces services, on trouve des services téléphoniques où des infirmières ont un accès complet au dossier du client leur permettant de donner une consultation éclairée et individualisée. La plus connue de ces organisations est le *Kaiser Permanente*, par les travaux de recherche de Valanis et de son équipe (Valanis, Moscato, et al., 2003; Valanis, Tanner, et al., 2003; Valanis, et al., 2007). Les infirmières de ce service reçoivent chacune entre 20 et 100 appels par jour.

Au Canada, outre le Québec, six autres provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick) et un territoire (Territoire du Nord-Ouest) offrent des services infirmiers téléphoniques (Stacey, et al., 2003). Le rapport de Stacey et al. (2003) met en évidence que la plupart des services infirmiers téléphoniques au Canada sont des services de télétriage. Cette notion de télétriage implique qu'un ordre de priorité doit être accordé au suivi des appels traités, les uns par rapport aux autres, notamment quand le service téléphonique fait partie intégrante d'un service médical comme une clinique.

Depuis 1995, le service Info-Santé du Québec offre à la population de 15 régions sociosanitaires, sur un total de 17, un service infirmier de consultation téléphonique accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine. En plus de répondre aux demandes ponctuelles de la population, Info-Santé assure des fonctions de surveillance et de vigie dans le secteur de la santé publique, secteur avec lequel il entretient des liens privilégiés

(MSSS, 2007b). Il fournit aussi une continuité de services, en heures défavorables (soir, nuit, fin de semaine), pour certaines clientèles vulnérables déjà connues des services de soutien à domicile des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ou des groupes de médecine de famille (GMF) (MSSS, 2007b).

En somme, quel que soit le pays d'origine du service, les services infirmiers téléphoniques impliquent l'évaluation par une infirmière d'une situation de santé sans observation directe amenant à une intervention optimale tout en visant le développement des compétences d'autosoins des clients et l'utilisation appropriée des services de santé. Or, malgré une utilisation de plus en plus importante de ce type de services, encore trop peu d'études ont permis de le documenter suffisamment pour guider les gestionnaires dans leurs décisions, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la qualité du service ou ce qu'il faut mettre en place pour l'améliorer. À cet effet, la pratique infirmière à distance génère plusieurs questionnements dont : les services offerts sont-ils efficaces? Sont-ils efficaces? Quelle pratique infirmière serait la plus efficace? La plus efficace? (Chang, Mayo, & Omery, 2001). Comment soutenir le développement professionnel des infirmières qui y pratiquent? Faut-il former les infirmières à ce type de pratique dès leur formation initiale (Grady & Schlachta-Fairchild, 2007) ou privilégier le développement de cette expertise par le biais de la formation continue? Et si oui, comment?

Faute de réponses, les gestionnaires qui cherchent à offrir des services optimaux au meilleur coût possible limitent l'évaluation des services téléphoniques au nombre d'appels répondus, au pourcentage d'appels perdus, au temps d'attente avant réponse, au temps moyen d'intervention et au nombre de plaintes (MSSS, 2007b; NHS Direct, 2009a). Ainsi, au Québec, depuis sa création, le service Info-Santé fait l'objet d'un suivi de la part du MSSS, suivi qui repose exclusivement sur des indicateurs d'accessibilité. Le MSSS (2007a) cherche donc à maximiser le nombre d'appels répondus et ce, au meilleur coût, afin de réduire l'utilisation de ressources plus coûteuses, comme les salles d'urgence. Il est donc demandé aux infirmières d'assurer une réponse aux appels dans

un délai de moins de 30 secondes et de maintenir la durée moyenne des appels entre 8 et 12 minutes. Dans un contexte où les attentes du MSSS (2005a) visent à réduire l'attente en ligne et la durée des appels tout en offrant des réponses adéquates aux clients, il importe que d'autres indicateurs de qualité et de complexité viennent pondérer la durée des appels correspondant à une intervention infirmière optimale à distance.

En effet, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec soutenait, dans un document rédigé par Hénault et Leprohon (1998) :

« ... il est essentiel que l'infirmière prenne le temps nécessaire pour traiter l'appel, afin que son intervention soit appropriée et permette au client de prendre en charge de façon judicieuse sa situation de santé » (p. 7),

et que :

« miser uniquement sur la rapidité du traitement des appels, pour offrir une plus grande accessibilité à la clientèle, peut nuire à la qualité, voire à la sécurité de l'intervention » (p.16).

En 2006, dans le *Répertoire des fiches de référence de l'infirmière pour l'évaluation de certaines clientèles*, Hénault et Bertrand précisait que la consultation infirmière par téléphone comporte un niveau élevé de difficulté et de complexité de soins lié notamment à l'évaluation de la situation de santé du client (ou de l'appelant) puisque l'infirmière ne peut ni observer ni examiner ce dernier. Ces auteurs notaient aussi que l'infirmière est appelée à traiter une grande diversité de situations de santé et qu'elle intervient auprès d'une clientèle variée de tous les âges, impliquant qu'elle doit posséder un vaste champ de connaissances.

Holmström et Dall'Alba (2002) ont d'ailleurs trouvé qu'on s'attend à ce que l'infirmière qui exerce au téléphone soit patiente, sensible aux propos du client, qu'elle sache comprendre ce que le client tente de lui expliquer et qu'elle possède des

compétences pédagogiques. Il existe donc des situations complexes pour lesquelles la limitation et la surveillance accrue du temps d'intervention peuvent nuire à l'évaluation de l'infirmière et causer un préjudice au client.

Plusieurs études montrent que la consultation téléphonique infirmière constitue une pratique complexe. Dans leur recension systématique des écrits, Valanis et al. ont élaboré un cadre théorique qui met en évidence cette complexité (Valanis, Tanner, et al., 2003). Dans ce cadre théorique, différentes dimensions de la pratique infirmière au téléphone (la démarche de soins, la prise de décisions, les questions posées, les conseils offerts, les directives données, etc.) influencent les résultats de l'appel (le comportement et la satisfaction du client, la durée de l'appel) et peuvent varier selon l'environnement organisationnel (les instruments fournis pour évaluer, enseigner, conseiller, référer), le profil de l'infirmière (âge, expérience, formation) et le profil du client (âge, sexe, raison de consultation). Ces différentes dimensions qui rendent complexe l'intervention infirmière au téléphone invitent à la prudence quand il s'agit d'évaluer ce service. Il devient donc difficile pour les gestionnaires et les responsables de services infirmiers téléphoniques d'atteindre des niveaux de performance en termes de durée d'attente en ligne et de durée moyenne des interventions, sans tenir compte de cette complexité. D'autant plus qu'à notre connaissance, aucune étude ne propose des stratégies pour maintenir l'efficacité des appels en réduisant leur durée, tel que recommandé par le comité de suivi de l'implantation du service Info-Santé (Dunnigan, Emond, Leprohon, Roy, & Samson-Saulnier, 1999b) et par le Groupe de travail sur la *Révision du rôle et de l'organisation du service de réponse téléphonique Info-Santé* (2005b). Enfin, rien n'indique que la réduction du temps d'intervention soit souhaitable sur le plan clinique.

Une compréhension plus approfondie de la conversation entre l'infirmière et le client s'impose donc, en fonction des différentes dimensions de la pratique dans sa globalité, dont le profil de l'infirmière et, plus spécifiquement son niveau d'expertise en consultation téléphonique. En effet, différentes études montrent que lors des

consultations téléphoniques les infirmières utilisent une démarche de soins, mais que cette démarche de soins semble varier selon différents éléments reliés à l'expertise de l'infirmière (Greenberg, 2009; Leprohon & Patel, 1995; Marsden, 1999). En 2009, Greenberg a proposé un modèle théorique de cette démarche de soins en s'appuyant sur les résultats d'une étude qualitative basée sur la théorisation ancrée. Le modèle comprend trois phases, la collecte de données, l'interprétation (*cognitive processing*) et le produit (*outcome*), généralement séquentielles mais qui peuvent aussi être itératives selon les réponses du client. L'auteur précise que l'infirmière interprète les données tout au long de la conversation, transformant les informations du client en données cliniques et vice versa; elle conclut que, pour être de qualité, cette démarche de soins exige des connaissances, des habiletés de communication ainsi qu'un niveau de pensée critique ou réflexive provenant de l'expérience en soins infirmiers et d'une formation spécifique aux situations de consultations téléphoniques. Les résultats d'autres études (Chang, Mayo, & Omery, 2001; Hogenbirk & Pong, 2004) et un rapport produit au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005a), montrent aussi que l'expérience spécifique en soins infirmiers téléphoniques améliore les résultats sur différents éléments reliés à la qualité du service dont le nombre d'appels traités et leur durée, la justesse du produit (*outcome*). Toutefois, la plupart de ces études sont basées sur des méthodes d'observation indirectes comme des entrevues semi-structurées auprès d'infirmières qui témoignent de leur expérience, ou auprès des gestionnaires de services téléphoniques de soins infirmier.

Par ailleurs, en 2005, le MSSS estimait que le taux de roulement des infirmières atteignait 24% dans certains centres téléphoniques. Il est à penser que la tendance puisse s'accroître puisque des données du NHS au Royaume-Uni font état d'un roulement de 39% en 2009. Enfin, pour donner un portrait complet de la situation, des résultats d'évaluation de programmes d'orientation offerts aux infirmières débutant aux services de consultation téléphonique montrent qu'ils ne préparent pas adéquatement les infirmières (Giesen, et al., 2007; Moll van Charante, et al., 2006). Dans ce contexte, il

devient essentiel de mieux comprendre les liens entre les différents éléments du cadre conceptuel de Valanis et al., en particulier ceux entre le profil de l'infirmière, notamment son niveau d'expertise et sa démarche de soins au téléphone (Valanis, Tanner, et al., 2003). Le modèle théorique de Greenberg (2009) sur le processus de soins au téléphone et celui de Benner (1984) sur le développement de l'expertise infirmière en général serviront de cadres théoriques à la présente étude.

But de l'étude

Inscrite dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure, le but de l'étude est de décrire les interventions des infirmières, selon leur niveau d'expertise, lors de consultations téléphoniques dans un service d'Info-Santé, pour une clientèle identifiée, à savoir les consultations de parents qui appellent pour un problème de santé chez un enfant de moins de cinq ans.

Le choix d'une clientèle particulière s'explique en raison du besoin d'homogénéiser le profil de l'appelant et des raisons de consultation qui pourraient faire varier les interactions infirmière-client. Par ailleurs, ce type d'appel qui introduit une tierce personne entre l'infirmière et le client, soit le parent, rend plus complexe cette évaluation qui se fait sans voir le client et ajoute, selon les infirmières où se déroule l'étude, la difficulté de composer avec l'anxiété du parent. Ces éléments pourraient permettre de mieux différencier les pratiques selon les profils des infirmières. De plus, cette catégorie d'appels représentant près de 25% des appels devrait faciliter la collecte des données.

Les résultats de cette étude quantitative descriptive permettront d'identifier comment les infirmières interviennent selon leur niveau d'expertise. Nous espérons ainsi être en mesure d'identifier certaines pistes d'amélioration en s'appuyant sur des données probantes issues d'autres recherches dans le domaine. Ces éléments pourraient contribuer à l'élaboration d'activités d'orientation, de développement de l'expertise

professionnelle, et éclairer les gestionnaires quant aux décisions à prendre sur les modes d'évaluation du service.

La pertinence de l'étude repose en partie sur la forte utilisation du service au Québec et sur le fait que les critères utilisés à ce jour pour évaluer son efficacité reposent essentiellement sur des marqueurs d'accessibilité en termes de nombre d'appels répondus, de durée, de temps d'attente, plutôt que des marqueurs de qualité, d'où l'intérêt d'étudier les conversations.

Chapitre 2 – Recension des écrits

Dans ce deuxième chapitre, les écrits scientifiques portant sur l'intervention infirmière au téléphone seront présentés. Les articles proviennent majoritairement de chercheurs des États-Unis, de l'Angleterre et de la Suède. Plusieurs portent sur les services du *Kaiser Permanente* aux États-Unis et sur le NHS pour l'Angleterre.

La première section vise à situer le service Info-Santé au sein des services infirmiers au téléphone en général. La deuxième section concerne l'adaptation d'un cadre théorique élaboré par une équipe de chercheuses américaines dirigée par Barbara Valanis, à partir d'une recension exhaustive et systématique des écrits, afin de mettre en évidence les différentes dimensions d'importance dans ce type de service infirmier (Valanis, Tanner, et al., 2003). La troisième section permet d'approfondir l'état des connaissances en fonction de deux dimensions de ce cadre théorique qui sont pertinentes à cette étude, à savoir le niveau d'expertise de l'infirmière et l'interaction téléphonique en tant que telle. Dans la dernière section, nous aborderons le modèle de développement de compétences de Benner (1984) ainsi que le modèle décrivant la démarche de soins au téléphone développé par Greenberg (2009), qui servent de cadres théoriques à notre étude.

L'exercice infirmier au téléphone

Selon le rapport de la table ministérielle en télésanté (MSSS, 2001), les télésoins désignent l'exercice infirmier à distance et réfèrent à la pratique infirmière de toutes les activités centrées sur le patient et réalisées à l'aide des technologies de l'information et des télécommunications, ce qui inclut l'utilisation du téléphone. Ces activités visent entre autres l'évaluation de la situation de santé du client, la planification des soins, la transmission de conseils, l'enseignement, la référence et le suivi. L'*American Academy of Ambulatory Care Nursing* (2007) décrit la pratique des soins infirmiers au téléphone comme étant l'ensemble des services infirmiers effectués par le biais du téléphone, quel que soit la nature du service. Ceci inclut le triage téléphonique, les services de conseils infirmiers et les services de suivi systématique de clientèles spécifiques.

Dans les écrits, différentes appellations peuvent désigner un service équivalent; il s'agit de *telehealth* ou *telenursing* et *teletriage*. Le triage téléphonique, réfère soit à un service équivalent à Info-Santé, soit à un service à l'intérieur d'une organisation de services de santé où l'appelant bénéficie d'un suivi, soit à un service de priorisation des demandes de plusieurs appelants où l'infirmière doit accorder un ordre de priorité au suivi à accorder aux appels traités (Stacey, et al., 2003).

Un cadre pour analyser les écrits

En 2005, s'inspirant des travaux de Valanis et de ses collaborateurs, Goudreau a conçu un schéma illustrant les composantes qui interagissent entre elles lors d'un appel au service Info-Santé (Valanis, Moscato, et al., 2003; Valanis, Tanner, et al., 2003). Ce schéma a été utilisé pour élaborer le devis de l'étude de laquelle les résultats de la présente étude ont été tirés. Présenté à la figure 1, il témoigne de la complexité de la pratique infirmière au téléphone. Valanis et al. ont émis l'hypothèse que, considérant l'ensemble des éléments impliqués lors d'une intervention téléphonique, l'infirmière experte saura contourner les obstacles et guidera le client vers le niveau de soins approprié aux besoins de santé identifiés, la préférence du client, et les obstacles liés au respect du choix des clients en regard de certaines options de soins qui lui sont proposées (Valanis, Tanner, et al., 2003).

Considérant que le but de cette étude est de décrire les interventions de l'infirmière en fonction de son niveau d'expertise, les prochaines sections présentent les écrits en lien avec l'interaction téléphonique et le profil de l'infirmière.

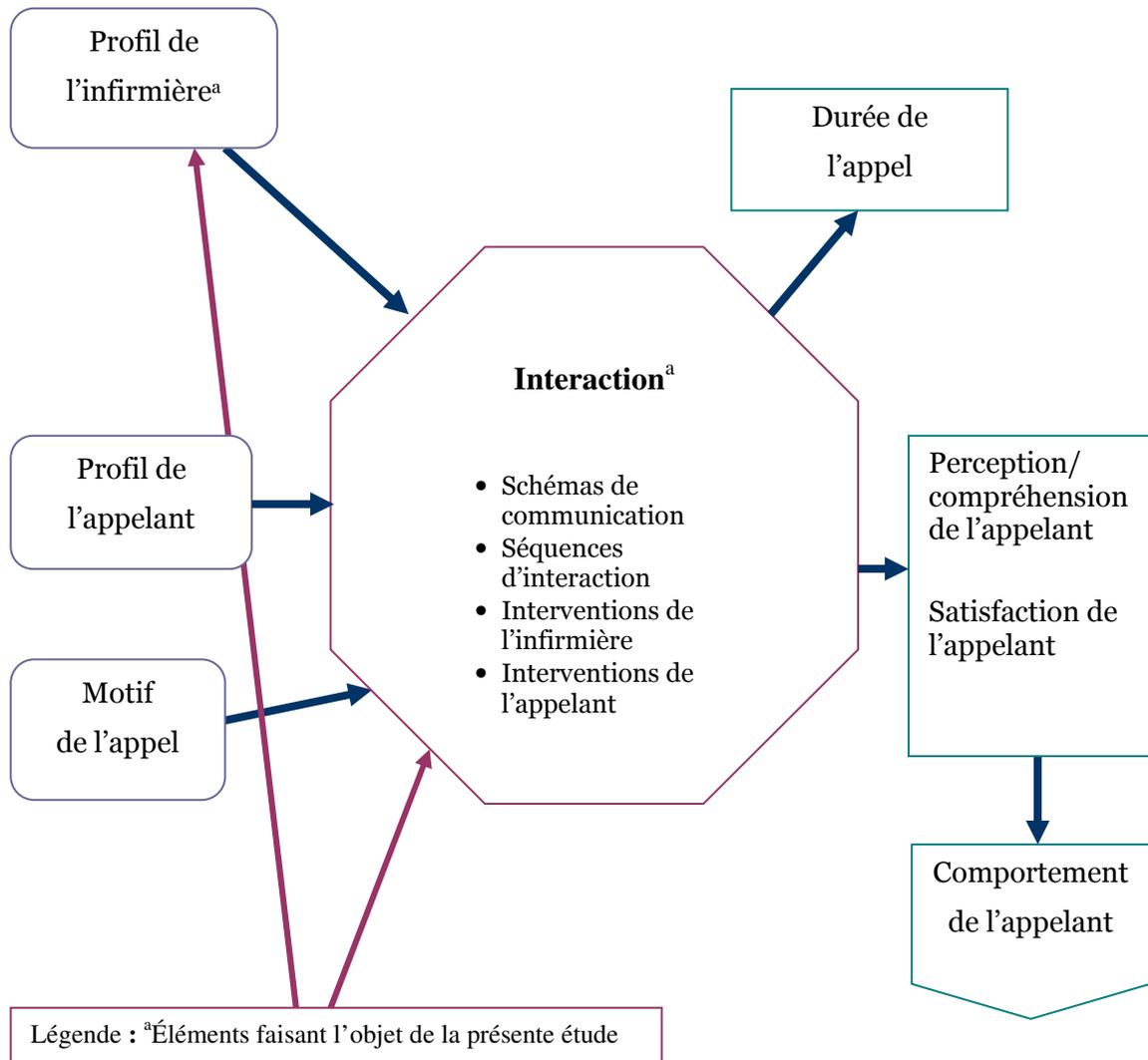


Figure 1. Modèle d'un appel Info-Santé, devis de la recherche primaire (Goudreau, 2005).

L'interaction téléphonique

Les soins infirmiers dispensés par téléphone constituent un service de plus en plus offert et utilisé partout dans le monde. Malgré ce constat, la pratique infirmière lors d'une consultation téléphonique a été peu étudiée (Omery, 2003; Rutenberg, 2000). Les chercheurs s'entendent pour dire que ces soins sont basés sur une démarche de soins, mais leurs études sont très disparates sur les plans conceptuel et méthodologique et ne permettent pas de bien comprendre ce qui se passe pendant la consultation. Les résultats de la plupart de ces recherches suggèrent toutefois qu'il y a un lien entre la qualité de la démarche et le niveau d'expertise de l'infirmière, alors que leurs études ne poursuivaient pas cet objectif spécifique.

Très récemment, Greenberg (2009) a construit un modèle théorique de la démarche de soins infirmiers dispensés par téléphone à partir des résultats d'une étude qualitative basée sur l'approche de la théorisation ancrée. L'auteure a interrogé 10 infirmières dont l'expérience en soins au téléphone variait entre 18 mois et 16 ans. L'étude s'est déroulée dans quatre centres d'appels américains (urgence, soins de première ligne et soins spécialisés). Ses résultats montrent : (1) que la pratique infirmière au téléphone se fait selon une démarche de soins infirmiers; (2) que l'expérience en soins infirmiers, les connaissances, les habiletés de communication ainsi que la pensée critique ou réflexive sont des éléments qui influencent le déroulement de cette démarche; (3) que cette démarche peut varier en fonction des caractéristiques de l'appelant, du motif d'appel et de sa situation de santé ainsi que des ressources disponibles. Le modèle est présenté dans la section « Cadre théorique » à la fin de ce chapitre.

Auparavant, certains chercheurs avaient décrit la démarche de soins utilisée par ces infirmières (Edwards, 1994; Huber & Blanchfield, 1999; Larson-Dahn, 2001; Marsden, 1999; Mayo, Chang, & Omery, 2002; Pettinari & Jessopp, 2001; Rutenberg, 2000) alors que d'autres s'étaient penchés sur leur processus de prise de décision ou du

choix de l'intervention la plus appropriée à la situation du client (Hogenbirk & Pong, 2004; Leprohon & Patel, 1995). Par ailleurs, d'autres chercheurs avaient étudié plus spécifiquement les conseils offerts par les infirmières (Omery, 2003). La plupart de ces études ont été effectuées à l'aide d'entrevues individuelles auprès des infirmières ou par l'analyse des notes aux dossiers.

