



**Rôle, pratiques et défis des infirmières praticiennes  
spécialisées en soins de première ligne dans le domaine  
des maladies chroniques au Québec :  
Étude qualitative exploratoire auprès d'informateurs clés**

**Mémoire**

**Sarah Vermette**

**Maîtrise en santé communautaire**

Maîtres ès sciences (M. Sc.)

Québec, Canada

© Sarah Vermette, 2017

**Rôle, pratiques et défis des infirmières praticiennes  
spécialisées en soins de première ligne dans le domaine  
des maladies chroniques au Québec :  
Étude qualitative exploratoire auprès d'informateurs clés**

**Mémoire**

**Sarah Vermette**

Sous la direction de :

Laurence Guillaumie, directrice de recherche



## Résumé

Depuis 2007, les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) conjuguent une formation infirmière et médicale afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population québécoise. Plusieurs études conduites hors du Québec ont démontré les impacts positifs de la pratique des IPSPL sur la qualité des soins offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques. La présente étude qualitative descriptive exploratoire a documenté les représentations d'informateurs clés quant au rôle, aux pratiques et aux défis des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques au Québec. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été conduites auprès de 20 informateurs clés. Ces informateurs clés sont des professionnels de la santé et des gestionnaires ayant une expérience significative concernant la formation, le développement et l'implantation du rôle, la gestion administrative et la pratique clinique des IPSPL. Une analyse thématique des entrevues intégralement retranscrites a été réalisée. Les résultats de cette étude révèlent trois principaux aspects de la pratique des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques: 1- une large reconnaissance de la valeur ajoutée du rôle et des pratiques des IPSPL dans les milieux de soins de première ligne, 2- des défis parfois persistants associés à la méconnaissance de leur rôle, à la rigidité de la réglementation entourant leur pratique et à la complexité de prise en charge de la multimorbidité, et 3- la rareté, au sein des équipes des soins de première ligne, d'une offre de services planifiée, coordonnée et interprofessionnelle à destination des personnes atteintes de maladies chroniques. Il apparaît ainsi que les IPSPL rencontrent d'importantes barrières dans leur pratique nécessitant entre autres des ajustements législatifs et organisationnels. L'optimisation de leur rôle passerait également par le déploiement systématique dans les équipes de soins de première ligne d'un plan mieux défini de prise en charge de cette clientèle.

# Table des matières

Résumé .....	iii
Table des matières .....	iv
Liste des tableaux et figures .....	vii
Abréviations et acronymes .....	viii
Remerciements .....	ix
Introduction .....	1
<b>Chapitre 1 : Contexte et problématique .....</b>	<b>3</b>
1.1 Le fardeau des maladies chroniques dans le monde, au Canada et au Québec .....	3
1.2 L'apparition du rôle de l'IPSPL dans le contexte des réformes du système de santé.....	6
1.3 Définition du rôle de l'IPSPL au Québec.....	8
1.3 Le rôle des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques .....	9
1.5 Question de recherche et objectifs .....	11
<b>Chapitre 2 : Recension des écrits.....</b>	<b>12</b>
2.1 Perceptions du rôle et des pratiques des IPSPL .....	13
2.2 Perceptions des défis rencontrés par les IPSPL.....	17
<b>Chapitre 3 : Cadre conceptuel .....</b>	<b>22</b>
3.1 Le <i>Chronic Care Model</i> (CCM) .....	22
3.1.1 Description .....	22
3.1.2 Appréciation du <i>Chronic Care Model</i> selon les données probantes .....	25
3.1.3 Pertinence de l'utilisation du <i>Chronic Care Model</i> dans le cadre de la présente étude .....	26
3.2 Les travaux de San-Martin Rodriguez et al. (2005) sur les déterminants de la collaboration interprofessionnelle .....	27
3.2.1 Définition de la collaboration interprofessionnelle.....	27
3.2.2 Les déterminants de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé.....	28
3.2.3 Pertinence pour la présente étude .....	30
<b>Chapitre 4 : Méthodologie .....</b>	<b>32</b>
4.1 Choix du devis .....	32
4.2 Sélection des participants .....	32
4.2.1 Population à l'étude et échantillonnage .....	32
4.2.3 Recrutement .....	34
4.3 Collecte de données .....	34
4.3.1 Schéma d'entrevue .....	35
4.4 Traitement et analyse des données.....	35

4.5	Critères de rigueur .....	36
4.6	Considérations éthiques .....	38
<b>Chapitre 5 : Résultats .....</b>		<b>39</b>
5.1	Profil des informateurs clés .....	39
5.2	Perceptions du rôle et des pratiques des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques.....	40
5.2.1	Un rôle professionnel destiné à mieux répondre aux besoins de santé de la population, mais encore largement méconnu dans le système de santé québécois .....	41
5.2.1.1	Un rôle hybride entre l’infirmière clinicienne et le médecin.....	41
5.2.1.2	Un rôle encore méconnu dans le réseau de la santé et dans la population québécoise ....	42
5.2.1.3	Un rôle adapté aux besoins de santé de la population québécoise.....	44
5.2.2	Des pratiques centrées sur la prévention, la promotion de la santé et l’autonomisation des patients à la prise en charge de leur(s) maladie(s) chronique(s) .....	45
5.2.3	Des pratiques jugées comme une valeur ajoutée pour le système de santé et de services sociaux et pour la population québécoise .....	46
5.2.3.1	Impacts perçus des pratiques des IPSPL auprès des personnes atteintes de maladies chroniques .....	46
5.2.3.2	Impacts perçus des pratiques des IPSPL dans les équipes de soins de première ligne ....	47
5.2.3.3	Impacts perçus des pratiques des IPSPL pour l’offre de soins de santé de première ligne	49
5.3	Défis perçus limitant une pratique optimale des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques	51
5.3.1	Une réglementation restrictive engendrant une prise en charge sous-optimale des patients atteints de maladie(s) chronique(s).....	51
5.3.2	Des IPSPL manquant parfois d’outils et d’expérience pour gérer des maladies chroniques de plus en plus complexes.....	53
5.3.3	Méconnaissance persistante du rôle de l’IPSPL, résistance et craintes face au changement : des barrières à une intégration et à une collaboration interprofessionnelle optimales pour une gestion efficace des maladies chroniques .....	56
5.3.4	Un nombre insuffisant d’IPSPL au Québec qui compromettrait la diffusion du rôle et la réponse aux besoins des milieux dans le domaine des maladies chroniques .....	58
5.4	Recommandations formulées afin d’optimiser la pratique des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques.....	60
5.4.1	Réunir les conditions organisationnelles favorables à une pratique optimale des IPSPL .....	60
5.4.2	Établir une meilleure planification des services pour les personnes atteintes de maladies chroniques .....	63
5.4.3	Poursuivre les efforts de représentation et d’évaluation pour démontrer la valeur ajoutée des IPSPL et favoriser leur déploiement à travers le Québec .....	67
<b>Chapitre 6 : Discussion .....</b>		<b>70</b>
6.1	Résumé des principaux résultats.....	70
6.2	Certains défis qui s’atténuent avec le temps et l’expérience .....	71

6.2.1	La collaboration interprofessionnelle : une aptitude qui se développe.....	71
6.2.2	Le développement des compétences de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité : une courbe d'apprentissage.....	74
6.3	Des défis plus difficiles à surmonter .....	77
6.3.1	Une autonomie lente à gagner.....	77
6.3.2	Une confusion persistante sur le rôle de l'IPSPL dans le système de santé qui menace la pérennité de la profession.....	79
6.4	Un enjeu structurel de taille : la transition d'un système de santé axé sur la prise en charge de maladies aiguës à un système adapté à la gestion des maladies chroniques .....	81
6.5	Discussion en lien avec les cadres conceptuels.....	82
6.5.1	Discussion en lien avec le <i>Chronic Care Model</i> (CCM) .....	83
6.5.2	Discussion en lien avec le modèle des déterminants de la collaboration interprofessionnelle .....	84
6.6	Forces et limites de l'étude .....	86
	<b>Conclusion.....</b>	<b>88</b>
	<b>Références.....</b>	<b>90</b>
	<b>Annexe I : Schéma d'entrevue semi-structuré .....</b>	<b>98</b>
	<b>Annexe II : Feuillet d'information et formulaire de consentement.....</b>	<b>101</b>
	<b>Annexe III : Lettre d'invitation.....</b>	<b>107</b>

## Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Caractéristiques des informateurs clés	40
Figure 1 : Le <i>Chronic Care Model</i>	25
Figure 2 : Les déterminants de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé	31



## Abréviations et acronymes

AIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
IPS	Infirmières praticiennes spécialisées
IPSPL	Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
UMF	Unité de médecine familiale

# Remerciements

Je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, j'aimerais remercier ma directrice Laurence Guillaumie, sans qui je n'aurais pu mener à terme ce projet. Merci pour votre support académique et moral, votre rigueur intellectuelle, vos commentaires constructifs, vos encouragements continus et votre compréhension. Je remercie également Mathieu Bujold pour m'avoir enseigné les rudiments de la recherche qualitative et m'avoir assistée dans l'analyse des données. Merci aussi à Louise Bujold et Sophie Lauzier pour leur généreuse contribution dans l'évaluation de mon protocole de recherche.

Je voudrais par ailleurs exprimer ma grande reconnaissance à la direction du programme de résidence en santé publique et médecine préventive de l'Université Laval, et en particulier à Chantal Sauvageau. Merci pour votre écoute, votre empathie, votre ouverture et votre indéfectible support.

Enfin, je remercie du fond du coeur ma famille, mes ami(e)s et mes collègues pour leurs encouragements soutenus et pour avoir été là pour moi dans les hauts comme dans les bas de cette aventure.

# Introduction

Le rôle d'infirmière<sup>1</sup> praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) a été créé au Québec en 2007 dans le cadre de réformes de l'organisation du système de santé visant à améliorer l'accessibilité aux soins de santé et à favoriser une meilleure prise en charge des patients dans les services de santé de première ligne (Carnwell et Daly, 2003; OIIQ et CMQ, 2014).

Considérant que près de la moitié de la population du Québec est atteinte d'au moins une maladie chronique<sup>2</sup> (ISQ, 2014), les IPSPL comme les autres professionnels de la santé œuvrant en soins de première ligne sont mobilisés pour prévenir ces maladies ou améliorer l'état de santé des personnes qui en sont atteintes. D'après le cadre de référence sur la prise en charge des maladies chroniques en soins de première ligne du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), « la responsabilité de soutenir la personne atteinte de maladie chronique et ses proches relève principalement des instances de première ligne » (MSSS, 2012, p.6). Habilitées à assurer le suivi des maladies chroniques stables telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires ou respiratoires, les IPSPL contribuent à répondre à un important besoin populationnel en matière de santé et de bien-être, considérant la proportion importante de la population atteinte de maladies chroniques, tout en allégeant le fardeau que représente la prise en charge de ces maladies pour notre système de santé.

Le présent projet de recherche a visé à explorer les pratiques et les défis des IPSPL auprès des personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) au Québec. Il a été mené auprès d'informateurs clés détenant, de par leur rôle et position professionnels, une bonne connaissance de la pratique des IPSPL et des soins de première ligne. Ces informateurs clés incluent des médecins partenaires, des infirmières cliniciennes, des gestionnaires, ainsi que des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, du milieu universitaire et d'associations professionnelles concernés par ce nouveau rôle au sein du système de santé. Ce projet permet de formuler des recommandations afin d'améliorer le soutien qu'offrent les IPSPL à la population québécoise atteinte de maladies chroniques et l'organisation des services de santé destinés à cette population.

Ce projet s'inscrit au sein d'une plus vaste étude initiée à l'automne 2013 par Laurence Guillaumie, Sophie Lauzier et Louise Bujold, professeures à la Faculté de sciences infirmières et à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. L'étude dans son ensemble comprend deux volets reposant tous deux sur un devis qualitatif

---

<sup>1</sup> Dans ce document, le générique féminin sera utilisé pour les termes « infirmière », « IPSPL » et « directrice des soins infirmiers ».

<sup>2</sup> Les maladies chroniques suivantes sont considérées : arthrite/arthrose/rhumatisme, diabète, bronchite chronique / emphysème / MPOC, hypertension, maladies cardiaques et autres maladies chroniques (parmi une liste de plus d'une centaine de maladies incluant ostéoporose, asthme, AVC, dépression chronique et cancer) (ISQ, 2014).

exploratoire, soit un volet consistant en des entrevues auprès d'IPSPL et un autre consistant en des entrevues auprès d'informateurs clés d'autres affiliations professionnelles, sur lequel porte ce mémoire. Au moment où l'étudiante-chercheuse s'est greffée à l'équipe en juin 2014 dans le cadre de ses travaux de maîtrise en santé communautaire, les entrevues de l'étude avaient déjà été conduites et retranscrites par l'équipe responsable de la recherche. La contribution de l'étudiante-chercheuse à ce projet a consisté à compléter la collecte de données par le recrutement et la réalisation d'une entrevue auprès d'un médecin partenaire, à codifier les entrevues transcrites et à analyser et interpréter des données recueillies.

Ce mémoire sera divisé en six chapitres. Le premier chapitre permettra de bien situer le contexte relatif aux maladies chroniques et au rôle de l'IPSPL au Québec et de définir la problématique à l'origine de cette étude. Le second chapitre présentera l'état actuel des connaissances scientifiques sur le sujet de même que les objectifs et les questions de recherche. Les cadres conceptuels ayant guidé la réalisation de l'étude et l'analyse des données seront abordés au troisième chapitre, puis le quatrième chapitre décrira les aspects méthodologiques, les critères de rigueur et les considérations éthiques. Dans le cinquième chapitre, les résultats issus des entrevues réalisées auprès d'informateurs clés québécois seront présentés. Enfin, le sixième chapitre portera sur l'analyse et l'interprétation des données recueillies en fonction de la littérature et des cadres conceptuels ainsi que sur les forces et limites de l'étude.

# Chapitre 1 : Contexte et problématique

Dans ce premier chapitre seront présentés les éléments de contexte qui sous-tendent cette étude. D'abord, un portrait des maladies chroniques à l'échelle mondiale, canadienne et québécoise sera dressé. Nous constaterons ainsi le lourd fardeau sanitaire et économique que représentent les maladies chroniques pour les systèmes de santé ici comme ailleurs, et comment ceux-ci ne sont toujours pas adaptés à une prise en charge optimale de ces maladies. Par la suite, nous explorerons le contexte d'apparition des IPSPL au Québec dans la foulée des réformes organisationnelles, professionnelles et législatives des dernières décennies. Les fonctions de l'IPSPL au sein du système de santé et de services sociaux<sup>3</sup> québécois seront détaillées, ainsi que le rôle que l'IPSPL est habilitée à jouer auprès des patients atteints de maladies chroniques. Enfin, nous conclurons ce chapitre par un survol des impacts positifs de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques par l'IPSPL, malgré le constat de barrières qui limitent sa pleine contribution auprès de cette clientèle.

## 1.1 Le fardeau des maladies chroniques dans le monde, au Canada et au Québec

Les maladies chroniques, aussi appelées problèmes de santé de longue durée, regroupent un vaste ensemble de problèmes de santé qui comprend entre autres les maladies cardiovasculaires dont l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), le diabète, l'arthrite, et plus largement les cancers et les problèmes de santé mentale (AQESSS, 2014). Les maladies chroniques sont principalement le résultat de processus biologiques liés à la génétique et au vieillissement et de l'adoption de mauvaises habitudes de vie telles que la sédentarité, la mauvaise alimentation, la consommation d'alcool et le tabagisme (MSSS, 2012, OMS, 2010). Il est estimé que jusqu'à 80% des maladies cardiovasculaires et du diabète de type 2 et plus du tiers des cancers pourraient être évités par l'élimination de ces facteurs de risque comportementaux (OMS, 2010). Par ailleurs, il est également démontré que les maladies chroniques touchent davantage les personnes de plus faibles niveaux de revenu et de scolarité, témoignant de l'action de déterminants sociaux sur le développement de ces maladies (AQESSS, 2014; MSSS, 2012).

Un peu partout à travers le monde, la prévalence des maladies chroniques est en constante progression et constitue un problème criant de santé publique. Les maladies chroniques représentent un lourd fardeau à la fois pour les personnes qui en sont atteintes, pour leurs proches et pour les systèmes de santé et la société en général. En 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapportait que les maladies chroniques étaient

---

<sup>3</sup> Ci-après nommé « système de santé » afin d'alléger le texte.

responsables de 60% de la charge mondiale de morbidité (OMS, 2003). À l'échelle internationale, il est estimé que 60% des décès seraient attribuables aux quatre maladies chroniques les plus fréquentes, soit les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires chroniques, les cancers et le diabète, ce qui représente 35 millions de décès annuellement (OMS, 2010).

Au Canada, les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2014 révèlent que 38,4% de la population canadienne âgée de 20 ans et plus est atteinte d'au moins l'une des dix principales maladies chroniques<sup>4</sup>, et 14,8% d'au moins deux de ces maladies (ASPC, 2016). Ensemble, les maladies cardiovasculaires, neuropsychiatriques, respiratoires, digestives et musculosquelettiques de même que les cancers et le diabète représentaient en 2008 un fardeau économique de plus de 47 milliards de dollars en coûts directs (soins médicaux, médicaments, soins hospitaliers) et indirects (perte de productivité associée à la maladie ou au décès prématuré) (ASPC, 2014). Pour quatre des cinq maladies chroniques les plus coûteuses, les soins hospitaliers représentaient la plus grande proportion des coûts directs pour le système de santé, surpassant les coûts directs associés aux médicaments et aux soins médicaux, incluant la rémunération à l'acte des médecins (ASPC, 2014).

Ici au Québec, les données de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 (EQLAV) démontrent que 48% de la population âgée de 15 ans et plus est atteinte d'au moins une maladie chronique (ISQ, 2014). Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, cette proportion grimpe à 84%. De plus, près du quart de la population québécoise âgée de 15 ans et plus ainsi que 62% des aînés de 75 ans et plus rapportent être atteints de deux maladies chroniques ou plus. Chez les personnes atteintes d'au moins une maladie chronique, environ le tiers d'entre elles présente une incapacité<sup>5</sup> légère alors qu'une personne sur cinq a une incapacité modérée à grave.

Avec le vieillissement de la population observé dans plusieurs pays développés incluant le Canada, le fardeau associé aux maladies chroniques est appelé à s'alourdir. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la réduction et la prise en charge des maladies chroniques représentent l'un des plus grands défis du XXI<sup>e</sup> siècle pour les systèmes de santé à travers le monde (OMS, 2010). À des fins de clarification, le terme « prise en charge » réfère ici à un concept global qui inclut le diagnostic, le traitement, le suivi et le soutien pour répondre aux besoins psychosociaux des patients (OMS, 2003). Selon Nolte, Knai et McKee (2008), la prise en charge des maladies chroniques requiert des interventions complexes sur une période prolongée, basées sur l'action

---

<sup>4</sup> Les dix principales maladies chroniques considérées sont les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, l'arthrite, la maladie d'Alzheimer et autres démences, les troubles de l'humeur (dépression) et l'anxiété (ASPC, 2016).

<sup>5</sup> Dans l'EQLAV 2010-2011, l'incapacité (de longue durée) se définit comme la présence depuis 6 mois ou plus d'une atteinte de l'audition, de la vision, de la parole, de la mobilité, de l'agilité ou de nature psychologique ou intellectuelle qui entraîne des difficultés dans la réalisation des activités courantes.

coordonnée d'équipes interdisciplinaires, ainsi qu'une approche favorisant l'autonomisation du patient. Les enjeux sont d'autant plus grands que les maladies chroniques tendent à survenir de façon concomitante chez un même patient, soulevant la problématique de la multimorbidité (AQESSS, 2014; CSBE, 2010; Nolte et al., 2008). Les besoins complexes des personnes atteintes de maladies chroniques cadrent mal avec l'organisation traditionnelle de la première ligne autour de modèles de prestation de soins aigus, dispensés ponctuellement sans approche globale, continue et intégrée (AQESSS, 2014; CSBE, 2010; OMS, 2003). Alors qu'historiquement, ces modèles de soins répondaient bien aux besoins engendrés par les grandes épidémies de maladies transmissibles, ils sont peu à peu devenus désuets et inadaptés face à la transition épidémiologique des dernières décennies, caractérisée par un recul des maladies infectieuses au profit d'une progression constante des maladies chroniques.

Dans une étude menée en 2008 auprès de patients atteints de maladies chroniques dans huit pays dont le Canada, Schoen, Osborn, How, Doty et Peugh (2009) ont constaté que c'est au Canada que l'on retrouvait l'accès le moins rapide aux soins de première ligne, la plus grande difficulté d'accès aux soins en dehors des heures ouvrables et le recours le plus fréquent aux urgences, notamment pour des conditions non urgentes. De plus, 35% des répondants rapportaient être suivis par quatre médecins ou plus. Ici au Québec, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) soulignait dans un rapport de 2010 le manque de continuité, de coordination et de cohérence dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (CSBE, 2010). Il dénonçait aussi la difficulté d'accès à un médecin de famille et les délais pour obtenir un rendez-vous médical et pour avoir accès à des tests diagnostiques et aux consultations auprès de spécialistes. Selon les données de l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 (ISQ, 2013), 21% de la population québécoise est sans médecin de famille<sup>6</sup>. Parmi celle-ci, près de 11% des personnes ayant un problème de santé de longue durée et 5% des personnes atteintes de deux problèmes ou plus rapportaient un besoin non comblé à ce niveau. Dans un rapport de 2014, l'AQESSS remarquait que les services destinés aux personnes atteintes de maladies étaient encore trop concentrés en milieux hospitaliers au niveau des spécialistes de la deuxième ligne et trop axés sur une approche par maladie plutôt qu'une approche globale du patient (AQESSS, 2014). Ce rapport notait aussi que le Québec figurait parmi les provinces et les pays qui obtiennent les pires résultats au regard de la plupart des indicateurs relatifs aux maladies chroniques.

Face à ces enjeux, plusieurs stratégies d'action ont été proposées afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en première ligne. Celles-ci tournent principalement autour des interventions de promotion de la santé et de prévention de la maladie, d'une approche globale centrée sur le patient, du

---

<sup>6</sup> Au printemps 2016, un Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) a été mis en place par le MSSS afin de remédier à cette problématique. Ce guichet fait suite à l'implantation des Guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), implantés depuis 2009 dans la province.

renforcement des capacités d'autogestion par les patients, du travail interdisciplinaire ainsi que d'un meilleur accès à des soins de santé primaires continus, intégrés et coordonnés (AQESSS, 2014; OMS, 2010). Plusieurs modèles de gestion des maladies chroniques ont émergé dans les dernières décennies, le plus connu étant le *Chronic Care Model* (Wagner, 1998). Ce modèle sera décrit plus en détails au troisième chapitre. Tout comme l'OMS (2003), le CSBE (2010) note qu'à la lumière des différents modèles de gestion des maladies chroniques, un véritable changement de paradigme et une restructuration des systèmes de santé s'imposent.

## **1.2 L'apparition du rôle de l'IP SPL dans le contexte des réformes du système de santé**

Le système de santé québécois fait face à plusieurs défis, notamment en ce qui a trait aux ressources limitées, à l'accessibilité et à la continuité des soins de première ligne. Ces enjeux sont intimement liés aux changements sociodémographiques et épidémiologiques caractérisés par le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies chroniques (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). À l'instar de plusieurs autres pays développés à travers le monde, le Québec a mis en œuvre une série de réformes organisationnelles, professionnelles et législatives au cours des dernières décennies visant à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins ainsi qu'à assurer la pérennité du système de santé. Bien que les maladies chroniques ne soient pas spécifiquement à l'origine de ces réformes, elles se retrouvent très souvent dans l'argumentaire qui les sous-tendent (CSBE, 2010). Ces réformes ont été guidées par les recommandations issues de plusieurs commissions québécoises et canadiennes et de rapports de grandes organisations internationales du domaine de la santé. Ces recommandations ont principalement porté sur la réorientation des systèmes de santé vers des soins de santé primaires intégrés, le renforcement des services de première ligne, la collaboration interprofessionnelle et la redistribution des ressources humaines en santé dans la perspective d'un meilleur arrimage des diverses compétences professionnelles (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000; Committee on Quality of Health Care in America et Institute of Medicine, 2001; OMS, 2000; OMS, 2008; Romanow, 2002).

Il importe ici de clarifier certains concepts. D'abord, les termes « soins de santé primaires » et « soins de santé de première ligne » sont souvent utilisés de façon indifférenciée, bien que dans les faits ils réfèrent à des concepts distincts (Trottier, Fournier, Diene et Contandriopoulos, 2003). À l'origine, les soins de santé primaires sont définis dans la Déclaration d'Alma-Ata comme « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation [...] Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec



le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire » (OMS, 1978). Les soins de santé primaires sont à la fois une philosophie et une approche des soins de santé, positionnant les personnes soignées au cœur du processus de soins et intégrant la promotion de la santé, le développement communautaire et l'action intersectorielle afin d'aborder les déterminants sociaux de la santé (Aggarwal et Hutchison, 2012; AIIC, 2015). L'OMS reconnaît toutefois qu'il n'existe pas de définition uniforme et universellement applicable des soins de santé primaires (OMS, 2000). Le concept très large décrit précédemment trouve en effet peu d'écho dans les contextes canadien et québécois, qui s'appuient davantage sur une définition comme celle de Starfield (1998) qui décrit les soins primaires comme « le niveau de premier accès au système de santé pour tout nouveau besoin ou problème et offrant des services axés sur la personne (et non sur la maladie), qui procure des services pour tous les cas sauf les plus rares ou inhabituels, et qui coordonne ou intègre les soins offerts ailleurs par d'autres intervenants » (Starfield, 1998, cité dans Aggarwal & Hutchison, 2012, p.8). Ainsi, au Québec, les soins primaires font davantage référence au concept de soins de première ligne, qui représente le principal point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux (CSBE, 2009). Il s'agit d'un premier niveau de services s'adressant aux problèmes de santé courants, desservant un grand nombre de personnes et dispensés directement dans la communauté par une gamme de professionnels tels que médecins de famille, infirmières, travailleurs sociaux, sages-femmes, etc. (CSBE, 2009). Quant aux soins intégrés, l'OMS les définit comme la gestion et la prestation de services de santé s'inscrivant dans un continuum de services préventifs, curatifs et de réhabilitation, adaptés aux besoins de santé évolutifs des individus et dispensés à divers niveaux et milieux du système de santé (Nolte et al., 2008).

Par ailleurs, on note aussi dans la littérature qui sous-tend les réformes de santé un fort plaidoyer pour une utilisation plus judicieuse des ressources humaines en santé, impliquant notamment une redéfinition et une expansion des rôles professionnels afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population de la manière la plus efficiente possible (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000; Katon, Von Korff, Lin et Simon, 2001; OMS, 2003; Romanow, 2002). Dans un contexte récurrent de pénurie de ressources médicales dans certains milieux de première ligne, Bodenheimer, Wagner et Grumbach (2002) affirment que la solution loge dans l'expansion du rôle des autres professionnels de la santé. Dans le domaine des maladies chroniques, une telle expansion pourrait générer des impacts positifs importants sur l'organisation des services, considérant que 25% des soins en maladies chroniques pourraient être redirigés vers des professionnels non médecins selon une approximation conservatrice (Bodenheimer et Smith, 2013).

C'est dans ce contexte et suite à l'adoption en 2002 de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (loi 90), qu'apparaît en 2005 le rôle d'infirmière

praticienne spécialisée (IPS) dans le paysage professionnel québécois. Ce rôle existe déjà depuis les années 1960 et 1970 aux États-Unis et au Canada, initialement implanté pour répondre aux besoins des populations vulnérables mal desservies telles que les populations autochtones ou habitant des régions éloignées (Browne et Tarlier, 2008). Au Québec, les premières réflexions qui ont jeté les bases de la réforme du système professionnel dans le domaine de la santé sont issues des travaux de la Commission Rochon, qui concluait à « la nécessité de revoir toute la notion de champ exclusif et, par conséquent, le mécanisme de délégation des actes afin de promouvoir la collaboration interprofessionnelle et le travail en équipe multidisciplinaire » (Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux, 1987, cité dans Hudon, Perreault et Martin, 2009, p. 324). Ce n'est toutefois qu'au milieu des années 1990 que ces recommandations ont trouvé suite, notamment via les revendications de l'OIIQ concernant le développement de la profession d'IPS (Hudon et al., 2009). Une forte résistance des médecins s'est ensuivie, mais le contexte de pénurie d'effectifs médicaux et les conclusions du rapport Clair en faveur de la création des rôles infirmiers avancés ont donné au MSSS les assises nécessaires pour légiférer en 2002 avec la loi 90 et ainsi permettre la création du rôle d'IPS au Québec (Hudon & al 2009).

### **1.3 Définition du rôle de l'IPSPL au Québec**

Au Québec, l'IPS se définit comme « une infirmière titulaire d'un certificat de spécialiste, qui donne des soins infirmiers avancés et exerce des activités médicales autorisées par un règlement du Collège des médecins du Québec afin de gérer les problèmes de santé aigus et chroniques dans un domaine de spécialité particulier (néonatalogie, cardiologie, néphrologie, soins de première ligne) » (OIIQ, 2010, p.1). Elle se distingue par sa formation universitaire spécifique de deuxième cycle en sciences infirmières et en sciences médicales qui l'habilite, en plus des fonctions propres à sa profession infirmière, à pratiquer sous certaines conditions cinq activités médicales autrefois réservées uniquement aux médecins. Par exemple, l'IPS peut prescrire des examens diagnostiques, prescrire des médicaments, utiliser des techniques diagnostiques invasives, prescrire des traitements médicaux ou encore utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs.

Selon les données de 2014-2015 de l'OIIQ, 268 infirmières exercent la fonction d'IPS au Québec, comparativement à 91 en 2010-2011 (Marleau, 2015). À ce jour, il existe quatre spécialités d'IPS dans la province: la cardiologie, la néphrologie, la néonatalogie (2005) et, plus récemment, les soins de première ligne (2007) (Durand et Maillé, 2013). En 2014-2015, la plupart des IPS, soit 225, étaient spécialisées en soins de première ligne (Marleau, 2015). L'IPS de la première ligne, appelée IPSPL, peut exercer autant dans les groupes de médecine de famille (GMF), les unités de médecine familiale (UMF) et les centres locaux de services communautaires (CLSC) que dans les cabinets privés, les cliniques-réseau ou les dispensaires en

régions isolées. En collaboration avec des médecins partenaires, elle y offre des soins de santé ambulatoires à une clientèle de tous âges : nouveau-nés, enfants, adolescents, adultes, femmes enceintes et personnes âgées. Les activités de l'IPSPL s'articulent autour de quatre grands axes, soit la promotion de la santé et la prévention de la maladie, la prise en charge des problèmes de santé courants, la prise en charge des maladies chroniques stables ainsi que le suivi des grossesses normales (OIIQ et CMQ, 2014).