Dans une étude qui s'est déroulée dans un centre d'appels en Angleterre et qui avait pour but de déterminer les éléments du raisonnement clinique de l'infirmière œuvrant au téléphone, Edwards (1994) a procédé à deux appels simulés auprès de cinq infirmières participant à l'étude. Ces infirmières, qui comptaient entre 3,5 et 10 années d'expérience dans le service téléphonique où s'est déroulé l'étude, savaient qu'il s'agissait d'appels simulés et enregistrés et connaissaient le motif de consultation et le moment prévu de ces appels. Après chaque appel simulé, les enregistrements ont fait l'objet d'une écoute conjointe du chercheur et de l'infirmière. Après chaque question posée par l'infirmière, l'enregistrement était arrêté et l'infirmière devait expliquer ce qui l'avait amenée à poser cette question. Cet entretien entre infirmière et chercheur était enregistré et le verbatim était transcrit et analysé à l'aide de la théorisation ancrée. Malgré le petit échantillon ($N = 5$), les résultats ont montré que les infirmières qui exercent au téléphone utilisent une démarche systématique qui semble plus complexe que la démarche habituelle en présence du client. Selon le chercheur, l'entrevue téléphonique semble improvisée, mais les explications des infirmières suggèrent plutôt que le processus est réflexif et s'appuie sur des connaissances et des expériences cliniques antérieures. Ainsi, les résultats montrent que les infirmières formulent une hypothèse qui s'appuie sur l'ensemble des données recueillies, associées à un symptôme spécifique qu'elles perçoivent comme étant caractéristique d'un problème médical. Ces chercheurs ajoutent que les infirmières plus expérimentées composaient plus aisément avec l'ensemble des données transmises par le client lors de l'entretien téléphonique.

Toujours en Angleterre, Marsden (1999) a cherché à comprendre comment les infirmières prenaient une décision lors de consultations téléphoniques. Sept infirmières d'un service d'ophtalmologie ont participé à une entrevue individuelle semi-structurée afin d'expliquer comment elles prenaient une décision pendant leurs consultations au téléphone avec des clients de leur service. Les résultats montrent que le processus de décision lors de l'évaluation de la situation de santé du client est dynamique et que les connaissances et l'expérience clinique contribuent de façon importante à faire une synthèse rapide de la situation. Ces résultats sont intéressants car ils vont dans le même sens que toutes les études qui mettent en évidence des différences entre les infirmières novices et les infirmières expertes. Dans cette étude, les infirmières expertes soutiennent que les éléments contextuels d'une situation de santé sont tous aussi importants que les données cliniques pour interpréter de façon optimale la situation de santé. De plus, les infirmières novices ont exprimé avoir davantage besoin de guides d'évaluation pour les aider à questionner, afin d'évaluer adéquatement le problème de santé que les infirmières plus expérimentées qui elles avaient déjà développé cette habileté avec la pratique.

L'étude de Huber et Blanchfield (1999) avait pour but d'analyser quelles dimensions du rôle de l'infirmière sont utilisées lors des consultations téléphoniques. Ces chercheurs ont élaboré un bref questionnaire à être complété par l'infirmière lors de chaque appel. En plus d'identifier les diagnostics, les interventions et la durée de l'intervention téléphonique, l'infirmière devait choisir 13 catégories d'interventions de soins infirmiers incluant, entre autres, l'intervention de crise, l'assistance aux auto-soins, l'autogestion de la médication, l'orientation dans le système des services de santé, le contrôle de la douleur, la nutrition, l'éducation à la santé et le soutien émotionnel. L'étude a été réalisée auprès des infirmières assignées à la réponse téléphonique de deux centres tertiaires du Midwest des États-Unis. Deux cent six questionnaires ont été analysés. Les chercheurs ont conclu que les infirmières utilisaient une démarche de soins lors de leurs consultations téléphonique et que leurs principales interventions

étaient l'enseignement, l'assistance aux autosoins, l'aide à la gestion de la médication et le soutien émotionnel. Les résultats montrent que les infirmières éprouvent des difficultés dans l'utilisation du langage infirmier pour identifier et formuler le problème infirmier ainsi que les interventions spécifiques qui en découlent. Cette étude révèle aussi que les infirmières documentent très peu leurs appels et font peu d'intervention de gestion de crise. Toutefois, cette étude souffre de limites importantes. D'abord on ne connaît pas le nombre total d'infirmières participantes. Ensuite, certaines infirmières avaient reçu une formation pour remplir le questionnaire alors que d'autres n'avaient pas été préparées. Enfin, il s'agit de données colligées par les participantes, suite à l'interaction infirmière-client. L'étude ne fournit aucune information sur le processus de l'appel (ex. : Comment les infirmières parviennent-elles à formuler un diagnostic, le client valide-t-il l'hypothèse formulée par l'infirmière et comment le client perçoit-il les informations reçues).

De leur côté, Pettinari et Jessop (2001) ont cherché à mieux comprendre comment les infirmières au téléphone arrivent à prendre une décision en l'absence d'éléments visuels. Dans le cadre d'une étude qualitative, les infirmières d'un centre d'appels du NHS en Angleterre ($N = 14$) ont été rencontrées au cours de deux entrevues semi-structurées, soit à la fin des 12 semaines de formation, à l'embauche, avant qu'elles ne commencent à recevoir des appels de façon autonome, et six mois plus tard. Pour la première entrevue, les infirmières étaient interrogées sur leurs préoccupations dans l'exercice de leurs fonctions, et comment le jugement professionnel pouvait être affecté par l'utilisation du téléphone et de protocole d'aide à la décision. Lors de la deuxième entrevue, on leur a demandé de réfléchir à leur pratique et comment celle-ci s'appuie sur les compétences utilisées dans la pratique traditionnelle de soins en présence afin de comparer, avec les résultats de la première entrevue, l'évidence que l'absence de visuel et l'établissement d'un lien de confiance entre le client et l'infirmière étaient des caractéristiques importantes des soins prodigués lors d'un appel téléphonique. Les infirmières participantes avaient entre trois ans neuf mois et 34 années

d'expérience en soins infirmiers. Les infirmières ont rapporté qu'elles doivent prendre beaucoup plus de temps qu'en présentiel pour valider leur compréhension de ce qui est dit au cours de l'entretien. Elles doivent poser plus de questions, faire des analogies pour expliquer ce qu'elles recherchent et valider leur interprétation tout en portant attention aux bruits de fond. Les infirmières doivent aussi vérifier certains éléments liés à l'aspect émotionnel de chaque situation. Suite à ces résultats, les chercheurs concluent que l'intervention au téléphone nécessite plus de temps qu'une évaluation en face à face et qu'il faut être prudent quant à imposer une durée d'appel qui ne permettrait pas de composer avec la complexité de l'évaluation et de l'intervention par téléphone. Ils soulignent aussi l'importance de la qualité de l'interaction infirmière-client, qui semble s'améliorer avec l'expertise développée au fil du temps. Cependant, l'étude ne permet pas de confirmer que le développement de compétences à œuvrer dans un service téléphonique favorise l'intégration de techniques particulières pour faciliter l'évaluation par téléphone.

D'autres chercheurs ont étudié l'interaction téléphonique infirmière-client en fonction des résultats sur la clientèle. D'abord, en 1995, Leprohon et Patel ont analysé 50 appels d'infirmières exerçant dans un centre d'appels d'urgences médicales pré-hospitalier du Québec, dans le but d'établir des liens entre le processus de prise de décision et l'exactitude de la décision, l'urgence de la situation à évaluer, ainsi que le niveau d'expertise de l'infirmière qui procède à l'évaluation. Chaque infirmière ($N = 34$) du centre d'appels participant au projet a choisi deux appels pour lesquels les enregistrements allaient être étudiés. Les chercheurs ont utilisé une méthode d'analyse du discours pour décrire le processus de prise de décision de l'infirmière et le mettre en parallèle avec une grille d'analyse sommaire du processus de décision après chaque appel. Les résultats montrent que toutes les infirmières respectaient la démarche clinique qui leur avait été enseignée à leur arrivée et qu'elles utilisaient différents processus selon leur évaluation du niveau d'urgence de la situation. Par ailleurs, l'étude a permis d'établir que pour l'ensemble des appels analysés, 54% des décisions étaient exactes,

38% des décisions étaient surévaluées et 8% sous-évaluées. Les résultats démontrent que les décisions prises par les infirmières qui avaient plus de 10 années d'expérience étaient justes et rapides dans 64.9% des cas, comparées à 26.1% pour celles de moins de sept années d'expérience. Les chercheurs concluent en suggérant que l'interaction infirmière-client, y compris la durée, peut être affectée par l'état physique de l'utilisateur, les effets de la médication et la nature émotionnelle du problème présenté.

Dans un même ordre d'idées, Larson-Dahn (2001) a étudié, à partir de la rédaction des notes documentées de cinq infirmières la qualité de l'évaluation clinique de l'infirmière, la pertinence du choix des interventions à effectuer, l'utilisation adéquate des protocoles en vigueur dans le milieu, l'adéquation de la continuité de soins, la justesse des recommandations émises ainsi que les manifestations de la pensée critique de l'infirmière. Les participantes avaient entre 15 et 25 années d'expérience dans un service d'urgence et un minimum de cinq années de pratique au téléphone. Au total, 50 appels ont fait l'objet d'une analyse de dossier, soit 10 appels par infirmière choisis au hasard et les 50 clients ont été rappelés dans les 72 heures suivant l'appel pour vérifier s'ils avaient suivi les conseils fournis, sollicité les soins dans les délais recommandés et mis en œuvre les autosoins conformément aux instructions verbales reçues au moment de l'appel. Les résultats montrent qu'il y a une relation significative entre les éléments du processus de la pensée critique et la pertinence et précision des recommandations faites au patient, et que la collaboration du client peut influencer l'évaluation faite par l'infirmière. Cette étude suggère aussi que les infirmières éprouvent des difficultés à documenter leur raisonnement clinique dans leurs notes. Les informations qu'elles inscrivent réfèrent surtout aux données obtenues lors de l'évaluation, aux protocoles utilisés et aux recommandations émises, mais ne reflètent peu ou pas leur raisonnement clinique. Malgré les limites de la méthodologie, ces résultats vont dans le sens de ceux présentés précédemment, à savoir que les infirmières utilisent une démarche systématique quand elles interviennent par téléphone auprès de leur clientèle.

Hogenbirk et Pong (2004) se sont aussi intéressés à la pertinence des interventions suggérées par des infirmières d'un centre d'appels en Ontario, à partir de 73 enregistrements. Quinze infirmières ont participé à cette étude. Les variables indépendantes étaient le profil du client, le profil de l'infirmière et les protocoles utilisés. L'analyse des enregistrements par six professionnels de recherche dûment formés à cet effet a montré que les infirmières ont établi une relation avec le client, qualifiée de bonne à excellente dans 96% des cas. Les résultats suggèrent aussi que les infirmières ont obtenu les informations cliniques pertinentes dans 92% des situations et que 72% des clients montraient un niveau d'anxiété à la baisse. Les professionnels de recherche ont considéré justes 90% des recommandations que les infirmières ont formulées, malgré une certaine tendance à surévaluer les problèmes, comme dans l'étude de Leprohon et Patel (1995) décrite précédemment. L'étude d'Hogenbirk et Pong (2004) est l'une des rares qui aient été faites à partir de l'écoute d'appels. Cependant, ses résultats ne permettent pas de relier les caractéristiques de l'interaction, ni les résultats de soins, à l'expérience de l'infirmière.

Dans toutes les études consultées, l'enseignement à la clientèle est la catégorie d'interventions la plus utilisée lors des consultations téléphoniques. À cet effet, une étude menée au Québec dans 59 centres d'appels Info-Santé CLSC (Leclerc, Dunnigan, Zunzunegui, Hagan, & Morin, 2003) attire particulièrement notre attention. Ce groupe de chercheurs a analysé la dimension « enseignement donné au téléphone par l'infirmière » sous l'angle de la compréhension du client. Ces chercheurs souhaitaient vérifier la compréhension de l'appelant quant aux recommandations de recours à une autre ressource de santé par l'infirmière d'Info-Santé. À partir d'un échantillon aléatoire de 4 696 appels, les chercheurs ont procédé à des entrevues téléphoniques auprès de l'ensemble des clients qui avaient accepté de participer à la recherche et ont comparé l'information recueillie auprès de l'appelant avec celle qui avait été consignée à la fiche d'appel par l'infirmière. Les résultats montrent que, dans 27% des situations, il y a discordance entre ce que le client a compris et ce que l'infirmière a consigné.

Effectivement, 12% disent avoir reçu une recommandation de consultation alors que l'infirmière n'a rien consigné, et 15% disent n'avoir reçu aucune recommandation alors que l'infirmière a inscrit la recommandation de recours à une autre ressource. Ces chercheurs soutiennent qu'il y a lieu de s'assurer que les infirmières valident la compréhension du client eu égard aux recommandations formulées, ce qui devrait être intégré à la démarche de soins (Leprohon & Bellavance, 2009). Ils suggèrent aussi d'explorer si la durée d'un appel a une influence sur la compréhension du client. À la lumière de ces observations, l'évaluation de l'habileté de l'infirmière à enseigner au client serait aussi un facteur à considérer. Cette recherche a été faite en utilisant les notes que les infirmières ont consignées à la fiche d'appel, et non à partir de l'écoute de l'appel. On ne connaît pas le nombre d'infirmières qui ont participé à l'étude, ni le profil de celles-ci. On ne peut donc vérifier l'influence de l'expertise de l'infirmière sur les échanges infirmière-client.

La recension des écrits d'Omery (2003) visait à examiner les études effectuées entre 1966 et 2001, portant sur les conseils infirmiers, pour déterminer quelles dimensions avaient été le plus souvent étudiées, et poser un jugement sur la qualité des résultats présentés dans ces recherches. Des 527 études identifiées initialement, 62 ont été retenues pour leur pertinence en lien avec l'intervention téléphonique. Elles ont été groupées en huit thèmes distincts selon leur contenu. Ces thèmes étaient la continuité des soins à la population, l'adéquation des conseils transmis en ligne, la satisfaction des clients et des soignants, l'adhésion aux conseils après l'appel, les analyses de coûts, le processus de prise de décision et la documentation. Les résultats d'analyse semblent indiquer que pour certaines clientèles souffrant de maladies chroniques, l'utilisation de protocoles et de lignes directrices ne garantit pas l'uniformité de l'enseignement transmis, ni de s'assurer que des conseils appropriés seront donnés. L'auteur mentionne que la satisfaction des usagers semble être liée à la composante démarche de soins. Parmi les questions de recherche qui découlent de cette recension des écrits, on soulève la question suivante : Qu'est-ce qui, dans la démarche de soins, génère de la satisfaction

chez la clientèle à qui on donne des conseils et oriente moins vers d'autres ressources? Omery (2003) termine en suggérant de donner priorité aux études qui décrivent l'intervention infirmière-patient.

En somme, les études mentionnent que les infirmières utilisent une démarche de soins qu'elles trouvent par ailleurs difficile à expliciter par écrit ou en entrevue. Toutefois, ces études demeurent disparates en termes de préoccupations de recherche et ne permettent pas de comprendre suffisamment l'interaction pour que des gestionnaires prennent des décisions éclairées sur des critères d'évaluation valables en ce qui a trait à la qualité de l'intervention. Il semble aussi que le niveau d'expertise de l'infirmière soit une variable importante dans l'équation de la qualité des interactions mais sans plus de précisions.

Le niveau d'expertise de l'infirmière

Parmi les études qui portent sur l'interaction téléphonique entre l'infirmière et un client et qui ont été décrites dans la section précédente, plusieurs ont pu mettre en évidence des différences selon le niveau d'expertise de l'infirmière. Le groupe de chercheurs suivant a réalisé une recension des écrits sur le sujet. L'étude qualitative de Wahlberg, Cedersund et Wredling (2003) confirme que l'expertise au téléphone se développe avec la pratique. Utilisant la méthode Delphi, ils ont fait circuler un questionnaire auprès de 25 infirmières suédoises d'expérience clinique variée, provenant de six centres d'appels 24 heures/7 jours. Les questions visaient à identifier les désavantages de la pratique téléphonique et les difficultés rencontrées par les infirmières de divers niveaux d'expérience. Les résultats de cette étude ont mis en évidence 24 catégories de difficultés dont 10 étaient principalement liées aux caractéristiques des infirmières. Les chercheurs suggèrent qu'en début de pratique au téléphone les infirmières se centrent principalement sur les problèmes d'ordre médical et sur les manifestations physiques. Selon eux, dans les maisons d'enseignement les infirmières sont formées à prendre leur décision à partir d'informations visuelles et sont peu

entraînées à l'écoute. Ils précisent que les infirmières développent leurs habiletés d'écoute progressivement après leur arrivée au service téléphonique, devenant plus attentives aux autres préoccupations de nature socioémotionnelle et aux attentes du client et plus habiles à procéder à une évaluation par le biais de l'intervention d'une tierce personne. Toutefois, il demeure que ces résultats ont été obtenus à partir de réponses aux questionnaires complétés par les infirmières à posteriori, et jusqu'à présent, à notre connaissance, aucune recherche n'a vérifié concrètement comment cette expertise se manifeste lors de la communication entre le client et l'infirmière.

Profil de l'infirmière et habiletés de communication.

Dans le but d'identifier des indicateurs à utiliser pour évaluer la qualité de la consultation téléphonique, Hoare, Lacoste, Haro & Conyers (1999) se sont intéressés aux caractéristiques des appels dans sept HMO de Californie. Trois infirmières ont procédé aux audits de 2 831 appels répondus par 57 infirmières de formation variée. Les éléments à l'étude ciblaient certaines compétences des infirmières, soit les aptitudes interpersonnelles : l'habileté à gérer les problèmes et aptitudes à identifier les urgences; les informations documentées par l'infirmière dans le dossier informatisé lors des appels et les interventions choisies. Les résultats montrent qu'il y a une relation significative entre la compétence de l'infirmière, notamment l'habileté à identifier une urgence, ses habiletés relationnelles, la pertinence et la concision des informations recueillies selon les situations évaluées. Ces résultats appuient les constats de Leprohon et Patel (1995), soit l'existence d'un lien entre l'expérience clinique de l'infirmière et le processus de prise de décision ainsi que la justesse de cette décision chez les infirmières qui ont plus de 10 années d'expérience. Ils abondent dans le sens des postulats de Benner (1984) selon lesquels plus l'infirmière est expérimentée, plus elle détecte rapidement une urgence et moins elle aura besoin de documenter l'appel. Les résultats de cette étude permettent d'observer que moins l'appel sera urgent et plus les habiletés relationnelles de l'infirmière seront développées, plus elle sera en mesure d'obtenir des informations

pertinentes chez le client, ce qui lui permettra de prendre une décision juste et de documenter davantage son intervention. Toutefois, les résultats ne nous permettent pas de décrire comment ces habiletés relationnelles se manifestent au cours de la communication entre l'infirmière et le client.

Les deux prochaines études ont permis d'analyser le profil de l'infirmière dans une perspective de formation en cours d'emploi. Moscato et al. (2003) ont choisi d'aborder la question sous l'angle de la satisfaction de la clientèle pour identifier les zones potentielles d'amélioration. Ces chercheurs ont opté pour une étude qualitative réalisée dans cinq centres du *Kaiser Permanente*. Cinq infirmières ont accepté que leurs appels soient enregistrés. Parmi ces appels, 40 clients différents ont accepté de participer à l'étude et de répondre aux questions qui leur ont été adressées lors d'une entrevue semi-structurée entre trois et huit jours suivant l'appel. Les chercheurs ont aussi analysé l'interaction infirmière-client, afin de mesurer les réactions des usagers aux conseils reçus et d'explorer les variations de ces interactions dans la pratique au téléphone, selon l'expertise de l'infirmière.

L'étude a permis d'identifier les aspects de l'entretien infirmière-client qui semblent les plus importants pour la clientèle, compte tenu que la satisfaction du client est un facteur à considérer pour l'adhésion du client aux conseils de l'infirmière. Les auteurs ont groupé en six points les habiletés que doit posséder l'infirmière pour favoriser la satisfaction chez la clientèle. Ces habiletés sont : (1) se préoccuper du client en tant qu'individu; (2) démontrer une écoute attentive; (3) posséder des habiletés à transmettre des informations claires et concises; (4) avoir une bonne compréhension de l'histoire médicale du client; (5) posséder l'habileté à intégrer le client à la prise de décision pour les démarches à entreprendre et lui indiquer des alternatives possibles; (6) démontrer des compétences et des connaissances. Ces habiletés étaient plus développées chez les infirmières expertes, selon les commentaires recueillis auprès des clients. Toutefois, les résultats de cette étude ne permettent pas d'identifier, au cours d'une

conversation, quels aspects de la relation infirmière-client sont efficaces et ceux qui ne le sont pas. Les chercheurs font aussi le constat que dans la pratique en général, les infirmières expertes utilisent beaucoup la rétroaction sur leurs interventions pour s'améliorer alors qu'au téléphone, cette dimension ne peut exister puisque ce qui se passe après l'appel est rarement connu. Cette situation crée d'une part de l'insatisfaction chez les infirmières, et d'autre part ne contribue pas au développement de compétences

Moscato et al. (2007) ont montré que la relation infirmière-client était déterminante pour assurer l'observance des conseils par le client. L'étude quantitative, qui avait pour but d'identifier les prédicteurs de la satisfaction de la clientèle faisant appel au service infirmier téléphonique, a été réalisée auprès de 12 infirmières, de six centres d'appels et six cabinets médicaux des quatre centres du *Kaiser Permanente*, portant le nombre à 48 participantes. Un questionnaire a été acheminé, après chaque appel, aux clients qui avaient accepté de participer à l'étude, afin d'obtenir leur perception de la qualité de l'échange avec l'infirmière et l'issue des recommandations faites par celle-ci. Cinq appels de relance ont été faits pour chaque client pour leur rappeler de compléter le questionnaire, en plus de l'envoi d'une carte postale de rappel. Le nombre final de répondants dont les questionnaires ont été retenus a été de 1 939. Les prédicteurs de satisfaction visaient les comportements de communication de l'infirmière, plus particulièrement : l'attention portée au client, l'écoute, la clarté des messages, la connaissance du passé médical du client, la collaboration de l'infirmière ainsi que la perception de sa compétence.

Malgré les limites de l'étude, soit le nombre limité d'infirmières ayant accepté que leurs appels soient enregistrés, et le temps écoulé entre l'appel et le moment de complétion du questionnaire, les résultats demeurent intéressants. Il apparaît que l'échange verbal entre l'infirmière et le client est le prédicteur de la satisfaction, plus que le temps d'attente. L'infirmière experte a développé au cours des années des habiletés spécifiques à la communication et l'écoute active dans un contexte

d'intervention téléphonique. Elle est davantage habilitée à procéder à une bonne évaluation de la situation de santé du client et est identifiée comme un facteur déterminant, contribuant à la satisfaction de la clientèle (Moscato, et al., 2007). C'est pourquoi, selon ces auteurs, il importe d'inclure à la formation des nouvelles infirmières plus de notions sur les aspects de la communication pour favoriser l'acquisition de ces habiletés le plus rapidement possible suite à son embauche.

L'utilisation de protocole

Dans les études consultées, on constate que les milieux mettent à la disposition de leur personnel infirmier des protocoles d'aide à la décision, ce qui diffère du service Info-Santé au Québec. Les infirmières du service québécois Info-Santé n'utilisent pas de protocole pour guider leur évaluation. Les protocoles que les infirmières québécoises utilisent sont des guides d'enseignement à la clientèle qu'elles peuvent consulter, selon le problème qu'elles auront identifié. Il demeure pertinent toutefois de vérifier si l'expertise de l'infirmière a une influence sur l'utilisation des protocoles cliniques mis à sa disposition et ce, quel que soit la nature de ces protocoles.

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'utilisation de protocoles dans les services de télésoins, que ce soit sous l'angle de la standardisation des consignes enseignées auprès des clients suite à leur utilisation (Wachter, Brillman, Lewis, & Sapien, 1999), que de l'influence de leur utilisation sur la prise de décision, (Mayo, Chang, & Omery, 2002; O'Cathain, Sampson, Nicholl, & Munro, 2001). Dans une étude descriptive de comparaison inter-juges ayant pour but de déterminer si l'utilisation d'un protocole assure une réponse standardisée auprès de la clientèle, Wachter et al. (1999) ont procédé à une recherche dans un département des urgences d'un centre pédiatrique où les infirmières ont aussi à répondre à la clientèle au téléphone. Douze infirmières ont participé à l'étude. Elles ont eu une semaine pour se familiariser avec le contenu de neuf protocoles en lien avec des problèmes respiratoires différents. Une seule d'entre elles avait 15 années d'expérience dans un centre d'appels. Un agent de recherche a simulé de

faux appels à un moment prédéterminé avec chacune des 12 infirmières participantes. Chacune a évalué 15 appels fictifs présentés dans un ordre aléatoire. Les résultats mettent en évidence que plus l'infirmière est expérimentée, plus elle a tendance à déroger du protocole, alors que les novices s'y conforment davantage. Cependant, cette recherche ne permet pas d'affirmer que cette différence se manifeste aussi lorsque les infirmières exercent dans un centre d'appels, et non dans un service d'urgences où la principale fonction est de recevoir la clientèle qui se présente pour une consultation. Cette étude ne peut prédire comment cette différence se manifesterait si l'étude se déroulait dans un centre d'appels tel le service Info-Santé.

Dans une autre étude qui avait pour but de vérifier si l'utilisation de protocoles informatisés assurait l'uniformité des recommandations découlant de la consultation infirmière par téléphone, selon le type de logiciel utilisé, O'Cathain et al. (2001) ont comparé les trois types de logiciel utilisés dans différents sites du *NHS Direct*. Les chercheurs ont mené cette vaste étude en combinant deux méthodes. D'abord, ils ont analysé 81 232 fiches d'appels pour comparer les recommandations de 400 infirmières. Ces infirmières possédaient de l'expérience dans des domaines cliniques variés, antérieurement à la pratique téléphonique et travaillaient dans 16 sites du service *NHS Direct*. Elles utilisaient un des trois types de logiciel. Ensuite, 24 infirmières dans 12 sites de ce même service ont été rencontrées lors d'entrevues semi-structurées. Elles devaient expliquer comment elles utilisaient le logiciel mis à leur disposition et les raisons qui justifiaient cette façon de les utiliser. Quantitativement, l'étude met en évidence la relation qui existe entre le type d'expérience clinique antérieure de l'infirmière, les années d'expérience au téléphone et les recommandations émises à la clientèle. Ainsi, l'étude montre que les infirmières qui ont plus d'expérience au téléphone, peu importe le milieu de pratique antérieur, sont moins susceptibles de surévaluer le problème de l'appelant, ce qui rejoint les conclusions de Leprohon et Patel (1995). Qualitativement, les résultats indiquent que les infirmières ressentent moins le besoin d'utiliser un logiciel d'aide à la décision au fur et à mesure qu'elles développent

de l'expérience au téléphone. Toutefois, les chercheurs émettent une réserve quant aux résultats qualitatifs parce que les infirmières ont été désignées par le gestionnaire du service qui aurait peut-être choisi les meilleures infirmières de son équipe. Cette importante recherche apporte des résultats qui permettent d'éclairer les gestionnaires quant au profil optimal des infirmières qui devraient répondre aux exigences de la pratique au téléphone, mais ne décrit pas comment se manifeste cette expertise lors des échanges téléphoniques infirmière-client.

Mayo et al. (2002) ont procédé à une étude descriptive quantitative auprès de 32 infirmières à partir de 203 appels recueillis dans sept HMO de la Californie, dans le but de décrire l'utilisation des protocoles par les infirmières au téléphone. Chaque infirmière a complété un formulaire décrivant son profil (incluant son âge, ses années d'expérience clinique, la formation initiale reçue, le type de formation à l'embauche en télépratique). Pour chaque appel, les infirmières ont complété un formulaire décrivant le protocole décisionnel sélectionné et l'utilisation qui en avait été faite, soit partielle ou complète. Chaque patient participant à l'étude a été rappelé pour documenter sa perception de l'appel. Les enregistrements des 203 appels ont été analysés par cinq infirmières expertes à partir de critères déterminés par les chercheurs. Parmi les résultats, on retrouve que plus le niveau de formation de l'infirmière est élevé, meilleure est sa démarche de soins, et que les infirmières plus expérimentées utilisent moins les protocoles d'aide à la décision que les infirmières novices. Cependant, on ne décrit pas comment les infirmières expertes arrivent à prendre leur décision. Les résultats ne mettent pas en évidence des caractéristiques permettant de différencier, à l'écoute d'un appel, la méthode d'évaluation d'une infirmière experte qui utilise peu les protocoles d'aide à la décision, de la méthode utilisée par une infirmière novice qui utilise davantage le logiciel mis à sa disposition.

En résumé, l'ensemble des études présentées dans ce qui précède démontre l'existence d'un lien entre le profil de l'infirmière qui exerce sa profession au téléphone

et la façon dont elle utilise les protocoles mis à sa disposition. Le profil influence aussi le processus de prise de décision au cœur de la démarche clinique, ainsi que sa façon d'interagir auprès du client. Toutefois, aucune de ces études ne décrit spécifiquement les éléments de la communication permettant de situer le niveau de compétence de l'infirmière, de novice à experte. Bien que Valanis et al. (2007), Moscato et al. (2003; 2007) et Johnson, Pettinari et Jessop (2001) soulèvent l'importance des habiletés relationnelles et de communication, aucune étude n'a précisé, à ce jour, comment cette habileté se manifeste dans le discours pour des niveaux différents de compétence. Quelles attitudes ou stratégies de communication distinguent les infirmières novices des infirmières expertes? De plus, la majorité des études recensées jusqu'à présent repose sur les témoignages des infirmières en télépratique, et peu sont réalisées à partir d'observations ou d'écoute d'appels.

Cadres théoriques

Pour guider l'analyse des résultats de cette étude, nous nous sommes appuyés, d'une part, sur le modèle de développement de compétences de Benner (1984) et, d'autre part, sur le modèle de la démarche de soins au téléphone développé par Greenberg (2009).

Benner (1984).

Puisque l'état des connaissances, tel que décrit précédemment, permet d'affirmer que la compétence se développe avec l'expérience, il semble tout à fait approprié d'utiliser le modèle de Patricia Benner comme cadre théorique. Le modèle de Benner (1984) s'inspire du modèle de Dreyfus (Benner, 2004) décrivant comment la fluidité de la performance se développe avec l'expérience. Nous avons contextualisé chaque domaine de la pratique infirmière, selon la nomenclature de Benner, au service téléphonique. Le tableau I, à la page suivante, présente ces différents domaines.

Tableau I

Domaines de compétence de la pratique infirmière applicables au contexte du service téléphonique Info-Santé

Domaines de compétences	Description de la compétence contextualisée à la pratique au téléphone
Fonction d'aide	Accueillir et créer un climat de confiance et de relation d'aide aide à préciser la demande, optimise la participation de l'appelant, établit des objectifs réalistes.
Fonction d'éducation, guide	S'assurer de la disponibilité de l'appelant, adapter l'enseignement en termes simples, valider la compréhension et éviter de saturer d'informations qui ne correspondent pas aux attentes du client.
Fonction diagnostic et surveillance du malade	Anticiper les problèmes potentiels et fournir à l'appelant les éléments de surveillance pour lui permettre de suivre l'évolution de sa situation de santé ainsi que les interventions à poser si ces problèmes devaient se manifester.
Prise en charge efficace des situations à évolution rapide	Déceler rapidement une situation urgente et poser les interventions appropriées dès les premières minutes de l'appel.
Administration et surveillance des protocoles thérapeutiques	Lorsque l'enseignement au client se trouve dans les protocoles mis à la disposition du personnel infirmier, respecter le contenu scientifique du protocole, cibler la portion pertinente aux besoins et attentes de l'appelant, vérifier la compréhension de ce dernier.
Assurer et surveiller la qualité des soins, organisation des services	Se conformer à ce qui est généralement reconnu dans l'exercice infirmier, respecter le contenu scientifique des sources d'information clinique consultées, diriger le client vers le service approprié, faire les démarches de référence lorsque requis, transmettre l'information à l'organisme enregistreur (GMF, SAD) quand il s'agit d'une clientèle vulnérable, rappeler le client au besoin.

Note. Contextualisation des domaines de compétence de la pratique infirmière de Benner (1984), au service Info-Santé. (Bertrand, 2010).

Nous avons ensuite décrit chaque niveau de compétence, en tenant compte des domaines de la pratique infirmière, contextualisé à l'exercice infirmier du service Info-Santé, et ce, à partir de ce qui est observé dans le milieu. Nous avons validé cette conceptualisation auprès de cinq infirmières gestionnaires et 10 infirmières monitrices cliniques de huit services régionaux Info-Santé au Québec. Pour y parvenir, nous avons soumis la nomenclature originale de Benner et celle que nous proposons à des monitrices et gestionnaires de différents centres d'appels Info-Santé au Québec, et leur avons demandé de commenter la proposition à partir de leur expérience, s'appuyant sur ce qu'elles observaient dans leur milieu quant à l'acquisition de nouvelles compétences chez les infirmières qu'elles embauchaient. Suite aux commentaires que ces infirmières ont formulés, nous avons apporté les modifications suggérées pour bonifier notre outil. Nous avons ainsi obtenu une grille nous permettant de grouper les infirmières qui ont accepté de participer à l'étude, selon leur niveau de compétence. Nous présentons ces stades de compétence contextualisés au service Info-Santé dans le tableau II.

Benner (1984) affirme que la performance se développe avec l'expérience. Le terme expérience ne fait pas seulement référence à la notion de temps passé dans un service, mais davantage à l'amélioration des connaissances par le biais de l'exposition à des situations cliniques réelles vécues dans ce service. Ces situations ajoutent des nuances ou subtilités aux notions théoriques reçues. Bien qu'aucune infirmière nouvellement diplômée sans expérience ne soit embauchée au service Info-Santé, le phénomène du développement des compétences s'observe chez elles, comme pour toutes les infirmières qui changent de milieu et de contexte de pratique. L'utilisation du modèle est donc pertinente pour notre étude.

Tableau II

Contextualisation des stades de compétence identifiés par Benner (1984), au service Info-Santé

Stades de compétence	Description
<p>Novice 0 mois à 6 mois</p>	<p>Bien qu'un minimum d'expérience clinique variée de trois années soit exigé avant une entrée en fonction au service Info-Santé, l'infirmière qui vit sa première expérience en télépratique est considérée novice. La novice au service n'a pas l'expérience d'évaluer sans voir l'appelant pour les situations cliniques pour lesquelles elle est sollicitée. Lors de son entraînement, on lui enseigne une structure d'appel qui favorise la détection rapide d'une urgence potentielle et, selon les situations cliniques, on lui suggère certains paramètres à évaluer ainsi que des conduites à tenir dans certaines circonstances. Son manque d'expérience et d'assurance explique le comportement quelquefois peu nuancé qu'elle peut adopter. Elle déroge peu des outils mis à sa disposition, pose les principales questions qui lui ont été enseignées sans que les liens soient entièrement établis entre les éléments recueillis et l'interprétation qu'elle en fait, ce qui peut parfois avoir un impact sur la pertinence des conseils donnés. La novice requiert une supervision étroite pour l'aider à poursuivre ses apprentissages.</p>
<p>Débutante 6 mois-2 ans</p>	<p>La débutante a fait face à suffisamment de situations réelles au cours des appels qu'elle a reçus pour identifier par elle-même les facteurs significatifs qui se produisent dans des situations identiques. C'est l'expérience qui permet de reconnaître ces facteurs en situation réelle. Elle peut cependant tirer des conclusions hâtives dès qu'elle reconnaît une situation similaire à ce qu'elle a déjà vu dans sa pratique, sans aller au bout de l'évaluation. Les liens s'établissent de plus en plus entre les éléments recueillis et une interprétation juste de la situation de santé du client. Toutefois, elle a tendance à attribuer la même importance à tous les facteurs, la priorisation des besoins ne se fait pas de façon fluide. Pour l'enseignement à ce stade, il faut retenir que la débutante continue d'apprendre à même les situations qui se présentent. Aussi faut-il apporter un encadrement clinique soutenu pour</p>

Tableau II (suite)

Contextualisation des stades de compétence identifiés par Benner (1984), au service Info-Santé

Stades de compétence	Description
Débutante 6 mois-2 ans (suite)	<p>s'assurer que les besoins prioritaires des appelants soient identifiés et ainsi aider l'infirmière à progresser dans l'acquisition de connaissances et d'expériences qui lui serviront de référents à l'avenir.</p>
Compétente 2-3 ans	<p>L'infirmière compétente commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs et de plan dont elle est consciente. Elle est moins en réaction aux situations qui se présentent. Par exemple, l'infirmière compétente percevra rapidement l'anxiété d'un appelant et manifestera d'abord une attitude aidante, à l'écoute de ce besoin de réassurance, avant de procéder à l'évaluation du problème présenté. Elle n'a pas la rapidité ni la souplesse de l'infirmière performante mais elle se sent bien en contrôle des situations qui lui sont présentées. Ses interventions sont mieux ciblées et mieux adaptées. Pour l'enseignement, à ce stade de compétence, l'infirmière peut tirer profit de situations clinique complexes à partir desquelles elle devra planifier et organiser la suite lors d'appels simulés ou de discussion de cas.</p>
Performante 3-5 ans	<p>L'infirmière performante perçoit la situation comme un tout et non comme un ensemble d'aspects distincts. Elle est guidée par des maximes qu'elle a intégrées à sa pratique. Les différentes perspectives d'une situation ne s'expliquent pas par un long processus de réflexions rationnelles mais s'imposent d'elles-mêmes, elles émergent spontanément s'appuyant sur les expériences antérieures. L'infirmière performante apprend à partir d'événements, et de ce à quoi on doit s'attendre dans une situation donnée. Elle est plus habile à ajuster les plans et l'enseignement, en réponse à ces événements. Elle développe une toile d'éventualité à partir d'expériences variées et saura interpréter une situation similaire quand elle se présentera en reconnaissant certaines caractéristiques de situations passées. Le client devient un partenaire actif dans la relation infirmière-client.</p>

Tableau II (suite)

Contextualisation des stades de compétence identifiés par Benner (1984), au service Info-Santé

Stades de compétence	Description
Performante 3-5 ans (suite)	L'enseignement auprès de l'infirmière performante est facilité par l'utilisation d'études de cas où son aptitude à saisir la situation est sollicitée et optimisée. Cette habileté à reconnaître l'ensemble d'une situation basée sur l'expérience lui permet aussi de déceler de la même façon quand quelque chose ne va pas. Ceci l'aide au processus de prise de décision qui devient plus fluide justement parce qu'elle tient compte de l'ensemble, et non seulement de certains aspects de façon isolée.
Experte 5 ans et plus	L'experte ne s'appuie plus sur un processus analytique de la situation pour en comprendre toutes les dimensions. Ses performances sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptabilité et de compétence. L'experte tire profit de la consignation et de la description systématique des incidents critiques qu'elle a vécus au cours de sa pratique. L'experte reconnaît le client comme un partenaire à part entière dans le processus de résolution de problème.

Contextualisation au service Info-Santé. (Bertrand, 2010).

Greenberg (2009).

Alors que les soins infirmiers dans de nombreux autres domaines exigent des habiletés qui nécessitent une compétence technique et un contact physique, les soins infirmiers en télépratique relèvent presque uniquement du domaine cognitif, tel que décrit à travers les études qui ont été présentées au chapitre précédent. Ce mode de pratique exige de l'infirmière qu'elle fournisse des soins principalement grâce à l'appui et au soutien qu'elle saura transmettre au client, aux conseils qu'elle donnera, à la collaboration qu'elle établira, et aux autres modes de raisonnement, intuitif ou acquis au fil des années d'expérience (Rutenberg & Oberle, 2008). N'ayant accès qu'à ce qu'elle

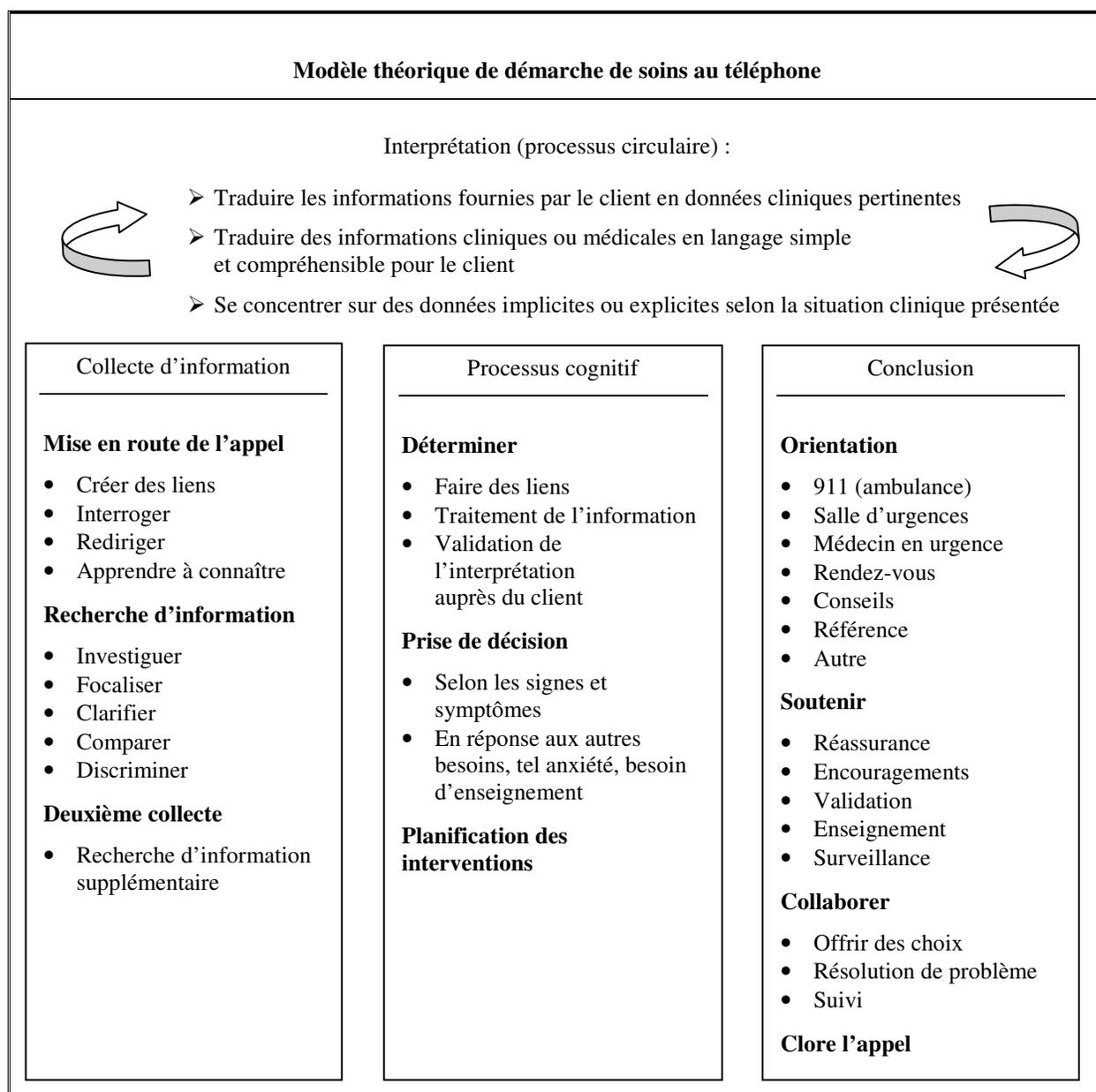
peut entendre, l'infirmière doit guider le client pour qu'il lui fournisse les informations qu'elle pourrait obtenir par la vue, le toucher et l'odorat. Pour y parvenir, l'infirmière doit établir rapidement un lien de confiance avec l'appelant pour qu'il puisse collaborer à la démarche (Greenberg, 2005). Les télésoins infirmiers sont l'une des formes les plus complexes de soins pratiquée aujourd'hui. C'est un domaine difficile et exigeant qui nécessite des connaissances et une expertise de haut niveau, incluant des habiletés d'évaluation. Le processus d'analyse dépend entièrement de la pensée critique de l'infirmière, qui peut être sujette à des préoccupations d'ordre moral et éthique lorsqu'elle est tiraillée entre la nécessité d'accélérer le rythme pour écourter la durée de son intervention et la nécessité de laisser le client s'exprimer pour être en mesure de comprendre toutes les dimensions de la situation qui lui est présentée (Rutenberg & Oberle, 2008).