Les IPSPL contribuent ainsi par leurs fonctions diverses à améliorer l'accessibilité aux soins et à mieux répondre aux besoins de santé de la population (AIIC, 2009). Dans les milieux où les IPSPL sont implantées depuis plusieurs années, notamment aux États-Unis où le rôle existe depuis les années 1960, il a été démontré que les IPSPL offrent des soins de qualité comparable et parfois même supérieure à ceux prodigués par les médecins, et pouvant apporter plus de satisfaction aux patients (Horrocks, Anderson et Salisbury, 2002; Mundinger et al., 2000; Newhouse et al., 2011).

### **1.3 Le rôle des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques**

Par ailleurs, les IPSPL ont un rôle important à jouer auprès des patients atteints de maladies chroniques dites stables (Durand et Maillé, 2013). D'après les lignes directrices sur la pratique de l'IPSPL (OIIQ et CMQ, 2014), une maladie chronique stable se caractérise par le fait qu'un diagnostic a été établi par un médecin et qu'un plan de traitement médical donnant les résultats attendus est en place. Parmi les maladies chroniques pouvant faire l'objet d'un suivi par les IPSPL, on trouve le plus souvent le diabète, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, les problèmes de santé mentale, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'asthme et les maladies coronariennes. Les IPSPL assurent le suivi des maladies chroniques stables (surveillance des signes, symptômes, paramètres biologiques), poursuivent ou ajustent le traitement médical médicamenteux ou non médicamenteux, déterminent ou ajustent les plans d'action, surveillent les effets du traitement, prescrivent des examens diagnostiques et demandent l'intervention du médecin partenaire au besoin (OIIQ et CMQ, 2014).

Le rôle des IPSPL auprès des patients atteints de maladies chroniques revêt une grande importance d'un point de vue de santé publique considérant l'ampleur de la problématique des maladies chroniques dans la population québécoise et ses répercussions sur notre système de santé. Selon Wagner (2000), la plupart des interventions efficaces au niveau des maladies chroniques impliquent la présence d'infirmières en pratique avancée, que ce soit des infirmières cliniciennes ou des IPS. De par leur formation à la fois infirmière et médicale, les IPSPL possèdent un champ de compétences tout à fait adapté à la prise en charge optimale des maladies chroniques (AIIC, 2008). Les données de la littérature démontrent que les milieux de première ligne bénéficiant de la présence des IPSPL offrent une gestion des maladies chroniques qui respecte davantage les

lignes directrices de prise en charge (Russell et al., 2009). D'autres études ont par ailleurs souligné la qualité du suivi des IPSPL, les impacts positifs qu'elles génèrent pour les patients, leurs familles et les équipes de première ligne ainsi que le rapport coûts-bénéfices avantageux qu'elles représentent pour les systèmes de santé (Bauer, 2010; Chenoweth, Martin, Pankowski et Raymond, 2008; Martin-Misener et al., 2015; Moore et McQuestion, 2012; Newhouse et al., 2011; Perloff, DesRoches et Buerhaus, 2016). De plus, plusieurs études, dont une revue systématique de 2013, ont démontré que les résultats des soins dispensés par les IPSPL aux patients atteints de maladies chroniques étaient équivalents à ceux des médecins (Aleshire, Wheeler et Prevost, 2012; Allen et al., 2011; Horrocks et al., 2002; Laurant et al., 2005; Munding et al., 2000; Newhouse et al., 2011; Stanik-Hutt et al., 2013). Enfin, les IPSPL apportent une contribution unique au soutien de l'autogestion efficace des soins pour les maladies chroniques (AIIIC, 2012), mettant ainsi en œuvre une stratégie efficace et préconisée dans la prise en charge des maladies chroniques. Le soutien à l'autogestion se définit comme l'apport systématique, par les prestataires de soins et autres intervenants, de formation, d'encadrement et d'autres interventions aux patients atteints de maladies chroniques pour leur permettre d'acquérir « la confiance, les connaissances, les compétences et la motivation nécessaires afin de gérer les répercussions physiques, sociales et émotionnelles de leur maladie » (Conseil canadien de la santé, 2012, p.4)

Considérant l'apport reconnu des IPSPL dans la prise en charge des maladies chroniques, il apparaît prioritaire de déployer davantage leur rôle dans les milieux de première ligne et de mettre en place les conditions optimales pour qu'elles puissent intervenir adéquatement auprès de cette clientèle. Or, trop peu d'IPSPL seraient actuellement impliquées au Canada dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques (El-Jardali et Lavis, 2011). Un sondage mené en 2008 révélait que seulement 22% des adultes canadiens atteints de maladies chroniques rapportaient l'implication régulière d'une infirmière dans le cadre de leur suivi, comparativement à 48% aux États-Unis (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). De plus, les IPSPL feraient face à certains défis qui compromettraient leur apport dans le domaine des maladies chroniques, bien que jusqu'à maintenant, peu d'études semblent s'être penchées spécifiquement sur ce sujet. Dans une étude portant sur la pratique des IPSPL en Australie auprès de patients atteints de maladies cardiovasculaires, les contraintes les plus souvent nommées par les IPSPL étaient la méconnaissance de leur rôle par les médecins généralistes, l'attitude méfiante des médecins, le cadre législatif contraignant de leur pratique ou encore le manque de ressources matérielles adéquates (Halcomb, Davidson, Griffiths et Daly, 2008). Dans un mémoire publié en 2013, l'OIIQ soulignait les difficultés liées au fait que les IPSPL ne peuvent pas amorcer de traitement pour les maladies chroniques les plus fréquentes, le traitement devant être initié par le médecin (Durand et Maillé, 2013). L'OIIQ dénonçait aussi d'autres contraintes réglementaires entourant la prescription de médicaments, la prescription d'analyses de laboratoire et d'imagerie et la référence à des médecins spécialistes.

Bien que deux études indépendantes se soient penchées sur les défis liés au processus d'implantation et d'intégration des IPSPL (Contandriopoulos et al., 2015) et d'implantation de modèles intégrés de prévention et gestion des maladies chroniques (Lévesque, Feldman, Dufresne, Bergeron et Pinard, 2007) au Québec, il n'existe à notre connaissance aucune étude québécoise ayant intégré ces deux objets d'étude. Dans ce contexte, il est apparu très pertinent d'explorer plus en profondeur quels étaient les défis rencontrés par les IPSPL dans le domaine des maladies chroniques au Québec, afin de soutenir le déploiement prévisible de leur rôle auprès de cette clientèle. Pour ce faire, nous avons d'abord cherché à mieux documenter le sujet dans la littérature scientifique. Le chapitre suivant présente les résultats de notre recension des écrits.

## **1.5 Question de recherche et objectifs**

Ce projet de recherche a visé à répondre à la question suivante :

Quels sont les barrières et les facteurs facilitants rencontrés par les IPSPL dans leur pratique auprès de la population québécoise atteinte de maladie(s) chronique(s), selon la perspective d'informateurs clés en soins infirmiers et en soins de première ligne?

Par « pratique », on entend la pratique clinique des IPSPL auprès des patients atteints de maladies chroniques. Cette pratique est influencée par de nombreux facteurs, que ce soit au niveau des caractéristiques individuelles des IPSPL et des patients, des interactions avec les autres professionnels de la santé ou encore des conditions organisationnelles, réglementaires et structurelles dans lesquelles œuvrent les IPSPL. Ces facteurs peuvent nuire à la pratique (barrières) ou encore la faciliter (facteurs facilitants).

L'objectif général de cette recherche a été d'explorer les défis de la pratique des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques au Québec, tels que perçus par des informateurs clés en soins infirmiers et en soins de première ligne.

Les objectifs spécifiques étaient de :

1. Documenter les représentations du rôle des IPSPL auprès des personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) et les spécificités de leur pratique auprès de cette clientèle;
2. Explorer les barrières que rencontrent les IPSPL dans leur pratique auprès des personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) :
3. Explorer les facteurs qui facilitent le travail des IPSPL auprès des personnes atteintes de maladie(s) chronique(s);
4. Formuler, le cas échéant, des recommandations afin d'optimiser la pratique des IPSPL auprès des personnes atteintes de maladie(s) chronique(s).

## Chapitre 2 : Recension des écrits

Dans cette section sont présentés les résultats d'une recension des études conduites à travers le monde ayant documenté les perceptions d'informateurs clés quant aux rôles, pratiques et défis des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques. Notre recension a été effectuée à partir des bases de données Pubmed, CINAHL, Embase, Medline et Google Scholar. Les mots-clés « infirmière praticienne », « IPS », « IPSPL », « pratique infirmière avancée », « première ligne », et « maladies chroniques » ont été utilisés. Ces mots ont été traduits en anglais par les mots-clés *nurse practitioner*, *family nurse practitioner*, *NP*, *advanced practice nurse*, *advanced practice nursing*, *chronic care*, *chronic disease*, *chronic illness*, *chronically ill*, *chronic patients*, *primary care*, *primary health care*, *family practice* et *general practice*.

Les critères d'inclusion des études étaient les suivants : 1) consister en des études descriptives de type qualitatif, quantitatif ou mixte et des revues systématiques d'études descriptives, 2) porter sur la pratique des IPSPL dans les principaux milieux de soins de première ligne destinés à la population générale, c'est-à-dire les cliniques médicales et les centres de soins communautaires et excluant les urgences, 3) avoir été conduites auprès d'informateurs clés, c'est-à-dire auprès de personnes ayant acquis une expertise spécifique sur la pratique des IPSPL en raison de leurs expériences professionnelles, ce qui exclut les études conduites exclusivement auprès des patients et des IPSPL, 4) être publiées à partir de 2000 et 5) être publiées en français ou en anglais. Considérant le faible nombre d'études portant sur la pratique des IPSPL spécifiquement auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, il a été décidé d'élargir la recherche à la pratique des IPS dans les milieux de soins de première ligne, d'où le libellé du deuxième critère d'inclusion qui ne fait pas référence au domaine des maladies chroniques. Les études portant sur la pratique des IPS dans les milieux de soins de longue durée, les urgences et les cliniques de suivi ambulatoires hospitalières ont été exclues, considérant que 1- les IPSPL ne sont actuellement pas déployées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec<sup>7</sup>, 2- la pratique en urgence ne constitue pas une majeure de la pratique des IPSPL au Québec<sup>8</sup> et 3- les cliniques ambulatoires hospitalières ne correspondent pas à un milieu de soins de la première ligne tel que définie au chapitre précédent.

Un total de 23 études a été recensé dans le cadre de ce projet. De ce nombre, on retrouve huit études qualitatives, quatre études quantitatives, dix études mixtes et une revue systématique. La majorité de ces études (13/23) avaient pour objectif de documenter les perceptions d'informateurs clés sur le rôle et les

---

<sup>7</sup> Un projet vitrine du MSSS visant l'intégration des IPSPL dans les centres d'hébergement est actuellement en cours (Durand et Maillé, 2015).

<sup>8</sup> D'après les lignes directrices encadrant la pratique des IPSPL, « le service des urgences d'un centre hospitalier (CH) ne peut être le seul milieu d'exercice de cette professionnelle, car son activité principale doit demeurer le suivi et la prise en charge de la clientèle. » (OIIQ et CMQ, 2014, p. 7)

pratiques des IPSPL, alors que six d'entre elles portaient plutôt sur le processus d'implantation et d'intégration des IPSPL et quatre, sur la collaboration interprofessionnelle. Les 23 études recensées ont été menées dans 10 pays différents ; neuf études ont été conduites au Canada, dont une dans la province de Québec. Un peu moins de la moitié (12/23) a documenté les perceptions d'une variété d'informateurs clés incluant des médecins, des IPSPL, des patients, d'autres professionnels de la santé, des gestionnaires, des responsables de la formation académique et des décideurs. Un total de neuf études a été mené exclusivement auprès de médecins et d'IPSPL, alors que deux études se sont concentrées sur les perceptions des médecins seulement.

## **2.1 Perceptions du rôle et des pratiques des IPSPL**

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux perceptions de différents groupes d'informateurs clés concernant le rôle et les pratiques des IPSPL dans les équipes de soins de première ligne (DiCenso et Matthews, 2005; Donald et al., 2010; Donelan, DesRoches, Dittus et Buerhaus, 2013; Fletcher, Baker, Copeland, Reeves et Lowery, 2007; Humbert et al., 2007; Lindblad, Hallman, Gillsjo, Lindblad et Fagerstrom, 2010; Majjala, Tossavainen et Turunen, 2015; Marsden et Street, 2004; Martin-Misener, Reilly et Vollman, 2010; Perry, Thurston, Killey et Miller, 2005; Reay, Patterson, Halma et Steed, 2006; Reveley, 2001; Sangster-Gormley et al., 2015; Sangster-Gormley, Martin-Misener et Burge, 2013; Schadewaldt, McInnes, Hiller et Gardner, 2013; Sciamanna, Alvarez, Miller, Gary et Bowen, 2006; Wilson, Pearson et Hassey, 2002).

D'abord, les résultats de plusieurs études suggèrent que les médecins et autres professionnels des équipes de soins de première ligne sont satisfaits du travail des IPSPL et de leur collaboration avec celles-ci (DiCenso et Matthews, 2005; Dierick-van Daele et al., 2010; Sangster-Gormley et al., 2015). L'arrivée d'une IPSPL dans un milieu est entre autres perçue comme une opportunité de revoir et d'améliorer le fonctionnement des équipes (Lindblad et al., 2010) et d'identifier les besoins non comblés dans le milieu (DiCenso et Matthews, 2005). L'IPSPL est aussi perçue comme une ressource privilégiée à laquelle les autres rôles infirmiers peuvent se référer et qui contribuerait à améliorer les connaissances et les compétences des autres professionnels de l'équipe par ses enseignements individualisés (Sangster-Gormley et al., 2015) et ses pratiques basées sur les données probantes (Donald et al., 2010). Toutefois, il ressort de ces études que la nature même du rôle clinique de l'IPSPL est perçue de différentes façons selon les groupes d'informateurs clés. Le rôle de l'IPSPL est perçu par certaines infirmières cliniciennes comme celui d'un médecin idéal, alliant de fortes compétences médicales et infirmières (Marsden et Street, 2004). Dans le cadre d'un projet pilote de deux ans mené en Angleterre, Reveley (2001) a interviewé les médecins et le personnel infirmier d'une équipe de soins pour explorer leurs perceptions des rôles de chacun suite à l'introduction d'une IPSPL. Elle a observé

que les infirmières cliniciennes situaient généralement le rôle de l'IPSPL très près de celui du médecin, tandis que les infirmières le percevaient de manière plus floue, quelque part sur un continuum entre médecin et infirmière. Les perceptions des médecins étaient plutôt partagées, penchant tantôt vers un rôle plus médical, tantôt vers un rôle plus infirmier. Dans deux études qualitatives documentant le processus d'implantation des IPSPL en Colombie-Britannique et en Suède, les médecins interrogés rapportaient toutefois faire une importante distinction entre le rôle de l'IPSPL et celui de l'infirmière clinicienne, constatant les différences de pratiques entre ces deux rôles infirmiers et la prise en charge de cas plus complexes par l'IPSPL (Lindblad et al., 2010; Sangster-Gormley et al., 2013).

L'IPSPL aurait un rôle plus autonome que les autres rôles infirmiers, bien que les perceptions sur cette autonomie soient variées chez les médecins. Dans certaines études, la majorité des médecins interrogés se montrent en faveur d'une pratique indépendante des IPSPL (Humbert et al., 2007; Sangster-Gormley et al., 2015), incluant la possibilité de poser des actes de diagnostic, de prescription et de référence aux médecins spécialistes (Martin-Misener, Reilly, et al., 2010). Dans d'autres études, certains médecins émettent des doutes sur la formation et les compétences de l'IPSPL pour gérer de façon autonome des problèmes de santé complexes ((Donelan et al., 2013; Fletcher et al., 2007; Schadewaldt et al., 2013; Wilson et al., 2002). Les résultats de ces études révèlent que l'IPSPL est souvent perçue par les médecins comme une assistante et une extension au rôle du médecin plutôt qu'une clinicienne autonome. Seulement 17,2% des médecins sondés par Donelan et al. (2013) se disaient en faveur de l'implantation de cliniques gérées de façon autonome par les IPSPL, même s'ils étaient 76% à supporter l'énoncé que l'IPSPL devrait pouvoir pratiquer selon son plein champ de pratique.

Néanmoins, l'IPSPL est en général jugée comme une professionnelle très compétente et possédant un large éventail d'habiletés cliniques, tant au niveau médical que psychosocial (Reveley, 2001). Toute affiliation professionnelle confondue, les informateurs clés de plusieurs études ont souligné de façon très positive l'approche holistique biopsychosociale de l'IPSPL (DiCenso et Matthews, 2005; Dierick-van Daele et al., 2010; Marsden et Street, 2004; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Perry et al., 2005; Sangster-Gormley et al., 2013; Schadewaldt et al., 2013). À partir d'un questionnaire distribué à 79 médecins aux États-Unis, Fletcher et al. (2007) ont observé que les principales forces attribuées au rôle de l'IPSPL par les médecins se situent néanmoins davantage au niveau de ses compétences infirmières que médicales. Ce constat se dégage également des autres études recensées, qui démontrent que la force des IPSPL repose principalement sur leurs compétences en promotion de la santé (DiCenso et Matthews, 2005; Donald et al., 2010; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Sangster-Gormley et al., 2013), en counseling et éducation au patient (DiCenso et Matthews, 2005; Fletcher et al., 2007; Majjala et al., 2015; Marsden et Street, 2004; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Sangster-Gormley et al., 2013; Schadewaldt et al., 2013), en soutien à l'autogestion (Marsden et



Street, 2004; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Sangster-Gormley et al., 2013) et en ce qui concerne ses aptitudes de communication (Dierick-van Daele et al., 2010; Fletcher et al., 2007; Perry et al., 2005).

Ces compétences au cœur de la pratique des IPSPL sont perçues de façon positive par la majorité des informateurs clés. Elles permettraient d'améliorer la qualité des soins de première ligne et la santé de la population à long terme (Marsden et Street, 2004; Perry et al., 2005; Reay et al., 2006). Le rôle de l'IPSPL permettrait notamment d'améliorer la qualité des soins offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques (DiCenso et Matthews, 2005; Donald et al., 2010; Majjala et al., 2015; Marsden et Street, 2004; Reay et al., 2006; Sangster-Gormley et al., 2015). Par exemple, selon les médecins et les gestionnaires interviewés par Marsden et Street (2004) en Angleterre, l'IPSPL offrirait au patient atteint de maladies chroniques une meilleure prise en charge thérapeutique que le médecin en raison de ses consultations plus longues et approfondies et de ses compétences-clés en matière d'éducation à la santé et de soutien à l'autogestion. Une étude en provenance des États-Unis présente toutefois des résultats divergents : 66% des 505 médecins sondés par questionnaire dans cette étude étaient d'accord avec l'énoncé que pour une même visite médicale, le médecin mène une consultation et un examen de qualité supérieure à l'IPSPL (Donelan et al., 2013). Néanmoins, 73% d'entre eux considéraient que l'IPSPL offrait une meilleure continuité des soins, ce qui a aussi été rapporté dans d'autres études (DiCenso et Matthews, 2005; Marsden et Street, 2004). De plus, divers groupes d'informateurs clés ont rapporté la grande satisfaction des patients d'être suivis par une IPSPL (DiCenso et Matthews, 2005; Marsden et Street, 2004; Perry et al., 2005; Reay et al., 2006), ces derniers étant parfois même plus satisfaits qu'avec un médecin (Donelan et al., 2013). Des médecins albertains interrogés par Reay et al. (2006) ont observé qu'à la suite de l'introduction d'une IPSPL dans leur équipe de soins, les patients suivis pour asthme se présentaient moins souvent à l'urgence pour des épisodes de décompensation en raison de l'éducation reçue de l'IPSPL, qui leur permettait de mieux gérer leur maladie au quotidien. Dans une étude de cas conduite dans un milieu de première ligne rural en Alberta, les médecins, gestionnaires et autres professionnels de l'équipe de soins interrogés ont souligné l'utilité de l'IPSPL pour réviser les lignes directrices de prise en charge et développer de nouveaux modèles de gestion des maladies chroniques basés sur les données probantes (Reay et al., 2006). Dans cette même étude, les informateurs clés ont aussi évoqué le rôle pivot assuré par l'IPSPL pour faire le relais entre les différents programmes de gestion des maladies chroniques et l'équipe de soins. Une étude de Dierick-van Daele et al. (2010) a également démontré la contribution importante des IPSPL pour développer de nouveaux protocoles de soins basés sur les données probantes. Un sondage mené auprès de médecins américains révèle que 80% d'entre eux sont d'avis que la gestion des maladies chroniques est améliorée par l'intégration des IPSPL dans les équipes de soins (Sciamanna et al., 2006).

Au-delà de leur rôle reconnu dans le domaine des maladies chroniques, les informateurs clés de plusieurs études ont aussi rapporté que les IPSPL ont un rôle à jouer au niveau de la prise en charge des problèmes de santé aigus (DiCenso et Matthews, 2005; Humbert et al., 2007; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Sangster-Gormley et al., 2013; Schadewaldt et al., 2013), de la santé des femmes (Marsden et Street, 2004; Sangster-Gormley et al., 2013), des soins aux personnes âgées (Dierick-van Daele et al., 2010; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010) ainsi que des soins aux populations vulnérables et mal desservies (Sangster-Gormley et al., 2015). Donald et al. (2010) constatent qu'à travers le Canada, la pratique des IPSPL est très diversifiée et varie d'un milieu de soins de première ligne à l'autre, étant dans certains milieux très générale auprès de tous types de clientèles, ou dans d'autres milieux orientée vers des clientèles ciblées ou des maladies spécifiques comme le diabète ou l'asthme.

Par ailleurs, un consensus a émergé des études recensées quant au rôle essentiel que jouent les IPSPL pour améliorer l'accès aux soins de première ligne (Donald et al., 2010; Donelan et al., 2013; Lindblad et al., 2010; Marsden et Street, 2004; Nasaif, 2012; Perry et al., 2005; Schadewaldt et al., 2013), notamment en contexte de pénurie de médecins généralistes (Lindblad et al., 2010; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Schadewaldt et al., 2013). Dans une étude qualitative menée dans quatre milieux de soins de première ligne en Angleterre, tant le personnel de soutien administratif que les gestionnaires, les médecins et les infirmières interrogés rapportaient que la grande disponibilité des IPSPL avait permis une diminution des temps d'attente pour obtenir un rendez-vous médical (Marsden et Street, 2004). Les médecins interrogés dans d'autres études conduites au Canada ont également noté que la prise en charge de certaines activités par les IPSPL (ex : counseling et éducation aux patients, suivi de maladies chroniques stables, gestion de problèmes de santé aigus mineurs) permettait aux médecins d'augmenter leur volume de nouveaux patients et leur débit de consultations (Donald et al., 2010; Reay et al., 2006; Sangster-Gormley et al., 2015; Sangster-Gormley et al., 2013).

Néanmoins, certains professionnels de la santé affichent une perception nuancée des pratiques des IPSPL. C'est le cas de certaines infirmières cliniciennes, qui remettent en question la pertinence que l'IPSPL investisse des champs d'activités relevant déjà de l'expertise des infirmières cliniciennes, comme les activités de promotion de la santé et d'éducation au patient (Reveley, 2001; Sangster-Gormley et al., 2015). Les entrevues menées par Dierick-van Daele et al. (2010) auprès de sept médecins partenaires<sup>9</sup> aux Pays-Bas révèlent que plusieurs d'entre eux émettent des réserves quant à l'efficacité de l'approche holistique de l'IPSPL pour promouvoir la santé des patients. Ces derniers jugent notamment que l'exploration du vécu des

---

<sup>9</sup> Un médecin partenaire est un médecin de famille qui conclut une entente formelle de partenariat avec une IPSPL, suivant laquelle ils conviennent de travailler en étroite collaboration en vue d'atteindre des objectifs communs (OIIQ, 2014).

patients par l'IPSPL allonge inutilement le temps des consultations, en plus de compromettre la distance professionnelle entre l'IPSPL et les patients. Dans d'autres études, un petit nombre de médecins se disaient aussi préoccupés par la durée des consultations de l'IPSPL et questionnaient l'aspect coût-efficacité de ces pratiques (Marsden et Street, 2004; Schadewaldt et al., 2013).

Enfin, il apparaît que l'attitude des médecins envers le rôle et les pratiques de l'IPSPL est influencée par certains facteurs, notamment le mode de rémunération et l'expérience. Les médecins rémunérés à l'acte seraient ceux qui valoriseraient le moins le rôle de l'IPSPL (DiCenso et Matthews, 2005), tandis que ceux ayant accumulé de l'expérience avec les IPSPL et une certaine connaissance de leur rôle afficheraient les attitudes les plus favorables (DiCenso et Matthews, 2005; Nasaif, 2012; Schadewaldt et al., 2013).

## **2.2 Perceptions des défis rencontrés par les IPSPL**

Les études recensées font état de nombreux défis rencontrés par les IPS dans les milieux de soins de première ligne. Ces défis touchent principalement leur implantation et intégration dans les milieux, la collaboration avec les autres professionnels ainsi que leur pratique clinique concrète auprès des patients.

D'abord, des études ont démontré que l'implantation réussie des IPSPL était compromise par une préparation inadéquate de certains milieux à leur arrivée. Dans une étude récente menée dans six milieux de soins de première ligne sélectionnés dans trois régions au Québec, les informateurs clés interrogés par Contandriopoulos et al. (2015) ont remarqué que la préparation préalable à l'arrivée d'une IPSPL était souvent insuffisante, ne permettant pas de bien définir de rôle de l'IPSPL au sein de l'équipe et laissant place à certaines idées préconçues sur sa formation et son champ de pratique. Dans cette étude tout comme dans celle de Sangster-Gormley et al. (2013) conduite en Colombie-Britannique, on note que l'implantation réussie des IPSPL dépend en grande partie du leadership soutenu exercé par les gestionnaires et autres acteurs clés bien ancrés dans leurs milieux et bénéficiant d'une forte légitimité. Sangster-Gormley et al. (2013) ont par ailleurs relevé que l'implantation des IPSPL se faisait trop souvent selon un processus top-down dans lequel les membres des équipes de soins ne seraient pas assez informés et impliqués.

Une mauvaise préparation préalable des milieux associée à l'existence relativement jeune du rôle de l'IPSPL contribuerait à la méconnaissance du rôle et du champ de pratique de l'IPSPL, l'un des principaux défis identifiés à travers la littérature (Contandriopoulos et al., 2015; Lindblad et al., 2010; Sangster-Gormley et al., 2015; Sangster-Gormley et al., 2013; Schadewaldt et al., 2013; Schadewaldt, McInnes, Hiller et Gardner, 2016; Sullivan-Bentz et al., 2010; Wilson et al., 2002). D'abord, le rôle de l'IPSPL ne serait pas suffisamment connu de la population générale (Sangster-Gormley et al., 2013; Wilson et al., 2002). Certains patients

seraient réticents à être suivis par une IPSPL, particulièrement les personnes âgées, plus familières avec le rôle traditionnel de l'infirmière en tant que subordonnée du médecin (Wilson et al., 2002). Du côté des partenaires externes – médecins spécialistes de deuxième ligne, pharmacies communautaires, services diagnostiques – et de divers organismes gouvernementaux et compagnies d'assurances, la méconnaissance du champ de pratique de l'IPSPL ferait en sorte que certains de ses actes ne seraient pas reconnus au même titre que s'ils avaient été posés par un médecin (Contandriopoulos et al., 2015; Sangster-Gormley et al., 2013; Schadewaldt et al., 2016; Sullivan-Bentz et al., 2010), entraînant par exemple pour les patients des problèmes à se faire rembourser les frais de services médicaux reçus d'une IPSPL.

Au sein des équipes de première ligne, la méconnaissance du rôle se traduirait par une méfiance initiale envers l'IPSPL et une certaine résistance à son intégration en provenance des autres rôles infirmiers (Lindblad et al., 2010; Marsden et Street, 2004) mais surtout en provenance des médecins. Une étude de Donald et al. (2010) révèle que l'insuffisante collaboration des médecins avec les IPSPL serait l'une des principales barrières à l'intégration des IPSPL dans le système de santé canadien. Ce constat est appuyé par plusieurs autres études, qui témoignent de la résistance de certains médecins à collaborer avec l'IPSPL pour diverses raisons (DiCenso et Matthews, 2005; Fletcher et al., 2007; Lindblad et al., 2010; Marsden et Street, 2004; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Reay et al., 2006; Sangster-Gormley et al., 2015; Schadewaldt et al., 2013, 2016; Sciamanna et al., 2006; Sullivan-Bentz et al., 2010; Wilson et al., 2002). Dans une revue systématique de Schadewaldt et al. (2013), incluant 27 études menées dans sept pays entre 1990 et 2012 auprès d'IPSPL et de médecins et portant spécifiquement sur la collaboration entre médecins et IPSPL, la barrière à la collaboration la plus fréquemment rapportée du côté des médecins concernait leur méconnaissance du champ de pratique, de la formation et de la nature du rôle de l'IPSPL. En raison de cette méconnaissance, plusieurs médecins émettraient des doutes sur les compétences de l'IPSPL, qui aurait constamment à faire ses preuves pour gagner la confiance de ses collègues (Contandriopoulos et al., 2015). Certains d'entre eux jugeraient la formation de l'IPSPL insuffisante pour lui permettre de développer toutes les compétences nécessaires à la pratique d'actes médicaux (Schadewaldt et al., 2013; Wilson et al., 2002) et seraient ainsi préoccupés par leur responsabilité et imputabilité légale en regard de la pratique des IPSPL (DiCenso et Matthews, 2005; Marsden et Street, 2004; Schadewaldt et al., 2013, 2016). Deux études ont également révélé que certains médecins craindraient de perdre leurs propres compétences si l'IPSPL investissait certains pans de leur champ de pratique (Schadewaldt et al., 2013; Wilson et al., 2002).

Par ailleurs, d'autres études ont mis en lumière la crainte chez les médecins de répercussions négatives sur leur charge de travail. Si dans certains milieux les médecins ont noté une diminution de leur charge de travail à la suite de l'arrivée d'une IPSPL (Marsden et Street, 2004; Reveley, 2001), le contraire a pu également se produire. Certains médecins ont rapporté que la supervision de l'IPSPL, les tâches administratives

supplémentaires liées à son embauche et la réorientation de leur clientèle vers les cas plus complexes feraient en sorte d'alourdir leur pratique déjà surchargée (Fletcher et al., 2007; Reay et al., 2006; Schadewaldt et al., 2013; Wilson et al., 2002). De plus, les médecins rémunérés à l'acte se montreraient moins enclins à collaborer avec l'IPSPL, craignant une perte de revenus en s'engageant dans des activités de supervision moins lucratives que leurs activités cliniques (DiCenso et Matthews, 2005; Schadewaldt et al., 2016; Sciamanna et al., 2006; Sullivan-Bentz et al., 2010). Toutefois, d'autres études ont de leur côté démontré que la collaboration avec l'IPSPL permettait aux médecins d'augmenter leur volume de patients et d'activités cliniques, générant ainsi des gains de rémunération (Reay et al., 2006; Sangster-Gormley et al., 2015).