Greenberg (2009) soutient que la démarche de soins au téléphone est un processus dynamique visant à identifier les besoins du client et à y répondre adéquatement. Ce chercheur a développé un modèle qui décrit la démarche de soins infirmiers téléphoniques. Selon Greenberg, on peut dire que l'ensemble des échanges au cours d'une conversation infirmière-client sert, d'une part, à recueillir les informations transmises par le client et à les traduire en données cliniques, puis à planifier et expliquer, dans un langage adapté au niveau de compréhension du client, des informations qu'il pourra comprendre dans le but de l'aider à résoudre son problème de santé. Tout au long de l'appel, l'infirmière doit s'ajuster pour traiter les informations et obtenir un portrait de la situation de santé du client de façon implicite ou explicite, selon le cas. Le modèle propose trois phases pour décrire la démarche clinique lors d'un appel. Ces phases sont la collecte d'informations, le traitement cognitif de cette information suivi du résultat de cette analyse ou conclusion de la démarche. Le processus est dynamique et itératif en ce sens que si de nouvelles informations sont requises ou transmises par le client, le traitement cognitif de cette information vient parfois modifier certaines décisions, à tout moment au cours de l'appel. Le tableau III présente le

modèle. L'autorisation de procéder à une traduction libre du modèle se trouve à l'annexe 1.

Tableau III

Modèle théorique de démarche de soins au téléphone (Greenberg, 2009)



Note. Traduction libre du modèle de Greenberg (2009)

Au cœur de la première phase, collecte d'informations, l'infirmière reçoit de l'information de la part ou à propos du client. Greenberg (2009) distingue trois catégories d'activités cliniques, soit la mise en route, la recherche d'information et la deuxième collecte d'informations.

La mise en route de l'appel comprend les différentes stratégies utilisées par l'infirmière pour créer la relation avec le client et recevoir les informations permettant d'apprendre à le connaître. Cette phase commence dès le moment où l'infirmière répond à l'appel. L'utilisation d'une phrase d'accueil, l'écoute active et le ton de voix utilisé facilite l'établissement de liens entre l'infirmière et le client. L'infirmière interroge le client sur le motif de son appel et, au besoin, elle le remet en contexte « ici et maintenant, comment puis-je vous aider? ». En portant attention aux mots utilisés, au ton de la voix, au niveau de connaissances du client, l'infirmière apprend à mieux connaître son interlocuteur, ce qui lui permettra d'ajuster son niveau de langage.

La recherche d'information est la deuxième catégorie de cette phase. L'infirmière procède alors à l'investigation du problème de façon systématique pour obtenir des informations plus détaillées sur la situation de santé que lui présente l'appelant, et identifier les symptômes spécifiques ou des préoccupations sur lesquelles se concentrer. Elle focalise ensuite sur les éléments préoccupants et vérifie sa compréhension de la situation auprès du client. Au besoin, pour bien illustrer ce qu'elle cherche à comprendre, l'infirmière utilise des comparaisons pour offrir un certain choix au client, qui autrement ne saurait pas expliquer de façon explicite ce qui se passe. La préoccupation de l'infirmière est de discriminer ce qui pourrait être urgent et présenter une menace pour la santé.

La seconde collecte d'informations est la troisième catégorie d'activité de cette première phase. Cette catégorie peut se produire n'importe quand dans l'appel, après la première collecte d'informations. Elle se produit surtout lorsque l'infirmière n'est pas à

l'aise avec les conclusions auxquelles elle est parvenue et qu'elle nécessite de nouvelles informations ou clarifications.

La deuxième phase, moins accessible à l'observation, est liée au processus cognitif du traitement de l'information. Cette phase comprend trois catégories d'activités de soins. La première est de déterminer quel est le besoin du client. L'infirmière doit donc établir des liens entre les données recueillies, les interpréter de façon juste et doit valider l'interprétation qu'elle fait de l'ensemble de la situation, auprès du client. Une fois l'interprétation validée, elle peut procéder à la prise de décision, deuxième activité clinique de cette phase. Cette décision repose d'une part sur l'interprétation des signes et symptômes, mais aussi sur les autres besoins identifiés en cours d'appel, comme par exemple l'anxiété ou un besoin d'enseignement. Finalement, la troisième activité du processus cognitif concerne la planification de l'intervention. Cette planification est faite en collaboration avec le client.

La troisième et dernière phase du modèle décrit les résultats de la démarche, représentant la phase de conclusion. Cette phase comprend quatre catégories d'activités cliniques, soit l'orientation des interventions, les activités de soutien, la collaboration infirmière-client et la clôture de l'appel. L'orientation de l'intervention fait référence à l'action recommandée par l'infirmière, considérant l'ensemble de la situation qui lui est présentée. Il peut s'agir d'une référence à la salle des urgences, une orientation vers une clinique médicale sans urgence, des conseils infirmiers ou tout autres types d'interventions. La deuxième catégorie d'activités regroupe les interventions de soutien. On fait référence à la réassurance, aux encouragements transmis par l'infirmière, à la validation, à l'enseignement au client et à la surveillance de l'évolution de la situation où on explique ce qu'il devra faire, où et qui consulter, comment le faire si la situation devait se détériorer. La catégorie activité de collaboration est présente tout au long de l'appel, mais encore plus spécifiquement dans la phase de conclusion où l'infirmière offre des alternatives aux conseils qu'elle transmet et des options de résolution de

problème. L'infirmière peut aussi offrir un suivi dans les situations où elle perçoit l'insécurité du client pour assurer la suite d'intervention. Vient finalement la clôture de l'appel, activité clinique où l'infirmière vérifie la compréhension du client, son niveau de confort pour assurer le suivi de sa situation, et s'il y a d'autres questions qui n'ont pas été répondues. Cela permet à l'infirmière de clore l'appel en toute sécurité. L'ensemble des composantes du modèle de Greenberg illustre bien la complexité de l'évaluation à distance. Ce modèle est représentatif du dénouement des appels, comme observé dans nos milieux.

Chapitre 3 - Méthodologie

Dans ce chapitre il sera question de la méthodologie utilisée pour cette étude, à savoir une description du devis de recherche, de la population à l'étude, de la méthode d'échantillonnage, des variables étudiées et des méthodes de collecte et d'analyse des données.

Cette étude s'inscrit dans une étude de plus grande envergure qui s'est déroulée dans un des 15 centres d'appels Info-Santé du Québec. Cette vaste étude visait à décrire les schémas de communication entre infirmière et client-appelant sur le plan du contenu et des interactions, en fonction du profil de l'infirmière, de celui de l'appelant et du motif de l'appel, et d'évaluer l'association entre les schémas de communication et le comportement de l'appelant après l'appel.

Deux agents de recherche dûment formés à l'utilisation du *Roter Interaction Analysis System* (RIAS) ont procédé au codage des conversations. C'est à partir de ces données que la présente étude a été réalisée.

Devis de recherche

Il s'agit d'une recherche de type exploratoire descriptive qui cible le premier objectif de l'étude décrite précédemment, soit décrire l'interaction entre l'infirmière et le client, en fonction du profil de l'infirmière.

Population à l'étude et recrutement

Les données de l'étude initiale ont été collectées sur bande audio en 2007 dans un centre d'appels d'Info-Santé (service 24 heures/7 jours semaine) où il y avait enregistrement numérique de tous les appels. Il y avait alors 38 postes d'infirmières dont environ les deux tiers étaient détenus de façon permanente par du personnel régulier. L'autre portion de postes demeurés vacants était assurée par des infirmières occasionnelles de l'établissement ou par des infirmières d'agences privées de placement infirmier. Toutes les infirmières avaient reçu une formation spécifique à ce centre d'une

durée de 10 jours. Les infirmières ont été informées de l'étude par une lettre de la chercheuse principale. Celles qui ont accepté de participer ont été rencontrées par celle-ci qui a expliqué les objectifs et la démarche de recherche ainsi que leur contribution attendue. Il avait été entendu avec l'établissement que toutes les infirmières intéressées à participer à l'étude seraient incluses si leur horaire de travail correspondait à la période de l'étude, c'est-à-dire pas de congé sans solde, vacances, maladie long terme ou autres. Les infirmières participantes ($N = 15$) ont été recrutées sur une base volontaire et ont signé un formulaire de consentement (voir annexe 2).

Par la suite, nous avons recueilli 300 appels correspondants aux critères d'inclusion, à partir de l'ensemble des appels reçus par les infirmières participantes au cours de la période d'étude (au cours de l'été 2007), ce qui correspondait à 20 appels par infirmière. Les critères d'inclusion étaient que l'appelant ait plus de 18 ans et que le motif de l'appel soit un problème de santé chez un enfant de 0-5 ans qui ne nécessitait pas une intervention urgente. Nous avons choisi ces deux critères parce que d'une part, ces appels sont fréquents. Il s'agit en effet de la clientèle la plus fréquente à Info-Santé (une estimation sur le terrain au cours des derniers mois de l'année 2005 montrait 700 appels de ce type par mois sur les 8 000 au total). Ces données corroborent ce qui se produit dans d'autres centres d'appels. D'autre part, le fait de devoir parler à une tierce personne pour évaluer la situation de santé de la personne malade, rend plus complexe le travail de l'infirmière (Holmström, 2007) ajoutant un intérêt particulier à l'analyse des interactions entre l'infirmière et l'appelant. Les critères d'exclusion étaient les appels provenant d'infirmières du secteur privé; les personnes appelant plus d'une fois au cours du même épisode, de leur propre initiative ou à la demande de l'infirmière. Pour assurer une représentativité adéquate, un échantillon aléatoire a été constitué à partir de tous les appels reçus pendant la période déterminée, stratifié par période horaire (8h à 20h; 20h à 8h).

Pendant la période de collecte des données, deux commis ont eu accès à la base de données d'Info-Santé pour repérer, parmi les appels traités par les infirmières participantes, ceux qui répondaient aux critères d'inclusion. Ces commis ont appelé chaque client dont l'appel avait été repéré dans le but de recruter des participants pour l'étude primaire. Elles ont lu le consentement (annexe 3) par téléphone, expliquant à l'interlocuteur le but de l'étude, l'informant qu'aucune donnée ne permettrait de l'identifier et qu'il pouvait en tout temps décider de se retirer de l'étude, sans préjudice. Les deux commis ont ainsi recruté et constitué l'échantillon de 300 appels pour l'étude complète. Pour cet axe de l'étude portant sur les différences entre infirmières de différents niveaux d'expertise, il n'y a pas eu de recrutement supplémentaire. Quinze appels sur vingt ont été sélectionnés au hasard pour chaque infirmière participante, constituant un échantillon de 225 appels. Ce nombre a été jugé suffisant, considérant que dans des études du même type, c'est-à-dire des études portant sur la description des échanges lors de consultation, ce nombre d'entrevues par infirmière semblait suffisant (Leprohon & Patel, 1995).

Variables et instruments de collecte des données

Profil de l'infirmière.

Pour l'étude de grande envergure, dont celle-ci représente un des axes, un questionnaire sociodémographique avait été construit afin de documenter l'âge, le sexe, l'expérience clinique en soins infirmiers, l'expérience à Info-Santé, la formation initiale et la formation continue des infirmières participantes (annexe 4). Pour le présent segment portant sur le contenu des interactions, en fonction du profil de l'infirmière, nous avons contextualisé au service Info-Santé, la nomenclature de Benner (1984), grille permettant de décrire les niveaux de compétence de l'infirmière de novice à expert, au service Info-Santé. Cette description nous a permis de regrouper les infirmières selon leur nombre d'années d'expérience au service Info-Santé (voir tableau II). Considérant le nombre restreint d'infirmières participantes, la grille comporte trois niveaux

d'expertise (novice, compétent, expert) plutôt que les cinq prévus par Benner (1984), ceci afin de faciliter l'interprétation des résultats. À partir de la contextualisation du modèle de Benner au service Info-Santé, les infirmières du niveau novice incluent celles du niveau débutant, c'est-à-dire celles qui ont moins de deux années de pratique au service Info-Santé. Le second groupe, les infirmières du niveau compétent, inclus celles du niveau performant, c'est-à-dire celles qui ont plus de deux années et moins de cinq années de pratique au service Info-Santé. Le dernier groupe d'infirmières, celles du niveau expert, sont celles qui ont plus de cinq années de pratique au service Info-Santé. Elles avaient toutes plus de huit années de pratique au service Info-Santé au moment de l'étude. Le niveau de compétence de l'infirmière, basé sur son expérience au service Info-Santé, constitue la variable indépendante de cette étude.

Interaction infirmière-client.

La communication entre l'infirmière et l'appelant constitue la variable dépendante de cette étude. À chaque appel recruté correspond un enregistrement numérique de la conversation. Cet enregistrement a un code alphanumérique qui l'identifie. C'est ce code qui, transcrit sur la fiche d'appel, identifie le document. À partir de l'ordinateur qui enregistre les conversations, les enregistrements correspondant aux appels retenus ont été transformés en fichiers compressés, *Motion Picture Experts Group* (MPEG) ou *audio layer 3* (MP3) pour ensuite être gravés sur support optique *Digital Versatile Disc* (DVD). Les deux agents formés au préalable ont eu accès à ces enregistrements sur DVD pour procéder au codage dans l'outil d'analyse du discours retenu.

Analyse des données

Pour cette étude, le questionnaire sociodémographique a été utilisé pour permettre d'associer chaque infirmière aux enregistrements des conversations à l'étude,

et de les regrouper selon le niveau de compétence auquel elles correspondaient d'après l'adaptation qui a été faite du modèle de Benner (1984).

Les données constituées par les fiches du profil sociodémographique des infirmières ainsi que les enregistrements sur bandes audio des interactions infirmière-client qui ont été codés, à l'aide du système d'analyse de l'interaction de Roter (RIAS) traduit en français par les docteurs Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004), membres de l'équipe de recherche au centre où a eu lieu la recherche primaire, et adapté au service Info-Santé en y ajoutant des contenus spécifiques à ce service, développés par l'étudiante chercheuse, intégrés au système d'analyse par monsieur Denis Roberge de la firme d'analyse Entre Les Lignes (ELL).

Basé sur la théorie des actes de langage, le RIAS permet de codifier toutes les séquences d'interaction d'une entrevue, même le plus petit segment de parole auquel on peut attribuer une catégorie, sans transcrire le verbatim. Le système comprend 40 catégories (annexe 5) mutuellement exclusives (ex. : poser une question, donner une information, etc.), groupées en deux métacatégories, l'une concernant les énoncés de type socioémotionnel, l'autre de type instrumental (ou centrée sur la tâche). Il a été conçu dans le respect d'une séquence normale de consultation médicale. Le RIAS peut toutefois être utilisé pour d'autres catégories de professionnels, telles les infirmières, et présente l'avantage qu'on peut facilement associer ses catégories d'énoncés aux étapes du modèle théorique de démarche de soins au téléphone de Greenberg (2009) décrit dans le chapitre précédent. Chaque catégorie s'applique à l'un ou à l'autre des interlocuteurs. Puisque le codeur écoute l'entrevue, il peut mettre un code au ton des échanges. Comparé à d'autres systèmes de codification plus complexes, le RIAS démontre une validité prédictive satisfaisante en regard d'indicateurs comme la satisfaction, l'observance et le rappel d'information. Selon Roter et Larson (2002), le RIAS possède une fiabilité inter-juge satisfaisante (coefficient de corrélation de Pearson, 0.78). Le système permet aussi de préciser le contenu spécifique de l'échange pour

chaque séquence codifiée selon une catégorie d'acte de langage (signes, symptômes, traitement, etc.). Le logiciel utilisé permet de codifier directement les données en écoutant les enregistrements et de transférer directement les données codifiées dans un logiciel comme *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Les segments d'entrevue décrits dans le RIAS ne sont pas tous appropriés au contexte d'entretien téléphonique. Le premier est lié à l'histoire de cas, le deuxième à l'examen physique, alors que le troisième est appelé segment du counseling et correspond à la fin de l'entrevue. Seuls le premier et le troisième sont applicables à la consultation par téléphone. Un extrait du document traduit a été déposé à l'annexe 5

L'analyse des appels retenus et l'interprétation des résultats faits par l'étudiante chercheuse, permettent de décrire ce qui caractérise les interactions des infirmières, selon le niveau de compétence auquel elles ont été associées pour cette étude.

Critères et procédures de qualité.

La crédibilité de cette étude repose sur le processus rigoureux de collecte des données et sur le volume important d'appels analysés. La fiabilité des outils est aussi un gage d'assurance quant à la validité des résultats. Pour la recherche en cours, l'évaluation des taux d'accord inter-codeurs repose sur 14 appels, soit 7% du corpus. Le comportement des codeurs sur le découpage des appels se situe à 357 actes RIAS versus 365 en moyenne par appel, soit 97,8% de convergence.

L'évaluation de la stabilité des codeurs repose sur 16 appels, tous types d'actes de langages confondus, soit 8% du corpus. Le comportement du premier codeur sur le découpage des appels se situe à 341 actes RIAS versus 354 en moyenne par appel, soit 96,2% de convergence. Le comportement du deuxième codeur sur le découpage des appels se situe à 343,5 actes RIAS, versus 343,9 en moyenne par appel, soit 99,9% de convergence.

En ce qui a trait aux comparaisons des moyennes pour déterminer si les différences obtenues étaient significatives, le test de Turkey a été appliqué aux variances homogènes, et celui de Dunnett T3 a été appliqué aux variances non homogènes.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche pour l'étude de grande envergure incluant celle-ci a reçu l'approbation éthique du Comité scientifique et d'éthique de la recherche de l'établissement où l'étude a eu lieu. Considérant que l'un des chercheurs était la gestionnaire du service Info-Santé où se déroulait l'étude, les infirmières ont été informées des objectifs de l'étude par la chercheuse principale et ont signé un formulaire de consentement qu'elles ont acheminé dans une enveloppe pré-adressée à la chercheuse principale. Le recrutement n'a donc pas transité par la gestionnaire. Pour leur part, les appelants ont donné leur consentement à participer lors d'une relance faite par les deux personnes qui ont repéré les appels dans la base de données. Lors d'une relance, dans les heures suivant leur appel au service Info-Santé, ces deux commis leur ont fait la lecture du formulaire de consentement. La lecture du formulaire de consentement est une approche utilisée par le bureau d'évaluation du MSSS pour des études de nature similaire. Pour la présente étude qui utilise une partie des données de la vaste étude, il n'y a pas eu de mesure particulière à appliquer, sinon de préserver la confidentialité des données par l'utilisation de codes d'identification des appels et des infirmières.

Au moment de la diffusion des résultats, il faudra émettre une mise en garde mentionnant bien que cette recherche ne vise nullement à exclure certains profils d'infirmières du service Info-Santé et être très explicite quant à la définition des termes de novice à experte dans le contexte de pratique.

Chapitre 4 - Résultats

Le chapitre comprend trois sections. La première présente les données sociodémographiques des infirmières participant à l'étude. La deuxième décrit la composition de l'échantillon d'appels. La troisième section présente les résultats portant sur la communication : d'abord la nature des énoncés selon les deux grandes métacatégories du RIAS, ensuite des indicateurs de dominance de parole et de contrôle de la communication.

Participant·es à l'étude

Quinze infirmières ont participé à cette étude, sur une possibilité de 25. Toutes les infirmières participant·es étaient des infirmières d'expérience (entre 8 et 33 années). Elles avaient acquis cette expérience dans plusieurs domaines différents d'activités en soins infirmiers avant d'occuper leur poste à Info-Santé.

Pour cette étude, les données sont regroupées en trois catégories, à savoir quatre infirmières de niveau novice qui avaient moins de deux ans d'expérience au service Info-Santé, quatre infirmières de niveau compétente qui possédaient entre deux et cinq ans d'expérience au service Info-Santé, et sept infirmières de niveau expert dont les années d'expérience au service Info-Santé étaient de plus de cinq ans. Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de ces infirmières sont présentées dans le tableau IV.

Le groupe des infirmières de niveau novice était composé d'une infirmière âgée de plus de 40 et moins de 45 ans et de trois infirmières dont l'âge était de 45 ans et plus. L'expérience en soins infirmiers de deux d'entre elles était de plus de 17 années jusqu'à 23 années, et l'expérience des deux autres était de 24 années jusqu'à 29 années. Deux d'entre elles possédaient de 17 à 23 années d'expérience en soins infirmiers et les deux autres entre de 24 à 29 années. L'une avait un diplôme d'études collégiales et trois avaient un diplôme universitaire de premier cycle. L'une occupait un poste à temps complet et les trois autres occupaient un poste à temps partiel.

Le groupe des infirmières de niveau compétente était composé d'une infirmière dont l'âge se situait entre 35 ans et moins de 40 ans, une infirmière dont l'âge se situait entre 40 ans et moins de 45 ans et deux infirmières dont l'âge était de 45 ans et plus. Deux d'entre elles possédaient moins de 16 années d'expérience en soins infirmiers, l'expérience d'une autre était de plus de 17 années jusqu'à 23 années et les deux autres possédaient plus de 30 années d'expérience. Trois d'entre elles possédaient un diplôme d'études collégiales et une possédait un diplôme d'études universitaire de premier cycle. Deux occupaient un poste à temps partiel et deux occupaient un poste à temps complet.

Finalement, le groupe des infirmières de niveau expert comprend deux infirmières dont l'âge se situait entre 35 ans et moins de 40 ans, une infirmière dont l'âge se situait entre 40 et moins de 45 ans et quatre infirmières dont l'âge était de 45 ans et plus. Deux d'entre elles possédaient moins de 16 années d'expérience en soins infirmiers, l'expérience d'une autre était de plus de 17 années jusqu'à 23 années, et les trois autres possédaient plus de 30 années d'expérience. Trois d'entre elles possédaient un diplôme d'études collégiales et quatre possédaient un diplôme d'études universitaires de premier cycle. Trois d'entre elles occupaient un poste à temps complet et quatre occupaient un poste à temps partiel

Tableau IV

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des infirmières participantes

	Ensemble des participantes <i>N = 15</i>		Novice^a <i>N = 4</i>		Compétent^b <i>N = 4</i>		Expert^c <i>N = 7</i>	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Âge								
35-39 ans	3	20	0	0	1	25	2	28
40-44 ans	3	20	1	25	1	25	1	15
45 ans et plus	9	60	3	75	2	50	4	57
Scolarité								
DEC/Bac en cours	7	47	1	25	3	75	3	43
Bac Terminé	8	53	3	75	1	25	4	57

Tableau IV (suite)

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des infirmières participantes

	Ensemble des participantes <i>N = 15</i>		Novice^a <i>N = 4</i>		Compétent^b <i>N = 4</i>		Expert^c <i>N = 7</i>	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Expérience en soins infirmiers								
16 ans ou moins	4	26,7	0	0	2	50	2	28,5
17-23 ans	4	26,7	2	50	1	25	1	14
24-29 ans	3	20	2	50	0	0	1	14
30 ans ou plus	4	26,7	0	0	1	25	3	43,5
Statut d'emploi								
Temps complet	6	40	1	25	2	50	3	43
Temps partiel	9	60	3	75	2	50	4	57

^aNovice = jusqu'à deux ans d'expérience, ^bCompétent = plus que deux ans jusqu'à cinq ans d'expérience, ^cExpert = plus de cinq ans d'expérience

Appels

Au cours de l'été 2007, 20 appels par infirmière ont été identifiés. Ces appels répondaient aux critères d'inclusion suivants : l'appelant devait être âgé de plus de 18 ans et le motif de l'appel devait être un problème de santé chez un enfant de 0-5 ans qui ne nécessitait pas une intervention urgente. L'appelant devait donner son consentement pour participer à l'étude. Des 300 appels identifiés, 15 des 20 appels par infirmière ont été choisis au hasard, totalisant 225 appels. De ces 225 appels, 10 appels ont été rejetés à cause de la mauvaise qualité d'enregistrement, 15 autres appels ont aussi été rejetés parce qu'au cours de l'entretien téléphonique le parent consultait aussi pour lui-même, et 10 autres ont été rejetés parce que leur durée dépassait de beaucoup la tendance centrale de la distribution normale, à savoir 9 minutes, 43 secondes de conversation. L'échantillon final était donc de 190 appels (voir tableau V), soit 52 appels dans la catégorie novice, 50 appels dans la catégorie compétente et 88 appels dans la catégorie experte, tel que présenté au tableau VI.

Tableau V

Appels retenus pour l'étude

Échantillon initial : 225 appels

- 10 appels rejetés en raison de la mauvaise qualité de l'enregistrement
- 15 appels rejetés en raison de la double consultation enfant et parent
- 10 appels rejetés en raison de la durée trop longue par rapport à la tendance centrale

Échantillon final : 190 appels

Tableau VI

Distribution de l'échantillon par catégorie d'infirmières

Catégorie d'infirmières	Nombre d'appels retenus
Novices ($N = 4$)	52 appels
Compétentes ($N = 4$)	50 appels
Expertes ($N = 7$)	88 appels
Total : 15 participantes	Total : 190 appels

La communication

Les résultats qui suivent sont issus de l'utilisation du RIAS, outil d'analyse de la communication décrit dans le chapitre précédent. Ils portent sur les caractéristiques des énoncés formulés par les infirmières et les clients. Ces résultats décrivent d'abord les données générales des appels, soit le nombre moyen d'énoncés et la durée moyenne des conversations selon le niveau d'expérience des infirmières, la nature des énoncés formulés par les infirmières, qui sont groupés en deux métacatégories, soit les énoncés de type socioémotionnel et les énoncés de type instrumental ou centrés sur la tâche. Viennent ensuite les indicateurs de dominance et de contrôle de la communication entre l'infirmière et l'appelant.

Les données générales concernant les appels se trouvent au tableau VII. Nous avons constaté une durée moyenne supérieure de l'entretien lorsque les infirmières expertes intervenaient. Les résultats obtenus pour la durée moyenne des conversations chez les expertes est de 10 minutes 53 secondes, avec un écart type de 4 minutes 10 secondes, alors qu'elle est en moyenne de 9 minutes 40 secondes avec un écart type de 4 minutes 33 secondes chez les compétentes, de 8 minutes 54 secondes avec un écart type de 4 minutes 4 secondes chez les novices (variance $F = 3,78$, $p < 0,05$). Le nombre total moyen d'énoncés émis par les deux interlocuteurs est plus élevé au cours des appels des infirmières du niveau expert avec une fréquence moyenne de 398,35, par rapport à

324,56 énoncés pour les infirmières du niveau compétent et 318,29 énoncés pour celles du niveau novice (variance $F = 5,83$, $p < 0,01$).

Tableau VII

Caractéristiques générales des appels en fonction du niveau d'expérience des infirmières

Caractéristiques	Niveau d'expérience à Info-Santé						F
	Novice N = 52 appels		Compétente N = 50 appels		Experte N = 88 appels		
	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)	
Durée moyenne d'appel (min:sec)	8:54	(1:08)	9:40	(1:18)	10:53	(0:53)	3,78 ^a
Nombre d'énoncés totaux (infirmière-client)	318,29	(86)	324,56	(88)	398,35	(66)	5,83 ^b

^a $p < 0,05$, ^b $p < 0,01$

Description de la distribution des énoncés selon les deux grandes métacatégories.

Les fréquences moyennes d'utilisation des différents actes de langage au cours de la conversation ont été analysées. Ces actes de langage sont groupés en deux métacatégories, les actes de langage de type socioémotionnel et les actes de langage centrés sur la tâche. C'est dans la catégorie des actes de langage de type socioémotionnel que l'on retrouve, par exemple, les énoncés d'empathie, d'approbation, de support, de signes de préoccupation, de remarques personnelles, et autres, qui sont essentiels à la construction d'une relation thérapeutique. Quant aux actes de langage qui sont centrés sur la tâche, on retrouve les énoncés utilisés spécifiquement aux fins d'évaluation de la situation de santé permettant d'identifier le problème sur lequel l'infirmière doit intervenir, et ceux utilisés dans le cadre de l'intervention spécifique auprès du client. Ces résultats sont présentés au tableau VIII. On remarque que les infirmières du niveau novice utilisent les énoncés de type socioémotionnel et ceux

centrés sur la tâche, dans des proportions presque équivalentes, soit 50,21% pour le socioémotionnel et 49,79% pour les énoncés centrés sur la tâche. Chez les infirmières du niveau compétente, la proportion d'énoncés de type socioémotionnel est de 44,03% par rapport à 55,97% d'énoncés centrés sur la tâche, alors qu'on obtient 45,68% d'énoncés de type socioémotionnel par rapport à 54,32% d'énoncés centrés sur la tâche pour les infirmières du niveau expert. On observe un plus grand nombre d'énoncés de type socioémotionnel chez les infirmières de niveau novice que chez celles du niveau compétente et expert qui formulent davantage d'énoncés centrés sur la tâche.

Tableau VIII

Nature des énoncés formulés en cours d'appel selon le niveau d'expérience des infirmières

Type d'énoncés	Niveau d'expérience à Info-Santé						F
	Novice N = 52 appels		Compétente N = 50 appels		Experte N = 88 appels		
	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)	
Socioémotionnel	30,58	(2,66)	28,66	(2,02)	25,23	(2,19)	25,18 ^a
Centrés sur la tâche	68,72	(2,67)	70,68	(2,05)	74,11	(2,17)	25,27 ^a

^a $p < 0,001$

Description de la distribution des énoncés de la métacatégorie socioémotionnel.

De façon plus détaillée, les résultats suivants décrivent la fréquence d'utilisation des énoncés, ou actes de langage selon la métacatégorie des énoncés de type socioémotionnel. Dans le tableau IX, les résultats sont présentés pour chacun des niveaux de compétence infirmière, novice, compétente et experte. On remarque le peu d'énoncés d'empathie, de partenariat, de préoccupation et de réassurance pour chaque niveau de compétence d'infirmières. On observe aussi que les remarques personnelles et

les rires se produisent plus souvent dans les échanges entre les infirmières de niveau novice et leur client que pour les deux autres niveaux. Les résultats semblent indiquer que cette métacatégorie d'énoncés est utilisée un peu plus fréquemment par les novices. Ce sont les énoncés où elles expriment leur accord (21,32%), et les remarques personnelles (1,55%) qui sont les plus significatifs, suivis des énoncés où elles manifestent leur approbation (1,25%), les rires (1,06%) et les énoncés pour réassurer ou démontrer de l'optimisme (1,58%) qui sont formulés le plus souvent, sans toutefois se démarquer de façon significative pour ces trois dernières catégories d'énoncés et qui expliquent cette différence par rapport aux deux autres niveaux de compétence pour les mêmes catégories d'énoncés, accord (15,03% et 15,81%), remarques personnelles (1,39% et 0,99%), approbation (0,78% et 0,81%), rires (0,99% et 0,68%), réassurance et optimisme (1,10% et 0,96%).

Le tableau X présente les résultats détaillés par niveau de compétence des infirmières en ce qui a trait aux énoncés en lien avec la tâche. Nous avons regroupé les 25 types d'énoncés selon deux fonctions importantes de l'entrevue téléphonique infirmière. Il s'agit des énoncés visant l'évaluation du problème et les énoncés visant la transmission d'informations et les recommandations. Du point de vue des énoncés reliés à l'évaluation, on note que les infirmières des niveaux compétente et experte forment plus d'énoncés qui servent à orienter le client dans les étapes de la démarche (3,50% et 3,32%) par rapport aux infirmières du niveau novice (2,6%). Les infirmières du niveau expert se démarquent par le plus grand nombre d'énoncés utilisés pour vérifier si elles ont bien compris ce que l'appelant a transmis (11,26%) que les deux autres niveaux de compétence avec des résultats de (8,79%) pour le niveau novice et (8,81%) pour le niveau compétente. Les infirmières du niveau expert posent aussi plus de questions médicales fermées lors de l'évaluation (12,10%) par rapport aux deux autres niveaux (9,01% et 9,84%). Du point de vue des énoncés de transmission d'informations et recommandations, on remarque qu'au cours de l'entrevue les infirmières du niveau compétente et experte donnent plus de conseils d'ordre médical ou thérapeutique (18,39% et 16,64%) que les infirmières du niveau novice (13,11%), le niveau

compétente obtenant le résultat le plus élevé pour ces énoncées. Quant aux questions portant sur la compréhension du client des informations transmises par l'infirmière, les infirmières du niveau compétente se démarquent avec le résultat suivant (2,03%) par rapport à (0,96% et 1,79%).

Tableau IX

Distribution des types d'énoncés des infirmières dans les échanges centrés sur la tâche en fonction de leur expérience comme répondantes à Info-Santé

Énoncés de type	Niveau d'expérience à Info-Santé						F ou Welch/ Brown Forsythe Test
	Novice N = 52 appels		Compétente N = 50 appels		Experte N = 88 appels		
	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)	
Socioémotionnel	50,21	(8,65)	44,03	(8,18)	45,68	(8,72)	25,33 ^a
Préoccupation	0,52	(0,99)	0,48	(0,86)	0,33	(0,52)	1,23
Empathie	0,17	(0,37)	0,22	(0,43)	0,18	(0,42)	0,22
Partenariat	0,03	(0,12)	0,05	(0,19)	0	(0,04)	2,58
Légitimise	0,19	(0,54)	0,30	(0,85)	0,10	(0,41)	1,52
Réassurance/optimisme	1,58	(1,83)	1,10	(1,11)	0,96	(1,28)	2,99
Question réassurance	0	0	0,01	(0,07)	0	(0)	-
Compréhension	0,02	(0,08)	0,01	(0,04)	0,03	(-)	0,13
BC	1,61	(2,52)	2,98	(2,80)	0,92	(1,19)	13,16 ^a
Accord	21,32	(5,95)	15,03	(4,47)	15,81	(5,51)	22,69 ^a
Approuve	1,25	(1,55)	0,78	(0,98)	0,81	(0,67)	2,9
Personnel	1,55	(1,33)	1,39	(0,93)	0,99	(0,63)	6,57 ^a
Rire	1,06	(1,34)	0,99	(1,19)	0,68	(0,8)	2,55
Complimente	0,02	(0,14)	0,01	(0,07)	0,03	(0,24)	0,13
Dévoilement de soi	0,04	(0,21)	0,06	(0,23)	0,06	(0,26)	0,11
Critique	0,126	(0,75)	0,02	(0,10)	0,02	(0,13)	1,77
Désapprouve	0,02	(0,15)	0,11	(0,27)	0,09	(0,27)	2,23

^a $p > 0,001$

Tableau X

Distribution des types d'énoncés des infirmières dans les échanges centrés sur la tâche en fonction de leur expérience comme répondantes à Info-Santé

Énoncés de type	Niveau d'expérience à Info-Santé						F ou Welch/ Brown Forsythe Test
	Novice N = 52 appels		Compétente N = 50 appels		Experte N = 88 appels		
	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)	
Centrés sur la tâche	49,79	(8,65)	55,97	(8,18)	54,32	(8,72)	
Évaluation							
ORIENTE	2,61	(1,77)	3,50	(2,02)	3,32	(2,05)	3,05 ^a
(?)MED	9,01	(4,67)	9,84	(5,50)	12,10	(6,38)	5,95 ^b
(?)THERA	0,96	(1,22)	1,01	(1,26)	1,14	(1,16)	0,38
(?)S/V	0,24	(0,57)	0,53	(0,99)	0,38	(0,68)	1,72
(?)P/S-S	0,47	(0,66)	0,57	(0,82)	0,57	(0,67)	0,24
(?)AUTRE	3,20	(2,30)	2,91	(1,29)	2,53	(1,41)	2,48
? MED	0,51	(0,72)	0,48	(0,82)	0,57	(0,67)	0,23
? THERA	0,08	(0,40)	0,01	(0,07)	0,04	(0,14)	1,85
? S/V	0,01	(0,10)	0,05	(0,17)	0,03	(0,12)	0,90
? P/S-S	0,17	(0,38)	0,12	(0,35)	0,18	(0,33)	0,48
? AUTRE	0	(0)	0,05	(0,27)	0	(0)	0
VERIFIE	9,79	(2,32)	8,81	(2,49)	11,16	(2,09)	6,25 ^b
?BID	0,11	(0,40)	0,09	(0,35)	0,14	(0,35)	0,36
Transmission / Recommandation							
DON-MED	17,01	(9,26)	17,24	(9,27)	15,66	(9,37)	0,59
DON-THERA	2,09	(2,70)	1,83	(2,30)	1,64	(2,52)	0,53
DON-S/V	0,04	(0,19)	0,03	(0,13)	0,04	(0,19)	0,14
DON P/S-S	0,13	(0,43)	0,13	(0,41)	0,2	(0,50)	0,53
DON AUTRE	1,65	(2,5)	1,9	(3,58)	1,65	(2,10)	0,20
C-MED/THERA	13,11	(8,50)	18,39	(9,3)	16,64	(8,11)	5,16 ^b
C-S/V	0,11	(0,61)	0,16	(0,4)	0,30	(1,18)	1,25
C-P/S-S	0,44	(1,24)	0,25	(0,7)	0,35	(1,53)	0,29
TRANS	8,27	(3,49)	6,25	(3,70)	8,06	(3,62)	5,12 ^b
?OPINION	0	(0)	0,08	(0,39)	0,01	(0,08)	-
NON-INTELL	0,08	(0,20)	0,10	0,10	0,15	(0,30)	0,80
SILENCE	0,44	(0,99)	0,35	(0,71)	0,23	(0,49)	1,57
?CMP	0,96	(1,09)	1,79	(1,46)	2,03	(1,62)	12,06 ^c

^b $p < 0,01$, ^c $p > 0,001$

Indicateurs de dominance et de contrôle de la communication

Les résultats qui suivent portent sur deux indicateurs de la qualité de l'interaction, soit l'indice de dominance de parole et l'indice de contrôle de la communication. L'indice de dominance dans ce contexte est le rapport du nombre d'énoncés de l'infirmière sur le nombre des énoncés du client; dans les appels des infirmières novices, les infirmières ont été responsables de 175 énoncés contre 143 pour le client. L'indice de dominance calculé est de $175/143 = 1,23$. Si on l'exprime en proportion des énoncés, l'infirmière produirait 55% des énoncés de l'appel contre 45% pour le client, ce qui donne un indice de $55\%/45\% = 1,23$. Quant à l'indice de contrôle de l'interaction, il indique qui, des deux interlocuteurs, pose le plus grand nombre de questions. On place au numérateur la portion questions et orientation formulée par le client et les réponses de l'infirmière et au dénominateur la portion questions et orientation formulée par l'infirmière et les réponses du client. Lorsque le résultat obtenu est supérieur à 1, c'est le client qui contrôle l'interaction et lorsque le résultat est inférieur à 1, c'est l'infirmière qui contrôle l'interaction. Dans le cas des appels avec les infirmières novices, on estime que le client contrôle en moyenne 46,6% des échanges contre 53,4% pour l'infirmière, ce qui donne un indice de contrôle de communication de $46,6\%/53,4\% = 0,87$. Ce serait donc, pour cet exemple, l'infirmière qui exerce le contrôle de la communication.

Le tableau XI présente les résultats des indices de dominance de parole et d'indice de contrôle de l'interaction pour chaque groupe d'infirmières. On observe dans les résultats qu'au cours des interactions impliquant les infirmières du niveau novice, l'indice de dominance de parole indique que c'est l'infirmière qui parle le plus au cours des appels (1,23), et qu'elles exercent le contrôle de l'interaction (0,87). Pour le niveau compétente, les infirmières obtiennent un indice de dominance de la parole de 1,42 indiquant qu'elles parlent plus que l'appelant. Toutefois, l'indice de contrôle de l'interaction indique que ce contrôle est partagé entre l'infirmière et l'appelant, avec une légère tendance vers le côté du client avec un résultat de 1,03. Finalement, pour le

niveau expert, l'infirmière formule le plus grand nombre d'énoncés, ce qui résulte en un indice de dominance de 1,66. De plus, les résultats indiquent que l'infirmière exerce le contrôle de la communication avec un indice de contrôle de 0,92.