Enfin, certaines études ont souligné que derrière la résistance de certains médecins à l'intégration des IPSPL se cachait aussi un enjeu de pouvoir. Ces derniers craignaient de perdre leur statut hiérarchique au sein du système de santé et le contrôle sur leur champ de pratique et leurs patients (Lindblad et al., 2010; Schadewaldt et al., 2013; Wilson et al., 2002). Toutefois, les études de Lindblad et al. (2010) et Martin-Misener, Reilly, et al. (2010) ont démontré qu'avec l'expérience et une meilleure connaissance de la pratique des IPSPL, les médecins prenaient conscience de la complémentarité de leur rôle et des bénéfices à long terme de leur intégration pour le système de santé, et se montraient alors beaucoup plus ouverts à collaborer avec elles.

Les études recensées font état d'une période d'adaptation variant généralement entre 6 et 12 mois pour que les autres professionnels se familiarisent avec le rôle et le champ de pratique de l'IPSPL et que se développe une confiance mutuelle (DiCenso et Matthews, 2005; Humbert et al., 2007; Reay et al., 2006; Wilson et al., 2002). Au fil du temps et de l'expérience, la définition du rôle de l'IPSPL de même que son arrimage avec celui des autres professionnels se préciseraient ; il s'agirait en fait d'un processus devant être réalisé en continu afin d'assurer le fonctionnement optimal des équipes (Contandriopoulos et al., 2015; Sangster-Gormley et al., 2013). Bien que ces études soutiennent l'importance d'une définition claire quoique flexible des rôles respectifs de chacun, en particulier dans les grandes équipes de soins (Contandriopoulos et al., 2015), d'autres études révèlent qu'un certain chevauchement des rôles entre l'IPSPL, le médecin et les autres rôles infirmiers est inévitable, mais ne semblerait pas représenter un enjeu significatif dans les équipes de première ligne (Marsden et Street, 2004; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Reveley, 2001; Sangster-Gormley et al., 2015).

Néanmoins, plusieurs études démontrent qu'il demeure tout de même difficile de déterminer les meilleures modalités de collaboration dans les équipes de soins, en particulier entre le médecin et l'IPSPL (Contandriopoulos et al., 2015; DiCenso et Matthews, 2005; Donald et al., 2010; Sangster-Gormley et al., 2015). Entre un modèle de collaboration de type consultatif où l'IPSPL voit ses propres patients et consulte le

médecin au besoin ou un modèle où l'IPSP et le médecin se partagent en alternance le suivi d'une même patientèle, Contandriopoulos et al. (2015) concluent qu'il n'existe pas de modèle de collaboration idéal, les deux coexistant fréquemment. Le modèle le plus approprié serait le fruit d'essais et erreurs et devrait constamment évoluer au fil du temps en fonction des caractéristiques de la clientèle, de l'expérience du médecin et de l'IPSP et du nombre de médecins partenaires dans l'équipe (Contandriopoulos et al., 2015; Sangster-Gormley et al., 2013).

Par ailleurs, les études recensées révèlent aussi des défis rencontrés par les IPSP au niveau clinique. D'abord, une étude de Sullivan-Bentz et al. (2010) menée en Ontario fait état d'un manque d'exposition clinique durant la formation académique des IPSP. En lien avec ce constat, d'autres études révèlent que l'entrée en pratique serait particulièrement éprouvante pour l'IPSP, qui aurait à franchir une importante courbe d'apprentissage durant sa première année de pratique afin de consolider ses compétences cliniques (DiCenso et Matthews, 2005; Reay et al., 2006). Pendant cette période de transition, le support du médecin et de toute l'équipe lui serait essentiel. Une fois bien en pratique, l'IPSP serait confrontée à un manque de formation continue lui permettant de se maintenir à jour au niveau clinique. Les informateurs clés de l'étude québécoise de Contandriopoulos et al. (2015) ont entre autres évoqué le manque d'offres de formations spécifiques, la difficulté pour l'IPSP d'être libérée de ses activités cliniques et la distance avec les lieux de formation. Une étude de Sullivan-Bentz et al. (2010) soulève quant à elle le manque de budget dans les milieux de première ligne pour financer la formation continue des IPSP.

Toutefois, le défi le plus important rencontré par les IPSP au niveau clinique concerne la limitation de leur champ de pratique. Au Québec et au Canada comme ailleurs, des informateurs clés de toutes affiliations professionnelles confondues ont dénoncé la réglementation trop restrictive de la pratique des IPSP (Contandriopoulos et al., 2015; DiCenso et Matthews, 2005; Donald et al., 2010; Lindblad et al., 2010; Marsden et Street, 2004; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Perry et al., 2005; Sullivan-Bentz et al., 2010; Wilson et al., 2002). En raison de restrictions pour prescrire certains médicaments et examens et pour référer directement ses patients à des médecins spécialistes, l'IPSP serait limitée dans sa capacité de prendre en charge adéquatement les cas plus complexes. Les études de DiCenso et Matthews (2005) et de Donald et al. (2010) conduites au Canada révèlent que la réglementation de la pratique des IPSP serait à l'origine de délais et de ruptures dans la continuité des soins pour les patients, en plus d'être coûteuse et inefficace pour le système de santé. Selon les médecins interrogés par Marsden et Street (2004), les limitations entourant le droit de prescription des IPSP compromettraient aussi leur crédibilité auprès des patients. De plus, l'obligation d'une entente formelle de partenariat entre médecin et IPSP dans certaines juridictions nuirait à l'accès aux soins pouvant être offerts par l'IPSP (Martin-Misener, Reilly, et al., 2010), par exemple lorsqu'un médecin déciderait de ne plus accepter de nouveaux patients et que l'IPSP ne pourrait le faire de façon autonome.

Outre la réglementation, quelques études ont mis en lumière d'autres enjeux systémiques qui affectent le déploiement des IPSPL dans les milieux de première ligne. D'abord, des médecins interrogés par DiCenso et Matthews (2005) ont rapporté que la rémunération des IPSPL était trop basse, ce qui serait à l'origine de l'abandon de la pratique par plusieurs. Aussi, les études de Sangster-Gormley et al. (2013) et de Sullivan-Bentz et al. (2010) démontrent un manque d'évaluation formelle de la pratique des IPSPL et une incapacité à bien documenter les impacts de leurs pratiques auprès des patients. Enfin, certains informateurs clés ont rapporté un manque de planification à long terme des effectifs IPSPL, à commencer par le financement des postes octroyé sur de courtes échéances, ce qui ne permet pas d'en assurer la pérennité (Sangster-Gormley et al., 2013).

## Chapitre 3 : Cadre conceptuel

Dans ce troisième chapitre seront décrits les cadres conceptuels ayant guidé la réalisation de cette étude et l'analyse des données recueillies.

Cette étude s'appuie sur les deux cadres conceptuels suivants : le *Chronic Care Model* portant sur la gestion des maladies chroniques (Wagner, 1998; Wagner et al., 2001) et le modèle des déterminants de la collaboration interprofessionnelle de San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour et Ferrada-Videla (2005). Dans cette section, une description de chacun de ces cadres conceptuels sera présentée, ainsi qu'une justification de la pertinence de leur utilisation pour la présente étude.

### 3.1 Le *Chronic Care Model* (CCM)

#### 3.1.1 Description

Le *Chronic Care Model* (CCM) est le modèle intégré en prévention et en gestion des maladies chroniques le plus connu et le mieux décrit dans la littérature (Lévesque et al., 2007; Singh et Ham, 2006). Ce modèle a été développé aux États-Unis au milieu des années 1990 à la suite des travaux menés par un groupe d'experts du MacColl Center for Healthcare Innovation, en réponse à l'incapacité des systèmes de santé de répondre adéquatement aux besoins des personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) (Wagner et al., 2001). Plusieurs lacunes ont en effet été observées au sein des modèles de soins traditionnellement axés sur la prise en charge de problèmes de santé aigus, notamment le manque de coordination des soins, le suivi sous-optimal des patients, l'incapacité de bien appliquer les guides de pratique en raison de la surcharge de travail des médecins ou encore le soutien insuffisant apporté aux patients dans l'autogestion de leur(s) maladie(s) chronique(s) (Improving Chronic Illness Care, 2006-2016). Ces lacunes engendrent une prise en charge et des résultats de soins sous-optimaux, d'où la nécessité de développer de nouveaux modèles de soins plus adaptés aux besoins des personnes atteintes de maladie(s) chronique(s).

Élaboré à partir d'une revue de la littérature exhaustive sur les diverses stratégies de gestion des maladies chroniques, le CCM (figure 1) identifie les éléments essentiels qu'un système de soins de santé devrait intégrer afin d'offrir aux personnes atteintes de maladies chroniques des soins efficaces, efficaces et de haute qualité. D'après ce modèle, il est possible d'améliorer les soins et la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques par des interventions s'articulant autour de six domaines d'action concertée : 1) le soutien des patients à l'autogestion de leur(s) maladie(s); 2) le soutien des cliniciens à la prise de décisions cliniques relatives aux soins et services offerts aux patients; 3) le développement de systèmes d'informations



cliniques complets, structurés et accessibles; 4) une prestation de soins plus efficace et efficiente basée sur une meilleure collaboration interprofessionnelle; 5) une mobilisation accrue des ressources dans la collectivité et 6) une meilleure organisation globale du système de santé à tous les niveaux hiérarchiques, axée sur la coordination, la qualité et l'amélioration continue des soins (Glasgow, Orleans, Wagner, Curry et Solberg, 2001; Lévesque et al., 2007; Moroz, 2007; Wagner, 1998; Wagner et al., 2001). L'intégration de ces six composantes vise à créer des interactions productives entre des équipes de soins formées et proactives et des patients informés, actifs et motivés, qui ultimement mènent à de meilleurs résultats cliniques.

#### *Soutien à l'autogestion des soins*

Le soutien à l'autogestion des soins vise à fournir l'information et les outils nécessaires au patient pour qu'il puisse prendre des décisions éclairées par rapport aux soins reçus et à sa santé. Cette stratégie place le patient au cœur du processus de soins et met l'accent sur la responsabilité de ce dernier quant à l'adoption de comportements qui influencent l'évolution de son état de santé. Le soutien psychosocial, l'éducation à la santé, l'évaluation et le renforcement des capacités du patient et le développement d'outils et de ressources favorisant l'autogestion sont les éléments centraux de cette stratégie de gestion des maladies chroniques. Le soutien à l'autogestion des soins repose sur une relation de collaboration dynamique entre le patient et les professionnels de la santé, qui permet de définir de façon concertée les priorités, les objectifs et les éléments du plan de traitement et de suivi.

#### *Soutien à la décision clinique*

Dans le cadre d'une relation de soins, les professionnels de la santé doivent eux aussi être soutenus afin d'offrir au patient des soins de la plus haute qualité adaptés à ses besoins. Ils doivent pouvoir compter sur des guides de bonnes pratiques basés sur les données probantes et recevoir la formation continue adéquate pour être en mesure de les utiliser au quotidien dans leur pratique. Des outils sont également nécessaires afin de faciliter la mise en œuvre de ces bonnes pratiques, comme par exemple des algorithmes de traitement en fonction de différentes situations cliniques. Le soutien à la décision clinique implique aussi l'aménagement de corridors de services et le développement de mécanismes de consultation entre les intervenants de première ligne et les spécialistes afin d'optimiser la prise en charge des cas plus complexes.

#### *Système d'information clinique*

Le développement de systèmes d'information clinique est une autre stratégie permettant aux professionnels de la santé d'améliorer la qualité du suivi offert au patient. Par l'accès à un dossier patient complet rigoureusement mis à jour et partagé par l'ensemble des membres de l'équipe de soins, les professionnels de

la santé sont en mesure d'offrir un suivi proactif du patient en temps opportun, de répondre à certains besoins spécifiques identifiés, d'obtenir une rétroaction de leur performance, de mettre en place des systèmes de rappel et d'assurer une meilleure planification et coordination des soins.

#### *Modèle de prestation de soins et services*

Afin d'assurer aux personnes atteintes de maladies chroniques des soins adaptés à leurs besoins, des changements doivent être apportés au niveau du mode d'organisation de l'offre et de la prestation des services de santé destinés à cette clientèle. Ces changements touchent la composition et le fonctionnement des équipes de soins ainsi que la planification et la mise en œuvre du suivi par les membres de l'équipe. La création d'équipes interdisciplinaires, dans lesquelles les rôles et responsabilités de chacun et les mécanismes de collaboration sont bien définis, permet d'optimiser les interactions entre les membres de l'équipe et la contribution de chacun d'entre eux. Il en résulte un suivi mieux planifié, coordonné et plus efficace et efficient du patient.

#### *Ressources et politiques de soutien (dans la communauté)*

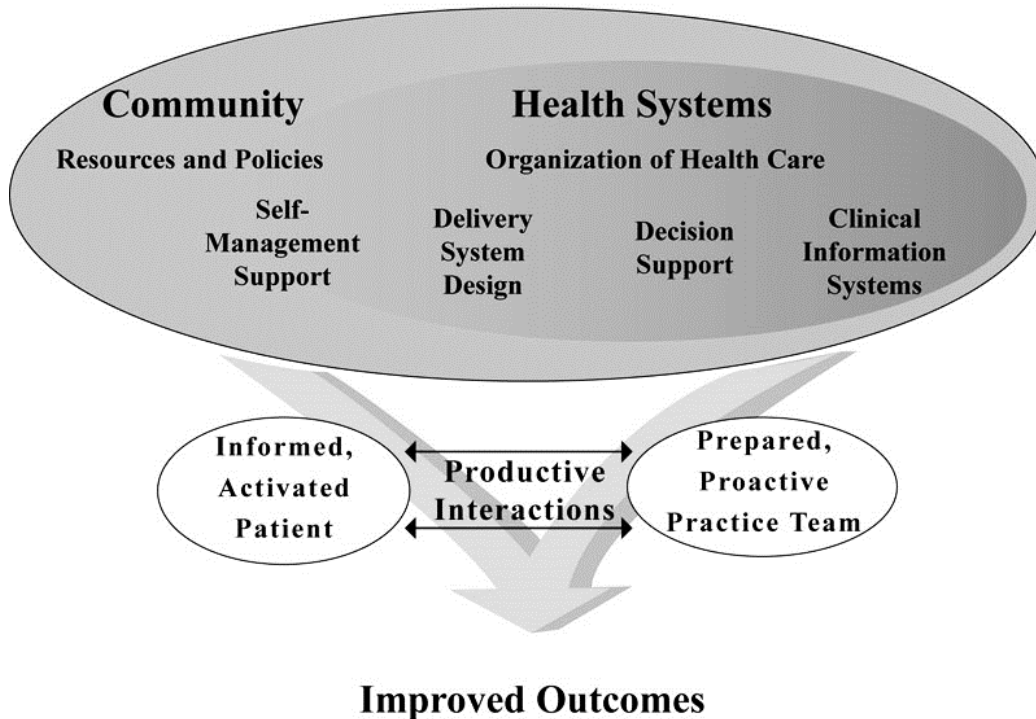
La réponse aux besoins du patient atteint de maladie(s) chronique(s) nécessite souvent la mobilisation de ressources qui se situent à l'extérieur du système de santé, plus près de son milieu de vie. Des liens étroits doivent être tissés entre le système de santé et les divers programmes dans la communauté venant en soutien aux personnes atteintes de maladies chroniques (ex : programmes de soutien par les pairs, programmes d'activité physique et de loisirs, programmes de soutien à domicile, etc.). Ces ressources œuvrant directement au sein des collectivités sont particulièrement importantes pour soutenir les populations plus vulnérables telles que les personnes âgées, les enfants, les personnes provenant de milieux socioéconomiques défavorisés ou les personnes que le système de santé ne parvient pas à rejoindre.

#### *Organisation du système de santé*

Enfin, l'amélioration de la gestion des maladies chroniques doit s'inscrire dans une stratégie plus globale de transformation de tout le système de santé. Traditionnellement axé sur la réponse ponctuelle à des besoins de santé aigus, le système de santé doit maintenant développer une nouvelle culture centrée sur la continuité des soins. Un leadership fort doit être exercé à tous les niveaux du système de santé (national, régional, local) afin de promouvoir un changement dans l'organisation des soins qui garantisse des soins de qualité aux personnes atteintes de maladies chroniques. Ce changement doit être soutenu par la mise en place d'un système d'évaluation et d'amélioration continues de la qualité et de la performance, de même que des

incitatifs financiers et organisationnels qui facilitent l'adhésion des professionnels de la santé à un nouveau mode de dispensation des soins.

Figure 1: Le *Chronic Care Model*



Developed by The MacColl Institute  
© ACP-ASIM Journals and Books

Tiré du site internet de Improving Chronic Illness Care  
Source : Wagner (1998)

### 3.1.2 Appréciation du *Chronic Care Model* selon les données probantes

En pratique, l'utilisation du CCM a fait ses preuves quant à sa capacité d'améliorer les soins dans le domaine des maladies chroniques. De 1999 à 2003, une équipe de recherche interdisciplinaire de l'organisation RAND et de l'Université Berkeley en Californie, en collaboration avec le programme national *Improving Chronic Illness Care* aux États-Unis, a évalué l'implantation et les résultats du CCM parmi 51 milieux de soins œuvrant auprès de près de 4000 patients atteints de diabète, d'asthme, d'insuffisance cardiaque ou de dépression. Plus d'une quinzaine de publications sont issues de leurs travaux. Les résultats de ces études ont entre autres démontré la capacité des milieux de soins à apporter les changements proposés par le CCM, à les maintenir et à améliorer les traitements reçus et les résultats de santé des patients à l'étude (*Improving Chronic Illness Care*, 2006-2016).

Une revue systématique de Bodenheimer et al. (2002) a démontré que l'utilisation du CCM permettait d'améliorer les soins et l'état de santé des diabétiques, et contribuait à réduire les coûts associés aux soins dispensés pour l'asthme, l'insuffisance cardiaque et le diabète. Dans une méta-analyse, Tsai, Morton, Mangione et Keeler (2005) ont eux aussi démontré que la mise en œuvre, même partielle, des éléments du CCM était associée à une amélioration des processus et des résultats de soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques telles que l'asthme, le diabète, l'insuffisance cardiaque ou la dépression. Enfin, une revue de la littérature plus récente confirme également les impacts positifs de l'implantation du CCM sur la prestation des soins ainsi que sur l'état de santé des personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) (Coleman, Austin, Brach et Wagner, 2009).

Glasgow et al. (2001) ont par ailleurs conclu qu'en plus d'améliorer la qualité des soins offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques, l'utilisation du CCM avait aussi le potentiel d'améliorer les activités dans le domaine de la prévention, qui contribuent en amont à réduire l'incidence des maladies chroniques et à améliorer la qualité de vie de la population. Il existe en effet plusieurs similarités entre la gestion et la prévention des maladies chroniques. Toutes deux impliquent entre autres un suivi proactif du patient, des stratégies d'éducation à la santé et de changements de comportements, un engagement soutenu du patient dans la prise en charge de son état de santé, une prise de décisions partagée entre professionnels de la santé et patient, une collaboration étroite entre professionnels de la santé et avec les ressources de la communauté ainsi que des politiques et programmes soutenant le changement de comportements.

### 3.1.3 Pertinence de l'utilisation du *Chronic Care Model* dans le cadre de la présente étude

Le sujet et le caractère exploratoire de cette étude menée auprès d'une diversité d'informateurs clés ont d'emblée appelé à l'utilisation d'un modèle global de gestion des maladies chroniques afin de guider et structurer chacune des phases de l'étude, de la conception du schéma d'entrevue jusqu'à l'élaboration de l'arborescence de codification et l'analyse des données. Développé à partir d'une synthèse des stratégies d'intervention efficaces répertoriées dans une multitude de contextes de soins et pour plusieurs maladies chroniques, le CCM est un modèle générique applicable à tout type de système de soins (Glasgow et al., 2001). Reconnu à travers le monde, ce modèle et ses dérivés sont aujourd'hui à la base de la plupart des politiques et programmes de gestion des maladies chroniques des pays développés. Ici au Québec, le CCM a été adopté par le Commissaire à la santé et au bien-être dans ses recommandations pour améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques (CSBE, 2010). Il a aussi été identifié comme modèle de référence par l'AQESSS pour l'amélioration de la gestion des maladies chroniques au Québec (AQESSS, 2014). Enfin, un modèle élargi du CCM développé en Colombie-Britannique, l'*Expanded Chronic Care Model*

(CCM-E) (Barr et al., 2003), a été retenu par le MSSS comme cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne (MSSS, 2012).

Le CCM propose six domaines d'action concertée comme autant de leviers pour améliorer la qualité et les résultats des soins prodigués aux personnes atteintes de maladie(s) chronique(s). L'utilisation du CCM dans le cadre de cette étude s'est avérée particulièrement pertinente afin de situer le discours des informateurs clés à travers ces domaines d'action reconnus les plus efficaces. Les domaines où sont rencontrés les défis les plus importants selon les informateurs clés ont ainsi pu être ciblés de sorte à formuler les recommandations les plus susceptibles d'améliorer la contribution des IPSPL la gestion des maladies chroniques au Québec.

## **3.2 Les travaux de San-Martin Rodriguez et al. (2005) sur les déterminants de la collaboration interprofessionnelle**

### **3.2.1 Définition de la collaboration interprofessionnelle**

Telle que présentée dans le CCM, l'amélioration de la gestion des maladies chroniques passe entre autres par un mode de prestation des soins axé sur une collaboration efficace et continue entre les différents professionnels de la santé. Bien que les termes collaboration interdisciplinaire et collaboration interprofessionnelle soient souvent employés de façon interchangeable, des différences subtiles mais non moins importantes les distinguent quant au type d'interactions entre les professionnels (DeNisco et Barker, 2013; Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady, 2014). Dans un mode de collaboration interdisciplinaire, le suivi des patients est partagé entre les différents professionnels selon leur expertise respective. La collaboration interprofessionnelle va au-delà de ce simple partage de responsabilités. Elle repose également sur un processus interactif de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage collectifs. Selon D'Amour, Sicotte et Lévy (1999), la collaboration interprofessionnelle se définit comme « un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci » (p.69). La collaboration au sein des équipes de soins se veut un processus au sein duquel des professionnels interdépendants structurent une action collective afin de répondre aux besoins des patients (D'Amour, 1997).

### 3.2.2 Les déterminants de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé

À partir d'une revue de littérature des études théoriques et empiriques sur la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé, San Martin-Rodriguez et al. (2005) ont identifié les principaux déterminants de la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de soins. Ces déterminants sont regroupés en trois grandes catégories : 1- les déterminants interactionnels, qui réfèrent aux relations interpersonnelles entretenues entre les membres des équipes de soins (niveau micro), 2- les déterminants organisationnels, qui réfèrent aux conditions organisationnelles dans lesquelles évoluent les équipes (niveau méso) et 3- les déterminants systémiques, qui renvoient à l'environnement organisationnel global (niveau macro). La figure 2 présente une synthèse de l'ensemble de ces déterminants sous forme schématique.

#### *Les déterminants systémiques*

Les déterminants systémiques regroupent les éléments qui se situent à l'extérieur des milieux de soins. Il s'agit des systèmes social, culturel, professionnel et éducatif.

Le système social définit la répartition des pouvoirs entre les différents professionnels. Ces différences de pouvoir influencent la manière dont se développe la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de soins. Il est reconnu que la hiérarchisation des groupes professionnels représente une barrière majeure à la collaboration interprofessionnelle.

Le système culturel influence pour sa part la collaboration en fonction des valeurs profondes auxquelles adhèrent les professionnels. Certaines de ces valeurs, comme par exemple une forte valorisation de l'autonomie, entrent en contradiction avec la collaboration, alors que des valeurs ancrées dans une culture d'entraide et de partage la favorisent.

Le système professionnel est quant à lui par nature à l'opposé de la collaboration, le processus de professionnalisation étant plutôt basé sur la différenciation, l'autonomie, le contrôle. Les professionnels de la santé doivent d'abord reconnaître et comprendre les différences qui existent entre eux pour pouvoir s'engager dans une dynamique collaborative.

Enfin, le système éducatif est identifié comme l'un des déterminants les plus influents de la collaboration interprofessionnelle et un levier important pour en faire la promotion. Traditionnellement, la formation académique des différents programmes du domaine de la santé est confinée à l'intérieur d'un champ professionnel donné et offre très peu de place à la connaissance des pratiques, des compétences, des responsabilités, des valeurs et des fondements théoriques des autres professions. Une exposition précoce

aux autres domaines professionnels dans le cadre de programmes et de cours interprofessionnels favoriserait la valorisation de la pluralité professionnelle par les étudiants et l'intégration de la collaboration interprofessionnelle dans leur pratique future.

#### *Les déterminants organisationnels*

La collaboration interprofessionnelle nécessite la mise en place de plusieurs conditions organisationnelles favorables dans les milieux de soins. D'abord, la structure organisationnelle doit favoriser la communication ouverte et directe et la prise de décision partagée entre les professionnels, des conditions essentielles à la collaboration interprofessionnelle. Ces conditions sont plus facilement réalisables au sein de structures horizontales, décentralisées et flexibles plutôt que dans les structures hiérarchiques traditionnelles.

Le développement de la collaboration interprofessionnelle requiert aussi un bon support administratif. Les gestionnaires des milieux de soins doivent faire preuve d'un leadership fort afin de mobiliser les équipes de soins vers la collaboration interprofessionnelle et d'aménager des milieux de soins favorables à cette collaboration.

Cet aménagement implique en priorité d'accorder les ressources nécessaires afin de pouvoir mettre en œuvre une collaboration interprofessionnelle efficace. Les professionnels doivent pouvoir disposer de temps et de lieux dédiés aux interactions avec leurs collègues. De plus, les ressources financières adéquates doivent être consacrées au développement des pratiques collaboratives.

De la même façon, des mécanismes de communication et de coordination doivent être mis en place afin de faciliter la collaboration interprofessionnelle. La formalisation de règles et procédures entourant la division du travail, la standardisation des outils et des pratiques ainsi que la planification de rencontres d'équipe formelles sont autant de stratégies qui facilitent la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de soins.

#### *Les déterminants interactionnels*

Les déterminants interactionnels prennent ancrage au cœur des relations interpersonnelles qui existent entre les professionnels de la santé. Ces déterminants propres aux individus sont la volonté de collaborer, la confiance, la communication et le respect mutuel.

Bien que les organisations mettent beaucoup d'efforts pour implanter la collaboration interprofessionnelle dans les milieux de soins, il reste que cette collaboration repose sur une base volontaire. Les professionnels de la santé doivent donc démontrer une ouverture à travailler avec leurs pairs pour que la collaboration fonctionne. La volonté à collaborer est davantage présente lorsque les attentes de chacun sont exprimées et que les

objectifs sont bien définis et partagés par l'ensemble des membres de l'équipe de soins. Les professionnels doivent aussi percevoir des avantages à cette collaboration.

La confiance est essentielle au développement de la collaboration interprofessionnelle. L'établissement d'une relation de confiance entre les professionnels d'une équipe de soins nécessite du temps pour mieux connaître l'autre et apprécier ses compétences. La confiance est aussi influencée par les expériences antérieures de collaboration.

La communication est un autre déterminant interactionnel de la collaboration interprofessionnelle. Les aptitudes de communication des professionnels influencent grandement la nature des interactions qui vont se développer entre eux. Une communication efficace permet de partager avec les autres professionnels la nature de son rôle et de son travail auprès des patients, de négocier de façon constructive avec les autres membres de l'équipe de soins ainsi que de promouvoir d'autres déterminants de la collaboration tels que le respect et la confiance mutuels.

Enfin, le respect mutuel entre professionnels de la santé est un dernier déterminant sous-jacent au succès de la collaboration interprofessionnelle. Il repose sur la reconnaissance de l'apport complémentaire des autres professionnels et de l'interdépendance entre les membres de l'équipe de soins. Sans ce respect, la collaboration interprofessionnelle est grandement fragilisée.

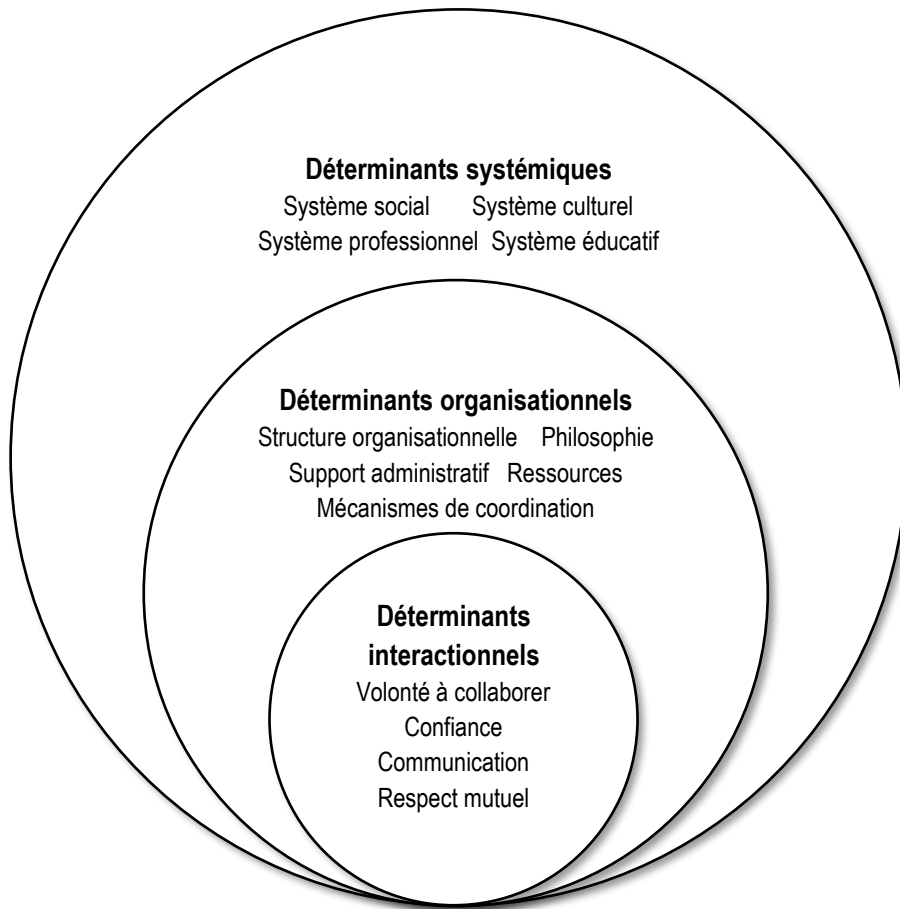
### 3.2.3 Pertinence pour la présente étude

L'utilisation d'un cadre conceptuel touchant la collaboration interprofessionnelle est apparue essentielle dans le cadre de la présente étude en raison de l'importance fondamentale de la collaboration interprofessionnelle dans la pratique des IPSPL, dont le rôle est intrinsèquement lié à celui des autres professionnels de la santé (DeNisco et Barker, 2013; Hamric et al., 2014) et dont la pratique concrète se vit en interaction constante avec les autres professionnels, en particulier les médecins, les infirmières et les pharmaciens. Ce cadre conceptuel a été choisi *a posteriori*, à la lumière des défis touchant la collaboration interprofessionnelle qui se sont clairement dégagés du corpus des entrevues dès le début de la codification des données. L'ajout d'un tel cadre conceptuel répondait ainsi à la nécessité de donner sens à ces données, ce que ne permettait pas de bien faire *Chronic Care Model*.