Tableau XI

Indicateurs de la qualité de l'interaction en termes d'indice de dominance de parole et contrôle de l'interaction, en fonction de l'expérience des infirmières comme répondantes à Info-Santé

	Niveau d'expérience à Info-Santé						F
	Novice N = 52 appels		Compétente N = 50 appels		Experte N = 88 appels		
	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)	
Dominance de parole	1,23	(0,38)	1,42	(0,31)	1,66	(0,44)	16,26 ^a
Contrôle de l'interaction	0,87	(0,70)	1,03	(0,70)	0,92	(0,65)	0,71

^a

Chapitre 5 - Discussion

Le but de cette étude était de décrire les interventions des infirmières, selon leur niveau d'expertise, lors de consultations téléphoniques dans un service d'Info-Santé. Elle a été réalisée à partir des données recueillies pour une étude de plus grande envergure qui visait notamment à décrire les schémas de communication entre l'infirmière et l'appelant sur le plan du contenu et des interactions; à décrire les schémas de communication en fonction du profil de l'infirmière, de celui de l'appelant et du motif de l'appel; et à évaluer l'association entre les schémas de communication et le comportement de l'appelant après l'appel (Goudreau, Bertrand, Fortin, Soubhi, & Lussier, 2005). Pour cette étude de plus grande envergure, 15 infirmières avaient été recrutées et 225 de leurs appels avaient été identifiés. Ces appels avaient été effectués par un adulte qui consultait pour un enfant âgé de moins de cinq ans et les appelants avaient été interrogés par téléphone pour connaître l'impact de leur conversation avec l'infirmière. Pour la présente étude, les appels ont été analysés à l'aide de l'instrument RIAS, en fonction du profil des infirmières, plus spécifiquement de leur niveau d'expertise. Ce chapitre de discussion est divisé en trois sections. Les résultats obtenus avec le RIAS font l'objet d'un premier niveau de discussion. Puis, un rapprochement conceptuel entre les catégories du RIAS et le cadre théorique de Greenberg a permis un deuxième niveau de commentaires. Enfin, des recommandations pour la pratique, la formation et la recherche sont formulées.

Les résultats obtenus avec le RIAS

Nombre et type d'énoncés.

Le nombre d'énoncés émis par les infirmières, est plus grand pour les expertes par rapport aux deux autres niveaux d'expertise : 398,35 pour les expertes, 318,29 pour les novices, variance ($F = 5,834, p < 0,01$). Chez les infirmières du niveau expert, ce sont les énoncés de type instrumental ou centrés sur la tâche qui sont le plus utilisés. Elles obtiennent ainsi beaucoup plus d'informations sur la situation de santé de l'appelant, leur permettant d'identifier un plus grand nombre de besoins. Ceci explique

en partie pourquoi la durée moyenne des interventions est légèrement plus longue chez les infirmières expertes. La durée moyenne des conversations est plus longue pour les appels reçus par les infirmières expertes, en moyenne 10 minutes et 53 secondes, alors qu'elle se situe en moyenne à 9 minutes et 40 secondes, pour les infirmières du niveau compétente et qu'elle est en moyenne de 8 minutes et 54 secondes pour les infirmières novices.

Nous pourrions, à première vue, interpréter ces différences entre les novices et les expertes comme étant la manifestation concrète de ce que Hoare et al. (1999) et Moscato et al. (2003; 2007) ont conclu dans leurs travaux, c'est-à-dire que les habiletés relationnelles infirmière-patient se développent avec l'expertise, et que ces habiletés se traduisent nécessairement par des échanges un peu plus longs. Cependant, nous observons dans les résultats obtenus que, contrairement à ce que suggèrent ces études, les infirmières expertes utilisent davantage les énoncés centrés sur la tâche, au détriment des énoncés de type socioémotionnel qui favorisent davantage l'établissement d'un lien de confiance entre l'infirmière et l'appelant, favorisant un réel partenariat, facteurs d'adhésion aux recommandations émises par l'infirmière. Y aurait-il un lien à faire avec les résultats de l'étude de Hoare et al. (1999) selon lesquels la relation entre la durée d'appel et la quantité d'informations documentées démontrent que les infirmières au téléphone essaient d'obtenir le plus de renseignements possible, étant donné la durée limitée d'un appel.

Ces résultats suggèrent que les organisations devraient vérifier si elles compromettent la qualité des soins infirmiers téléphoniques en limitant la durée des appels lorsqu'elles s'appuient sur une donnée temporelle arbitraire. On précise qu'il y a évidence que la durée des appels est liée entre autres à la complexité des cas. Ce dernier constat invite lui aussi à la prudence quant aux indicateurs d'accessibilité au service Info-Santé s'appuyant sur la donnée de la durée moyenne des appels traités.

Dominance de parole.

Les résultats concernant la dominance de parole suggèrent que les infirmières expertes utilisent plus de mots pour bien illustrer ce qu'elles veulent expliquer pour compenser l'absence de visuel (Pettinari & Jessopp, 2001), qu'elles posent plus de questions pour bien cerner le problème de santé du client et qu'elles vérifient beaucoup plus si le client a bien compris ce qui leur est transmis. On obtient un résultat de 1,66 chez les expertes, alors que chez les novices on obtient 1,23, variance ($F = 16.26$, $p < 0,001$). Ces résultats suggèrent que les expertes interviennent plus, et puisqu'elles semblent davantage centrées sur la tâche, elles posent plus de questions. On observe aussi qu'elles utilisent plus d'énoncés pour expliquer par la suite.

Toutefois, si on compare ces résultats aux études, il semble y avoir un manque dans leurs échanges au plan des interventions pour établir une bonne relation thérapeutique. Est-ce que cela est lié aux contraintes de durée imposée par les questionnaires? Est-ce que cette contrainte a un impact sur la compréhension des appelants et sur leurs comportements après l'appel tel que semble suggérer Hoare et al. (1999)?

Contrôle de la communication.

En ce qui a trait au contrôle de la communication, il n'y a pas de différence significative entre les trois niveaux de compétence. Les résultats obtenus montrent qu'il y a un équilibre dans les échanges entre l'infirmière et l'appelant, laissant entrevoir que la perspective du client est probablement prise en considération lors de la conversation téléphonique tel que le décrivent Pettinari et Jessopp (2001). Le fait de laisser de la place au client au cours de l'appel, favoriserait l'établissement d'une relation plus efficace entre l'infirmière et le client. Cependant, l'autre partie de l'étude où nous aurons accès au point de vue de l'appelant nous permettra de mieux interpréter ce résultat.

Rapprochement entre le RIAS et le modèle de Greenberg (2009)

Pertinence de ce rapprochement.

Pour les fins de la discussion nous avons fait un rapprochement entre plusieurs actes de langage du RIAS avec certaines étapes de la démarche proposée dans le modèle de Greenberg (2009). Considérant que les infirmières s'expriment plus aisément en termes de démarche de soins qu'en termes d'actes de langage, il nous semblait pertinent d'utiliser un modèle de démarche de soins au téléphone, et ce modèle représente bien les différentes étapes que nous observons lors d'un appel entre infirmière et appelant. Toutefois, ce rapprochement n'est pas parfait car les actes de langage du RIAS peuvent se retrouver aux différentes étapes du modèle présenté

Le tableau suivant fait un lien entre le modèle théorique de démarche de soins au téléphone (Greenberg, 2009) et le RIAS, indiquant le type d'énoncés le plus fréquemment utilisé, selon les activités cliniques, pour chacune des phases de la démarche.

Tableau XII

Couplage entre les activités des phases du modèle de Greenberg (2009) et les catégories d'énoncés du RIAS (annexe 5)

	Greenberg (2009)	RIAS énoncés de type socioémotionnel	RIAS, énoncés de type instrumental
Phase 1 du modèle de Greenberg : Collecte d'informations	Mise en route de l'appel		
	Créer la relation	EMPA, PARTE, PERS,	TRANS, ORIENT, ?CMP,
	Interroger	LEGIT, RIRE, BC	SILENCE
	Rediriger		
	Apprendre à connaître		
	Recherche d'informations		
	Investiguer	BC, R/O, ACCORD, APP,	(?)MED, (?)THERA, (?)S/V,
	Focaliser	COMP, PREOC	(?)P/S-S, (?)AUTRE,
	Clarifier	?REASSURE	?MED, ?THERA, ?S/V,
	Comparer		?P/S-S, ?AUTRE, ?BID,
Discriminer		VERIFI	
	Deuxième collecte		
	Recherche d'information supplémentaire	IDEM	IDEM

Tableau XII (suite)

Couplage entre les activités des phases du modèle de Greenberg (2009) et les catégories d'énoncés du RIAS (annexe 5)

	Greenberg (2009)	RIAS énoncés de type socioémotionnel	RIAS, énoncés de type instrumental
Phase 2 du modèle de Greenberg : Processus cognitif	Déterminer Faire des liens Traitement de l'information Validation de l'interprétation auprès du client	COMP, PARTE	?CMP, ?OPINION
	Prise de décision Selon les signes et symptômes En réponse aux autres besoins Planification des interventions	PREOC, ?RASSURE, PARTE	?OPINION,
Phase 3 du modèle de Greenberg : Conclusion	Orientation 9-1-1 (ambulance) Salle des urgences Médecin en urgence Rendez-vous médical non urgent Conseils Références Autre	ACCORD, LEGIT, PARTE	DON-MED, DON-THERA, DON-S/V, DON P/S, DON-AUTRE, C-MED/THERA, C-S/V, C-P/S, VERIFI
	Soutenir Réassurance Encouragements Validation Enseignement Surveillance	R/O, APP, LEGIT, ACCORD, EMPA,	VERIFI, ORIENT, DON-MED, DON-THERA, DON-S/V, DON P/S, DON-AUTRE, C-MED/THERA, C-S/V, C-P/S,
	Collaborer Offrir des choix Résolution de problème Suivi	PARTE,	?OPINION
	Clore l'appel		

L'analyse du discours des entrevues d'infirmières novices, compétentes et expertes, à l'aide de l'instrument RIAS, a permis d'identifier la fréquence d'utilisation des différentes catégories d'énoncés, et on observe dans les résultats obtenus qu'ils diffèrent selon le niveau d'expertise des infirmières.

Bien qu'il soit possible de faire des rapprochements entre les catégories d'énoncés utilisés et les éléments pour la majorité des trois phases du modèle de la démarche de soins au téléphone selon Greenberg (2009), l'exercice est plus difficile à

réaliser pour la phase cognitive du. Les catégories d'énoncés du RIAS ne visent pas de façon exclusive des éléments spécifiques de chacune des étapes de la démarche de soins au téléphone de Greenberg (2009). Ces actes de langage peuvent avoir été utilisés à n'importe quelle phase de la démarche. Cependant, pour l'interprétation des données à partir des modèles conceptuels proposés, un rapprochement avec certaines étapes du modèle de Greenberg (2009) était requis. Malgré cette faiblesse, les résultats obtenus à l'aide du RIAS suggèrent qu'il y a une progression de la maîtrise de la structure de l'appel selon que l'infirmière soit novice, compétente ou experte au service Info-Santé.

Phase de la collecte des données.

Mise en route de l'appel.

La mise en route de l'appel comprend tous les énoncés qui permettent de créer des liens, interroger, rediriger et apprendre à connaître. Or, les résultats de la présente étude mettent en évidence que les infirmières novices formulent davantage d'énoncés de type socioémotionnel (50,21) que celles des deux autres niveaux à l'étude, soit les infirmières compétentes (44,03) et infirmières expertes (45,68) ($F = 7,364, p < 0,01$). Ces constats vont à l'encontre de l'opinion des spécialistes en soins infirmiers au téléphone. En effet, les travaux de Moscato et al. (2007) leur permettent d'affirmer que c'est la relation entre l'infirmière et le client qui est déterminante pour la satisfaction du client, bien plus que tous les autres éléments organisationnels tel le temps d'attente, l'utilisation de protocoles ou autres.

N'ayant accès qu'à ce qu'elle peut entendre, l'infirmière qui est au téléphone doit aider le client à lui fournir les informations qu'elle obtiendrait elle-même si elle était en présence, en utilisant la vue, le toucher et l'odorat, ou certains instruments de mesure. Établir rapidement un lien de confiance avec le client pour qu'il puisse collaborer à la démarche (Greenberg, 2005), créer une relation constitue donc le premier objectif de l'infirmière au téléphone. Ceci permettra à l'infirmière d'obtenir le maximum d'information requise à l'identification du ou des besoins du client, et de le

faire participer à l'identification de solutions possibles et de miser sur son potentiel pour lui transmettre l'enseignement requis. L'infirmière doit lui refléter qu'il mérite toute son attention et qu'elle lui reconnaît ses capacités (Baryluk, et al., 2002). L'ensemble de ces concepts est intégré au modèle théorique de la démarche de soins au téléphone de Greenberg (2009). Toutefois, les résultats obtenus ne démontrent pas que les infirmières du niveau expert ont davantage développé cette habileté que les infirmières des niveaux novice ou compétente.

De même, Valanis et al. (2007) soutiennent qu'il est important de prendre le temps d'établir une bonne communication, de créer un lien de confiance avec l'appelant afin de favoriser son adhésion aux recommandations de l'infirmière dans le but d'optimiser les résultats de la consultation. Considérant ces deux dernières études, nous attendions donc des résultats qui auraient confirmé ce développement d'expertise et une différence de résultats obtenus croissante entre les infirmières novices, compétentes et expertes. Se référant aux travaux de Greenberg (2009), au cours d'un appel l'infirmière pose ses questions au client dans un langage qu'elle doit adapter permettant au client de comprendre ce qui lui est demandé; le client donne de l'information que l'infirmière doit traduire en données cliniques significatives, et elle valide l'interprétation qu'elle en fait auprès du client.

Selon Benner (1984), ce processus mental se fait plus rapidement, au fil du développement de ses compétences. Puisqu'elle ne maîtrise pas cette compétence, la novice compense peut-être l'inconfort lié à ce manque d'habileté en cherchant à rassurer le client, lui indiquant plus fréquemment son accord, en formulant des remarques personnelles en utilisant plus d'énoncés de la catégorie dite socioémotionnelle, alors que l'infirmière experte se concentrera sur les énoncés qui lui permettront d'obtenir le maximum d'information clinique à l'intérieur des balises de temps qui lui sont imposées, même si cela va à l'encontre de ce qui serait souhaitable pour favoriser la satisfaction et l'adhésion aux recommandations (Moscatto, et al., 2007; Valanis, et al., 2007). Ceci pourra être validé par les résultats de l'étude primaire.

La catégorie d'actes de langage pour laquelle on remarque le plus une différence significative entre les niveaux de compétence est celle où l'infirmière démontre un accord ou sa compréhension de ce que dit le client. Les infirmières novices utilisent davantage cette catégorie d'énoncés (ACCORD) (21,32%) que les expertes (15,81%), alors que les infirmières du niveau compétente ont un résultat de (15,023%), analyse de variance ($F = 22,19, p < 0,001$) (tableau IX). Les remarques personnelles et les conversations dites sociales (PERS) sont plus fréquentes dans les énoncés formulés par les infirmières novices (1,55%) qu'elles ne le sont pour les infirmières compétentes (1,39%) et encore moins chez les expertes (0,99%), ($F = 6,42, p < 0,01$) (tableau IX).

La catégorie communication de soutien (BC) consiste en autant d'indicateurs montrant que l'intérêt est soutenu, que l'écoute est attentive ou encore des encouragements énoncés par l'infirmière lorsque ce n'est pas son tour de parole de type « Mmm-hum, oui, d'accord... ». On obtient un résultat de (1,61) chez les novices, (2,98) pour les infirmières du niveau compétente, et (0,92) pour les infirmières du niveau expertes, ($F = 15,27, p < 0,001$). Considérant le petit nombre d'infirmières participant à l'étude, ce résultat est-il le fait d'une seule infirmière dans la catégorie des infirmières compétentes qui utilise beaucoup ce type de renforcement ou est-ce une caractéristique particulière à l'ensemble des infirmières de la catégorie compétente à une étape de leur développement professionnel? Il est difficile d'en juger.

Quant aux infirmières du niveau compétente et experte, elles se distinguent par l'utilisation plus fréquente des énoncés d'orientation (ORIENT) qui informent l'autre personne sur la suite des événements, sur ce à quoi il peut s'attendre au cours de l'entretien téléphonique. Ce type d'intervention a pour but de favoriser la collaboration de l'appelant selon le RIAS. Nous sommes à même d'observer que les infirmières qui ont plus d'expérience au service Info-Santé ont développé cette habileté qui favorise une meilleure participation du client. Pour cette catégorie, les infirmières du niveau novice obtiennent un résultat de (2,61), celles du niveau compétente (3,50) et niveau experte (3,32), variance de ($F = 3,05, p < 0,05$).

Recherche d'information.

Bien que Wahlberg et al. (2003) ont mis en évidence que les informations de type socioémotionnel augmentent la justesse des décisions prises par l'infirmière, les résultats obtenus ne permettent pas de confirmer que cet aspect a été observé de façon plus importante chez les infirmières de niveau experte, à moins que ce ne soit à partir de la catégorie d'énoncés (VÉRIFI) que l'infirmière valide sa compréhension du contenu tant clinique que socioémotionnel. Toutefois, on ne peut vérifier cette interprétation à partir des résultats obtenus puisque le RIAS ne nous donne pas de précisions sur le contenu qui a été vérifié, clarifié ou validé spécifiquement.

À cette étape de la phase de la collecte d'informations (Greenberg, 2009), l'infirmière investigue, focalise sur ce qui est important, clarifie, discrimine et compare certaines informations. Les résultats obtenus montrent que les infirmières expertes formulent beaucoup d'énoncés de la catégorie (VERIFI), qui signifie que l'infirmière "paraphrase" ou valide sa compréhension auprès de l'interlocuteur (11,17) comparées aux infirmières du niveau compétente (8,81) et aux novices (8,79) ($P = 3,05 < 0,05$) (voir tableau X). C'est la seule catégorie où les infirmières expertes sont plus représentées en ce qui a trait aux énoncés de type socioémotionnel du RIAS.

Toujours en lien avec l'étape de recherche d'information, on remarque des différences entre les infirmières selon leur niveau d'expertise. La catégorie "mots de transition" (TRANS) inclut les énoncés ou fragments de phrase qui servent à conserver la parole en indiquant une suite à venir lorsqu'un mot est suivi d'une pause de plus d'une seconde, par exemple "Bien...maintenant... voyons voir...". Ces énoncés peuvent être un peu le reflet des réflexions que fait l'infirmière à haute voix en cours d'analyse. Cette catégorie est davantage utilisée par les infirmières novices (8,267), compétentes (6,25) et expertes (8,06), ($F = 5,12, p < 0,05$). Il est difficile d'interpréter le résultat obtenu. Une question demeure. Il semble que les infirmières de niveau compétente utilisent moins cette catégorie d'énoncés mais il est difficile d'expliquer pourquoi. Est-

ce parce qu'elles sont moins hésitantes que les novices parce qu'elles maîtrisent mieux certains processus mais qu'elles n'ont pas encore commencé à développer d'autres habiletés que les infirmières expertes utilisent dans leurs appels? Rien ne permet de répondre à cette interrogation.

On observe que les infirmières expertes utilisent davantage les questions fermées portant sur la condition médicale du client ((?) MED). Il s'agit de questions directes à propos d'informations spécifiques et précises. Les résultats sont les suivants, (9.01) pour les infirmières novices), (9.84) pour les infirmières du niveau compétente et finalement (12,10) pour les expertes ($F = 5,44, p < 0,01$) (voir tableau X). L'experte concentre ses efforts à obtenir le plus de données cliniques pertinentes à une prise de décision plus juste à l'intérieur des balises de temps suggérées. Ces résultats illustrent concrètement ce que Larson-Dawn (2001) décrit comme la capacité de l'infirmière experte à obtenir rapidement des informations pertinentes sur l'état du patient. Cependant, devant le constat que les infirmières de niveau experte utilisent moins d'énoncés favorisant l'établissement de la relation thérapeutique et le partenariat avec l'appelant, les résultats de l'autre partie de l'étude primaire nous permettront de mieux en mesurer l'impact sur l'adhésion aux recommandations de l'infirmière.

Processus cognitif.

La deuxième phase de la démarche de soins infirmiers au téléphone de Greenberg (2009) fait appel au processus cognitif de l'utilisation des informations que l'infirmière a recueillies. Contrairement à ce que l'on aurait pu s'attendre, les résultats des statistiques descriptives et d'analyse de variance des moyennes d'énoncés des infirmières dans les échanges centrés sur la tâche en fonction de leur expérience (tableau X) ne mettent pas en évidence que la sollicitation de l'opinion du client augmente avec l'expertise de l'infirmière.

À cette étape, l'infirmière traite l'information reçue, fait des liens entre les données, valide auprès du client l'interprétation qu'elle en fait, prend une décision à

partir des besoins identifiés et planifie, en collaboration avec le client, les interventions à poser. Elle doit donc prendre en compte l'opinion du client pour s'assurer qu'il adhère à l'interprétation qu'elle a de sa situation, ce qui contribue à assurer une meilleure participation du client aux interventions qui suivront. Toutefois, les résultats obtenus sont les suivants : pour la catégorie d'énoncés (?OPINION), les infirmières du niveau novice obtiennent le résultat (0), les infirmières du niveau compétente (0,08), et les infirmières du niveau experte (0,01) sans résultat significatif quant aux analyses de variance des moyennes obtenues. Il y aurait des améliorations à apporter sur ce point précis, considérant l'impact positif que cela pourrait avoir sur l'adhésion au plan de traitement proposé par l'infirmière, suite à l'appel. Cette observation soulève des questions. Si les infirmières expertes sollicitent peu l'opinion du client, est-ce par souci de ne pas prolonger l'appel et tenter de respecter au mieux les durées moyennes d'intervention déterminées dans les attentes ministérielles? Ou est-ce parce qu'elles ne reconnaissent pas l'importance de cet aspect de la relation infirmière-client?