Le modèle conceptuel issu des travaux de San Martin-Rodriguez et al. (2005) définit des déterminants de la collaboration interprofessionnelle spécifiques au domaine de la santé. Il est solidement ancré dans des bases à la fois théoriques et empiriques, d'où l'intérêt de son utilisation dans le cadre de la présente étude.



Figure 2 : Les déterminants de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé



Inspiré de San Martin-Rodriguez et al. (2005)

## **Chapitre 4 : Méthodologie**

Dans ce chapitre seront décrits les aspects méthodologiques de la présente étude. Nous présenterons et justifierons dans un premier temps le devis et la population visée par l'étude. Nous détaillerons ensuite les méthodes d'échantillonnage, de recrutement et de collecte de données. Enfin, nous préciserons les méthodes d'analyse ainsi que les critères de rigueur et les considérations éthiques pris en compte.

### **4.1 Choix du devis**

Cette étude consiste en une étude qualitative exploratoire descriptive basée sur des entrevues semi-dirigées menées auprès d'informateurs clés ayant une bonne expérience et/ou connaissance de la pratique des IPSPL et des soins de première ligne. L'approche qualitative a été privilégiée afin de développer une compréhension plus approfondie de leurs représentations du rôle et de la pratique des IPSPL auprès des personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) et de leur perception des barrières et facteurs facilitants rencontrés par les IPSPL. Selon Creswell (2013), la recherche qualitative est un processus qui permet de mieux comprendre le sens que les individus donnent à une situation ou à une problématique d'ordre social ou humain. L'approche qualitative est indiquée lorsqu'une problématique nécessite d'être explorée, notamment en raison de variables difficilement mesurables, lorsqu'on veut développer une compréhension détaillée et complexe d'une problématique ou encore lorsqu'on souhaite saisir le contexte dans lequel s'inscrit une problématique (Creswell, 2013), ce qui est le cas de la présente étude.

### **4.2 Sélection des participants**

Nous verrons ici comment a été définie la population à l'étude et l'échantillon ainsi que les stratégies de recrutement.

#### **4.2.1 Population à l'étude et échantillonnage**

Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi d'interroger des informateurs clés détenant une bonne connaissance de la pratique des IPSPL et des soins de première ligne en raison de leur affiliation professionnelle les amenant à être impliqués de près ou de loin dans la pratique de l'IPSPL ou dans le développement de leur rôle. Marshall (1996) définit un informateur clé comme une source d'information experte, c'est-à-dire en mesure de fournir une information plus approfondie que la population générale en raison de ses aptitudes personnelles ou de sa position dans la société. Selon Laforest, Bouchard et Maurice (2011), les informateurs clés sont des « témoins privilégiés, des personnes qui, par leur position, action, leurs

responsabilités, ont une bonne connaissance des problèmes. Ces témoins peuvent appartenir au public sur lequel porte votre diagnostic ou y être extérieurs mais largement concernés par ce public » (p.1). Dans le cas de notre étude, les informateurs clés sont ces témoins dits extérieurs, qui ne sont pas des IPSPL mais qui sont largement concernés par leur rôle et les défis qu'elles rencontrent.

Les informateurs clés de la présente étude regroupent des représentants des principaux acteurs impliqués dans la pratique des IPSPL et des soins de première ligne, soit des médecins généralistes, des infirmières cliniciennes, des gestionnaires du réseau de la santé et des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, des responsables de la formation universitaire, des chercheurs ainsi que deux associations professionnelles directement concernées par ce nouveau rôle au sein du système de santé, soit l'OIIQ et la FMOQ<sup>10</sup>. Certains des informateurs clés travaillent directement avec des IPSPL, d'autres sont impliqués dans la gestion de leur pratique, de leur formation ou de leur implantation et certains occupent des rôles plus stratégiques au niveau de l'organisation du système de santé et des ordres professionnels. Par la diversité des informateurs clés et de leur positionnement dans le système de santé par rapport à l'IPSPL, nous avons, comme le recommande Marshall (1996), cherché à capter une vaste étendue de points de vue sur le sujet à l'étude, tant sur le plan clinique qu'organisationnel et structurel.

Étant donné que notre question de recherche touchait une population bien précise, soit celle des IPSPL, nous avons sélectionné un échantillon de convenance non probabiliste en fonction de la pertinence de l'expérience professionnelle et des connaissances des informateurs clés en lien avec la pratique des IPSPL et des soins de première ligne au Québec. Nous avons aussi voulu que notre échantillon soit composé d'informateurs clés en provenance de diverses régions du Québec afin de refléter les réalités de l'ensemble de la province. Les informateurs clés ont été identifiés à partir des contacts de l'équipe de recherche et sur la base de deux critères, soit 1- être dans une position professionnelle amenant à travailler avec une IPSPL ou à se pencher sur leur pratique dans le domaine des maladies chroniques et 2- être en position de responsabilité et d'influence dans le domaine des rôles infirmiers avancés ou de la première ligne. La méthode boule-de-neige a également été utilisée, certains informateurs clés nous ayant orientés vers d'autres personnes qui avaient une bonne connaissance du sujet à l'étude. La taille d'échantillon n'avait pas été déterminée a priori. Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à ce que 20 informateurs clés aient été interrogés. Ce nombre de participants a été jugé suffisant pour permettre l'atteinte d'une saturation des données (Creswell, 2013), considérant qu'aucune nouvelle idée ou information n'ait émergé des trois dernières entrevues. Le profil détaillé des participants est présenté dans le chapitre 5 portant sur les résultats de l'étude.

---

<sup>10</sup> Un représentant du Collège des Médecins a été approché mais a décliné l'invitation à participer à notre étude.

### 4.2.3 Recrutement

Un total de 26 informateurs clés a été invité à participer à l'étude par téléphone, par lettre, par courriel ou en personne par les membres de l'équipe de recherche. Un feuillet d'information (voir annexe 2) leur était transmis afin de les renseigner sur la nature de l'étude, ses objectifs et les modalités de participation. Les coordonnées de la chercheuse principale responsable de l'étude étaient fournies dans le feuillet afin que les personnes intéressées puissent obtenir des précisions ou des renseignements supplémentaires sur l'étude. Sur les 26 informateurs clés approchés, six ont décliné notre invitation (trois médecins partenaires, deux chercheurs et un représentant du Collège des Médecins du Québec). Considérant la présence initiale d'un seul médecin partenaire dans l'échantillon et le rôle central qu'ils occupent dans la problématique, de même que dans une perspective pédagogique d'apprentissage de la démarche de recherche qualitative, l'étudiante-chercheuse a procédé au recrutement d'un médecin partenaire supplémentaire. Pour ce faire, une invitation par courriel a été envoyée aux médecins d'un milieu de soins de première ligne où l'étudiante-chercheuse avait déjà réalisé des stages dans un contexte qui ne concernait pas le sujet à l'étude. À la suite de cette invitation, un médecin partenaire a manifesté son intérêt et a été recruté pour compléter l'échantillon.

## 4.3 Collecte de données

Un total de 19 entrevues semi-dirigées a été réalisé dans le cadre de cette étude. Toutes les entrevues ont été conduites en individuel, à l'exception d'une entrevue menée simultanément auprès de deux informateurs clés d'un même milieu. Les 18 premières entrevues ont été conduites de novembre 2013 à mai 2014 par deux membres de l'équipe de recherche, l'une formée en santé communautaire et l'autre en santé publique. Les personnes conduisant les entrevues ne connaissaient pas les informateurs clés interrogés, mis à part pour trois d'entre eux qu'elles avaient déjà côtoyés dans un contexte professionnel. Considérant les expériences et les champs d'expertise variés des informateurs clés et l'apport unique de chacun d'entre eux au projet, le choix des entrevues individuelles s'avérait le plus judicieux, permettant d'explorer en profondeur les perceptions de chaque informateur clé rencontré (Dicicco-Bloom et Crabtree, 2006). Les entrevues se sont déroulées par téléphone ou en présentiel. La durée des entrevues était approximativement d'une heure à une heure trente. Une entrevue supplémentaire a été conduite par l'étudiante-chercheuse en novembre 2014 auprès d'un médecin partenaire avec qui l'étudiante avait déjà eu des liens dans un contexte professionnel qui ne concerne pas le sujet de la présente étude. Cette entrevue s'est déroulée en face à face dans le milieu de travail du médecin partenaire. Toutes les entrevues ont été enregistrées intégralement sur un support audio avec le consentement des 20 participants.

### 4.3.1 Schéma d'entrevue

Le guide d'entrevue a été développé à partir du modèle conceptuel du *Chronic Care Model* et de la littérature scientifique portant sur les défis de la pratique des IPSPL. Les questions du guide d'entrevue touchent plusieurs éléments liés à l'organisation globale du système de santé, à l'organisation des milieux de soins de première ligne, à la collaboration interprofessionnelle, à l'utilisation d'outils cliniques de suivi, à l'évaluation de la pratique des IPSPL ou encore au soutien à l'autogestion. Ces questions réfèrent donc directement aux principales dimensions du CCM.

Le guide d'entrevue a d'abord été testé auprès de trois participants informés sur la pratique des IPSPL mais ne possédant par l'expertise caractéristique des informateurs clés. Ces trois entrevues initiales n'ont donc pas été incluses dans l'échantillon final de l'étude. Le guide d'entrevue aborde globalement trois grands thèmes, soit le rôle et les pratiques des IPSPL auprès des personnes atteintes de maladie(s) chronique(s), les barrières et facteurs facilitants rencontrés par les IPSPL dans le cadre de leur pratique auprès de patients atteints de maladie(s) chronique(s) et, enfin, les recommandations susceptibles d'améliorer le suivi de cette clientèle au Québec.

Les entrevues ont été conduites selon un format d'entrevue semi-dirigée. Ce format d'entrevue a permis d'orienter la discussion autour des éléments pertinents du sujet à l'étude tout en offrant aux informateurs clés la flexibilité nécessaire pour approfondir certaines idées. Ce format a permis également d'avoir accès à un contenu riche et complexe susceptible de révéler des enjeux plus cachés ou plus difficilement observables (Laforest et al., 2011). Le guide d'entrevue n'a pas été envoyé à l'avance aux informateurs clés .

## 4.4 Traitement et analyse des données

À partir des enregistrements audio, les entrevues ont été retranscrites intégralement par des membres de l'équipe de recherche. Le traitement et l'analyse subséquente des données ont été réalisés par l'étudiante-chercheuse. Une analyse thématique a été réalisée en s'inspirant de l'approche décrite par Braun et Clarke (2006). Ces auteurs ont défini six grandes étapes de ce type d'analyse :

1. Se familiariser avec les données : procéder à la transcription (si nécessaire), effectuer une lecture et une relecture des données, noter les impressions initiales;
2. Générer des codes initiaux : attribuer des codes aux éléments importants qui ressortent des données, procéder à la codification de manière systématique pour l'ensemble du corpus de données;
3. Rechercher les thèmes : après codification des données, regrouper les codes en thèmes potentiels;

4. Réviser des thèmes : s'assurer que les thèmes sont cohérents avec les extraits codés et avec l'ensemble du corpus de données, créer un schéma d'analyse à partir des thèmes;
5. Définir et nommer les thèmes : identifier l'essence de chaque thème et les aspects importants à présenter en fonction des objectifs de recherche et des liens entre chacun des thèmes;
6. Rédiger l'analyse.

Tout d'abord, une première lecture des transcriptions a été réalisée afin de se familiariser avec le contenu des entrevues et entrevoir les grands thèmes abordés. Par la suite, les entrevues transcrites ont été codifiées à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QDA Miner. L'arborescence de codes, initialement élaborée par un professionnel en recherche qualitative associé au projet, a été complétée par l'étudiante-chercheure. Cette arborescence a été développée selon une approche inductive-déductive à partir du contenu des entrevues et des éléments du *Chronic Care Model*. Une double codification des trois premières entrevues a été réalisée à la fois par l'étudiante-chercheure et par le professionnel de recherche associé au projet, afin d'assurer une fidélité inter-juges et ainsi augmenter la crédibilité des résultats de l'étude (Creswell, 2013). Une pause a été réalisée à la moitié de la codification des entrevues afin de réviser et remanier l'arborescence de codes. Au fil de la codification du corpus de données, les codes ont été regroupés en grands thèmes déclinés en plusieurs sous-thèmes. Pendant la codification, l'étudiante-chercheure a procédé à l'extraction de citations clés et à la rédaction de mémos qui ont facilité l'analyse subséquente des données. Une fois la codification terminée, un résumé de chacun des thèmes retenus a été réalisé afin d'identifier le contenu fondamental de chaque thème et les éléments importants à présenter dans notre analyse.

## 4.5 Critères de rigueur

Selon Drapeau (2004), la valeur d'une recherche qualitative se juge par la démonstration que fait le chercheur du respect de certains critères de scientificité. Nous utiliserons ici les critères de rigueur décrits par Lincoln et Guba (1985), qui sont la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmation. Nous verrons de quelle façon ces critères ont été respectés dans la présente étude.

### *Crédibilité*

Le critère de crédibilité réfère à la validité interne de l'étude, qui implique que les données recueillies et présentées reflètent bien la réalité que l'on souhaite explorer par les objectifs de recherche. Dans le cas de notre étude, la diversité des informateurs clés sélectionnés de même que le choix de conduire des entrevues individuelles semi-dirigées ont permis de répondre aux objectifs de recherche d'une manière exhaustive et approfondie (Graneheim et Lundman, 2003). D'autres façons d'assurer la crédibilité ou validité interne d'une étude sont entre autres de procéder à une triangulation des données (comparaison de diverses sources de

données) ou de retourner valider les données auprès des participants, ce qui n'a toutefois pas été fait dans le cadre de notre étude.

### *Transférabilité*

La transférabilité, ou validité externe d'une étude, fait référence à la mesure dans laquelle ses résultats peuvent être généralisés à d'autres contextes. Selon Drapeau (2004), cela implique d'avoir un échantillon représentatif de la problématique. Ainsi, le fait d'avoir inclus dans notre échantillon des informateurs clés provenant d'affiliations professionnelles variées, de diverses régions de la province et occupant différentes positions à travers le système de santé favorise la transférabilité de nos observations. De plus, l'atteinte d'une saturation des données est un autre élément qui favorise la validité externe de notre étude. Toutefois, comme le soulignent Graneheim et Lundman (2003), malgré les indications du chercheur concernant la validité externe de son étude, il appartient au lecteur de décider si les résultats de cette étude sont généralisables ou non à son propre contexte. Une description détaillée de l'échantillon est un élément important qui permet de porter un tel jugement. Dans la présente étude, nous avons pris soin de présenter au tableau 1 les principales caractéristiques sociodémographiques d'intérêt de notre échantillon, celles-ci étant la région de provenance, le sexe ainsi que l'affiliation professionnelle principale.

### *Fiabilité*

Afin d'assurer la fiabilité de notre étude, c'est-à-dire la consistance ou reproductibilité des résultats, nous avons d'abord effectué un pré-test de notre schéma d'entrevue auprès de trois personnes. Cette étape a permis de nous assurer d'une compréhension commune des questions par les personnes interviewées. De plus, nous avons enregistré l'intégralité des entrevues et procédé à leur retranscription verbatim. Par la suite, nous avons réalisé une double codification des trois premières entrevues afin de parvenir à un accord inter-juge qui témoigne de la reproductibilité de notre analyse (Creswell, 2013).

### *Confirmation*

La confirmation réfère à la neutralité des données et des interprétations présentées, qui sont conformes aux propos des sujets d'une étude et au sens que ceux-ci leur donnent (Drapeau, 2004). Par le respect de ce critère, on s'assure de limiter les influences ou les biais en provenance du chercheur. Dans notre étude, la description détaillée de la méthodologie permet au lecteur d'évaluer l'intégrité de la démarche et des résultats présentés. De plus, la double codification des premières entrevues et l'accord inter-juge ont permis de s'assurer d'une certaine objectivité de l'analyse de l'étudiante-chercheuse, bien que l'objectivité ne représentait pas ici un critère recherché considérant la posture davantage constructiviste adoptée en recherche qualitative. Ainsi, ce dernier critère de confirmation serait difficile à respecter en recherche qualitative et même contraire à

son but ultime (Drapeau, 2004), puisque le bagage du chercheur (ses expériences professionnelles et culturelles, son histoire) influence nécessairement l'interprétation des données. Pour Creswell (2013), l'important est plutôt que le chercheur se positionne par rapport à son projet de recherche, en rapportant de manière réflexive l'impact de ses caractéristiques personnelles sur l'étude et, à l'inverse, ce qu'il a retiré de cette étude.

## **4.6 Considérations éthiques**

Ce projet de recherche a reçu l'approbation finale du Comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec le 7 novembre 2013 (N° C13-10-1815).

La participation à cette étude s'est faite de façon volontaire. Tous les participants ont reçu un feuillet d'information détaillant le but et le déroulement de l'étude avant de signer le formulaire de consentement présenté à l'annexe 2. Le consentement a donc été obtenu de manière libre et éclairée. Les participants avaient la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment sans aucun préjudice. Aucune forme de compensation n'a été offerte aux participants.

Les enregistrements audio des entrevues individuelles et les transcriptions ont été conservés sous clé. Les fichiers contenant des informations nominatives ont été cryptés et un mot de passe est nécessaire pour y avoir accès. Un numéro a été attribué à chaque entrevue et les transcriptions verbatim ne comprennent aucune donnée nominative. Le présent mémoire et les autres publications portant sur cette étude (affiches de congrès, article scientifique) ont été rédigés de telle sorte qu'il ne soit pas possible d'identifier les participants. Il est prévu que les enregistrements et les fichiers comprenant des informations nominatives soient détruits avant décembre 2016 pour ne conserver que les données dénominalisées. Ces données seront conservées pour une période de 15 ans. Toutes les personnes de l'équipe de recherche ont par ailleurs signé un engagement à la confidentialité et n'ont transmis aucune information nominative à une tierce partie.



## Chapitre 5 : Résultats

Dans cette section seront décrits les résultats issus des entrevues menées auprès des informateurs clés. En raison de la grande diversité des informateurs clés interrogés, plusieurs citations extraites des entrevues seront présentées afin de refléter les divergences et convergences de perceptions entre ces divers informateurs clés associés à différentes affiliations professionnelles et ainsi illustrer les thèmes saillants qui se dégagent des résultats.

### 5.1 Profil des informateurs clés

Un total de 20 informateurs clés a participé à ce projet de recherche. Ces informateurs clés proviennent de 10 régions distinctes à travers la province de Québec, soit les régions de la Côte-Nord (1), de la Capitale-Nationale (3), de Chaudière-Appalaches (2), de la Mauricie (1), de l'Estrie (1), de la Montérégie (2), de Montréal (4), de l'Outaouais (1), des Laurentides (4) et de l'Abitibi (1). Les informateurs clés ayant participé à cette étude relèvent de diverses affiliations professionnelles les amenant à être en contact avec la pratique des IPSPL. Leurs affiliations professionnelles couvrent l'ensemble du spectre d'activités en lien avec le rôle de l'IPSPL, allant de la formation universitaire des IPSPL à l'organisation provinciale, régionale et locale de leur pratique, en passant par la prestation directe de soins en collaboration avec les IPSPL.

Parmi les informateurs clés rencontrés, six d'entre eux, soit quatre infirmières cliniciennes et deux médecins omnipraticiens, sont des professionnels de la santé qui travaillent directement au quotidien avec des IPSPL. Sept informateurs clés étaient responsables de la gestion clinique et administrative de la pratique des IPSPL. Il s'agit de gestionnaires, de conseillers cliniciens en soins infirmiers ainsi que de directeurs de soins infirmiers au niveau des CSSS. Quatre informateurs clés relèvent pour leur part du milieu universitaire, trois d'entre eux étant impliqués dans la formation des IPSPL en ce qui concerne l'enseignement ou la direction de programme, et un dans la recherche sur les rôles infirmiers avancés. Deux informateurs clés ont été rencontrés à titre de représentants des principales organisations professionnelles en lien avec la pratique des IPSPL, soit l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Enfin, un dernier informateur clé provient du palier gouvernemental au niveau du Ministère de la santé et des services sociaux.

Toutes affiliations professionnelles confondues, la plupart des informateurs clés (17/20) ont complété une formation initiale en soins infirmiers. La majorité des informateurs clés (18/20) rencontrés sont de sexe féminin. Le tableau 1 présente les principales caractéristiques des informateurs clés rencontrés.

**Tableau 1 : Caractéristiques des informateurs clés (n=20)**

<b>Caractéristiques</b>	<b>n</b>
<b>Région</b>	
Côte-Nord	1
Capitale-Nationale	3
Chaudière-Appalaches	2
Mauricie	1
Estrie	1
Montérégie	2
Montréal	4
Outaouais	1
Laurentides	4
Abitibi	1
<b>Sexe</b>	
Féminin	18
Masculin	2
<b>Affiliation professionnelle principale<sup>1</sup></b>	
Professionnel de la santé	
Infirmière clinicienne en soins primaires	4
Médecin généraliste partenaire	2
Gestionnaire de soins infirmiers	4
Directrice des soins infirmiers	3
Responsable de la formation des IPSPL	3
Chercheur en sciences infirmières	1
Représentant d'une association professionnelle de médecins ou d'infirmières	2
Représentant d'une organisation gouvernementale	1

<sup>1</sup> Par affiliation professionnelle principale, nous faisons référence au champ d'activité professionnelle dans lequel les informateurs clés exercent la majorité de leur temps de travail.

## **5.2 Perceptions du rôle et des pratiques des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques**

Nous avons d'abord demandé aux informateurs clés rencontrés de nous décrire quel était selon eux le rôle joué par les IPSPL au sein du système de santé et plus spécifiquement dans le domaine des maladies chroniques. Nous avons aussi cherché à caractériser les pratiques mises en œuvre par les IPSPL auprès de la clientèle atteinte de maladies chroniques et les impacts générés par ces pratiques, tant au niveau des patients que des équipes de soins de première ligne et du système de santé québécois en général. Comme il en sera question dans ce qui suit, il ressort du discours des informateurs clés que le rôle de l'IPSPL serait tout à fait pertinent dans le contexte actuel du réseau de la santé, d'autant plus qu'il est perçu que les pratiques des IPSPL généreraient plusieurs impacts positifs à divers niveaux pour notre système de santé et pour la

population québécoise. Toutefois, le rôle de l'IPSPL serait encore aujourd'hui largement méconnu, tant au sein du réseau de la santé que de la population générale. Ces premiers constats serviront d'assise pour permettre de mieux situer les défis et les recommandations identifiés par les informateurs clés qui seront décrits dans les prochaines sections.

### 5.2.1 Un rôle professionnel destiné à mieux répondre aux besoins de santé de la population, mais encore largement méconnu dans le système de santé québécois

#### *5.2.1.1 Un rôle hybride entre l'infirmière clinicienne et le médecin*

Selon les informateurs clés rencontrés, le rôle de l'IPSPL se situerait quelque part entre celui de l'infirmière clinicienne et du médecin, combinant certains aspects de chacun de ces deux rôles. Pour la majorité des répondants, le rôle de l'IPSPL s'inscrirait d'abord au cœur de la profession infirmière. Plusieurs valeurs et principes guidant la pratique de l'IPSPL, comme par exemple l'écoute du patient, l'approche centrée sur les besoins du patient ou l'approche axée sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé, s'enracineraient directement dans la profession infirmière.

L'IPSPL de base est formée en tant qu'infirmière. Ça veut dire nous, en tant qu'infirmières, on est formées pour faire ça, de l'empathie, faire du biopsychosocial, d'être à l'écoute. C'est une grosse majeure de notre rôle d'infirmière, c'est-à-dire que quand on va faire nos cours d'IPSPL, on peut pas enlever ce chapeau-là, y'est là, y'est inné, y'est incrusté en nous. Ça veut dire quand on fait notre cours d'IPSPL, c'est dans le fond on va le peaufiner pour continuer à avancer dans ce qu'on a appris au mieux de nos connaissances, ça veut dire qu'on s'en va chercher un petit côté médical pour donner un service plus grand et plus adapté à la clientèle et en ayant un petit peu plus d'autonomie. (ENT 19, gestionnaire de soins infirmiers)

Ce sont d'abord des infirmières cliniciennes spécialisées, et elles deviennent des IPS. On essaie de leur donner l'identité infirmière. (ENT 03, responsable de la formation des IPSPL)

Par l'ajout d'une formation médicale à ses compétences infirmières de base, l'IPSPL développerait selon les répondants un savoir et une expertise lui permettant d'accéder à une pratique beaucoup plus large et plus avancée que celle des autres rôles infirmiers. Les connaissances et les compétences acquises pendant sa formation de deuxième cycle universitaire lui conféreraient la capacité de suivre une clientèle plus diversifiée, de tous âges et présentant une variété de problématiques de santé. Elle bénéficierait aussi d'une autonomie beaucoup plus grande dans le cadre de ses suivis, en étant notamment habilitée à prescrire certains examens et médicaments selon son propre jugement clinique plutôt que par l'entremise d'ordonnances collectives, comme c'est le cas pour l'infirmière clinicienne.

C'est sûr qu'elles sont pas médecins, puis qu'elles ont une limite, mais moi, je gère des infirmières cliniciennes, donc pour moi une IPS, c'est comme « waouh », c'est un bond en haut. Je peux aller plus loin encore, pousser encore. (ENT 13, gestionnaire de soins infirmiers)

Pour nous autres c'est des infirmières super formées, pis c'est mieux formé qu'une infirmière régulière et c'est comme... moi, je considère c'est nos élites au niveau des infirmières. (ENT 01, représentant d'une association professionnelle)

Quelques répondants sont même allés jusqu'à dire que l'IPSPL ne serait ni plus ni moins que l'équivalent d'un médecin, car leurs pratiques seraient sensiblement similaires. Les pratiques de l'IPSPL regrouperaient tous les éléments centraux du suivi médical conventionnel, c'est-à-dire l'anamnèse - incluant l'historique médical du patient, la description détaillée du problème de santé et une revue globale de l'état de santé du patient -, l'examen physique ciblé complet et la prescription d'examens complémentaires de laboratoire ou d'imagerie. Qu'il soit vu par un médecin ou par une IPSPL, le patient bénéficierait donc du même type de suivi médical. Ainsi, pour certains, le rôle de l'IPSPL s'apparenterait davantage à celui du médecin que de l'infirmière, comme le souligne cet informateur clé :

Actuellement, elles [les IPSPL] font comme si ce serait un médecin, dans le sens qu'elles font toute l'histoire de santé du patient, que ce soit physique, psychosocial...elle fait l'examen physique, elle questionne le patient pour avoir un meilleur portrait de sa situation, de sa condition de santé. Si nécessaire, elle va prescrire des tests diagnostiques, elle va être en mesure d'interpréter les résultats, elle va être en mesure de déterminer s'il y a un problème de santé chronique [...]. (ENT 01, représentant d'une association professionnelle)

En somme, selon les répondants, on constate que les aspects mis de l'avant du rôle de l'IPSPL peuvent être 1) soit un enracinement dans les valeurs des soins infirmiers, 2) soit une valorisation de la pratique infirmière avancée, 3) soit la proximité avec le rôle du médecin.

### *5.2.1.2 Un rôle encore méconnu dans le réseau de la santé et dans la population québécoise*

Le chevauchement du champ de pratique de l'IPSPL avec ceux de l'infirmière et du médecin de même que l'existence relativement jeune de la profession d'IPSPL par rapport à ces deux professions traditionnelles seraient à l'origine d'une certaine confusion quant à son rôle exact. L'ensemble des informateurs clés s'entendent autour du fait qu'à divers degrés, le rôle de l'IPSPL serait encore aujourd'hui mal défini et mal compris au sein du système de santé, et il s'agirait là d'un enjeu important entourant la pratique de l'IPSPL. Les efforts de communication sur ce rôle déployés par le ministère, les associations professionnelles ainsi que plusieurs acteurs du système de santé tels que les directeurs et directrices de soins infirmiers n'auraient toujours pas permis de clarifier le rôle de l'IPSPL auprès de l'ensemble des professionnels de la santé et de la population. Il semblerait que les séances d'information ou la documentation destinées à préciser le rôle de

l'IPSPL ne soient pas suffisantes pour bien faire connaître les spécificités de sa pratique et les possibilités qu'elle offre aux milieux de soins de première ligne en termes de prestation de services et de soins de santé.

Je crois qu'un premier enjeu, c'est la case de leur identité professionnelle, déterminer leur rôle au sein du réseau actuellement, ça, c'en est un premier. (ENT 23, gestionnaire de soins infirmiers)

Les médecins ça fait longtemps qu'on connaît ça, pis les infirmières aussi, mais les infirmières praticiennes, qui n'est pas une infirmière mais qui a une culture infirmière et qui n'est pas non plus médecin... les gens ont besoin de comprendre, même les autres professionnels de la santé, qu'est-ce qu'elle fait ? Jusqu'où elle peut aller ? (ENT 01, représentant d'une association professionnelle)

Plusieurs informateurs clés ont relevé que le rôle de l'IPSPL serait fréquemment confondu avec celui des autres rôles infirmiers, et plus particulièrement avec celui de l'infirmière clinicienne, qui est elle aussi habilitée à effectuer certains types de suivis médicaux par le biais de protocoles de soins et d'ordonnances collectives. Cette confusion s'observerait tant dans la population générale que chez les professionnels de la santé et les gestionnaires de la première ligne. Par exemple, après une consultation avec l'IPSPL, plusieurs patients auraient comme attente de voir le médecin ensuite.

Nous, ici à l'UMF, on a des IPSPL, c'est pas vraiment connu du public. On parle des super infirmières à télévision...mais on sait pas vraiment qu'est-ce qu'elles font, tout ça, c'est encore très nébuleux, donc ça peut être très euh... insécurisant pour un patient d'être vu par un professionnel comme ça, parce qu'y connaît pas son rôle, c'est vraiment nouveau... (ENT 40, médecin partenaire)

Y'en a (des patients) qui pensent qu'ils s'en viennent juste voir une infirmière pis y'en a qui disent « bon je m'en viens voir l'infirmière quand est-ce que là je vais voir le médecin? » (ENT 19, gestionnaire de soins infirmiers)

Toutefois, dans les milieux de soins de première ligne ayant intégré des IPSPL depuis quelques années, le rôle serait aujourd'hui beaucoup mieux défini. Une meilleure connaissance et compréhension du rôle passerait donc principalement par l'expérience concrète des milieux de soins de première ligne avec des IPSPL plutôt que par les campagnes publicitaires de diffusion du rôle et la distribution de documentation. C'est en étant en contact direct avec les IPSPL que les professionnels de la santé et la population pourraient véritablement se familiariser avec leur rôle et l'apprécier à sa juste valeur.

Y'a d'autres endroits que j'essaie d'intégrer des IPS, mais ils voient même pas la plus-value des IPS, on a beau faire des représentations ou des choses comme ça [...] mais je pense qu'une fois que le rôle est connu, t'sais, à mettons je prends mes deux anciens GMF où c'est que j'ai des IPS depuis 2010, eux autres, c'est des vendus, c'est-à-dire aussitôt qu'ils ont de la place, « t'as-tu une IPS pour nous autres, t'as-tu une IPS? ». (ENT 19, gestionnaire de soins infirmiers)

Fait que, quand les deux autres sont arrivées dans la même équipe, ça a été complètement différent, parce que les gens connaissent déjà le fonctionnement ; au contraire, là, ils désiraient avoir des IPSPL ; là, tout le monde m'en demande, tout le monde en veut. (ENT 09, directrice de soins infirmiers)

Dans une prochaine section, nous verrons comment, du point de vue des informateurs clés, la méconnaissance persistante du rôle de l'IPSPL poserait des défis quant à la qualité du suivi des patients atteints de maladies chroniques.

### *5.2.1.3 Un rôle adapté aux besoins de santé de la population québécoise*

Malgré ce flou autour de la nature exacte du rôle de l'IPSPL, il y aurait toutefois consensus autour du fait que l'IPSPL jouerait un rôle complémentaire à celui des autres professionnels de la santé. Ce nouveau rôle complémentaire serait tout à fait pertinent dans le contexte actuel du système de santé québécois, qui fait entre autres face à de grands défis en termes d'accessibilité aux soins de première ligne. Toutefois, un informateur clé a tenu à préciser que l'IPSPL ne serait pas là uniquement pour pallier une pénurie de médecins de première ligne. Le rôle de l'IPSPL serait perçu par plusieurs répondants comme un rôle à part entière permettant de répondre à certains besoins de santé non comblés de la population québécoise. En plus d'offrir à une large part de la population les soins médicaux dont elle a besoin, l'IPSPL mettrait de l'avant une approche holistique intégrant à la fois les dimensions physique et psychosociale, contrairement aux médecins dont l'approche serait généralement plutôt concentrée sur l'aspect biomédical.

Ça veut dire que leur rôle de l'IPSPL, je pense qu'elle répond aux besoins populationnels parce qu'un patient qui est malade, il veut pas juste se faire soigner son petit bobo qu'il a. [...] Le patient au cœur de nos activités, de nos préoccupations est souvent mis de côté par le corps médical, mais au niveau des IPS, c'est *runné* [géré] à sa juste valeur, ça veut dire que la population se sent écoutée et comprise. (ENT 19, conseillère clinicienne en soins infirmiers)

[...] c'est pour ça que cette spécialité-là a été créée, c'est pas pour faire des médecins. Les médecins, ils peuvent en former, des médecins. C'est des IPS dont on a besoin socialement. (ENT 03, responsable de la formation des IPSPL)

Je crois que ça, ça peut permettre une beaucoup plus grande...un accès à un professionnel de la santé qui est pas un médecin, mais un professionnel de la santé qui peut répondre à une bonne part [des besoins] de la population. Donc ça, je crois que ce rôle de l'IPSPL dans les maladies chroniques est indéniable, ça peut apporter beaucoup. (ENT 23, gestionnaire de soins infirmiers)

### 5.2.2 Des pratiques centrées sur la prévention, la promotion de la santé et l'autonomisation des patients à la prise en charge de leur(s) maladie(s) chronique(s)

Les informateurs clés ont rappelé que le suivi des maladies chroniques nécessitait non seulement une approche médicale rigoureuse, mais aussi le développement d'une relation de confiance et de proximité avec le patient et la prise en compte de son contexte psychosocial afin de le soutenir et de l'outiller dans la gestion de sa maladie au quotidien. Selon l'ensemble des répondants, les pratiques de l'IPSPL iraient en ce sens. En plus des éléments traditionnels du suivi des patients atteints de maladie(s) chronique(s) (anamnèse, examen physique, prescription d'examen et renouvellement de médication), l'IPSPL mettrait en œuvre des pratiques visant à renforcer la prise en charge autonome de sa maladie par le patient grâce au développement de ses compétences d'autogestion. L'IPSPL ferait beaucoup d'enseignement et d'éducation à la santé, ce qui permettrait au patient d'avoir une meilleure compréhension de sa maladie et des stratégies qu'il peut lui-même mettre en œuvre pour mieux la gérer au quotidien. Il pourrait alors prendre des décisions éclairées par rapport aux interventions qui lui sont proposées. Des activités de prévention des maladies et de promotion d'un mode de vie sain seraient également au cœur-même des pratiques de l'IPSPL, afin de favoriser le changement de comportements du patient, comme le changement des habitudes de vie.

[...] elles [les IPSPL] ont une manière de faire qui n'est pas forcément celle des médecins. [...] je pense qu'elles ont une approche plus à la promotion, la prévention primaire et secondaire avec la clientèle, pour arriver à changer les habitudes de vie, des comportements, etc. (ENT 23, gestionnaire de soins infirmiers)

L'IPSPL serait très à l'écoute du patient et s'intéresserait particulièrement à son contexte psychosocial afin de bien cerner ses besoins et d'adapter les stratégies d'intervention à son vécu personnel. Elle aurait aussi à cœur d'impliquer activement la famille du patient dans le suivi afin de faciliter la mise en œuvre des interventions proposées. L'approche familiale a été relevée par plusieurs informateurs clés comme une grande force de l'IPSPL. Cette approche serait importante, car plusieurs interventions, notamment le changement des habitudes de vie, se répercutent non seulement sur le quotidien du patient, mais également sur celui de ses proches. En impliquant ceux-ci, le patient serait mieux soutenu dans les changements qu'il est appelé à apporter à son mode de vie et plus susceptible de les mettre en application.

[...] un des éléments importants du rôle d'une IPS, c'était toute la contribution, tout l'appui, le soutien au niveau des familles, la capacité de l'IPS d'être capable de faire des liens avec les préférences du patient, les besoins du patient, des fois des choix qui étaient peut-être un petit peu plus difficiles à faire. (ENT 07, chercheur en sciences infirmières)

### 5.2.3 Des pratiques jugées comme une valeur ajoutée pour le système de santé et de services sociaux et pour la population québécoise

La plupart des informateurs clés rencontrés ont relevé que les pratiques des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques représentaient une valeur ajoutée pour notre système de santé en générant des impacts positifs à divers niveaux. Ces impacts se traduiraient par une meilleure réponse aux besoins des patients atteints de maladies chroniques et une amélioration de leur état de santé, un soutien aux équipes de soins de première ligne ainsi qu'une accessibilité accrue aux services de santé de première ligne.

#### *5.2.3.1 Impacts perçus des pratiques des IPSPL auprès des personnes atteintes de maladies chroniques*

Près de la moitié des informateurs clés interrogés ont souligné la grande satisfaction des patients par rapport à leur suivi avec une IPSPL, et aucun n'a fait mention du contraire. Quelques-uns d'entre eux ont même rapporté que certains patients préféreraient dorénavant être suivis par une IPSPL plutôt que par un médecin, en raison de sa plus grande disponibilité et de son approche holistique jugée plus humaine. L'IPSPL considérerait le patient dans sa globalité, en s'intéressant à son vécu personnel au-delà des aspects biomédicaux de son problème de santé. Le patient se sentirait alors mieux compris et mieux supporté afin de mettre en œuvre les changements de comportements nécessaires à une meilleure autogestion de son problème de santé chronique.

En fait les patients, les patients que moi j'ai qui ont été vus par un IPSPL me renvoient en me disant : « Sont vraiment, vraiment très compétents, j'me sentais en confiance avec eux, vraiment super bons...au niveau relationnel, c'était merveilleux. » Je n'ai eu que des bons commentaires là. (ENT 40, médecin partenaire)

De nombreux informateurs clés ont mentionné que l'IPSPL se distinguerait du médecin par ses qualités d'écoute et d'ouverture. Elle passerait plus de temps avec chaque patient afin de bien cerner ses besoins et de lui offrir des conseils et un enseignement personnalisé. Un informateur clé a souligné que le temps consacré par l'IPSPL à l'enseignement au patient et à l'éducation à la santé favoriserait une meilleure adhésion du patient aux recommandations pharmacologiques et non pharmacologiques et donc une plus grande stabilité de son état de santé. Par ailleurs, grâce au renforcement de ses compétences d'autogestion par l'IPSPL, le patient serait davantage à l'affût des changements de son état de santé. Il serait ainsi susceptible d'agir plus rapidement afin d'éviter une décompensation plus importante.

La plus-value de l'infirmière praticienne, c'est beaucoup dans toute sa capacité d'amener le patient à se prendre en main, à autogérer sa santé, au niveau de l'éducation à la santé, dans son approche avec l'ensemble de sa famille et non pas juste le patient. Et tout ça fait en sorte que c'est une plus-value, et souvent les patients adhèrent davantage à leur traitement parce



qu'ils comprennent mieux, parce que l'infirmière praticienne prend plus de temps avec la clientèle que le médecin. (ENT 01, représentant d'une association professionnelle)

De plus, plusieurs informateurs clés ont mentionné que, par sa plus grande disponibilité, l'IPSPL répondrait plus rapidement aux besoins ponctuels du patient et lui offrirait un suivi plus régulier que le médecin, de sorte qu'elle pourrait plus facilement respecter les recommandations cliniques disponibles pour le suivi des maladies chroniques. Ce suivi régulier et rigoureux permettrait une surveillance accrue et une prise en charge plus précoce des détériorations de l'état de santé du patient. En limitant ainsi les complications de santé chez ses patients, l'IPSPL leur éviterait donc des consultations à l'urgence, des hospitalisations et des traitements plus agressifs ou invasifs, ce qui représenterait pour eux un grand bénéfice.

J'oserais dire même peut-être des fois des suivis plus serrés que nous [les médecins] on peut faire, parce qu'on manque de disponibilité, mais eux [les IPSPL] sont capables d'assurer un suivi beaucoup plus serré. Donc je trouve que ça, dans le traitement des maladies chroniques, c'est quand même un plus. Parce que si on veut...si on contrôle plus rapidement la maladie chronique, ben c'est certain qu'on diminue le nombre de consultations à l'urgence pis les hospitalisations pis tout ça. (ENT 40, médecin partenaire)

Les médecins avec leur pratique, leur charge de travail, peuvent difficilement respecter ces lignes directrices-là [de gestion des maladies chroniques], dans le sens où, d'accorder le suivi autant qu'ils le voudraient. Et c'est vraiment par manque de temps...donc, l'IPSPL a, à mon avis, toute son importance à ce niveau-là. Y'a un partenariat, le patient qui peut voir son médecin aux 12 ou 18 mois, mais que l'IPS peut voir de façon un peu plus rapprochée, entre ses visites médicales plus officielles [...]. Pour moi, c'est prioritaire pour assurer un meilleur suivi, et qui dit meilleur suivi dit meilleure prise en charge, meilleure prise en charge, moins de décompensations, ou en tout cas prise en charge plus rapide avant d'aller vers une décompensation plus importante, donc éventuellement moins de visites à l'urgence dans un état décompensé plus important. (ENT 16, responsable de la formation des IPSPL)

### *5.2.3.2 Impacts perçus des pratiques des IPSPL dans les équipes de soins de première ligne*

Malgré une certaine résistance à l'intégration des IPSPL dans les milieux de soins et la présence de barrières à la collaboration interprofessionnelle dont il sera question dans la prochaine section, la majorité des informateurs clés rencontrés considèrent que les pratiques des IPSPL généreraient principalement des impacts positifs pour les équipes de soins de première ligne. Tout d'abord, deux informateurs clés ont souligné que les équipes de soins seraient satisfaites des pratiques de l'IPSPL et reconnaîtraient sa valeur ajoutée au sein de l'équipe quant au suivi des patients. Le bagage infirmier de l'IPSPL serait un précieux atout pour la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de soins de première ligne. D'une part, sa bonne connaissance du champ de pratique de l'infirmière clinicienne faciliterait le suivi conjoint de patients par ces deux professionnelles, puisqu'elle pourrait lui déléguer des tâches adaptées à son expertise. D'autre part, ses compétences infirmières relatives à l'éducation à la santé et à l'enseignement au patient seraient grandement

appréciées des médecins, qui les percevraient comme un complément très utile à leur propre expertise médicale.

Depuis qu'on travaille avec [l'IPSPL], c'est vraiment un plus pour l'équipe. [...]. Je pense que, de voir aller notre IPS, c'est clair que les gens ils peuvent juste dire : « ah ben oui je pense que c'est un très bon rapport coûts/bénéfices pis c'est une bonne idée d'avoir des IPS dans les milieux. » (ENT 22, médecin partenaire)

Pis de par leur statut infirmier aussi, je dirais, à la base, y [les IPSPL] ont certaines connaissances, je dirais, qui contribuent certainement à améliorer la qualité des soins euh...t'sais par exemple pour le diabète [...] nous [les médecins] on pique pas, les glycémies, on n'en prend pas à nos patients [...] Au *day to day*, dans le concret, c'est le genre de pratiques qu'elles ont fait régulièrement dans le passé avant d'être IPSPL, donc y sont plus en mesure de comprendre la réalité de ces gens-là dans leur quotidien. Donc je pense qu'y, peut-être, y'ont peut-être des conseils plus adaptés ou y voient des choses que nous, on voit pas... (ENT 40, médecin partenaire)

Les informateurs clés sont d'avis que les médecins partenaires retireraient le plus souvent une grande satisfaction de leur collaboration avec l'IPSPL. Le partage des tâches au niveau du suivi des patients permettrait au médecin d'augmenter sa prise en charge totale de patients et de consacrer plus de temps à la gestion des cas complexes, tout en étant confiant de la grande qualité du suivi offert par l'IPSPL à sa clientèle plus stable. La plus grande disponibilité de l'IPSPL permettrait de pallier la surcharge des médecins de sorte à offrir au patient le suivi dont il a besoin en temps opportun. Néanmoins, il semblerait, selon l'un des informateurs clés, que cette répartition des suivis soit perçue par certains médecins comme un alourdissement de leur charge de travail, le suivi des patients stables par l'IPSPL leur reléguant une clientèle plus complexe à gérer. Toutefois, la prise en charge accrue des cas plus lourds par les médecins serait un impact jugé légitime puisque ces derniers seraient justement bien formés pour concentrer leurs interventions sur des cas et des pathologies complexes.

Oui parce que si ça marche encore plus [le déploiement des IPSPL], les médecins de famille et les spécialistes, ils vont se retrouver à faire de la médecine pour laquelle ils ont été formés, pas les cas faciles. [...] Fait que ça, je peux voir que ça change leur façon de faire, mais en même temps, c'est pour ça qu'ils sont formés. (ENT 13, gestionnaire de soins infirmiers)

[...] pis elles [les IPSPL] ont aussi amélioré beaucoup la pratique médicale des médecins de famille parce que ça nous permet de, de voir vraiment des problématiques médicales précises, plus des patients qui ont plus de problèmes, je dirais, difficiles à gérer. Les choses un peu plus suivies comme telles, ben on peut laisser nos IPSPL le faire puis...c'est vraiment génial. (ENT 40, médecin partenaire)

Un autre impact des pratiques de l'IPSPL dans les équipes de soins s'observerait en ce qui concerne le soutien significatif qu'elle offrirait à l'infirmière clinicienne. Elle contribuerait à optimiser ses connaissances et ses compétences et lui permettrait d'être plus autonome dans sa pratique. L'IPSPL serait perçue comme une

ressource privilégiée à laquelle l'infirmière clinicienne pourrait se référer en cas d'interrogations ou lorsqu'elle aurait atteint les limites de son champ de pratique. L'IPSPL faciliterait également la pratique de l'infirmière clinicienne en participant au développement des protocoles de soins que cette dernière utilise dans le cadre de sa pratique, agissant ainsi comme un outil de promotion de l'infirmière clinicienne et du renforcement de ses capacités.

Et dans les milieux où il y a eu des infirmières praticiennes, après quelque temps, ce qui ressort, c'est que les infirmières sont mieux... y'ont rehaussé leurs connaissances, elles ont amélioré leurs compétences, elles vont beaucoup plus loin, elles comprennent mieux les processus pathologiques. Donc on voit que ça l'a un impact positif. (ENT 01, représentant d'une association professionnelle)

Des IPSPL travaillent, peuvent jouer un rôle important en mettant à jour par exemple des protocoles avec la collaboration de leur médecin partenaire pour justement une pratique plus autonome pour les infirmières cliniciennes. Donc on pourrait mettre plus à profit leur champ de pratique, puis maximiser aussi celui de l'infirmière praticienne, donc ça ferait en sorte que, qu'y pourrait y avoir potentiellement plus de patients qui sont suivis, qui reçoivent des soins de, d'une excellente qualité. (ENT 07, chercheur en sciences infirmières)

Enfin, certains informateurs clés ont relevé l'utilité du rôle pivot que l'IPSPL jouerait souvent au sein des équipes de soins. Celle-ci serait fréquemment appelée à faire le relais entre le patient et les autres professionnels de santé, ou encore entre les divers professionnels eux-mêmes. L'IPSPL faciliterait ainsi la communication et la coordination entre les différents membres de l'équipe de soins, ce qui contribuerait à améliorer le fonctionnement des équipes et le suivi des patients.

Ce rôle-là d'agir à titre d'intermédiaire, puis de faire le porte-parole entre les besoins de l'équipe, du fonctionnement puis aussi avec le médecin partenaire qui peut être le supérieur hiérarchique pour plusieurs, c'est souvent quelque chose qu'on donne à l'IPS dans l'équipe comme rôle pour faciliter le fonctionnement puis son intégration au sein de l'équipe. (ENT 07, chercheur en sciences infirmières)

### *5.2.3.3 Impacts perçus des pratiques des IPSPL pour l'offre de soins de santé de première ligne*

Les informateurs clés rencontrés ont relevé les impacts positifs suivants de la pratique des IPSPL au niveau du système de santé : une plus grande accessibilité aux soins de première ligne pour la population québécoise, l'amélioration de la qualité des soins dispensés de même qu'une diminution de la pression sur les deuxième et troisième lignes du système de santé.

D'abord, les IPSPL permettraient à plusieurs personnes sans médecin de famille d'avoir enfin accès à des soins de santé de première ligne. Grâce à leur partenariat avec elles, les médecins seraient en mesure d'accroître leur prise en charge de patients. Cela contribuerait à faire diminuer les listes de clientèle orpheline

en attente de prise en charge, parmi lesquelles se retrouvent souvent des personnes vulnérables nécessitant des soins et un suivi prioritaires, la plupart étant des personnes atteintes de maladies chroniques. En étant dégagés d'autres types de clientèle, par exemple les personnes atteintes de maladies chroniques stables, les médecins seraient également en mesure de prendre en charge davantage de cas complexes nécessitant une expertise médicale plus avancée tel qu'il a été mentionné précédemment. L'accessibilité aux soins serait donc favorisée de façon générale, et en particulier pour les clientèles dont les besoins de santé sont les plus criants.

Y'a beaucoup clientèle orpheline, y'a un manque de médecins de famille, donc y'a un besoin de ressources. L'IPS peut aider, qu'elle peut résoudre tous les problèmes, je pense pas, mais elle peut certainement contribuer à diminuer le problème au Québec. (ENT 11, responsable de la formation des IPSPL)

C'est clair qu'on augmente l'accessibilité, on permet aussi que les médecins, les omnipraticiens prennent des clientèles plus complexes, sans ça qui resteraient sur les listes d'attente des guichets d'accès. (ENT 09, directrice des soins infirmiers)

Les IPSPL ont effectivement...j'pense qu'y ont révolutionné en fait le suivi des maladies chroniques en première ligne parce qu'on sait que l'accessibilité aux médecins de famille est difficile, puis les médecins de famille, disons-le, sont débordés par la prise en charge [...] donc l'aide qui est apportée par les IPSPL est vraiment essentielle pis nécessaire à notre système de santé actuel avec le vieillissement de la population, on a besoin de ça, si on n'a pas leur aide, on s'en sortira pas. (ENT 40, médecin partenaire)

En plus d'augmenter l'accessibilité, il est perçu que l'IPSPL rehausserait la qualité globale des soins dispensés aux patients atteints de maladies chroniques en première ligne. Son approche holistique décrite plus tôt permettrait de mieux cerner les besoins des patients et ainsi de mieux y répondre. Par l'amélioration de la qualité des soins et des résultats de soins des patients, l'IPSPL contribuerait, comme il a été mentionné plus tôt, à prévenir les détériorations de l'état de santé des patients. Cela aurait pour impact de réduire le recours aux consultations à l'urgence et auprès de spécialistes et ainsi de diminuer la pression sur les deuxième et troisième lignes du système de santé. Les coûts financiers associés aux services de santé hospitaliers en seraient ainsi réduits.

Je dirais que le suivi est excellent et encore mieux que juste avec un médecin, parce que touchant le côté autant soins infirmiers que médical, le patient est vu dans une globalité complète. (ENT 19, gestionnaire de soins infirmiers)

Je trouve qu'au niveau des soins de santé de première ligne en maladies chroniques, les IPSPL ont vraiment, ont vraiment...contribué de façon très importante à l'amélioration de la qualité des soins aux patients atteints de maladies chroniques (ENT 40, médecin partenaire)

## **5.3 Défis perçus limitant une pratique optimale des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques**

Nous avons demandé aux informateurs clés quels étaient à leur connaissance les principaux défis rencontrés par les IPSPL dans le cadre de leur pratique auprès des patients atteints de maladies chroniques. Nous verrons dans cette section que les principaux défis identifiés sont en lien avec la réglementation de la pratique des IPSPL, la complexité croissante des maladies chroniques, la méconnaissance persistante du rôle de l'IPSPL ainsi que le petit nombre actuel d'IPSPL dans les milieux de soins de première ligne.

### **5.3.1 Une réglementation restrictive engendrant une prise en charge sous-optimale des patients atteints de maladie(s) chronique(s)**

La réglementation actuelle de la pratique des IPSPL représenterait l'un des principaux défis nommés par les informateurs clés rencontrés. Pour une majorité d'entre eux, cette réglementation est jugée trop restrictive et contraignante, parfois même frustrante. Des limitations importantes seraient d'abord notées en ce qui a trait aux actes médicaux autorisés aux IPSPL. Par exemple, les IPSPL ne peuvent prescrire qu'à partir de listes restreintes de médicaments et d'examen de laboratoire ou de radiologie. De plus, elles ne peuvent poser elles-mêmes de diagnostics de maladie chronique ni initier de traitement sans consultation préalable du médecin partenaire, alors qu'elles auraient les compétences requises pour le faire, selon certains informateurs clés, du moins pour les pathologies chroniques les plus fréquemment rencontrées en première ligne (hypertension, diabète, asthme, maladies pulmonaires obstructives chroniques). Par ailleurs, la réglementation actuelle ne permet pas aux IPSPL de renouveler la médication prescrite par les spécialistes, ni de référer elles-mêmes leurs patients aux spécialistes. Elles n'auraient pas non plus accès directement aux résultats des consultations de leurs patients réalisées auprès de médecins spécialistes, ces résultats étant d'abord acheminés au médecin partenaire. Ces limitations liées à l'encadrement de la pratique des IPSPL ne permettraient pas d'offrir un suivi optimal et efficace du patient, car elles engendrent de nombreux aller-retours entre l'IPSPL et le médecin partenaire. Ces allers-retours seraient à l'origine de délais dans l'investigation et le traitement du patient, au détriment de ce dernier. Bien que la majorité des informateurs clés dénoncent cette réglementation jugée trop contraignante, l'un d'entre eux, en l'occurrence un médecin partenaire, est toutefois d'avis que cette réglementation serait tout de même adéquate, dans le contexte où ces balises strictes seraient nécessaires à l'introduction progressive d'une nouvelle profession.

J'trouve que certains examens médicaux qui sont pas invasifs, qui coûtent pas cher pis qu'on voit très bien qu'y (les IPSPL) connaissent les indications, pis y peuvent pas encore le prescrire ou certains médicaments, mais... mais je pense que c'est correct qu'y ait des balises plus serrées actuellement pour ça, parce que ça débute pis c'est plus facile d'en mettre que d'en enlever, c'est plus facile de le mettre, de donner des... des possibilités à ces IPS-là plutôt que

d'enlever des droits ou des choses qu'y peuvent faire [...] mais...c'est sûr que y'a matière à amélioration c'est sûr, mais ça, ça va venir avec le temps. (ENT 40, médecin partenaire)

Et la limite des listes de médicaments, mais y'a les listes d'analyses de laboratoire, les listes d'imagerie médicale, des examens d'imagerie médicale, y'a des listes pour les techniques invasives [...] Y'a comme des délais, y'a plein de choses qui ne fonctionnent...qui n'est pas efficace actuellement dans la pratique des IPSPL à cause d'une réglementation trop restrictive. (ENT 01, représentant d'une association professionnelle)

En plus des limitations appliquées aux actes médicaux autorisés, des restrictions toucheraient également les milieux de pratique désignés pour les IPSPL, ce qui limiterait la portée de leur contribution au niveau de la gestion des maladies chroniques. Le ministère de la Santé et des Services sociaux viserait à les implanter presque exclusivement en GMF, et les IPSPL seraient jusqu'à maintenant absentes de certains secteurs de la première ligne, comme les milieux de soins de longue durée<sup>11</sup>. Or, l'apport des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques pourrait être significatif dans ces milieux, considérant la forte concentration de personnes âgées qu'on y retrouve, généralement atteintes de plusieurs problèmes de santé chroniques. La pleine contribution de l'IPSPL serait par ailleurs limitée par l'exigence qu'un médecin partenaire doive accepter la prise en charge d'un patient avant que l'IPSPL ne puisse amorcer un suivi. Cet élément de la réglementation actuelle serait pour certains en contradiction directe avec l'un des aspects importants du rôle de l'IPSPL d'améliorer l'accès aux soins de première ligne.

[...] un enjeu extrêmement majeur pour moi, c'est que dans les lignes directrices-là, on dit un double message. On dit : « les infirmières IPS sont formées pour les maladies chroniques, y sont bonnes puis y vont vous faire un beau suivi puis y peuvent suivre le patient 10 ans si vous voulez ». Ok. Mais, le diagnostic doit être fait par le médecin. [...] y'a des tonnes de patients qui appelaient pour avoir des suivis, ok? Sauf que, on pouvait pas lui donner un rendez-vous avec l'IPS parce que fallait qu'ça passe par le médecin d'abord. Puis que finalement le médecin diagnostique pis que le médecin accepte de le prendre dans sa banque [...] Si le médecin voulait pas l'prendre parce qu'y en avait trop ou il aimait pas la problématique clinique ou il était pas à l'aise avec, etc., on pouvait pas l' prendre comme IPS. (ENT 20, directrice des soins infirmiers)

Plusieurs informateurs clés ont mentionné que des efforts avaient été déployés, notamment par l'OIIQ, et continuaient de l'être afin d'amener un assouplissement de la réglementation entourant la pratique des IPSPL pour leur permettre entre autres d'assurer un suivi plus optimal des patients atteints de maladies chroniques. Ces démarches seraient toutefois très longues et complexes à mener, notamment en raison du processus de consultation des autres ordres professionnels afin de pouvoir apporter des changements à la réglementation. Un informateur clé a avancé que cette difficulté relèverait en partie d'une résistance de certains médecins à

---

<sup>11</sup> Au moment de réaliser les entrevues, le projet vitrine du MSSS visant l'intégration des IPSPL dans les centres d'hébergement (Durand et Maillé, 2015) n'avait pas encore été mis sur pied.

partager leur champ de pratique. Sur le terrain, les délais observés dans la modification de la réglementation feraient en sorte qu'il y aurait un décalage important entre l'évolution des guides de bonnes pratiques médicales et la possibilité pour l'IPSPL de suivre ces lignes directrices.

Ben là aussi y'a des nouvelles pratiques et des nouvelles guidelines, on nous demande de faire tel, tel examen diagnostique au moment du suivi, mais là, y'a deux ans, il n'avait pas été mis dans la liste, ben elle [l'IPSPL] peut pas le faire. Donc, c'est toute la question d'ouvrir finalement pour lui permettre d'être capable d'amorcer un traitement, d'être en mesure de suivre de façon adéquate son patient qui a une maladie chronique. » (ENT 01, représentant d'une association professionnelle)

Le mémoire que l'Ordre vient de faire hein, pour essayer d'ouvrir les lignes directrices, écoutez, t'as le droit de prescrire cela, t'as le droit juste de renouveler cela, t'as le droit d'ajuster cela, puis t'as pas le droit de prescrire un combiné, et puis t'as pas...puis le temps que tu changes ta médication, ça prend deux ans au niveau de la loi, c'est infernal là t'sais. (ENT 20, directrice des soins infirmiers)

Y'a beaucoup de points à l'intérieur du système où le corps médical peut exercer un contrôle sur d'autres professionnels de la santé, puis ça je pense que ça vient compliquer les changements du type que vous décrivez. Je ne mettrais pas l'ensemble des médecins dans ce bassin-là de gens qui veulent pas changer puis qui veulent garder le contrôle, mais je pense que si on regarde les chicanes des groupes de réglementation avec le Collège et l'Ordre des infirmières, y'a beaucoup de ça qu'on retrouve encore, c'est de garder le contrôle sur un champ pratique. (ENT 07, chercheur en sciences infirmières)

### 5.3.2 Des IPSPL manquant parfois d'outils et d'expérience pour gérer des maladies chroniques de plus en plus complexes

Selon certains informateurs clés, la complexité croissante des maladies chroniques représenterait un important défi dans la pratique de l'IPSPL. Cette complexité toucherait l'ensemble des maladies chroniques, incluant celles qualifiées de stables et pour lesquelles l'IPSPL offre un suivi. D'abord, les patients suivis par l'IPSPL seraient fréquemment atteints de plusieurs maladies chroniques à la fois, maladies bien souvent interdépendantes dont l'évolution de chacune se répercute sur le cours des autres. On parlerait alors de multipathologies ou de multimorbidité, et ces cas seraient de plus en plus représentés parmi la clientèle suivie en première ligne, tel qu'illustré dans cette citation :

Ben en fait, ce que les infirmières praticiennes en première ligne, ce qui n'est pas nécessairement simple, c'est qu'on a aussi une clientèle de plus en plus maladies chroniques, mais multi maladies chroniques. Et ça complexifie l'évaluation, ça complexifie aussi le traitement et le suivi. Et ça, quand on commence comme infirmière praticienne, on a... ça nous prend un certain temps avant de développer une certaine expérience, une habileté à travailler avec ces clientèles-là multi pathologiques et complexes. Je pense que ça, ça fait partie d'un défi important pour les IPS. Traiter une hypertension c'est une chose, mais traiter un patient qui est à la fois hypertendu, insuffisant cardiaque, insuffisant rénal et que là commence un diabète,

c'est une autre paire de manches. Et ça, on commence à en avoir de plus en plus, de ce type de clientèle-là. (ENT 01, représentant d'une association professionnelle)

Le défi serait d'assurer une gestion conjointe de l'ensemble des problèmes de santé chroniques du patient plutôt que d'effectuer un suivi compartimenté pour chaque maladie prise de façon isolée. Une approche globale des cas de multimorbidité permettrait d'éviter de mettre en œuvre une intervention pertinente pour l'une des maladies, mais qui entraînerait des répercussions indésirables sur l'évolution des autres pathologies concomitantes. Ce défi serait d'autant plus grand chez les personnes âgées, dont l'état de santé plus précaire limiterait les options thérapeutiques. En plus de la problématique posée par la multimorbidité, une autre difficulté perçue pour l'IPSPS serait de tenir compte des nombreux éléments contextuels qui influencent l'évolution des maladies chroniques, que ce soit le contexte génétique, environnemental, familial ou psychosocial. Bien qu'elle soit formée pour intégrer ensemble les dimensions physique et psychosociale, certains informateurs clés ont avancé qu'il ne serait pas toujours évident en pratique d'établir les liens entre ces deux dimensions et de choisir l'intervention appropriée. Mis ensemble, la multimorbidité, les facteurs contextuels et, dans nombre de cas, l'âge avancé complexifieraient le suivi du patient atteint de maladies chroniques. Devant l'ampleur de la tâche, il serait parfois difficile pour l'IPSPS de cibler les priorités d'interventions pharmacologiques mais surtout non pharmacologiques touchant le changement de comportements.