Conclusion de l'appel.

La troisième phase du modèle de la démarche de soins au téléphone comprend le choix de l'intervention appropriée, le soutien apporté au client et les interventions de collaboration de l'infirmière pour mettre en œuvre les interventions, les activités de suivi s'il y a lieu. Les résultats obtenus à l'aide du RIAS indiquent que les infirmières compétentes et expertes utilisent plus souvent que les infirmières novices les énoncés qui suggèrent ou impliquent une décision ou une action à être prise par l'autre (C-MED / THERA). Ces énoncés sont caractérisés par leur intention de persuader, d'influencer, d'orienter ou de changer le comportement du client selon le RIAS. Ces énoncés ont un caractère incitant plutôt qu'ordonnant : chez les novices (13,11), chez les compétentes (18,39) et chez les expertes (16,64) ($F = 5,16, p < 0,01$). La différence entre les niveaux compétente et experte s'explique peut-être par le fait que l'infirmière experte cible mieux les interventions les plus appropriées (Benner, 1984) que l'infirmière de niveau

compétente qui pourrait avoir tendance à donner plus d'informations que ne le justifie le besoin du client.

Les expertes se distinguent de façon significative dans la catégorie d'énoncés où l'infirmière vérifie auprès du client ce qu'il a compris de ce qu'elle vient d'expliquer (?CMP). Cette catégorie est utilisée de façon plus fréquente par les infirmières expertes (2,03), alors que pour les compétentes (1,79) et les novices (0,96), avec une différence des moyennes de variance ($F = 9,13, p < 0,001$). Ces résultats illustrent bien comment cette validation se manifeste au cours des conversations entre infirmière et client. Si le client comprend bien ce qui lui a été expliqué et pourquoi on lui suggère telle recommandation, le potentiel d'adhésion est plus grand (Moscato, et al., 2007) que si la recommandation n'a aucun sens pour le client. Il serait pertinent de vérifier comment se comportent les clients selon qu'ils aient consulté une infirmière de niveau novice, compétente ou experte d'une part, et d'autre part, vérifier auprès des infirmières expertes, quels comportements des appelants les a amenées à développer cette habileté.

De façon générale, ces résultats semblent démontrer que l'expertise se développe avec la pratique, tels que décrit dans la théorie de Benner (1984), et nous pouvons décrire précisément quels énoncés sont davantage utilisés par les infirmières selon le niveau de compétence où elles se situent. En comparant ces observations avec ce que les écrits décrivent comme étant les meilleures pratiques, nous pouvons identifier des stratégies de développement professionnel pour aider les infirmières à améliorer continuellement leurs échanges avec la clientèle, dans le but d'obtenir les meilleurs résultats possible lors de la consultation téléphonique.

Limites et forces de l'étude

La principale limite de cette étude est que la taille de l'échantillon n'est pas suffisamment grande pour permettre d'étudier les caractéristiques de la communication des infirmières pour chacun des cinq niveaux de compétence de Patricia Benner (1984). De plus, même si nous avons déterminé les appels qui devaient être inclus dans l'étude

et considérant la petite taille de l'échantillon, nous avons réalisé en cours d'analyse que nous aurions eu avantage à cibler un ou deux motifs d'appel seulement, puisque tous les actes de langage du RIAS ne sont pas toujours utilisables pour tous les motifs d'appels. De ce fait, le large éventail de motifs d'appel a donné lieu à une utilisation plus éparse des catégories d'énoncés, ce qui met moins en évidence l'utilisation plus ou moins marqué de ces catégories d'énoncés selon l'expertise de l'infirmière. Le RIAS nous donne des résultats de fréquence d'utilisation de catégories d'énoncés utilisés par les infirmières ou par les clients, mais ne peut décrire le raisonnement clinique. Par conséquent, certains résultats obtenus n'illustrent pas ce que d'autres chercheurs ont mis en évidence. Nous leur avons attribué une explication selon notre compréhension du phénomène, mais cela demeure une interprétation non validée. Une autre limite est liée au fait que le programme de formation initiale lors d'une première affectation au service Info-Santé n'était pas le même dans tous les services Info-Santé du Québec au moment de la collecte des données. De ce fait, et considérant l'échantillon de petite taille, il n'est pas possible de généraliser ces résultats à l'ensemble des services Info-Santé. Une étude comptant un plus grand nombre d'infirmières et d'appels, permettrait de vérifier ces résultats. Il faut aussi tenir compte que le modèle de Greenberg (2009), bien qu'il corresponde à ce que nous observons dans la pratique, a été développé à partir des commentaires de 10 infirmières participantes ($N = 10$).

Par contre, une des forces de l'étude est que les infirmières proviennent majoritairement du même centre d'appels et elles ont toutes été formées par ce centre, que ce soit par la formation initiale ou par une actualisation permettant de répondre aux exigences de cet employeur. Sachant que la formation, lors d'une première affectation au service Info-Santé, n'était pas uniforme dans tous les services Info-Santé du Québec au moment de la collecte des données, les chercheurs ont évité d'inclure des infirmières de d'autres milieux, ce qui aurait introduit un biais qui aurait pu fausser les résultats.

L'étude nous donne aussi des informations pertinentes pour permettre de cibler les éléments d'amélioration du programme de formation initiale pour les nouvelles

recrues au service, ainsi que les programmes de formation continue, mieux adaptés aux besoins des infirmières plus expérimentées, selon leur niveau de compétence.

Contribution au développement des connaissances en sciences infirmières

Par cette étude, nous avons été en mesure d'explorer, à partir d'observation directe de conversations entre clients et infirmières, des différences qui existent dans les échanges entre infirmières et clients selon le niveau d'expertise des infirmières au service Info-Santé dans le milieu où s'est déroulée la recherche. Plusieurs résultats obtenus dans cette étude confirment ce que plusieurs chercheurs ont écrit à propos de ces différences. Leurs travaux ont été effectués à partir d'entrevues réalisées auprès des infirmières qui, à posteriori, décrivaient certains aspects de leurs interventions. À ce jour, aucune étude n'a permis de décrire ces différences telles qu'observées directement au cours des échanges entre l'infirmière et le client. Toutefois, nous avons aussi mis en évidence que d'autres phénomènes, décrits dans les recherches que nous avons présentées dans le chapitre sur les écrits, ne se confirment pas dans ce que nous avons observé. Ces points méritent une attention particulière et devraient faire l'objet d'études plus approfondies, notamment sur la dimension socioémotionnelle qui semble s'effriter avec le développement de l'expertise des infirmières qui exercent dans un contexte d'Info-Santé, alors qu'on devrait s'attendre, au contraire, à une utilisation plus marquée chez les infirmières expertes selon les écrits.

Recommandations

Les résultats obtenus par cette recherche permettent de formuler certaines recommandations. Nous verrons d'abord comment les résultats peuvent soutenir les gestionnaires dans la prise de décision en ce qui a trait aux indicateurs de suivis de la performance du service, la révision des programmes de formation des infirmières qui exercent dans les services Info-Santé, et finalement l'apport de ces travaux pour la recherche.

Pour la gestion.

Pour les gestionnaires, il importe de s'assurer que les programmes de formation visent le développement d'une pratique sécuritaire. Considérant ce que les études mettent en évidence, il faut s'assurer que la formation du personnel vise à favoriser le développement d'habiletés pour établir un climat thérapeutique, s'assurer un bon partenariat avec l'appelant dans la recherche de solution d'une part, et s'assurer de sa compréhension d'autre part. Bien identifier le besoin de santé de l'appelant est essentiel, mais il faut également que le service soit efficace en termes de retombée sur le réseau des services de santé et services sociaux. En ce sens, les infirmières doivent être des éducatrices à la santé pour que la clientèle développe des comportements d'autogestion en matière de santé et qu'elle fasse une utilisation adéquate des services plus coûteux. Il y aurait lieu de développer d'autres indicateurs que ceux utilisés actuellement par le MSSS, et qui ne tiennent pas compte d'une pratique sécuritaire.

Cette étude nous permet de mieux cibler les zones d'amélioration potentielle pour atteindre des résultats optimaux auprès de la clientèle. Ainsi, nous pouvons identifier les habiletés qui sont à rehausser chez les novices et revoir le programme de formation initiale lors d'une première affectation pour mieux les soutenir et les accompagner dans le développement de l'expertises spécifiques, notamment en ce qui a trait à l'évaluation dans un contexte d'intervention téléphonique. Quant aux infirmières plus expérimentées, devant le constat qu'avec les années de pratique, elles semblent abandonner certaines habiletés de type socioémotionnel, pour se centrer sur la tâche et considérant que la relation infirmière-client joue un rôle essentiel dans la satisfaction et l'adhésion aux recommandations, les programmes de formation continue devraient cibler ces aspects spécifiques.

Il y aurait lieu de revoir le programme de formation initiale et le programme de formation continue du service québécois Info-Santé, pour y inclure la dimension de relance à la clientèle qui permettrait cette rétroaction sur les interventions en cours de

formation, dans une perspective de développement des compétences des infirmières novices du service et contribuerait à l'amélioration de celles des infirmières compétentes et expertes.

Pour la pratique.

Considérant qu'actuellement la pratique des gestionnaires en matière d'évaluation de ce service ne repose que sur des résultats relatifs à l'accessibilité, et considérant que les résultats du RIAS semblent indiquer qu'il existe des différences importantes entre les niveaux de compétence des infirmières, ce qui a implicitement un impact sur la performance des services Info-Santé, il importe que leur soit diffusés les résultats de ces travaux. Notre recommandation est à l'effet que l'évaluation du service doit absolument tenir compte de la composition de l'équipe d'infirmières, pour chaque service Info-Santé évalué, ce qui permettrait de mieux apprécier sa réelle performance. Nous recommandons aussi que des moyens favorisant le développement de compétences, tel le pairage d'infirmières novices avec des infirmières expertes lors d'activités d'amélioration continue, soient mis en place.

Pour la recherche.

Finalement, pour la recherche, il serait intéressant de comparer les résultats de différentes approches sur les caractéristiques de l'entrevue. Quelle approche de formation permettrait de s'assurer que les infirmières novices développent plus rapidement leurs habiletés d'évaluation et d'enseignement, tout en maintenant leurs habiletés de type socioémotionnel? Quelle approche de formation continue permettrait aux expertes de récupérer leurs habiletés de type socioémotionnel en maintenant leurs habiletés d'évaluation et enseignement? Il serait aussi important de comprendre pourquoi les infirmières de tous les niveaux d'expertise sollicitent très peu ou pas du tout l'opinion du client, tel que le démontrent les résultats du RIAS, alors que les études présentées nous indiquent que cet aspect compte beaucoup dans l'adhésion du client aux

recommandations que l'infirmière lui transmet, et qu'il est un élément présent dans plusieurs étapes de la démarche de soins au téléphone (Greenberg, 2009).

Il faudrait valider les phases du modèle proposé par Greenberg (2009) auprès d'un plus grand nombre de participantes. De plus, il serait pertinent d'amorcer une réflexion qui permettrait de développer un modèle de soins humaniste, qui se rapprocherait davantage des philosophies supportant la pratique infirmière, tout en préservant les éléments de structure du modèle de la démarche de soins au téléphone de Greenberg (2009). En ce sens, il serait pertinent d'étudier la possibilité de combiner le modèle de Greenberg (2009) à la réflexion philosophique du modèle de soins de soutien, élaboré par Davies et Oberle (Davies & Oberle, 1990), adapté au domaine des télésoins par Rutenberg et Oberle (2008).

Conclusion

En utilisant le RIAS nous avons été en mesure d'observer pour une première fois dans les écrits, comment se déroulent les échanges entre infirmières et clients, et décrire spécifiquement ce qui distingue les infirmières des différents niveaux d'expertise à l'étude soit, novice, compétente, experte. Les travaux ont permis d'identifier les types d'énoncés les plus utilisés selon leur niveau de compétence comme infirmière répondante au service Info-Santé. Il a été possible de vérifier si les éléments décrits dans les études comme étant des facteurs contribuant à l'adhésion aux recommandations et à la satisfaction de la clientèle se manifestaient dans les appels des infirmières composant l'échantillon. Il a été possible de vérifier si les éléments de la communication connus pour donner les meilleurs résultats auprès de la clientèle, selon ce qui est connu à ce jour, étaient effectivement davantage utilisés au fur et à mesure du développement des compétences des infirmières et identifier les catégories d'énoncés qui auraient avantage à être utilisées un peu plus lors des échanges avec la clientèle. Considérant que plusieurs postes d'infirmières sont demeurés vacants à ce jour dans les services d'Info-Santé et qu'actuellement plusieurs infirmières songent à la retraite, les gestionnaires doivent recruter et former de nouvelles infirmières. Cette étude a permis de formuler quelques recommandations quant à la formation du personnel infirmier pour qu'il devienne efficace le plus rapidement possible et qu'il développe les habiletés propres à favoriser l'adhésion du client aux recommandations qui lui seront formulées lors de la consultation téléphonique.

Dans un contexte où les services infirmiers téléphoniques ne cessent d'évoluer et que l'on compte de plus en plus sur leur efficacité pour guider la clientèle dans le réseau de la santé et des services sociaux, contribuant ainsi à éviter d'engorger les urgences, il importe de favoriser le développement professionnel des infirmières qui y exercent. Il faudrait notamment insister sur le développement de capacité des infirmières à développer leurs habiletés reliées à l'établissement d'un lien de confiance auprès de la clientèle, concept clé dans l'adhésion du client aux recommandations de l'infirmière. Les gestionnaires des services de consultation téléphonique doivent encourager et favoriser l'innovation dans le domaine de la formation, afin de soutenir le

développement de compétences et ainsi optimiser les interventions des nouvelles infirmières dans ce service. Une formation plus complète du personnel infirmier pourrait contribuer à améliorer la performance du service en termes d'atteinte des objectifs du service, et ce plus rapidement. Il y aurait lieu de revoir le programme de formation initiale et le programme de formation continue du service québécois Info-Santé pour y inclure la dimension de relance à la clientèle. La rétroaction sur les interventions est reconnue pour favoriser l'amélioration. Il y aurait lieu de l'intégrer à un programme d'amélioration continue de la qualité du service, , dans une perspective de développement des compétences des infirmières novices dans le service et de contribution au perfectionnement des infirmières du niveau compétent et expert

En plus de décrire comment les infirmières interagissent avec la clientèle, cette étude a permis d'identifier des pistes de recherche qui permettraient de mieux comprendre l'impact des entretiens tels qu'ils ont été observés, sur la clientèle, sa perception du service et l'intention de suivre ou non les recommandations faites par l'infirmière. L'étude a permis aussi de formuler des recommandations aux gestionnaires de ces services, notamment en ce qui a trait au développement d'indicateurs de qualité et d'inviter à la prudence quant à l'évaluation du service en s'appuyant sur des indicateurs d'accessibilité au service, plus précisément la durée moyenne des appels. Il faut revoir la pertinence de cet indicateur tel qu'il est utilisé actuellement. Finalement, les recommandations formulées contribueront, nous le souhaitons, à l'amélioration de la qualité du service offert aux clients.

Références

- American Academy of Ambulatory Care Nursing. (2007). *Telehealth nursing practice administration and practice standards* (4th ed.). NJ, USA: Pitman.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Énoncé de position. Télésanté : Le rôle de l'infirmière*. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Baryluk, M., Coulson, K., Hycha, D., Lundy, M., McQuinn, P. A., O'Brien, L. A., et al. (2002). *Normes de pratique en soins infirmiers palliatifs*. Ottawa: Association canadienne de soins palliatifs.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science Technology Society*, 24, 188-199.
- Benner, P. E. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Chang, B. L., Mayo, A., & Omery, A. (2001). Consumer satisfaction with telehealth advice-nursing. *Studies in Health Technology and Informatics*, 84, 1435-1439.
- Davies, B., & Oberle, K. (1990). Dimensions of the supportive role of the nurse in palliative care. *Oncology Nursing Forum*, 17, 87-94.
- Dunnigan, L., Emond, A., Leprohon, J., Roy, C., & Samson-Saulnier, G. (1999a). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC : rapport final 1994-1999*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation.
- Dunnigan, L., Emond, A., Leprohon, J., Roy, C., & Samson-Saulnier, G. (1999b). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC : recommandations finales du comité de suivi pour l'amélioration et le développement futur des services*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation.
- Edwards, B. (1994). Telephone triage: how experienced nurses reach decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 717-724.

- Giesen, P., Ferwerda, R., Tijssen, R., Mokkink, H., Drijver, R., van den Bosch, W., et al. (2007). Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Quality & safety in health care*, 16, 181-184.
- Goodwin, S. (2007). Telephone nursing: an emerging practice area. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 20, 37-45.
- Goudreau, J., Bertrand, L., Fortin, J. P., Soubhi, H., & Lussier, M. T. (2005). *Étude de l'interaction infirmière-client au service Info-Santé CLSC de Laval (document inédit)*. Laval: Centre de santé et de services sociaux de Laval.
- Grady, J. L., & Schlachta-Fairchild, L. (2007). Report of the 2004-2005 International Telenursing Survey. *Computers, informatics, nursing*, 25, 266-272.
- Greenberg, M. E. (2005). *The process of care delivery in telephone nursing practice: A grounded theory approach*. Tucson: University of Arizona.
- Greenberg, M. E. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2621-2629.
- Hénault, M., & Bertrand, L. (2006). *Répertoire des fiches de référence de l'infirmière pour l'évaluation par téléphone de certaines clientèles, 2e ed.* Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Hénault, M., & Leprohon, J. (1998). *L'exercice infirmier à Info-Santé : lignes directrices*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Hoare, K., Lacoste, J., Haro, K., & Conyers, C. (1999). Exploring indicators of telephone nursing quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 14, 38-46.
- Hogenbirk, J. C., & Pong, R. W. (2004). An audit of the appropriateness of teletriage nursing advice. *Telemedicine journal and e-health*, 10, 53-60.
- Holmström, I. (2007). Decision aid software programs in telenursing: not used as intended? Experiences of Swedish telenurses. *Nursing & health sciences*, 9, 23-28.

- Holmström, I., & Dall'Alba, G. (2002). 'Carer and gatekeeper' - conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 142-148.
- Huber, D. L., & Blanchfield, K. (1999). Telephone nursing interventions in ambulatory care. *Journal of Nursing Administration*, 29, 38-44.
- Larson-Dahn, M. L. (2001). Tel-eNurse Practice. Quality of care and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31, 145-152.
- Leclerc, B. S., Dunnigan, L., Zunzunegui, M. V., Hagan, L., & Morin, D. (2003). Recommandations de recours à une autre ressource en santé faites par les infirmières du service Info-Santé CLSC. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 94, 74-78.
- Leprohon, J., & Bellavance, M. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière: compétences initiales* (2nd ed.). Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Leprohon, J., & Patel, V. L. (1995). Decision-making strategies for telephone triage in emergency medical services. *Medical Decision Making*, 15, 240-253.
- Marsden, J. (1999). Expert nurse decision-making in an ophthalmic accident and emergency department. *Nursing Times*, 94, 62-65.
- Mayo, A. M., Chang, B. L., & Omery, A. (2002). Use of protocols and guidelines by telephone nurses. *Clinical Nursing Research*, 11, 204-219.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1994). *Accessibilité continue 24/7. Service téléphonique*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1999a). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC: Rapport final 1994-1999*. Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1999b). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC: Rapport final 1994-1999*. Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation. Québec: Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Vision, orientations et stratégies de développement de la télésanté au Québec. Rapport de la Table ministérielle en télésanté*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005a). *Portrait des facteurs organisationnels liés à la qualité dans les services Info-Santé CLSC, en 2004. Évaluation Santé et services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005b). *Révision du rôle et de l'organisation du service de réponse téléphonique Info-Santé. Rapport général de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information. Rapport final*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007a). *Services Info-Santé et Info-Social, cadre de référence sur les aspects cliniques des volets Santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours, à l'échelle du Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007b). *Suivi de la performance du service Info-Santé 2005-2006. Rapport général de la planification stratégique de l'évaluation et de la gestion de l'information*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Suivi de la performance du service Info-Santé 2009-2010*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Moll van Charante, E. P., ter Riet, G., Drost, S., van der Linden, L., Klazinga, N. S., & Bindels, P. J. (2006). Nurse telephone triage in out-of-hours GP practice: determinants of independent advice and return consultation. *BMC Family Practice*, 7, 74.
- Moscato, S. R., David, M., Valanis, B., Gullion, C. M., Tanner, C., Shapiro, S., et al. (2003). Tool development for measuring caller satisfaction and outcome with telephone advice nursing. *Clinical Nursing Research*, 12, 266-281.
- Moscato, S. R., Valanis, B., Gullion, C. M., Tanner, C., Shapiro, S. E., & Izumi, S. (2007). Predictors of patient satisfaction with telephone nursing services. *Clinical Nursing Research*, 16, 119-137.