Le lien santé mentale santé physique, y [les IPSPS] ont comme de la difficulté à le faire. Quand c'est santé mentale, je devrais dire plutôt psychosociale, parce que t'sais y'a des contextes de vie qui sont pas faciles [...] pis quand y sont confrontées dans le quotidien, qui peuvent à ce moment-là [être] beaucoup plus attirées vers des choses qui sont plus faciles, qui donnent apparence de résoudre le problème. (ENT 03, responsable de la formation des IPSPS)

Bah, une des difficultés, c'est l'ampleur, c'est l'ampleur du travail qui pourrait être ciblé, et le fait de, d'arriver à scinder ça. Je vous dirais que souvent, on a tendance à vouloir aller tout azimut, et faire un plan sur plein de chose. Moi, je pense que c'est, c'est, c'est une force mais c'est en même temps une difficulté, mais c'est d'être capable de dire :« écoutez, on va statuer sur tel, tel aspect, on va travailler là-dessus et on réévaluera et on travaillera sur d'autres aspects éventuellement. » T'sais on peut pas tout d'un coup demander à la personne d'accepter sa maladie, d'accepter de changer ses modes de vie, son alimentation, son exercice, d'accepter d'arrêter de fumer, d'accepter de diminuer l'alcool [...]. (ENT 16, responsable de la formation des IPSPS)

Selon un informateur clé provenant du milieu universitaire, la rétroaction qu'il aurait obtenue de plusieurs IPSPS graduées indiquerait que celles-ci percevaient leur formation insuffisante en matière de maladies chroniques, malgré une formation globale jugée de très haute qualité par de nombreux informateurs clés. La formation très chargée, couvrant sur une période de deux ans l'ensemble des notions médicales théoriques et pratiques à acquérir, ne permettrait pas d'approfondir autant que souhaité les connaissances relatives aux



maladies chroniques. De plus, une fois en milieu de travail, certaines IPSPL seraient principalement affectées aux soins courants ponctuels, comme les périodes de sans rendez-vous. En raison de leur petit nombre dans les milieux de première ligne, elles seraient aussi souvent appelées à couvrir un large éventail d'activités (sans rendez-vous, soins à domicile, cliniques jeunesse, suivis pédiatriques, suivi général, cliniques spécialisées). Cette pratique éclatée ne leur donnerait donc pas l'occasion de développer et de maintenir une expérience significative en gestion des maladies chroniques.

Pour ce qui est de la réalité, j'ai l'impression qu'avec le temps, les maladies chroniques, c'est pas... elles font plus de soins courants que ce qu'on s'attendait. Donc, on pensait vraiment que, nous, la majorité de nos heures seraient consacrées au suivi des maladies chroniques. [...] j'ai communiqué avec toutes mes diplômées [IPSPL] des cinq dernières années, c'est un sondage anonyme, puis c'est sur ça qu'elles semblent le moins solides, le suivi des maladies chroniques, et qu'elles trouvent que notre formation n'est pas suffisamment solide, qui est à améliorer, puis aussi qu'elles trouvent qu'elles manquent d'expérience. (ENT 03, responsable de la formation des IPSPL)

D'autres informateurs clés ont soulevé certains besoins de formation plus spécifiques en lien avec le suivi des maladies chroniques. Ces besoins se situeraient au niveau du suivi de la clientèle âgée, souvent atteinte de multimorbidité et de déficits cognitifs, ainsi qu'au niveau des connaissances en pharmacologie. Par ailleurs, les opportunités de formation continue en maladies chroniques seraient jugées insuffisantes dans certains milieux. Alors que les lignes directrices en matière de gestion des maladies chroniques évoluent rapidement sur la base des nouvelles données probantes issues de la recherche, certains milieux n'offriraient pas aux IPSPL le temps et les ressources financières nécessaires à leur participation à des activités de formation continue.

Y'a aussi les maladies chroniques qui se complexifient avec le vieillissement, et le nombre de maladies chroniques qu'a une personne fait en sorte que ça rend les situations de santé des patients plus complexes. Et j'imagine que la formation va devoir s'ajuster aussi pour être en mesure de répondre à cette clientèle-là plus vieillissante, plus malade, plus multi pathologique. (ENT 01, représentant d'une association professionnelle)

Avec ce que mes étudiantes me disent, c'est sûr que la partie pharmacologie devrait être encore davantage explorée. Les étudiantes ne se sentent pas assez outillées au niveau pharmacologie. (ENT 16, responsable de la formation des IPSPL)

Je sais que quand on a fait nos rencontres au mois d'octobre, un des éléments qui a ressorti entre autres, c'est que les infirmières praticiennes trouvaient qu'on leur offrait pas beaucoup d'opportunités de formation continue. Et c'est sûr que c'est un incontournable dans les soins de santé, avec l'évolution scientifique, d'avoir la possibilité d'aller à de la formation continue. Entre autres particulièrement au niveau des maladies chroniques, parce que, comme je vous dis, ça va devenir une bonne partie de leur clientèle dans les prochaines années. (ENT 01, représentant d'une association professionnelle)

Enfin, la gestion efficace de maladies chroniques de plus en plus complexes nécessiterait bien souvent la mobilisation de ressources particulières, que ce soit des outils de suivi destinés à l'IPSPL ou au patient, la référence à des services communautaires, comme les groupes de soutien à l'arrêt tabagique, ou encore le recours à l'expertise des autres professionnels du milieu tels les nutritionnistes, les kinésiothérapeutes, etc. Quelques informateurs clés ont relevé d'une part que l'IPSPL aurait parfois du mal à bien connaître l'ensemble de ces ressources pour en faire bénéficier ses patients atteints de maladies chroniques, surtout en début de pratique. D'autre part, la disponibilité de ces ressources serait limitée dans certains milieux. À titre d'exemple, le télésoin est un outil technologique de suivi permettant au patient de surveiller lui-même de son domicile plusieurs paramètres de son état de santé et d'autogérer ses problèmes de santé chroniques en conséquence, avec le soutien à distance d'une infirmière ayant accès aux paramètres enregistrés. Cet outil, qui facilite le suivi du patient et son habilitation à prendre en charge de façon autonome son état de santé, ne serait toutefois pas disponible dans tous les milieux de soins de première ligne.

### 5.3.3 Méconnaissance persistante du rôle de l'IPSPL, résistance et craintes face au changement : des barrières à une intégration et à une collaboration interprofessionnelle optimales pour une gestion efficace des maladies chroniques

Comme il a été mentionné dans la section précédente, la méconnaissance du rôle de l'IPSPL représente un défi très important entourant la pratique des IPSPL selon une majorité des informateurs clés rencontrés. D'abord, la pratique de l'IPSPL serait fréquemment confondue avec celle des autres rôles infirmiers, plus particulièrement avec la pratique de l'infirmière clinicienne. Cette confusion amènerait une utilisation sous-optimale de l'IPSPL dans certaines équipes de soins. Elle serait parfois appelée à prodiguer des soins courants qui pourraient aisément être administrés par une infirmière auxiliaire. Dans d'autres cas, on lui attribuerait des suivis de maladies chroniques qui pourraient tout aussi bien être effectués par une infirmière clinicienne via les ordonnances collectives. Ce type de suivis, octroyés à tort à l'IPSPL selon plusieurs répondants, ne permettrait pas à l'IPSPL de mettre à profit toute l'autonomie dont elle dispose via les actes médicaux qu'elle est habilitée à poser, comme le soulève cet informateur clé :

Ben moi, c'est parce que je veux qu'elles jouent pleinement leur [rôle], bon, elles ont été formées pour suivre des clientèles diversifiées, elles ont été formées pour être autonomes, j'ai pas envie de les réduire à des suivis, par exemple de INR, puis l'ajustement de Coumadin. (ENT 09, directrice des soins infirmiers)

La méconnaissance du rôle serait également à l'origine de difficultés d'intégration de l'IPSPL et de collaboration avec les autres professionnels dans certains milieux. D'abord, certains médecins anticiperaient une perte de revenu avec l'arrivée d'une IPSPL, craignant une réduction de leur volume de patients. De plus,

la rémunération à l'acte des médecins ne favoriserait pas leur engagement dans des activités de collaboration interprofessionnelle, moins payantes que les activités cliniques auprès des patients. Par ailleurs, certains médecins seraient plus réticents à collaborer avec l'IPSPL par crainte d'imputabilité légale en cas de faute ou de manquement de l'IPSPL envers un patient, alors que cette crainte serait injustifiée, selon certains informateurs clés. Ils auraient parfois tendance à exercer une surveillance excessive de l'IPSPL, brimant ainsi l'autonomie dont elle devrait pouvoir bénéficier dans le cadre du suivi de ses patients. De plus, certains médecins se montreraient résistants à l'intégration d'une IPSPL, car ils se sentiraient menacés par les compétences avancées de l'IPSPL, craignant qu'elle ne vienne remettre en question leurs propres pratiques. D'autres auraient aussi du mal à accepter de perdre l'exclusivité du champ de pratique médical et le contrôle sur leurs patients, ou se montreraient tout simplement résistants au changement que l'IPSPL entraînerait dans leur pratique. De façon générale, il ressort du discours des informateurs clés que la confiance et l'aisance du médecin envers l'IPSPL prendrait un certain temps à se développer, le temps que le médecin se familiarise avec le rôle de cette nouvelle collaboratrice et que se dissipent ses craintes initiales.

Y [les médecins] ont un peu peur en fait que les IPS entrent dans leur pratique. J'ai l'impression peut-être d'une part parce que, disons-le, y ont peur de perdre un peu de pouvoir...sur leurs patients [...] Mais aussi parce que j pense que le rôle est méconnu là...de se faire challenger, j pense qu'y a des médecins qui ont peur de la pratique des IPS parce qu'y connaissent pas leur pratique, y connaissent pas comment y fonctionnent, fait que y ont peur des erreurs médicales et compagnie, ça c'est sûr, mais j pense pas que c'est la majorité. Y a beaucoup de médecins aussi qui...qui... qui vont se sentir aussi un peu dépassés par la pratique de ces IPS-là. C'est sûr que les IPS ont un...une expertise en fait qui est plus définie, qui est moins large que la nôtre. [...] donc c'est peut-être plus facile pour eux de se tenir à jour sur la pratique donc... Moi, je pense que certains médecins ont peur de l'expertise qu'y peuvent avoir qui pourrait confronter leur propre expertise à eux. (ENT 40, médecin partenaire)

Puis je peux vous dire, elles [les IPSPL] ont dû faire leurs preuves dans ce contexte-là. Fait que les médecins sont [maintenant] rassurés. (ENT 18, directrice de soins infirmiers)

Du côté des infirmières cliniciennes, certains informateurs clés ont relevé que celles-ci ne percevraient pas toujours la distinction entre leur propre rôle et celui de l'IPSPL, et ne verraient donc pas la pertinence d'intégrer l'IPSPL au sein de l'équipe de soins. Certaines infirmières cliniciennes manifesteraient une attitude négative envers l'IPSPL, qu'elles considéreraient comme une compétitrice, une menace à l'intégrité de leur propre rôle, plutôt qu'une collaboratrice. La méconnaissance du rôle s'observerait également du côté de certains pharmaciens communautaires, qui ne reconnaîtraient pas les prescriptions de l'IPSPL au même titre que celles du médecin. Malgré des dispositions très claires dans la réglementation de la pratique de l'IPSPL quant aux médicaments qu'elle est autorisée à prescrire, certains pharmaciens questionneraient encore la valeur légale des prescriptions signées par l'IPSPL.

Ça, initialement là, quand on savait qu'on aurait une IPS qui s'en viendrait ici, je dois dire que les infirmières cliniciennes ne voyaient pas ça nécessairement d'un bon œil, hein, c'était comme bon, comme, en fait c'était beaucoup encore dans l'incompréhension ou la méconnaissance du rôle parce que là, l'infirmière disait, l'infirmière clinicienne disait : « oui, mais ici on a des protocoles, on va administrer les protocoles, puis dans le fond ben qu'est-ce que ça va donner de plus à l'UMF d'avoir une IPS? » (ENT 22, médecin partenaire)

On nous relève beaucoup de situations où le pharmacien en communauté remet en question des prescriptions des infirmières praticiennes, ils les surveillent alors que ce n'est pas vraiment leur mandat de surveiller la pratique des infirmières praticiennes. On a même entendu des praticiennes qui nous ont dit : « ben mes patients là sont allés à la pharmacie communautaire pour remplir la prescription, ils se sont fait dire que ce serait mieux d'avoir un médecin, vous êtes pas sûrs vos assurances remboursent parce que c'est une infirmière praticienne. » (ENT 01, représentant d'une association professionnelle)

Nos défis qu'elles ont, nos IPS, je dois vous dire, c'est de faire accepter leurs prescriptions, par les pharmacies communautaires. [...] Parce qu'ils refusent les prescriptions de notre clientèle, allant même jusqu'à ce qu'un client a été 48 heures sans avoir sa médication. (ENT 18, directrice des soins infirmiers)

Ainsi, non seulement la méconnaissance du rôle de l'IPSPL nuit à son intégration dans les milieux de première ligne et à la collaboration avec les autres professionnels de la santé, mais elle compromettrait également la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. Le continuum de soins, essentiel à une prise en charge optimale des patients atteints de maladies chroniques, serait parfois menacé par la non-reconnaissance de l'IPSPL au même titre qu'un médecin pour certains actes médicaux :

Ce qui limite des fois le fonctionnement des IPS, c'est la méconnaissance des rôles par les GMF, parfois par les partenaires externes. [...] Les IPS à c't'heure ont le droit de prescrire des mammographies [...] mais la façon que ça fonctionne dans le système, l'IPS n'est pas reconnue au niveau médical, ça veut dire que le résultat de mammographie se ramasse au médecin de l'Agence. Ça veut dire y'a un manque de communication dans le système et des fois les patients tombent entre deux chaises de même, et à ben des endroits, une IPSPL, c'est considéré comme une infirmière clinicienne. (ENT 19, gestionnaire de soins infirmiers)

#### 5.3.4 Un nombre insuffisant d'IPSPL au Québec qui compromettrait la diffusion du rôle et la réponse aux besoins des milieux dans le domaine des maladies chroniques

Plusieurs informateurs clés ont soulevé le trop faible nombre d'IPSPL dans le réseau de santé québécois, en-deçà des cibles prévues par le Ministère. La présence encore discrète des IPSPL dans les milieux de soins de première ligne contribuerait à entretenir la méconnaissance sur le rôle, avec les difficultés qui en résulteraient telles qu'élaborées précédemment. Selon plusieurs informateurs clés, cette situation découlerait principalement de la grande difficulté à trouver des places de stages dans les milieux cliniques de première ligne, et ce, pour de multiples raisons. D'abord, plusieurs milieux auraient déjà atteint leur capacité maximale

d'enseignement, tant au niveau des ressources humaines que matérielles, avec la présence de plus en plus nombreuse de résidents et d'externes à la suite de l'augmentation des cohortes en médecine. Il est d'ailleurs perçu par certains répondants que les étudiants en médecine seraient préférablement accueillis dans les milieux cliniques au détriment des étudiantes IPSPL, en raison entre autres de la plus grande aisance des médecins à superviser de futurs médecins plutôt qu'un rôle infirmier encore mal compris. De plus, certains médecins et même IPSPL seraient réticents à s'engager dans d'autres activités de supervision pour des considérations de rémunération insuffisante ou encore à cause de l'empiètement sur leur temps clinique destiné au suivi de leurs patients. Au final, le manque de places de stages nuirait au recrutement universitaire de futures IPSPL.

L'enjeu que je vous mets en amont là, on veut des infirmières praticiennes de première ligne mais pour ça il faut que on puisse sortir des stages ces infirmières praticiennes spécialisées. Trouver des stages, c'est de plus en plus difficile. [...] c'est que si elles ont pas de stage, elles finissent pas leur programme, si elles ne finissent pas leur programme, elles ne sont pas diplômées. Celles qui sont pas diplômées, elles sont pas dans les milieux. (ENT 04, représentant d'une organisation gouvernementale)

Une autre raison, que j'aime beaucoup, c'est qu'ils ont plus d'étudiants en médecine. Des étudiants en médecine, puis t'es un médecin... c'est normal que tu vas plus privilégier ta catégorie professionnelle. Toutefois, pour faire une parenthèse par rapport à ça, le gouvernement a donné la commande aux médecins, à la faculté de médecine, de produire plus de médecins par année. En même temps, il veut déployer 500 IPS. Je pense qu'il faut qu'il réalise qu'il ne peut pas demander... Ils vont à la même place en stage, fait que y'a un embouteillage qui va se faire ! (ENT 11, responsable de la formation des IPSPL)

Une des difficultés aussi, c'est qu'on est vraiment à pleine capacité, au point où est-ce que parfois quand tous nos apprenants là, les résidents, les externes et les stagiaires travaillent et voient des patients, les médecins qui n'ont pas à superviser ces apprenants-là ne peuvent même pas faire du bureau et faire du suivi de patients là parce qu'on manque de place. [...] alors c'est un petit peu ça qui nous empêche d'aller de l'avant pour être à deux postes supplémentaires là de stagiaires IPS par année. (ENT 22, médecin partenaire)

Le petit nombre d'IPSPL diplômées rendrait difficile leur répartition sur le territoire québécois et ne suffirait pas à répondre à la demande des milieux de première ligne. Par souci d'équité, elles seraient dispersées parmi l'ensemble des régions de la province. En raison de leur faible nombre, plusieurs IPSPL se retrouveraient seules dans leur milieu. Cette situation amènerait un grand sentiment de solitude et de démotivation chez certaines IPSPL, et serait parfois à l'origine de leur départ du milieu. La présence d'une seule IPSPL poserait aussi un défi quant à la continuité des soins en cas d'absence prolongée de l'IPSPL, que ce soit par exemple dans le contexte d'un congé de maternité ou de maladie. La situation deviendrait alors très problématique pour le médecin partenaire, à qui serait soudainement transférée la charge de patients de l'IPSPL. De plus, le petit nombre d'IPSPL ferait en sorte que certains milieux devraient composer avec des postes laissés vacants faute de candidates pour les combler. Le faible nombre d'IPSPL au Québec ne permettrait donc pas de répondre

adéquatement aux besoins des milieux, notamment au niveau de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Ben je pense un des enjeux, ça va être de former assez d'IPS pour répondre aux besoins de notre réseau de santé. Ça, c'est un gros enjeu. (ENT 22, médecin partenaire)

[Université X] offre je sais pas, va avoir quinze finissants cette année. À [région X] même je pourrais avoir 15 postes, tous les milieux lèveraient la main [pour en avoir], mais comme on veut plus qu'il y en ait un tout petit peu partout, ben on va peut-être en mettre disons, encore ce sont des chiffres abstraits, on va peut-être en mettre huit à [région X], mais on va en à mettre dans les régions autour aussi pour que ce soit distribué. (ENT 04, représentant d'une organisation gouvernementale)

J'ai deux postes [d'IPSPL] à découvert dans des secteurs hyper vulnérables là, où on avait décidé de les placer parce qu'y avait des conditions de vulnérabilité [...] des familles défavorisées avec comorbidités etc., t'sais. Fait que j'ai deux postes à découvert depuis plusieurs mois [...] (ENT 20, directrice des soins infirmiers)

Malheureusement, c'est qu'à un moment donné, rapidement elles [les IPSPL] ont une grosse clientèle, là. Elles prennent en charge un grand nombre de clients. Alors on n'a pas actuellement assez d'IPS pour répondre à ça, mais il faut, il faut. (ENT 18, directrice des soins infirmiers)

## **5.4 Recommandations formulées afin d'optimiser la pratique des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques**

Selon les informateurs clés rencontrés, l'arrivée des IPSPL dans les milieux de soins de première ligne serait l'occasion de repenser l'organisation des services du réseau de la santé québécois en matière de gestion des maladies chroniques. Il serait nécessaire que les milieux de soins de première ligne et l'ensemble du système de santé s'adaptent à la présence de ce nouveau rôle professionnel. Afin de faciliter l'intégration et le déploiement des IPSPL au Québec et d'optimiser leur pratique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, des ajustements organisationnels, une meilleure planification de l'offre de services, des efforts de représentation et une évaluation de leur pratique et ses impacts seraient à réaliser.

### **5.4.1 Réunir les conditions organisationnelles favorables à une pratique optimale des IPSPL**

Selon les informateurs clés rencontrés, la conjoncture de certaines conditions jugées essentielles serait nécessaire afin d'assurer une implantation réussie de l'IPSPL dans les milieux de soins de première ligne. En premier lieu, une attention particulière devrait être accordée à la sélection des milieux les plus propices à l'implantation de ce nouveau rôle professionnel au sein d'une équipe de soins : des milieux ouverts, favorables à la venue d'une IPSPL et croyant en la valeur ajoutée qu'elle peut apporter à l'équipe de soins en place. Il a

été mentionné que certains médecins ne possèderaient pas les aptitudes de collaboration nécessaires pour devenir médecin partenaire d'une IPSPL, et qu'il vaudrait mieux que ces milieux s'abstiennent tout simplement de recevoir une IPSPL.

C'est sûr qu'il faut avoir une ouverture, il faut que les gens soient déjà ouverts à du changement, parce que ça change une pratique, autant pour le médecin, c'est de voir. Il faut qu'il accepte qu'y ait un changement dans sa pratique, si pour lui, l'IPSPL apporte rien, puis qu'il y a pas de changements, puis qu'il continue de fonctionner de façon, heu, en parallèle, c'est clair que ça fonctionnera pas, y'a pas grands liens qui vont se créer. (ENT 09, directrice de soins infirmiers)

Une fois un milieu propice identifié, une étape cruciale de préparation préalable du milieu à l'arrivée de l'IPSPL devrait être réalisée. Il s'agirait d'un processus qui prendrait un minimum de six mois à réaliser avant l'arrivée en poste de l'IPSPL, et qui serait souvent mené par la direction des soins infirmiers (DSI) du milieu. L'implication active de la DSI ou du gestionnaire responsable de l'implantation ainsi que leur conviction profonde de l'utilité du rôle de l'IPSPL dans leur organisation seraient des facteurs importants de réussite du processus d'implantation d'une nouvelle IPSPL. Un travail de concertation devrait intervenir entre les médecins partenaires, les gestionnaires, les directeurs de soins infirmiers et la future IPSPL du milieu. Des rencontres devraient être tenues régulièrement entre ces acteurs avant l'arrivée en poste de l'IPSPL afin de bien préciser les attentes et les besoins du milieu, de clarifier le rôle de l'IPSPL et de réfléchir à l'arrimage entre les différents professionnels du milieu. Ces rencontres permettraient aussi d'élaborer les modalités de l'entente de partenariat entre l'IPSPL et les médecins partenaires et de déterminer les grandes lignes du fonctionnement de l'IPSPL au sein de l'équipe de soins.

C'est également lors de l'étape préparatoire que devraient être prévues les ressources matérielles nécessaires à l'IPSPL. Il serait primordial que le milieu assure à l'IPSPL une pratique optimale dans un bureau adéquat, avec une table et du matériel d'examen, un ordinateur avec accès aux ressources informatiques du milieu et de l'information sur les divers services de santé et services sociaux offerts dans le milieu. Afin d'assurer une intégration réussie de l'IPSPL, il y aurait également un important travail de communication à mener à travers le milieu, tant à l'interne, auprès des autres professionnels de l'équipe de soins et du personnel administratif, qu'au niveau de la population et des partenaires externes tels que les pharmaciens communautaires, le personnel de laboratoire et d'imagerie de l'hôpital ou des autres cliniques ou les intervenants des organismes communautaires. Ces efforts de communication permettraient d'annoncer l'arrivée d'une IPSPL dans le milieu et d'informer sur les spécificités de son rôle, ce qui faciliterait la pratique de l'IPSPL par la suite. Globalement, la préparation préalable du milieu permettrait à l'IPSPL d'être la plus fonctionnelle possible dès son entrée en poste.

Dans un contexte où on change toute la structure, de façon importante, je pense que les décideurs, et médicaux et infirmiers, doivent se concerter au préalable sur le rôle qu'on veut développer puis l'évaluation des besoins non comblés. [...] c'est une des étapes importantes qui doit se faire avant même que la personne n'arrive. On pense souvent que c'est un processus qui peut prendre six mois à douze mois même avant que l'IPS arrive en poste pour être capable d'amorcer tout ce travail-là de préparation puis de déblayage aussi ; qu'on discute avec les équipes que ce rôle-là s'en vient, quelle est la vision des gestionnaires, et médicaux et infirmiers, au niveau de la première ligne, que ce soit directeur de la clinique et de la DSI. (ENT 07, chercheur en sciences infirmières)

Donc, y'a tout un volet de préparation qui est très important et de communication; y'a eu beaucoup de rencontres pour établir les fonctionnements, pour expliquer le rôle; faire la différence entre le rôle d'une clinicienne et le rôle d'une IPSPL. [...] C'était vraiment, on écoute, on prend en compte les craintes, on, on démystifie heu, puis je pense que c'est ce qui a fait que l'intégration s'est bien passée là à ce moment-là. Y'a tout le volet communication dans le reste de l'organisation aussi, tant au niveau des directions, du comité de direction, heu, des partenaires dans la communauté, les pharmaciens communautaires, heu laboratoires, radiologies, bon, la communication dans les journaux locaux aussi, qui a été importante pour bien faire connaître le rôle des IPS auprès de la population aussi, pas uniquement à l'interne mais à l'externe auprès des gens de la communauté. (ENT 09, directrice des soins infirmiers)

Une fois l'IPSPL bien implantée et intégrée dans le milieu, certaines autres conditions organisationnelles devraient être réunies afin de favoriser une pratique optimale. Parmi ces conditions, plusieurs informateurs clés ont insisté sur la nécessité de la présence minimale de deux IPSPL dans un même milieu. La présence d'une deuxième IPSPL permettrait d'assurer une couverture alternative pour la clientèle en cas d'absence prolongée d'une des deux IPSPL. Le travail en duo favoriserait également le partage d'expérience entre pairs et les échanges sur des cas plus complexes, ce qui serait identifié comme un élément facilitant et sécurisant dans la pratique de l'IPSPL.

C'est un des enjeux, certaines IPS se sentent un peu seules dans leur milieu. Donc ça, c'est un des enjeux qui fait en sorte que y'a un risque de décrochage là. J'en connais beaucoup des, pas beaucoup mais, j'en connais des IPS qui vont pas renouveler leur contrat, qui vont changer de milieu, qui vont, mais là c'est lié à ça là, à la pratique, qui sont seules dans leur milieu. Seules pour répondre à leurs propres questions, mais seules aussi pour tout ce qui a trait au fait de se remplacer mutuellement, ou s'entraider mutuellement. (ENT 16, responsable de la formation des IPSPL)

Il faudrait par ailleurs clarifier la question de la gestion de la pratique de l'IPSPL en termes d'autorité hiérarchique et fonctionnelle. Selon plusieurs informateurs clés, alors que la consigne du Ministère souligne que l'IPSPL relève directement du directeur ou de la directrice des soins infirmiers (DSI) de l'organisation, la gestion de sa pratique serait en réalité partagée entre le DSI et le gestionnaire. Les rôles et responsabilités de chacun ne seraient toutefois pas bien définis et très variables d'un milieu à l'autre, et la cogestion serait parfois difficile. Certains aspects de la pratique de l'IPSPL seraient généralement pris en charge par le DSI, comme le processus d'embauche et d'implantation et le soutien professionnel. D'autres aspects plus fonctionnels



touchant la pratique au quotidien de l'IPSPL relèveraient quant à eux plus souvent du gestionnaire (horaires de travail, gestion des congés, réponse aux demandes matérielles, etc.). Les informateurs clés ayant abordé le sujet sont partagés quant à l'acteur le mieux placé pour assurer la gestion la plus adéquate de la pratique de l'IPSPL. Certains croient qu'il s'agit du DSI, en raison du rôle autonome distinct de l'IPSPL qui nécessiterait une gestion particulière convenant plus à son expertise, alors que d'autres sont d'avis que l'IPSPL devrait plutôt relever du gestionnaire au même titre que tous les autres rôles infirmiers.

Moi aussi je suis toujours dans l'incompréhension, quand elle [l'IPSPL] me pose des questions, je sais jamais si je peux répondre directement ou faut que je passe par la DSI. [...] Ce n'est pas clair, mon rôle au niveau de l'IPS exactement. [...] ça a besoin d'être éclairci, c'est sûr, puis moi je vois pas pourquoi c'est différent des autres infirmières, je vois pas pourquoi faudrait qu'elle relève directement de la DSI. (ENT 37, gestionnaire de soins infirmiers)

Je crois que c'est pas une bonne solution d'avoir une gestionnaire qui s'occupe de la pratique professionnelle et d'autres qui s'occupent de l'aspect administratif et fonctionnel au quotidien. Ça prendrait une même approche. C'est que je crois qu'une directrice des soins infirmiers qui prône l'autonomie professionnelle, le développement, de prendre sa place dans le nouveau rôle, aurait sans doute plus de latitude que certains autres gestionnaires qui traitent peut-être sur le même pied que toute autre infirmière au sein de l'organisation. (ENT 23, gestionnaire de soins infirmiers)

#### 5.4.2 Établir une meilleure planification des services pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Selon certains informateurs clés, il serait nécessaire d'augmenter et d'améliorer de façon générale la gestion des maladies chroniques en première ligne au Québec. Il a été relevé que le système de santé québécois était encore très axé sur les soins aigus. Ce type de soins, dispensés ponctuellement à la pièce dans les urgences et les cliniques sans rendez-vous, ne permettrait pas de répondre adéquatement aux besoins de la population atteinte de maladies chroniques, qui aurait plutôt besoin d'un suivi régulier et rigoureux. De plus, la gestion des maladies chroniques au Québec serait encore grandement orientée vers les services médicaux spécialisés de deuxième ligne. Le suivi en deuxième ligne, basé sur une expertise très pointue propre à une maladie donnée, amènerait une gestion en silo des problèmes de santé chroniques, pourtant souvent multiples chez un même patient et interreliés. Selon plusieurs informateurs clés, il y aurait lieu de revenir à un modèle de soins de première ligne polyvalent prenant en compte l'état de santé du patient dans sa globalité.

[...] y'a une grande partie de la population, en tout cas dans notre région en particulier, où y'a pas du tout de suivis là, même pour les maladies chroniques [...] on focus beaucoup sur l'organisation d' la 2ème ligne à l'hôpital et tout ça mais tout ce volet-là de prise en charge de la 1ère ligne, il est à compléter, puis y faut qu'un virage se fasse à ce niveau-là pour éviter que les gens, la porte tournante de l'urgence, les gens reviennent parce que souvent ils manquent d'informations sur la façon de gérer leur décompensation. (ENT 09, directrice des soins infirmiers)

[...] imaginez les efforts que ça demande dans le système actuel qu'on a, qui est tellement pas fait comme ça, qui est fait pour répondre à des maladies aiguës. Donc, on a un problème aigu, on va à l'hôpital, on règle le problème, on ressort, mais les diabétiques c'est pas un problème aigu, c'est 24 heures sur 24. C'est là que ça ne marche pas. Alors il faut revoir l'organisation des services, s'assurer que les gens comprennent la nouvelle philosophie. (ENT 13, gestionnaire de soins infirmiers)

Il faut ramener un peu plus de polyvalence [...] et on a probablement spécialisé beaucoup là c'que j'appelle le suivi de certaines maladies chroniques. Mais là faut revenir à un modèle un p'tit peu plus polyvalent qui dit : « Le patient y'a peut-être le diabète, mais quand y'a une question sur son suivi respiratoire, faut qu'on soit capable d'y répondre aussi ». Donc on revient au rôle infirmier qui est plus polyvalent, d'évaluation globale, de surveillance clinique des patients, mais de façon moins ciblée que maladies cardio-vasculaires. (ENT 20, directrice des soins infirmiers)

Il y aurait encore beaucoup d'efforts à déployer afin de revoir l'organisation des services de santé de sorte à assurer de façon systématique un suivi adéquat des maladies chroniques dans tous les milieux de soins de première ligne. Jusqu'à maintenant, l'offre de soins et services destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques serait très variable d'un milieu à l'autre, et jugée insuffisante dans plusieurs d'entre eux. De plus, les pratiques des milieux de première ligne seraient très différentes quant à la manière de planifier leur offre de services dans le domaine des maladies chroniques. Certains milieux réaliseraient une planification très structurée de leurs interventions en utilisant des outils basés sur les données probantes, comme le *Chronic care model*. Dans d'autres milieux, une telle planification serait peu présente. En bref, aucun outil de référence ne serait utilisé de façon coordonnée par l'ensemble des milieux de première ligne pour guider leur planification et leurs interventions dans le domaine des maladies chroniques.

Les pratiques sont très variées d'une clinique à l'autre. Y'en a qui feront beaucoup de suivis de maladies chroniques, y'en a qui en feront presque pas, qui vont faire beaucoup plus de maladies aiguës. Ça c'est très variable d'un milieu à l'autre. De façon générale là, dans la population, je trouve que nos patients sont, sont, pas juste en IPS là, je parle de façon très générale, les patients qui ont des maladies chroniques sont plus ou moins bien suivis. (ENT 16, responsable de la formation des IPSPL)

Il ressort donc du discours de certains informateurs clés la nécessité d'une plus grande uniformité au Québec au niveau de la gestion des maladies chroniques. Un informateur clé a entre autres proposé la création d'un plan directeur provincial basé sur les lignes directrices reconnues en gestion des maladies chroniques, qui ferait état de l'ensemble des stratégies, activités et intervenants impliqués afin de définir l'arrimage optimal entre eux. Toutefois, d'autres ont aussi mis l'accent sur l'importance d'adapter les interventions aux besoins spécifiques de chaque milieu. Il semblerait donc pertinent de disposer de grandes orientations communes en matière de gestion des maladies chroniques, tout en bénéficiant d'une certaine latitude pour adapter leur mise en œuvre sur le terrain selon les besoins rencontrés. Afin de bien répondre à ces besoins et d'éviter tout

dédoublage ou bris de services, il serait d'abord important de faire le point sur l'état des services actuels dans le domaine des maladies chroniques et sur la coordination entre ceux-ci. Cet exercice permettrait aux milieux de première ligne de dresser l'inventaire des besoins prioritaires non comblés par leur offre de services actuelle et de ne pas investir l'IPSP dans des activités qui sont déjà bien couvertes par d'autres membres de l'équipe. Par le fait même, cela nécessiterait de se pencher sur l'apport spécifique de chacun des professionnels dans les équipes de soins et sur l'arrimage entre ceux-ci. Une meilleure planification de l'offre de soins en maladies chroniques impliquerait donc de mieux définir le rôle de chaque professionnel de sorte à optimiser la contribution de chacun, en exploitant leur plein potentiel respectif tout en respectant le champ de compétences des autres. Il en résulterait une meilleure répartition des tâches de chaque professionnel afin de répondre de manière plus efficiente aux besoins des patients atteints de maladies chroniques. Plus particulièrement, la distribution des tâches entre l'IPSP, l'infirmière clinicienne et l'infirmière auxiliaire, dont les champs d'activités se chevaucheraient fréquemment, devrait être optimisée.

Il pourrait y avoir parfois chevauchement de certains rôles professionnels, donc c'est primordial comme enjeu de bien déterminer quel sera le champ de chacun, lorsqu'ils auront à travailler ensemble au sein de ces GMF. Chacune des infirmières cliniciennes et des IPSP et aussi du rôle de l'IPSP face au médecin. (ENT 23, gestionnaire de soins infirmiers)

Ses chances de succès [de l'implantation de l'IPSP] vont être de beaucoup augmentées si ce qu'elle vient combler comme besoin, c'est un besoin que l'équipe à l'heure actuelle ne peut pas répondre. (ENT 07, chercheur en sciences infirmières)

On a beaucoup d'infirmières qui font des jobs d'infirmières auxiliaires encore. [...] on a des gens surqualifiés pour faire certaines tâches, puis on n'arrive pas à confier à d'autres des choses que nous serions capables. [...] On a les ressources limitées dans le réseau donc on doit faire ce pour quoi on est qualifié puis on doit confier à d'autres ce qui peut être fait par d'autres. (ENT 20, directrice des soins infirmiers)

Une fois la planification de l'arrimage entre les divers rôles dans les équipes de soins faite, son opérationnalisation impliquerait d'améliorer la collaboration entre les professionnels. Pour ce faire, certains informateurs clés ont soulevé qu'il faudrait d'abord développer une véritable culture de collaboration interprofessionnelle, qui ne serait malheureusement pas présente dans tous les milieux de soins de première ligne à l'heure actuelle. Dans plusieurs milieux encore, les professionnels auraient tendance à travailler en silo, effectuant leur part du suivi du patient de façon indépendante, sans interaction significative avec les autres professionnels impliqués auprès de ce même patient. Plusieurs informateurs clés ont ainsi souligné le besoin d'augmenter la collaboration interprofessionnelle en première ligne, non seulement entre l'IPSP et le médecin ou l'infirmière clinicienne, mais aussi avec l'ensemble des autres professionnels. Pour ce faire, les milieux devraient d'abord miser sur la préoccupation commune des professionnels d'offrir des soins de qualité qui répondent aux besoins des patients. Cette préoccupation partagée par l'ensemble des professionnels de

santé leur permettrait de se fixer des objectifs communs et de renforcer leur collaboration afin d'atteindre plus facilement ces objectifs. De façon plus concrète, la mise en place d'équipes interdisciplinaires dans tous les milieux de première ligne faciliterait une meilleure collaboration interprofessionnelle. Les rencontres régulières des équipes de soins permettraient le partage d'expertise et d'expériences, la mise en commun de problèmes rencontrés et la recherche de solutions, la concertation sur le plan de traitement des patients et la discussion de cas cliniques. Ces échanges favoriseraient une meilleure gestion des maladies chroniques.

On parle beaucoup de partenariat entre l'IPS et le médecin, ça, on l'entend beaucoup, c'est écrit tel quel dans les lignes directrices, c'est ça qu'on vante. Mais moi, je pense que la vraie pratique IPS, c'est beaucoup plus oui, partenariat, oui mais avec les autres professionnels de la santé. Donc beaucoup avec l'infirmière, avec l'infirmière clinicienne, avec l'infirmière clinicienne spécialisée. Donc, de travailler beaucoup plus en collaboration, en partenariat avec nos pairs. (ENT 16, responsable de la formation des IPSPL)

[...] y'a une préoccupation du patient extrêmement importante, de bien répondre aux besoins de la clientèle, de bien soigner les gens puis de donner la meilleure qualité de service possible. Puis ça, on l'avait vu dans l'ensemble des professionnels qu'on avait interviewés. [...] je pense que ça va être un des leviers qu'on va pouvoir utiliser pour continuer à faire évoluer le changement vers des équipes interprofessionnelles. (ENT 07, chercheur en sciences infirmières)

Ma première ligne idéale, j'en rêve avant de prendre ma retraite. C'est d'avoir l'équipe interdisciplinaire complète, infirmières, nutritionnistes, psychologues, travailleurs sociaux kinésioles, pharmaciens, etc., pour s'adresser à toutes les maladies chroniques. (ENT 13, gestionnaire de soins infirmiers)

De façon plus spécifique au sein des équipes interdisciplinaires, les modalités de collaboration entre l'IPSPL, le médecin partenaire et l'infirmière clinicienne devraient être précisées. Selon le type de pathologies rencontrées, il serait d'abord pertinent de définir lesquels de ces trois professionnels doivent être interpellés pour assurer un suivi optimal. Cet exercice permettrait d'établir une collaboration plus systématique pour certaines situations cliniques, telle que souhaitée par les infirmières cliniciennes interrogées qui ont déploré le fait que certaines IPSPL n'aient recours à leur expertise que de façon ponctuelle. Or, pour l'ensemble des patients suivis par l'IPSPL ou le médecin, certaines activités pourraient être d'emblée confiées à l'infirmière clinicienne, comme les activités d'enseignement au patient et d'éducation à la santé. Dans certains cas, il pourrait aussi y avoir un partage systématique des visites de suivi entre l'IPSPL et l'infirmière clinicienne. Par ailleurs, la collaboration entre l'IPSPL et le médecin devrait aussi être plus structurée. Plusieurs informateurs clés ont recommandé que des moments formels de rencontre et de discussion soient planifiés à une fréquence donnée entre l'IPSPL et le médecin.

Il faudrait trouver le créneau, le bon professionnel pour la bonne intervention là; faudrait dire dans ce cas-là c'est le médecin avec l'infirmière clinicienne, dans c'cas-là, c'est l'IPS avec

l'infirmière clinicienne, dans c'cas-là c'est juste l'infirmière clinicienne, puis dans c'cas-là, c'est juste le médecin. (ENT 20, directrice des soins infirmiers)

Ben, peut-être que ça pourrait être, parce que t'sais là on parle de maladies chroniques [...] t'sais qu'on dise, ben tous leurs patients diabétiques, d'emblée heu, on fait un suivi heu par 3 mois. T'sais qu'on fasse vraiment en alternance alors que là j'ai l'impression qu'elles, qu'elles le font seulement si elles ont besoin. (ENT 21, infirmière clinicienne)

[...] l'IPS fait partie de l'équipe, je crois que ce serait de s'assurer qu'il y ait une disponibilité commune puis ça, ça fait partie de l'entente de partenariat, de déterminer par exemple une fois par semaine, le vendredi après-midi, on va prendre deux heures pour discuter de ce qu'il s'est passé dans la semaine. Une fois par mois, on prend une demi-journée pour parler de cas ou de pathologies ou de choses comme ça, ça je pense que c'est très humain. On voit ça dans les hôpitaux, on voit ça dans les organisations, je vois ça dans ma propre organisation avec ma propre équipe où je leur dis à toutes les semaines : « On va s'asseoir pour faire le tour ». (ENT 30, représentant d'une association professionnelle)

#### 5.4.3 Poursuivre les efforts de représentation et d'évaluation pour démontrer la valeur ajoutée des IPSPL et favoriser leur déploiement à travers le Québec

Malgré la présence des IPSPL depuis plusieurs années déjà dans le système de santé québécois, il serait encore nécessaire de travailler à diffuser l'information sur le rôle de l'IPSPL et de convaincre les décideurs du réseau de la santé et les milieux de première ligne de la valeur ajoutée qu'elle peut apporter aux équipes de soins ainsi qu'à la qualité des soins offerts aux patients atteints de maladies chroniques. Des efforts soutenus de représentation devraient être poursuivis à travers tout le réseau, tant auprès des milieux cliniques que des structures régionales de santé, du Ministère et des divers ordres professionnels tel le Collège des médecins. Des représentations concertées de l'OIIQ, des DSI, des directeurs des programmes universitaires ainsi que des IPSPL elles-mêmes devraient être menées afin de faire progresser le déploiement des IPSPL au Québec et de travailler à régler les enjeux entourant la réglementation de la pratique, la collaboration interprofessionnelle, la répartition des IPSPL dans les milieux de première ligne et le placement des stagiaires IPSPL. Le succès de ces représentations reposerait beaucoup sur le leadership, la conviction et la persévérance des acteurs porteurs du dossier.

Cette année, j'avais 25 étudiants à placer, c'est assez extraordinaire. [...] c'est beaucoup du réseautage, de la négociation, des appels avec la faculté de médecine, l'Agence, le ministère de la Santé... J'ai même parlé avec le vice-recteur pour qu'il puisse parler à ses amis au niveau des DG par centres, au niveau du ministère de la santé pour essayer de bouger les cartes. (ENT 11, responsable de la formation des IPSPL)

Je pense que quand on veut faire avancer des dossiers, y'a certaines personnalités qui peuvent le faire et d'autres pas. Et des fois, on dérange, moi j'ai toujours eu cette réputation-là d'être *politically* correcte mais tenace et, oui, j'ai dérangé des gens, puis, oui, je dérange encore mais c'est comme ça qu'on a avancé. (ENT 13, gestionnaire de soins infirmiers)

Afin de mener à bien ces efforts de représentation, il serait toutefois nécessaire de disposer de données probantes démontrant les impacts positifs de la pratique des IPSPL en ce qui a trait à l'amélioration de l'accessibilité aux soins de première ligne et au rehaussement de la qualité et de l'efficacité des soins dispensés aux personnes atteintes de maladies chroniques. Il y aurait donc lieu d'évaluer rigoureusement ces retombées afin d'objectiver la pertinence des IPSPL dans le réseau de la santé et ainsi favoriser leur déploiement à plus vaste échelle à travers la province. Une première étape serait d'abord de se doter des outils adéquats pour réaliser cette évaluation. Actuellement, ces outils ne seraient pas bien définis, chaque milieu tentant à sa façon de répertorier les activités de l'IPSPL et d'effectuer le suivi de sa pratique en termes de nombre de patients suivis ou de satisfaction de la clientèle. Ces données seraient parfois difficiles à compiler en raison du système de santé encore relativement peu adapté à la présence des IPSPL. Par exemple, les activités des IPSPL seraient compilées dans les registres de la RAMQ au nom des médecins partenaires plutôt qu'en leur propre nom, ce qui rendrait impossible l'identification des interventions effectuées par l'IPSPL. Toutefois, même en présence de meilleurs outils d'évaluation, certains informateurs clés ont souligné qu'en raison de leur faible nombre, il demeurerait difficile de bien mesurer les retombées de la pratique des IPSPL pour le système de santé québécois. Pourtant, cette évaluation serait essentielle afin d'identifier les forces et les faiblesses de leurs pratiques et d'apporter les ajustements nécessaires à l'amélioration des soins et services qu'elles offrent à la population québécoise. À cet égard, davantage de projets de recherche seraient également nécessaires. Bien que la recherche fasse partie des trois grands axes de pratique de l'IPSPL, avec la pratique clinique et l'enseignement, quelques informateurs clés ont déploré le peu de temps alloué à l'IPSPL pour les activités non cliniques telles que la recherche.

[On est] incapable de cerner l'activité des infirmières de façon générale, mais aussi des IPSPL au niveau des patients, leur *caseload*, et y'a un niveau optimal de patients à suivre et tout ça. [...] Je pense qu'il va falloir qu'on se penche plus sérieusement pour regarder ces aspects-là parce que... On pourrait prendre malheureusement de mauvaises décisions qui auraient des effets négatifs sur la qualité des services, et ça, je pense que ça pourrait ultérieurement affecter la mobilisation du rôle d'IPSPL, si on n'a pas des données solides au niveau de l'efficacité, de la qualité des services. (ENT 07, chercheur en sciences infirmières)

C'est aussi d'être capable de voir l'impact de la présence des IPS sur le bien-être de la population québécoise ou la prise en charge de la population. Ça, on est incapable de faire cette évaluation à ce moment-ci parce qu'on a quoi, 150 IPS première ligne qui sont dans 17 régions du Québec. Alors il y a pas de masse critique pour pouvoir le faire. (ENT 04, représentant d'une organisation gouvernementale)

L'autre enjeu, c'est le fait qu'on a dit que l'IPS devrait accorder 80% de son temps en clinique, après un 10% en recherche et un 10% en enseignement. Bon, ce 20% là est extrêmement difficile à appliquer pour certaines IPS. (ENT 16, responsable de la formation des IPSPL)

Pour favoriser un plus vaste déploiement, certains informateurs clés ont mentionné qu'il serait essentiel non seulement de sensibiliser davantage les milieux de soins de première ligne à la valeur ajoutée des IPSPL, mais aussi de mieux informer la population sur le rôle des IPSPL et les bénéfices qu'elles ont le potentiel d'apporter au niveau de l'accessibilité et de la qualité des soins dispensés. Cet exercice de communication ciblant directement la population québécoise permettrait de mobiliser la population à réclamer de façon proactive davantage d'IPSPL dans les milieux de soins de première ligne. Selon certains informateurs clés, la pression mise sur le système de santé en présence d'une demande accrue pour les IPSPL provenant à la fois des milieux de première ligne et de la population engendrerait certainement une mobilisation accrue à tous niveaux (ministère, universités, milieux cliniques) pour répondre à cette demande et déployer davantage d'IPSPL dans le réseau de la santé québécois.

Moi, j pense qu'il va falloir peut-être aussi créer une demande au niveau de la population pour les IPSPL. Que les gens, que le rôle soit connu puis que les gens demandent des IPSPL [...] Fait que j pense que plus les gens vont être informés de ça, plus, à un moment donné, l'exigence va être là. (ENT 09, directrice des soins infirmiers)

Par tous ces efforts de représentation, d'évaluation et de communication, plusieurs informateurs clés souhaitent parvenir éventuellement à un déploiement encore plus significatif des IPSPL au Québec par l'ouverture de cliniques médicales entièrement gérées par des IPSPL, comme il en existe déjà dans d'autres provinces canadiennes et dans d'autres pays, notamment aux États-Unis. Pour eux, l'avenir du système de santé québécois passerait par ces nouvelles structures de soins de première ligne dans lesquelles l'autonomie des IPSPL serait pleinement reconnue et mise en valeur. Le développement de ces cliniques au Québec permettrait de faciliter l'accès aux soins de première ligne et ainsi mieux répondre aux besoins de santé de la population.

Moi, je me vois dans 20 ans là, commencer à être malade pis avoir besoin de soins là, je vais être rendue une personne du 3<sup>e</sup> âge, je vais sûrement développer des maladies chroniques aussi comme la majorité de la population, pis de me faire prendre en charge par une IPS pour moi là, c'est l'avenir! (ENT 19, gestionnaire de soins infirmiers)

Moi, je dois vous dire que j'ai des IPS qui ont un rêve. Comme ça se fait dans la province, heu, en Ontario, et je pense en Colombie Britannique, où elles voudraient, elles, avoir leur clinique d'IPS et elles-mêmes engager le médecin partenaire. [...] t'sais, plus on va en avoir [des IPSPL], si elles étaient capables d'ouvrir leur clinique, puis elles, engager leur, les autres professionnels et même le médecin, bah y'a tout le fonctionnement, parce qu'elles ont une vision quand même de répondre aux besoins de la population 24 heures par jour, 7 jours semaine. (ENT 18, directrice des soins infirmiers)

# Chapitre 6 : Discussion

## 6.1 Résumé des principaux résultats

Cette étude avait pour but de documenter les pratiques et les défis des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques, tels que perçus par des informateurs clés impliqués dans la pratique des IPSPL en raison de leurs affiliations professionnelles.

Tout d'abord, il se dégage du discours des informateurs clés une attitude très positive envers la pratique générale de l'IPSPL et de façon plus spécifique au niveau de sa pratique auprès de la clientèle atteinte de maladies chroniques. Bien qu'une certaine confusion entoure encore le rôle exact de l'IPSPL dans les équipes de soins en raison du chevauchement de son champ de pratique avec celui des médecins et des autres infirmières, tous les informateurs clés sont d'avis que la pratique de l'IPSPL générerait des bénéfices à plusieurs niveaux. Les patients atteints de maladies chroniques obtiendraient un suivi plus étroit et adapté à leurs besoins, les équipes de soins apprécieraient le soutien offert par l'IPSPL et ses aptitudes collaboratives, et le système de santé bénéficierait d'un meilleur accès à ses services de première ligne et d'une prestation de soins efficiente et de haute qualité.

Parmi les principaux défis identifiés, on note en premier lieu la réglementation de la pratique de l'IPSPL jugée trop restrictive par la majorité des informateurs clés. Cette réglementation engendrerait une prise en charge sous-optimale des patients atteints de maladies chroniques. La complexité croissante des maladies chroniques en raison du phénomène courant de multimorbidité a aussi été identifiée comme un défi important auquel sont confrontées les IPSPL, qui manqueraient parfois de formation, d'expérience et d'outils pour bien gérer ces cas. Par ailleurs, la méconnaissance persistante du rôle nuirait à l'intégration des IPSPL dans les milieux de première ligne et à la collaboration interprofessionnelle de l'IPSPL avec les médecins, infirmières et pharmaciens, en plus de compromettre le continuum de soins en raison d'une non-reconnaissance de certains actes de l'IPSPL. Enfin, un dernier défi relèverait du nombre insuffisant d'IPSPL au Québec pour répondre aux besoins des milieux de soins de première ligne, pour favoriser leur pratique en dyade dans chaque milieu et pour démontrer objectivement les retombées positives de la pratique des IPSPL afin de favoriser leur déploiement dans la province. On observe parmi ces défis que plusieurs d'entre eux, bien qu'étant aussi liés à la gestion des maladies chroniques, relèvent de défis plus généraux de la pratique globale des IPSPL. Ainsi, un résultat saillant de notre étude est qu'au-delà de la gestion des maladies chroniques, c'est autour de la profession même d'IPSPL que se retrouvent les principaux enjeux.



Quant aux recommandations formulées par les informateurs clés, celles-ci se déclinent sur trois niveaux. D'abord, certaines conditions organisationnelles favorables devraient être réunies afin de faciliter la pratique générale de l'IPSP : une bonne préparation du milieu préalablement à son arrivée, la présence minimale d'une dyade d'IPSP dans un même milieu et la clarification des rôles entre DSI et gestionnaires quant à la gestion de la pratique des IPSP. Ensuite, il serait nécessaire d'établir une planification rigoureuse de l'offre de soins de santé destinée aux patients atteints de maladies chroniques au Québec, à commencer par une évaluation initiale approfondie des besoins, une précision de l'arrimage des différents rôles professionnels dans les milieux de première ligne et la mise en place systématique d'équipes de soins interdisciplinaires avec des modalités de collaboration interprofessionnelle mieux définies. Enfin, les informateurs clés ont souligné la nécessité de poursuivre les efforts de représentations auprès de la population, des autres professionnels de la santé, des gestionnaires et des décideurs pour faire valoir le rôle de l'IPSP dans le système de santé et dans le domaine des maladies chroniques et soutenir son déploiement à plus large échelle dans les milieux de soins de première ligne. À cet égard, il faudrait mener un exercice rigoureux d'évaluation des impacts de la pratique des IPSP et se doter des outils nécessaires pour pouvoir le faire.

La suite de cette section présentera une analyse des résultats de la présente étude, notamment au regard des données de la littérature et des cadres conceptuels présentés au chapitre 3. Nous concluons cette section par une discussion des forces et limites de cette étude.

## **6.2 Certains défis qui s'atténuent avec le temps et l'expérience**

### **6.2.1 La collaboration interprofessionnelle : une aptitude qui se développe**

La collaboration interprofessionnelle est un aspect fondamental des rôles infirmiers avancés (Hamric et al., 2014), car elle permet de mieux répondre aux besoins de santé de la population (Barrett, Curran, Glynn et Godwin, 2007; Dubois et Singh, 2009; OMS, 2010; Romanow, 2002). Elle fait partie des stratégies reconnues efficaces pour optimiser la gestion des maladies chroniques (DeNisco et Barker, 2013; Keith et Askin, 2008; Matthews et Brown, 2013; Wagner, 2000). La plupart des informateurs clés interrogés dans le cadre de cette étude ont souligné la nécessité d'une prise en charge interdisciplinaire et d'une meilleure collaboration entre les professionnels des équipes de soins de première ligne pour améliorer la gestion des maladies chroniques au Québec. Conformément à ce qu'ont démontré d'autres études, plusieurs informateurs clés ont témoigné des impacts positifs de la collaboration entre l'IPSP et les autres professionnels en ce qui concerne l'accessibilité (Donald et al., 2010; Donelan et al., 2013; Lindblad et al., 2010; Marsden et Street, 2004; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Nasaif, 2012; Perry et al., 2005; Reay et al., 2006; Schadewaldt et al., 2013) et la continuité des soins (DiCenso et Matthews, 2005; Donelan et al., 2013; Marsden et Street, 2004), le soutien

clinique offert aux infirmières cliniciennes et aux autres professionnels de la santé (Donald et al., 2010; Sangster-Gormley et al., 2015), et la complémentarité IPSPL-médecin pour intervenir en promotion de la santé et mieux soutenir les patients atteints de maladies chroniques (DiCenso et Matthews, 2005; Donald et al., 2010; Fletcher et al., 2007; Majjala et al., 2015; Marsden et Street, 2004; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Sangster-Gormley et al., 2013; Schadewaldt et al., 2013). Dans un énoncé de position conjoint publié en 2015, l'OIIQ, le CMQ et l'OPQ ont reconnu que la collaboration interprofessionnelle était essentielle pour améliorer l'accès, la qualité, la sécurité et la continuité des soins de santé (Cavalière, Lambert et Trudeau, 2015). Ces trois associations professionnelles se sont d'ailleurs engagées à travailler en partenariat et à mener diverses actions pour promouvoir la collaboration interprofessionnelle auprès de leurs membres.

Malgré les avantages de la collaboration interprofessionnelle relevés dans notre étude ainsi que dans la littérature, les informateurs clés ont souligné la présence de défis importants qui nuisent au développement de cette collaboration. En accord avec plusieurs études publiées sur le sujet, la principale barrière à la collaboration interprofessionnelle identifiée par les informateurs clés concerne la méconnaissance du champ de pratique et du rôle de l'IPSPL chez les autres professionnels de santé, en particulier chez les médecins (Asselin, Osunlana, Ogunleye, Sharma et Campbell-Scherer, 2016; Clarin, 2007; Contandriopoulos et al., 2015; D'Amour, Tremblay et Proulx, 2009; DiCenso et Bryant-Lukosius, 2010; Donald et al., 2010; Goldman, Meuser, Rogers, Lawrie et Reeves, 2010; Keith et Askin, 2008; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Schadewaldt et al., 2013, 2016). Cette méconnaissance serait à l'origine de confusion sur les rôles et responsabilités de chacun, d'attentes erronées envers l'IPSPL ou encore de méfiance à son égard. Dans ces études comme dans la nôtre, on observe que l'IPSPL aurait constamment à démontrer la valeur de sa contribution dans les équipes de soins (Asselin et al., 2016; Goldman et al., 2010; Humbert et al., 2007) et à faire valoir son expertise et ses compétences, surtout auprès des médecins (Contandriopoulos et al., 2015; D'Amour et al., 2009; Donald et al., 2010; Keith et Askin, 2008; Merrick, Fry et Duffield, 2014; Schadewaldt et al., 2016). De plus, la méconnaissance du rôle de l'IPSPL contribuerait au fait que certains médecins se croiraient en position d'autorité et d'imputabilité médico-légale; ils travailleraient donc davantage dans un mode de supervision hiérarchique plutôt que de collaboration interprofessionnelle basée sur une relation égalitaire (Clarin, 2007; Keith et Askin, 2008; Merrick et al., 2014; Schadewaldt et al., 2016).

Pour Contandriopoulos et al. (2015), alors qu'une clarification du rôle de l'IPSPL au sein des équipes de soins serait souhaitable pour faciliter la collaboration, une trop grande formalisation pourrait également être contre-productive. Tout comme notre étude, ces chercheurs concluent que la définition du rôle de l'IPSPL doit être adaptée à chaque milieu en fonction de la clientèle desservie, de la composition de l'équipe et de l'expérience de l'IPSPL. Ils mentionnent par ailleurs qu'il faut non seulement mieux définir le rôle de l'IPSPL, mais également redéfinir le rôle de tous les autres professionnels d'une équipe de soins afin d'éviter trop de

chevauchements, de redondances et de frustrations qui nuiraient à la collaboration. Notre étude confirme en effet que le chevauchement des champs de pratique entre l'IPSPL, le médecin et l'infirmière clinicienne peut être perçu par ces deux derniers comme une menace à l'intégrité de leur propre rôle dans le système de santé et avoir des répercussions négatives sur l'intégration des IPSPL et la collaboration avec celles-ci.