- NHS Direct. (2009a). *Annual report and accounts 2008/09*. London: National Health Service.
- NHS Direct. (2009b). *Business plan and budget 2009/10*. London: National Health Service.
- O'Cathain, A., Sampson, F., Nicholl, J., & Munro, J. (2001). *The effect of skill-mix on clinical decision-making in NHS Direct : a report for west midlands NHS executive*. Sheffield: University of Sheffield.
- Omery, A. (2003). Advice nursing practice: on the quality of the evidence. *Journal of Nursing Administration*, 33, 353-360.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2008-2009*. Montréal: Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif.
- Pettinari, C. J., & Jessopp, L. (2001). "Your ears become your eyes": managing the absence of visibility in NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 668-675.
- Richard, C., & Lussier, M. T. (2004). Manuel de codification français de la méthode Roter Interaction analysis System. Document interne non publié.
- Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46, 243-251.
- Rutenberg, C., & Oberle, K. (2008). Ethics in telehealth nursing practice. *Home Health Care Management & Practice*, 20, 342-348.
- Rutenberg, C. D. (2000). What do we really KNOW about telephone triage? *Journal of Emergency Nursing*, 26, 76-78.
- Stacey, D., Noorani, H., Fisher, A., Robinson, D., Joyce, J., & Pong, R. W. (2003). *Le télétriage: étude méthodique et enquête auprès des centres d'appels canadiens*: Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé.
- Valanis, B., Moscato, S., Tanner, C., Shapiro, S., Izumi, S., David, M., et al. (2003). Making it work: organization and processes of telephone nursing advice services. *Journal of Nursing Administration*, 33, 216-223.

- Valanis, B., Tanner, C., Moscato, S. R., Shapiro, S., Izumi, S., David, M., et al. (2003). A model for examining predictors of outcomes of telephone nursing advice. *Journal of Nursing Administration*, 33, 91-95.
- Valanis, B. G., Gullion, C. M., Moscato, S. R., Tanner, C., Izumi, S., & Shapiro, S. E. (2007). Predicting patient follow-through on telephone nursing advice. *Clinical Nursing Research*, 16, 251-269.
- Wachter, D. A., Brillman, J. C., Lewis, J., & Sapien, R. E. (1999). Pediatric telephone triage protocols: standardized decisionmaking or a false sense of security? *Annals of Emergency Medicine*, 33, 388-394.
- Wahlberg, A. C., Cedersund, E., & Wredling, R. (2003). Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 37-45.

Annexes

Annexe 1 – Autorisation de traduction

Annexe 1



Mary E Greenberg

2011-07-07 11:41

A "lbertrand

cc

ccc

Objet

RE: Permission required

Historique :

 Ce message a fait l'objet d'une réponse et a été transmis.

Dear Lisa,

I am thrilled to hear about your work!! You have my wholehearted permission to translate and use the Model.

I am currently sequestered and completing a book on telephone triage with Carol Rutenberg. We have discussed how much we admire the Canadian Nurses, the telephonic programs and the standards published by the CNA and others. We believe we have a great deal to learn from you.

I am so grateful that you have found my work useful - that was the intention - to stimulate research and help advance telephone nursing. I would be delighted to hear more about your work. Information about how the levels of experience and expertise differ is needed and will provide valuable insight and direction to all telephonic nurses.

Sincerely,

Liz Greenberg, RN-BC, C-TNP, PhD

Assistant Clinical Professor

Northern Arizona University

School of Nursing



**Lise
Bertrand**

2011-07-07 10:43

A mary.greenberg

cc

ccc

Objet Permission required

Dear Mrs Greenberg

I am currently studying for my Masters Degree in Nursing. My field of study pertains to telecare; more specifically, the description of telephonic interventions by Quebec's Info-santé nurses according to their level of nursing experience, based on the Benner's nomenclature (1984), from novice to expert.

Among the documents relevant to my study feature two of your publications:

-Greenberg, M.E., (2005). *The process of care delivery in telephone nursing practice; A grounded theory approach, doctoral dissertation, University of Arizona*

-Greenberg, M.E., (2009). *A comprehensive model of the process of telephone nursing, Journal of advanced Nursing, 65(12), 2621-2629.*

I have allowed myself to freely translate into French your "*Model of the Process of Telephone Nursing*"(2009) , which I find it to be in complete accordance with the reality observed in our field of practise, thus thoroughly appropriate for my study

I would appreciate receiving your permission to utilize this translation of your model, and I



can assure you that authorial ownership will be maintained. Tableau Greenberg traduit.docx

Hoping to receive a favourable reply, I wish to thank you in advance,
Sincerely,

Lise Bertrand
Chef du service Info-Santé/Info-Social

Annexe 2 – Formulaire consentement

**Centre de santé et de services sociaux
de Laval**



CLSC du Marigot
1351, boul. des Laurentides
Laval (Québec)
H7M 2Y2

Annexe 2

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Participation de l'infirmière

**Titre de l'étude : Étude de l'interaction infirmière-appelant au service Info-Santé
CLSC de Laval**

Nom du chercheur : Johanne Goudreau Tél. : 450-668-1010 #2683
Noms des co-chercheurs : Lise Bertrand
Marie-Thérèse Lussier

**Nom du commanditaire : Consortium Lavallois de recherche en Santé et services
sociaux**

Nous aimerions vous inviter à participer à une étude menée par Johanne Goudreau, infirmière et professeur adjoint à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Ce document vise à vous fournir des renseignements sur l'étude avant que vous décidiez ou non d'y participer. N'hésitez pas à demander plus de détails ou de renseignements. Veuillez prendre le temps de lire soigneusement ce qui suit et de bien comprendre toutes les informations.

1. Nature et objectif de l'étude

L'étude a pour but de mieux comprendre l'interaction infirmière-appelant ainsi que la relation entre cette interaction et différents éléments tel le profil de l'infirmière, celui de l'appelant, le motif de l'appel, la durée de l'appel et le comportement de l'appelant après l'appel. Environ 20 infirmières du service centralisé Info-Santé du CSSSL et 200 appelants participeront à l'étude.

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

L'étude durera 18 mois. Environ 20 infirmières du service centralisé Info-Santé du CSSSL seront recrutées sur une base volontaire. Au cours d'une période qui sera déterminée avec les infirmières recrutées et le chef de service, chaque infirmière proposera l'étude aux appelants correspondant aux critères de sélection suivants : l'appelant a plus de 18 ans et le motif de l'appel est un problème de santé chez un enfant de 0-5 ans; ne seront pas retenus les appels provenant d'infirmières du secteur privé; les personnes appelant plus d'une fois consécutive à la demande de l'infirmière; les appels provenant de l'extérieur du territoire du CSSSL. À la fin de chacun de ces appels l'infirmière lira à l'appelant le formulaire de consentement (ce formulaire est annexé au présent document). Si l'appelant accepte de participer, cet appel pourra faire partie de l'échantillon aléatoire qui sera construit (10 appels par infirmière), l'enregistrement de l'appel sera analysé. De plus, l'appelant sera rappelé par l'assistant de recherche afin de répondre à un questionnaire.

3. Inconvénients et désagréments

Il nous semble peu probable que votre participation à cette étude puisse être source d'inconvénient, sinon que le désagrément d'essuyer un refus à l'occasion lors de la demande de participation à l'étude. Dans de tel cas, nous recommandons de ne pas insister auprès de l'appelant.

4. Bénéfices potentiels ou escomptés

Votre participation à cette étude vous permettra de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des télésoins. Ce domaine de pratique, en plein essor dans plusieurs pays, nécessite le développement de modèles théoriques ainsi que des instruments de collecte et d'analyse des données permettant d'utiliser ces modèles pour mieux comprendre et ainsi maximiser le potentiel du service Info-Santé.

5. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un(e) de ses assistant(e)s. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos conditions de travail ou sur vos relations avec votre employeur.

7. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque pour si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps (nom du chercheur ou d'une autre personne-ressource et les numéros de téléphone).

Si vous voulez poser des questions sur vos droits en tant que participant à cette étude, vous pouvez contacter Dr Lyne Lalonde, membre du Comité scientifique et d'éthique de la recherche au 450-668-1010 poste 2687.

Si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec Madame Céline Mercure, commissaire local à la qualité des services au Centre de santé et de services sociaux de Laval au 450-668-1010 poste 5039.

CONSENTEMENT

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer.

Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs, commanditaires ou établissements de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Vous êtes libre de vous retirer en tout temps de l'étude sans compromettre vos conditions de travail ou les relations avec votre employeur.

Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale, vous devez en connaître tous les tenants et les aboutissants au cours du déroulement de la recherche.

La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude.

Je reconnais avoir reçu une copie de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant	Signature	Date
Nom du chercheur	Signature	Date
Nom du témoin	Signature	Date

**APPROBATION DU PROJET DE RECHERCHE
PAR LES CHEFS DE SERVICES OU DE DÉPARTEMENTS**

IDENTIFICATION DU PROJET

TITRE : **Étude de l'interaction infirmière-appelant au service Info-Santé CLSC de Laval**

- CHERCHEUR : **Dr. Johanne Goudreau**
 - RESPONSABLE À L'HÔPITAL : **Dr. Johanne Goudreau**
-

APPROBATION PAR LE CHEF DE SERVICE OU DE DÉPARTEMENT

- Le projet vous apparaît-il pertinent
 OUI NON

- Le projet vous paraît-il éthiquement acceptable ?
 OUI NON

- Les répercussions sur le fonctionnement de votre service vous semblent-elles acceptables?
 OUI NON

- Recommandez-vous, au Comité scientifique et d'éthique de la recherche, l'acceptation de ce projet ?
 OUI NON

COMMENTAIRES

Signature

Date

Annexe 3 – Consentement appellant

Annexe 3

Centre de santé et de services sociaux de Laval



CLSC du Marigot
1351, boul. des Laurentides
Laval (Québec)
H7M 2Y2

CONSENTEMENT

APPELANT

RAPPEL AUX COMMIS, POUR LES APPELS DE TOUTES LES INFIRMIÈRES
PARTICIPANT À L'ÉTUDE DE L'INTERACTION INFIRMIÈRE-CLIENT
AU SERVICE INFO-SANTÉ

Pour tous les appels où :

- **le motif de l'appel est un problème de santé chez un enfant entre 0 - 5 ans qui ne nécessite pas une intervention urgente;**
- **l'appelant n'est pas une infirmière du secteur privé ;**
- **la personne n'a pas appelé plus d'une fois suite à la demande de l'infirmière.**

À chaque jour, vous devrez identifier les appelants qui correspondent aux critères d'inclusion. Vous devrez appeler les clients pour obtenir leur consentement.

Si l'appelant répond, lire le formulaire de consentement énoncé ci-dessous :

« Nous procédons à une étude portant sur l'interaction infirmière appelant au service Info-Santé de Laval pour laquelle nous devons recruter 200 appelants. Si vous acceptez de participer, il est possible qu'un assistant de recherche vous rappelle d'ici 48 à 72 heures pour vous poser quelques questions sur l'entretien que nous venons d'avoir (durée de ce questionnaire : 5-7 minutes). Si vous êtes rappelé, l'assistant de recherche écoutera l'enregistrement de cet entretien afin d'analyser les interventions de l'infirmière.

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels.

Vous serez identifié par un code afin de préserver votre anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse vous identifier.

En tout temps, vous pouvez décider de vous retirer de l'étude, et ce sans préjudice.

Acceptez-vous qu'on vous rappelle ? »

Si l'appelant accepte de participer, inscrire une note dans le champ note complémentaire : « **Appelant accepte participation** »

Imprimer la fiche d'appel et remettre à l'assistant de recherche en fonction.

Annexe 4 – Profil de l’infirmière

Annexe 4

Profil de l'infirmièreCode de l'infirmière : Âge :20-25 ans 35-40 ans 25-30 ans 40-45 ans 30-35 ans + de 45 ans Sexe :F H Travail à Info-Santé CLSC : Temps complet Temps partiel Travail autre : Temps complet Temps partiel Autres milieux de pratique : _____

Expérience générale en soins infirmiers : → _____ ans

Expérience à Info-Santé : → _____ ans

Formation spécifique à Info-Santé? O N

Si O → Nbre d'heures : _____

Année : _____

Scolarité :

DEC BAC → En cours Terminé Année du diplôme : _____Type de BAC : Initial Certificats Soins infirmiers

Si « Certificats » en cours, lesquels sont complétés? _____

Annexe 5 – RIAS

Annexe 5

Extraits du Rotter interaction analysis system (RIAS), traduit par Dr Marie-Thérèse Lussier.

Abréviations des catégories utilisées sur les feuilles de codage et les transcriptions

[Pers]	Remarque personnelle, conversation sociale
[Rire]	Rire, raconter une blague
[App]	Montre de l'approbation-directement
[Comp]	Donne un compliment-général
[Accord]	Montre son accord ou sa compréhension
[BC]	Communication de support
[Vérifi]	Paraphrase/vérifie la compréhension
[Empa]	Empathie
[Préoc]	Montre de la préoccupation ou du souci
[R/O]	Rassure, encourage ou montre de l'optimisme
[Légit]	Légitimise
[Désap]	Montre de la désapprobation-directe
[Part]	Partenariat
[Dévoil]	Dévoilement de soi
[Critique]	Montre des critiques-général
[?Rassur]	Demande à être rassuré
[Trans]	Mots de transition
[Orient]	Donne une orientation
[?Bid]	Demande de répétition
[?Cmp]	Demande de compréhension
[?Opinion]	Demande d'opinion
[[?]Med]	Demande (fermée)-condition médicale

**Abréviations des catégories utilisées sur les feuilles de codage et les transcriptions
(suite)**

[[?]Théra]	Demande (fermée)-plan de traitement
[[?]S/V]	Demande (fermée)-style de vie
[[?]P/S-S]	Demande (fermée)-psychosocial/senti
[[?]Autre]	Demande (fermée)-autre
[?Med]	Demande (ouverte)-condition médicale
[?Théra]	Demande (ouverte)-plan de traitement
[?S/V]	Demande (ouverte)-style de vie
[?P/S-S]	Demande (ouverte)-psychosocial/senti
[?Autre]	Demande (ouverte)-autre
[Don-Med]	Donne information-condition médicale
[Don-Théra]	Donne information-plan de traitement
[Don-S/V]	Donne information-style de vie
[Don-P/S]	Donne information-psychosocial
[Don-Autre]	Donne information-autre
[C-Med/Théra]	Conseil ou condition behavioral-médical/plan thérapeutique
[C-S/V-PS]	Conseil ou dirige le comportement-style de vie/psychosocial
[?Service]	Demande de services
[Non-intell]	Énoncé non intelligible
[Silence]	Silence

Annexe 6 – Profil de l'appelant

Annexe 6

Profil de l'appelant - Motif de l'appel**1. Vous êtes?**F H **2. Par rapport à l'enfant pour lequel vous avez appelé, vous êtes :**

- Mère
- Père
- Membre de la famille
- Grands-parents
- Gardienne/éducatrice

3. Quel est votre niveau de scolarité?

- Secondaire
- Collégial
- Universitaire

4. Vous êtes dans quelle tranche d'âge?

- | | | | |
|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| 15-20 ans | <input type="checkbox"/> | 35-40 ans | <input type="checkbox"/> |
| 20-25 ans | <input type="checkbox"/> | 40-45 ans | <input type="checkbox"/> |
| 25-30 ans | <input type="checkbox"/> | 45-50 ans | <input type="checkbox"/> |
| 30-35 ans | <input type="checkbox"/> | + de 50 ans | <input type="checkbox"/> |

5. Quel est votre nationalité?

6. Quel est votre emploi?

Langue utilisées lors de l'appel / Langue parlée à la maison

7. Consultez-vous souvent Internet pour des questions concernant la santé ?

- | | | | |
|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| • Très souvent | <input type="checkbox"/> | • Rarement | <input type="checkbox"/> |
| • Souvent | <input type="checkbox"/> | • Jamais | <input type="checkbox"/> |
| • À l'occasion | <input type="checkbox"/> | | |

8. Combien de fois avez-vous appelé Info-Santé? _____ fois**9. Combien de fois avez-vous amené l'enfant à l'urgence? _____ fois****10. Combien de visites l'enfant a-t-il fait chez le médecin de famille? _____****11. Quel était le motif de l'appel? _____**

Annexe 7 – Comportement de l'appelant après l'appel

Annexe 7

Comportement de l'appelant après l'appel

Bonjour Madame/Monsieur,

Il y a deux ou trois jours, vous avez parlé avec une infirmière du service Info-Santé.

Nous voudrions savoir comment cet entretien s'est déroulé.

1. Quel était la principale raison de votre appel? (une seule réponse)

Je voulais des informations sur comment prendre soin de mon enfant

J'étais inquiète d'un nouveau symptôme ou d'un changement dans la santé de mon enfant

J'avais des questions sur un médicament

J'avais des questions suite à un rendez-vous ou un traitement

Je voulais des résultats de tests de laboratoire

Autre : _____

2. Que souhaitiez-vous le plus retirer de l'entretien? (une seule réponse)

Un conseil ou de l'information

Être rassuré

Autre : _____

3. Que s'est-il passé suite à votre appel? Résultat principal (une seule réponse)

L'infirmière m'a dit que mon enfant devait être vu immédiatement et m'a dirigé vers l'urgence

L'infirmière m'a dit que mon enfant devait être vu immédiatement

L'infirmière m'a aidé à obtenir un rendez-vous plus tard que les 24 heures

L'infirmière m'a dit comment prendre soin de mon enfant

L'infirmière m'a posé des questions, m'a dit que tout était correct et de ne pas m'inquiéter

L'infirmière m'a donné de l'information

L'infirmière n'a pas pu m'aider

Autre : _____

4. À quel point avez-vous suivi les conseils de l'infirmière? (une seule réponse)

J'ai suivi **toutes** les suggestions de l'infirmière

J'ai suivi **certaines mais pas toutes** les suggestions de l'infirmière

Je **n'ai pas suivi** les suggestions de l'infirmière (***Allez à la question #6***)

5. Quelles suggestions avez-vous suivies? (Cochez toutes les réponses applicables)

Je suis allé à un rendez-vous, comme me l'avais suggéré l'infirmière

Je suis allé à l'urgence, comme me l'avais suggéré l'infirmière

J'ai fait ce que l'infirmière m'a dit de faire pour prendre soin de mon enfant

J'ai fait ce que l'infirmière m'a suggéré pour aller chercher l'aide nécessaire

6. Vous n'avez pas suivi les recommandations de l'infirmière, pourquoi? (Cochez toutes les réponses applicables)

La suggestion coûtait trop cher

Je n'ai pas bien compris les suggestions de l'infirmière

Je n'avais pas de moyen de transport disponible

Je n'ai pas pu prendre de rendez-vous

Je n'ai pas eu le temps de mettre en application les suggestions de l'infirmière

Je n'étais pas d'accord avec les suggestions de l'infirmière

Autre : _____

7. Quand vous avez appelé, quelle importance avaient les éléments suivants par rapport à l'infirmière :

	Très important	Important	Assez important	Peu important/N/A
Qu'il/elle se préoccupe de vous en tant que personne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qu'il/elle écoute attentivement vos idées et inquiétudes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qu'il/elle vous donne des informations claires et complètes ou des instructions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qu'il/elle connaisse l'histoire de santé de votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qu'il/elle discute avec vous pour arriver à des solutions avec lesquelles vous étiez à l'aise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qu'il/elle semble compétente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. À quel point l'infirmière vous a-t-elle démontré :

	Très important	Important	Assez important	Peu important/N/A
Qu'il/elle se préoccupe de vous en tant que personne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qu'il/elle écoute attentivement vos idées et inquiétudes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qu'il/elle vous donne des informations claires et complètes ou des instructions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qu'il/elle connaisse l'histoire de santé de votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qu'il/elle discute avec vous pour arriver à des solutions avec lesquelles vous étiez à l'aise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qu'il/elle semble compétente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. En général, à quel point l'infirmière vous a-t-elle aidé? (une seule réponse)

- Extrêmement aidante
- Très aidante
- Assez aidante
- Pas très aidante
- Pas aidante du tout

10. En général, quel est votre degré de satisfaction face à cet appel? (une seule réponse)

- Très élevé
- Élevé
- Moyen
- Faible
- Très bas

11. Est-ce que le problème ayant occasionné votre appel a été solutionné de manière satisfaisante? _____

12. Dans le cas où la réponse était non à la question précédente, pourquoi?

13. Qu'auriez-vous fait si vous n'aviez pas pu parler à une infirmière d'Info-Santé?

Appeler le 911

Je serais allé à l'urgence

Je serais allé chez le médecin

Je me serais occupé de mon enfant sans l'aide d'un professionnel de la santé

Je serais allé chercher l'information auprès d'une autre ressource (famille, amis, internet, etc.)

Je n'aurais rien fait

Autre : _____

14. Quelle est la probabilité que vous rappeliez une infirmière d'Info-Santé ? (une seule réponse)

Très probable

Probable

Assez probable

Peu probable

Improbable

Information concernant l'appel

15. Avez-vous été mis en attente avant de parler à l'infirmière d'Info-Santé?

Oui, j'ai attendu _____ minutes

Non, je n'ai pas été mis en attente

16. Quand vous avez appelé la ligne d'Info-Santé, que s'est-il passé? (une seule réponse)

J'ai parlé à une infirmière directement

J'ai parlé à une infirmière après avoir parlé à _____ autres personnes

J'ai laissé un message et une infirmière m'a rappelé environ : _____ minutes plus tard
 _____ heures plus tard
 _____ jours plus tard

J'ai laissé un message mais personne ne m'a rappelé