Le défi de la méconnaissance du rôle semble toutefois s'estomper avec le temps. En effet, les informateurs clés ont rapporté que les milieux ayant déjà une expérience avec des IPSPL avaient plus de facilité à en comprendre le rôle, à en reconnaître la plus-value et se montraient généralement enthousiastes à collaborer avec une IPSPL. D'autres études ont de la même façon démontré que l'expérience de travail antérieure avec une IPSPL était l'un des déterminants clés de la compréhension du rôle de l'IPSPL et de la volonté des médecins à travailler avec elle (Buerhaus, DesRoches, Dittus et Donelan, 2015; DiCenso, Bryant-Lukosius, et al., 2010; DiCenso et Matthews, 2005; Lindblad et al., 2010; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010; Shober, Gerrish et McDonnell, 2016; Wilson et al., 2002). La collaboration interprofessionnelle serait ainsi une aptitude acquise au fil du temps par l'expérience et le contact direct de l'IPSPL et des autres professionnels. Ce constat est appuyé par de nombreuses études, dont une revue systématique sur la collaboration entre IPSPL et médecins (Schadewaldt et al., 2013). Cette étude souligne l'existence d'une période d'adaptation et de familiarisation avec le rôle de l'IPSPL qui permettrait de dissiper progressivement les craintes initiales, de surmonter les barrières culturelles professionnelles, de prendre conscience de la complémentarité des approches et de développer un sentiment d'interdépendance et une relation de confiance. Comme l'ont souligné certains informateurs clés, de même que plusieurs autres études sur le sujet, ce processus serait grandement facilité dès le départ par l'ouverture, la motivation, l'implication et le leadership des équipes concernées (Goldman et al., 2010; Schadewaldt et al., 2016; Xyrichis et Lowton, 2008) et par leur stabilité dans le temps (Makowsky et al., 2009; Xyrichis et Lowton, 2008).

Considérant l'importance de l'expérience concrète et du contact direct avec les IPSPL pour favoriser la collaboration interprofessionnelle, plusieurs chercheurs militent par ailleurs en faveur d'une exposition interprofessionnelle plus précoce et plus approfondie dans le cadre de la formation académique des futurs professionnels de la santé. Bien que les évidences scientifiques soient limitées quant aux retombées concrètes de l'éducation interprofessionnelle sur les pratiques de collaboration futures des professionnels de la santé (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth et Zwarenstein, 2013), il demeure que ces initiatives permettent de jeter certaines bases, notamment en se familiarisant avec le langage, la culture et le rôle respectif des différents professionnels de la santé et en développant plus rapidement certaines aptitudes de communication et de collaboration (DiCenso, Bryant-Lukosius, et al., 2010; Farrell, Payne et Heye, 2015; Institute of Medicine, 2010; Keith et Askin, 2008).

Une seconde barrière à la collaboration interprofessionnelle identifiée par notre étude concerne le manque de moments formels d'échanges entre l'IPSPL et l'équipe de soins, mais plus particulièrement entre les médecins et l'IPSPL. Tout comme dans l'étude de Schadewaldt et al. (2016), plusieurs informateurs clés ont souligné la nécessité d'inscrire dans la routine de soins ces moments d'échanges. D'un côté, DiCenso et Matthews (2005), à la suite de leur expérience de l'intégration des IPSPL en Ontario, soulignent l'importance de périodes formelles de rencontres entre le médecin et l'IPSPL afin de favoriser une collaboration efficace et satisfaisante. D'un autre, Merrick et al. (2014) mettent en garde contre une collaboration trop structurée qui peut également être perçue négativement, en offrant moins d'autonomie et de latitude aux IPSPL par rapport à un mode de collaboration davantage ad hoc. Humbert et al. (2007) ont pour leur part observé qu'une période d'ajustement d'environ six mois était nécessaire pour déterminer la fréquence et le contenu optimaux des rencontres entre l'IPSPL et le médecin. Pour Contandriopoulos et al. (2015), il serait nécessaire de trouver un équilibre entre des modalités de communication formelles et informelles. Conformément à la littérature (Bailey, Jones et Way, 2006; Contandriopoulos et al., 2015; Matthews et Brown, 2013; Schadewaldt et al., 2016; Xyrichis et Lowton, 2008), notre étude souligne aussi l'importance d'une bonne préparation des milieux afin de définir précocement les meilleures modalités de collaboration au sein des équipes de soins – en particulier les rôles et responsabilités de chacun et les objectifs et orientations de l'équipe – tout en gardant la souplesse nécessaire pour qu'elles puissent évoluer dans le temps selon les besoins des professionnels et des milieux.

Finalement, une dernière barrière à la collaboration professionnelle a été mentionnée en de rares occasions par les informateurs clés alors qu'elle est bien présente dans la littérature scientifique : il s'agit du mode de rémunération des médecins. La rémunération à l'acte ferait en sorte qu'il est économiquement désavantageux pour le médecin de consacrer du temps à la collaboration professionnelle (Asselin et al., 2016; DiCenso et Matthews, 2005; Schadewaldt et al., 2016). Pour Xyrichis et Lowton (2008), il est nécessaire de mettre en place des mécanismes qui récompensent la collaboration. Selon ces auteurs, en l'absence d'incitatifs, financiers ou autres, le découragement et la déception risquent de s'installer dans les équipes de soins et de faire perdre les acquis en termes de collaboration. Enfin, de plus profonds enjeux de pouvoir, d'autonomie et d'identité professionnelle affectent également la collaboration entre les professionnels de la santé. Ces enjeux ont été largement abordés par les informateurs clés et seront discutés dans une prochaine section.

### 6.2.2 Le développement des compétences de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité : une courbe d'apprentissage

Selon les informateurs clés rencontrés, l'IPSPL jouerait un rôle de premier plan dans l'amélioration de la gestion des maladies chroniques au Québec. Pour eux, la conjugaison de l'expertise médicale et des compétences infirmières de l'IPSPL permettrait de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de

maladies chroniques. Ces constats viennent appuyer l'abondante littérature sur les impacts positifs mesurés et perçus du rôle des IPSPL et des autres rôles infirmiers avancés quant à la gestion des maladies chroniques (Aleshire et al., 2012; Allen et al., 2011; DiCenso et Matthews, 2005; Donald et al., 2010; Horrocks et al., 2002; Laurant et al., 2005; Marsden et Street, 2004; Mundinger et al., 2000; Newhouse et al., 2011; Reay et al., 2006; Russell et al., 2009; Sangster-Gormley et al., 2015; Sciamanna et al., 2006; Stanik-Hutt et al., 2013).

Notre étude démontre toutefois la présence de plusieurs défis rencontrés par les IPSPL dans la prise en charge de ces maladies. D'une part, les informateurs clés ont relevé le fait que la pratique très diversifiée des IPSPL leur permettrait plus difficilement de consolider leurs connaissances et compétences dans le domaine des maladies chroniques. En lien avec ce constat, Fuller et al. (2015) ont constaté que les IPSPL se sentaient parfois dépassées devant l'étendue du champ de pratique et des compétences à maîtriser en première ligne, surtout en début de pratique. D'autre part, malgré une formation académique jugée très complète et de haute qualité, les informateurs clés ont rapporté avoir eu écho de certaines lacunes dans les domaines de la pharmacologie relative aux maladies chroniques et de la prise en charge de la clientèle âgée. Ils ont aussi noté la transition difficile entre la période de formation et l'entrée en pratique clinique de l'IPSPL, comme l'ont rapporté d'autres études (DiCenso et Matthews, 2005; Fuller et al., 2015; Hart et Macnee, 2007) D'après une étude de DiCenso et Matthews (2005), 54% des IPSPL au Canada ne se sentent pas suffisamment bien préparées pour l'entrée en pratique, tant au niveau des connaissances que des compétences requises pour faire face à la diversité et à la complexité des problèmes de santé. Dans une étude de Cogdill (2003), il est apparu que le principal besoin d'information des IPS une fois en pratique concernait les traitements pharmacologiques. Si d'autres études ont relevé que les IPS ne se sentaient pas suffisamment formées quant aux stratégies de changement des habitudes de vie et de soutien à l'autogestion (AIIC, 2012; Martin, Leveritt, Desbrow et Ball, 2014), ces éléments n'ont pas été mentionnés dans la présente étude, ni dans celle de Halcomb et al. (2008), où moins du tiers des IPSPL interrogées œuvrant dans le domaine des maladies cardiovasculaires rapportaient un manque de formation sur les stratégies de changement d'habitudes de vie.

Considérant le rôle généraliste de l'IPSPL, DiCenso, Bryant-Lukosius, et al. (2010) mentionnent qu'il est normal que les programmes de formation soient génériques, sans formation extensive sur des domaines spécifiques. À cela, Martin-Misener, Bryant-Lukosius, et al. (2010) ajoutent que davantage de formation théorique risquerait d'allonger un curriculum déjà bien chargé ou de s'effectuer au détriment de la formation pratique. Or, les informateurs clés ont plutôt recommandé d'offrir une exposition clinique plus précoce et intensive dans le cursus de formation des IPSPL, ce qui fait également partie des recommandations issues d'autres études (Bray et Olson, 2009; DiCenso, Bryant-Lukosius, et al., 2010; DiCenso et Matthews, 2005; Sullivan-Bentz et al., 2010).

Les résultats de la présente étude révèlent que l'expérience clinique est un facteur facilitant la gestion des maladies chroniques par les IPSPL. La littérature confirme que l'IPSPL novice développe progressivement son expertise et ses aptitudes cliniques en suivant une courbe d'apprentissage (Contandriopoulos et al., 2015; DiCenso et Matthews, 2005), notamment dans le domaine des maladies chroniques (Fuller et al., 2015). Pour Macdonald, Rogers, Blakeman et Bower (2008), l'expérience permet à l'IPSPL de développer ses propres stratégies de gestion des maladies chroniques, par exemple pour identifier les priorités d'intervention chez un patient et les mettre en œuvre progressivement en impliquant le patient activement dans la prise de décision, ce qui a d'ailleurs été noté comme un défi par les informateurs clés. Certains d'entre eux ont rapporté que les IPSPL rencontraient parfois des difficultés pour cibler les priorités d'intervention, en particulier auprès des patients atteints de multimorbidité.

Le défi de la pratique des IPSPL en contexte de multimorbidité a été énoncé à plusieurs reprises par les informateurs clés et est également bien présent dans la littérature. Une étude de Kenning, Fisher, Bee, Bower et Coventry (2013) menée auprès de praticiens de première ligne illustre bien la complexité et les nombreuses incertitudes relatives à la prise en charge des patients atteints de plusieurs maladies chroniques concomitantes. L'étude met en lumière le manque de lignes directrices en situation de multimorbidité et la difficulté d'évaluer les risques et les bénéfices d'une intervention en fonction de l'ensemble des conditions médicales présentes chez un même patient. D'autres études ont également constaté cette difficulté et les limites des lignes directrices, notamment dans le domaine pharmacologique, établies pour une maladie chronique et non pour un contexte de multimorbidité (Fried, Tinetti et Iannone, 2011; Moffat et Mercer, 2015; Sinnott, Mc Hugh, Browne et Bradley, 2013). Face à cette situation, plusieurs études ont rapporté que les décisions cliniques sont surtout basées sur le jugement et l'expérience clinique plutôt que sur les recommandations scientifiques et les données probantes (Kenning et al., 2013; McCaughan, Thompson, Cullum, Sheldon et Raynor, 2005). Ainsi, des études conduites auprès d'IPSPL ont permis d'observer que, lors de questionnements cliniques, les IPSPL se tournent davantage vers l'expérience de leurs collègues que vers les guides de pratique et autres documents de référence (Cogdill, 2003; McCaughan et al., 2005). Par ailleurs, en plus de la complexité de l'approche thérapeutique chez les patients atteints de multimorbidité, celle-ci est fréquemment associée à un contexte de défavorisation socioéconomique et à des problématiques psychosociales sous-jacentes qui représentent un défi supplémentaire pour les professionnels de la santé (Lowe, Plummer, O'Brien et Boyd, 2012; Moffat et Mercer, 2015). Un informateur clé a mentionné que la prise en considération globale de la santé physique, de la santé mentale et du contexte psychosocial des patients pouvait représenter un défi pour les IPSPL dans la réalisation de leurs interventions.

Enfin, le manque d'accès à des formations continues sur la gestion des maladies chroniques est un autre défi important identifié par les informateurs clés. Un constat similaire a été formulé par Halcomb et al. (2008) dans

une étude menée auprès d'IPSPL œuvrant dans le domaine des maladies cardiovasculaires. Les informateurs clés ont soulevé la difficulté pour les IPSPL d'être libérées de leurs activités cliniques afin d'expliquer ce manque de formation continue. D'autres raisons ont été évoquées dans une étude québécoise de Contandriopoulos et al. (2015), soit une offre insuffisante de formations spécifiques et la distance entre le milieu de travail et les lieux de formation. Selon les informateurs clés de notre étude, ces formations continues sont indispensables pour suivre l'évolution des connaissances dans le domaine des maladies chroniques. D'ailleurs, une étude de Hellier et Cline (2016) a démontré une association négative entre le nombre d'années d'expérience des IPS et la connaissance et l'utilisation des lignes directrices, témoignant ainsi de la nécessité pour les milieux cliniques d'offrir davantage accès aux IPS à la formation continue et de mettre en œuvre des stratégies pour faciliter l'intégration des données probantes à la pratique.

## **6.3 Des défis plus difficiles à surmonter**

### **6.3.1 Une autonomie lente à gagner**

Les informateurs clés interrogés dans le cadre de notre étude ont tous déploré à divers degrés le manque d'autonomie de l'IPSPL dans sa pratique auprès des patients atteints de maladies chroniques ainsi que dans sa pratique en général. L'une des principales barrières énoncées concerne la réglementation de la pratique des IPSPL. Les informateurs clés ont largement décrit la façon dont les limites imposées aux IPSPL quant aux modalités de prise en charge des patients et aux actes médicaux autorisés empêchaient l'IPSPL de pratiquer selon son plein champ de compétences et nuisaient ainsi à une prise en charge optimale des maladies chroniques au Québec. Ce constat rejoint ceux formulés par D'Amour et al. (2009) ou encore par l'OIIQ (Durand et Maillé, 2013), qui font état d'une réglementation beaucoup plus restrictive au Québec que dans les autres provinces canadiennes, notamment en Ontario, où les IPSPL offrent des soins de santé de première ligne de façon autonome dans des cliniques dont elles assurent la gestion.

Les limites du champ de pratique des IPSPL définies aux niveaux législatif et réglementaire sont constamment identifiées dans la littérature comme l'un des principaux enjeux entourant le déploiement de ce rôle (Archibald et Fraser, 2013; Carryer, Gardner, Dunn et Gardner, 2007; Delamaire et Lafortune, 2010; DiCenso et Bryant-Lukosius, 2010; Donald et al., 2010; Hain et Fleck, 2014; Halcomb et al., 2008; Institute of Medicine, 2010; Sullivan-Bentz et al., 2010). Selon Archibald et Fraser (2013), la capacité des IPS de répondre aux besoins de santé de la population est considérablement affectée par la réglementation restrictive de leur pratique dans certaines juridictions canadiennes. Face à ce constat, l'OIIQ propose, dans son mémoire publié en 2013, une série de changements réglementaires et administratifs afin d'optimiser la contribution des IPS au Québec, et en particulier le retrait des listes restrictives de médicaments et d'analyses de laboratoire et la possibilité pour

les IPSPL d'amorcer un traitement pour les maladies chroniques les plus fréquentes (Durand et Maillé, 2013). Pour Delamaire et Lafortune (2010), dans les juridictions où le rôle des IPSPL est défini très spécifiquement en termes d'actes autorisés ou non, l'expansion de ce rôle est limitée du fait que toute modification au champ de pratique de l'IPSPL nécessite des modifications législatives. Les données de notre étude vont dans le même sens puisque les informateurs clés ont dénoncé la complexité et la lenteur du processus pour apporter les assouplissements souhaités à la réglementation encadrant la pratique de l'IPSPL.

Le discours des informateurs clés révèle également que derrière l'enjeu réglementaire se cachent des enjeux plus profonds de dynamiques de pouvoir et d'identité professionnelle. Certains ont mentionné le malaise ou la résistance de certains médecins face à l'autonomie de IPSPL et au chevauchement avec leur champ de pratique. Ces enjeux ne datent pas d'hier, comme en témoignent les théories sociologiques sur le pouvoir médical (Freidson, 1970) et sur les luttes de juridictions professionnelles (Abbott, 1988), qui illustrent bien le contrôle que la profession médicale exerce sur les autres professions et les tensions issues de la définition et de la négociation des frontières professionnelles. La littérature démontre en effet que la résistance des médecins ne s'exprime pas seulement envers les rôles infirmiers avancés, mais également envers l'expansion du rôle des pharmaciens (Edmunds et Calnan, 2001), qui ont eux aussi gagné de l'autonomie dans les dernières années, comme c'est le cas récemment au Québec avec l'entrée en vigueur de la loi 41 en 2015.

Dans le cas des IPS, les études révèlent que les contours de la pratique des IPS aux niveaux légal et organisationnel sont en partie sous l'influence directe des médecins et des associations professionnelles médicales, souvent opposés aux initiatives visant à donner plus d'autonomie aux IPSPL (D'Amour et al., 2009; Hain et Fleck, 2014; Naylor et Kurtzman, 2010; Rosemann et al., 2006). Dans leur analyse de l'implantation du rôle des IPS dans 12 pays développés, Delamaire et Lafortune (2010) concluent que l'opposition médicale représente le principal obstacle au déploiement du rôle de l'IPS. Un débat publié en 2009 dans la revue *Le médecin de famille canadien* (Desroches, 2009) au sujet de l'extension du droit de prescription à des professionnels de la santé non médecins illustre bien la forte résistance de certains médecins à partager leur champ de pratique, évoquant que la pratique de la médecine est complexe et que seule une formation doctorale médicale permet de développer l'expertise nécessaire pour poser des actes de diagnostic ou de prescription. Ces actes sont perçus comme étant au cœur de l'identité professionnelle du médecin et des privilèges octroyés par la formation médicale (Hain et Fleck, 2014). Bien que certaines études, dont la nôtre, révèlent des préoccupations exprimées par le milieu médical quant à la qualité et à la sécurité des soins dispensés par les IPSPL, les enjeux sous-jacents à l'opposition médicale se situeraient bien au-delà du débat sur la compétence et relèveraient davantage d'une lutte financière et de pouvoir selon Mullinix et Bucholtz (2009). Il y aurait une crainte chez les médecins de perdre l'exclusivité de leur champ de pratique et, par le fait même, leur statut hiérarchique et leur pouvoir dans le système de santé et auprès des patients (Lindblad et al.,



2010; Schadewaldt et al., 2013; Wilson et al., 2002), comme en ont témoigné quelques informateurs clés. Pour Darvishpour, Joolae, Cheraghi et Mokhtari-Lakeh (2016), cet aspect de pouvoir est historiquement bien ancré dans une culture organisationnelle et systémique de valorisation des médecins et de supériorité médicale.

### 6.3.2 Une confusion persistante sur le rôle de l'IPSPL dans le système de santé qui menace la pérennité de la profession

Les résultats de cette étude menée auprès d'informateurs clés soulignent clairement que le rôle de l'IPSPL est jugé essentiel pour faire face aux défis actuels du système de santé québécois que sont le vieillissement de la population, l'augmentation croissante de la prévalence des maladies chroniques et la difficulté d'accès aux soins de première ligne, et ce, dans un contexte de ressources limitées. Les informateurs clés interrogés sont donc d'accord avec les nombreux travaux publiés qui ont démontré les retombées positives du rôle de l'IPSPL dans le cadre des réformes mises en œuvre pour surmonter ces défis (Canadian Health Services Research Foundation, 2011; DiCenso et Bryant-Lukosius, 2010; Donald et al., 2010; Link, Perry et Cesarotti, 2014; Mullinix et Bucholtz, 2009; Naylor et Kurtzman, 2010; Sibbald, Laurant et Reeves, 2006). À titre d'exemple, un récent rapport de 2015 publié par la RAND Corporation fait état d'une hausse de l'accès aux soins de première ligne pouvant atteindre jusqu'à 10% dans les états américains où les IPSPL sont autorisées à pratiquer de façon indépendante (Martsolf, Auerbach et Arifkhanova, 2015). À Sudbury, en Ontario, la mise sur pied en 2007 de la première clinique de la province dirigée par du personnel infirmier praticien a permis d'offrir des soins à 3100 nouveaux patients de 2007 à 2010, sur un total de 30 000 personnes initialement sans médecin de famille (DiCenso, Bourgeault, et al., 2010). Toutefois, malgré la légitimité perçue par les informateurs clés du rôle de l'IPSPL dans le contexte actuel du système de santé québécois, leur discours révèle une certaine ambiguïté quant à la raison d'être exacte du rôle de l'IPSPL. Leurs propos à ce sujet sont partagés, à savoir si l'IPSPL est là pour pallier à une pénurie médicale ou pour apporter une contribution unique et innovante dans le système de santé. Pour Lowe et al. (2012), cette ambiguïté autour de la raison d'être du rôle de l'IPSPL, telle que mise en lumière par les informateurs clés, est une menace à la pleine reconnaissance de ce rôle et à sa pérennité dans le système de santé.

Ces différents regards portés sur le rôle des IPSPL ont fait l'objet de nombreux débats dans la littérature scientifique. Une étude de Delamaire et Lafortune (2010) portant sur l'expérience de 12 pays dont le Canada en lien avec l'implantation des rôles infirmiers avancés a identifié quatre différentes motivations sous-jacentes au développement de la pratique infirmière avancée, soit 1- répondre à une pénurie de médecins, 2- répondre à l'augmentation des coûts des systèmes de santé, 3- répondre à un changement en termes de besoins de santé de la population et 4- améliorer les opportunités de carrière pour les infirmières. D'une part, force est de

constater que le rôle de l'IPSPL a principalement été développé afin de faire face à un problème d'accessibilité à des soins de santé de première ligne et a démontré son efficacité pour y parvenir (DiCenso, Bourgeault, et al., 2010; Donald et al., 2010; Donelan et al., 2013; Lindblad et al., 2010; Marsden et Street, 2004; Perry et al., 2005; Sheer et Wong, 2008), en particulier pour les populations des régions rurales ou éloignées (Martin-Misener, Reilly, et al., 2010), les populations autochtones (Browne et Tarlier, 2008) ou certaines populations vulnérables telles que les personnes âgées et les personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou de maladies chroniques (Lowe et al., 2012). À cela s'ajoute la démonstration faite par certains chercheurs du rapport coût-efficacité avantageux du rôle de l'IPSPL pour le système de santé. En effet, il a été démontré que les IPSPL offraient des soins sécuritaires, au moins équivalents à ceux des médecins (Horrocks et al., 2002; Newhouse et al., 2011; Stanik-Hutt et al., 2013) et à des coûts moindres (Bauer, 2010; Chenoweth et al., 2008; Martin-Misener et al., 2015; Newhouse et al., 2011; Perloff et al., 2016). C'est ainsi que le rôle de l'IPSPL peut être perçu comme une alternative économique au médecin pour améliorer l'accès aux soins (Browne et Tarlier, 2008; Carryer et Yarwood, 2015). Venning, Durie, Roland, Roberts et Leese (2000) précisent toutefois que le potentiel d'économie pour le système de santé peut être moindre qu'attendu en raison du temps de consultation plus long et des consultations de suivi plus nombreuses de l'IPSPL par rapport au médecin.

D'autre part, plusieurs auteurs s'opposent à cette conception réductionniste du rôle de l'IPSPL et prônent un rôle singulier, ayant un apport à part entière dans le système de santé, en complément aux autres professionnels de la santé. Selon eux, le fait de concevoir les rôles infirmiers avancés comme des extensions ou des substitutions au rôle du médecin pourrait entraîner des conséquences négatives pour les systèmes de santé (Archibald et Fraser, 2013; Browne et Tarlier, 2008; Bryant-Lukosius, Dicenso, Browne et Pinelli, 2004; Carryer et Yarwood, 2015; Institute of Medicine, 2010; Lowe et al., 2012). Pour ces auteurs, cette conception d'un rôle de substitution risquerait de reproduire des modèles de soins traditionnels centrés sur le diagnostic et la prescription, qui se sont avérés inefficaces pour faire face aux besoins de santé de la population, plutôt que de mettre de l'avant un modèle de soins adapté aux besoins d'un accompagnement du patient à long terme, permettant d'optimiser les habitudes de vie et ultimement la santé (Carryer et Yarwood, 2015; Lowe et al., 2012; Romanow, 2002). Ainsi, plusieurs informateurs clés se rallient au constat que le rôle de l'IPSPL dans le système de santé devrait plutôt se définir sur la base de ses compétences uniques et de son approche holistique du patient intégrant prévention de la maladie et promotion de la santé au suivi médical traditionnel, qui permettent de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Pour Carryer et Yarwood (2015), il s'agit d'un impératif puisque les besoins de santé ne se limitent pas qu'à un meilleur accès aux soins, mais relèvent dorénavant d'une meilleure coordination et continuité de soins culturellement adaptés et sensibles au contexte des individus. De par son approche infirmière centrée sur le patient, les informateurs clés ont rapporté que l'IPSPL était le professionnel de la santé tout indiqué pour combler ces besoins

Par ailleurs, en raison de son approche holistique axée sur la promotion de la santé, l'IPSPL jouerait un rôle incontournable dans l'action sur les déterminants de la santé et la lutte aux inégalités sociales de santé (Browne et Tarlier, 2008; Carryer et Yarwood, 2015). Cette raison d'être du rôle de l'IPSPL n'a toutefois pas été évoquée dans le cadre de la présente étude. Certains chercheurs jugent que le rôle de l'IPSPL devrait d'abord s'inscrire dans une perspective populationnelle de justice sociale et être destiné à répondre aux besoins des populations les plus vulnérables (Browne et Tarlier, 2008; Martin-Misener, Reilly, et al., 2010). Browne et Tarlier (2008) affirment qu'il s'agit là de la clé de la pérennité du rôle de l'IPS au sein du système de santé canadien, sans quoi sa subsistance sera toujours dépendante des fluctuations des effectifs médicaux si l'on persiste à restreindre le rôle à l'amélioration de l'accès aux soins de première ligne.

#### **6.4 Un enjeu structurel de taille : la transition d'un système de santé axé sur la prise en charge de maladies aiguës à un système adapté à la gestion des maladies chroniques**

Les changements démographiques et épidémiologiques des dernières décennies marqués par le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques appellent à des réformes majeures des systèmes de santé du 21<sup>e</sup> siècle pour répondre aux besoins de santé actuels des populations et contrôler les coûts des soins de santé (Committee on Quality of Health Care in America et Institute of Medicine, 2001; OMS, 2008). À plusieurs égards, le discours des informateurs clés révèle que le système de santé québécois est encore mal adapté pour faire face aux défis que pose la prévalence croissante des maladies chroniques. Les informateurs clés ont décrit un système de santé québécois encore trop axé sur la prestation de soins aigus et caractérisé par une fragmentation des services, un manque d'accès, de continuité et de coordination des soins, une culture de travail en silo ainsi qu'un manque d'interdisciplinarité. Ces résultats viennent appuyer ceux d'autres études menées au Québec et ailleurs (AQESSS, 2014; Moffat et Mercer, 2015; Pineault et al., 2008; Schoen et al., 2009; Sinnott et al., 2013). Selon Pineault et al. (2008) et l'AQESSS (2014), la première ligne québécoise serait relativement peu organisée et ne posséderait pas toutes les assises pour une démarche planifiée de gestion des maladies chroniques.

La voix des informateurs clés de notre étude s'ajoute à celles de plusieurs autres chercheurs qui recommandent un modèle d'organisation des soins pour les maladies chroniques centré sur une première ligne renforcée et basé sur la création d'équipes interdisciplinaires, sur davantage d'activités de prévention et de promotion, sur une meilleure coordination et continuité des soins et enfin sur une approche plus globale pour les patients atteints de maladies chroniques (AQESSS, 2014; CSBE, 2010; MSSS, 2012; Orchard, Green, Sullivan, Greenberg, et Mai, 2008; van Dijk-de Vries et al., 2012; Wagner et al., 2001). Par ailleurs, alors que certains informateurs clés ont manifesté le désir d'une plus grande uniformité dans la planification et

l'organisation des soins pour les maladies chroniques au Québec, d'autres ont souligné la nécessité d'une approche flexible pour répondre aux besoins particuliers de chaque milieu clinique. Pour Lévesque et al. (2007), la standardisation des structures et des pratiques ne permet pas l'implantation de modèles de gestion des maladies chroniques qui répondent adéquatement aux besoins régionaux et locaux. Une approche décentralisée devrait plutôt être privilégiée (Lévesque et al., 2007), d'autant plus qu'il a été démontré que l'organisation optimale des soins de première ligne doit tenir compte des facteurs historiques et contextuels d'un milieu donné et peut difficilement reposer sur un seul modèle d'organisation (Pineault et al., 2008).

À travers cette large transformation du système de santé, les informateurs clés ont souligné la nécessité de déployer à plus large échelle les IPSPL dans les milieux cliniques de première ligne afin d'améliorer la gestion des maladies chroniques au Québec. Ce constat est appuyé par d'autres chercheurs (Aleshire et al., 2012; Russell et al., 2009; Villeneuve et Macdonald, 2006). Pour Russell et al. (2009), les modèles organisationnels de gestion des maladies chroniques en première ligne qui intègrent les IPSPL sont ceux qui permettent d'offrir les meilleurs soins. Selon plusieurs chercheurs, l'IPSPL jouerait un important rôle de catalyseur dans le système de santé afin de transformer les modèles de soins traditionnels en des modèles beaucoup mieux adaptés aux besoins de santé de la population (Aleshire et al., 2012; Carryer et Yarwood, 2015; DiCenso et Bryant-Lukosius, 2010; Link et al., 2014; Romanow, 2002). Plusieurs informateurs clés ont dénoncé le manque d'IPSPL dans les milieux de première ligne pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques et l'absence de masse critique pour pouvoir mesurer les impacts positifs de leur pratique dans ce domaine. Dans son mémoire publié en 2009, l'OIIQ fait également état du nombre insuffisant d'IPSPL dans les milieux cliniques afin d'objectiver la valeur ajoutée des IPSPL pour répondre aux besoins d'accessibilité et de continuité des soins (Lapointe, 2009). Tout comme d'autres auteurs (Lapointe, 2009; Orchard et al., 2008; Patel, 2013), les informateurs clés soutiennent que la transition vers un système de santé mieux adapté à la gestion des maladies chroniques doit s'accompagner d'une meilleure planification et utilisation des ressources humaines en santé. Un exercice plus rigoureux de planification des effectifs d'IPSPL devrait être réalisé en priorité afin d'assurer la formation, l'implantation et l'intégration d'un nombre suffisant d'IPSPL pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques partout à travers le Québec.

## **6.5 Discussion en lien avec les cadres conceptuels**

Nous avons discuté dans les pages précédentes des différents enjeux prioritaires rencontrés par les IPSPL dans leur pratique dans le domaine des maladies chroniques et des liens observés avec d'autres études. Nous verrons maintenant comment ces enjeux se rattachent aux cadres conceptuels utilisés dans cette étude.

### 6.5.1 Discussion en lien avec le *Chronic Care Model* (CCM)

Tel que précédemment décrit, le *Chronic Care Model* (CCM) (Wagner, 1998) est un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques qui définit six grands domaines d'intervention : l'organisation d'ensemble du système de santé, l'organisation de l'offre et de la prestation de services, le soutien à la prise de décisions cliniques, le soutien à l'autogestion, la mobilisation des ressources communautaires et le développement de systèmes d'informations cliniques. Des actions concertées dans ces domaines du CCM, pris en tout ou en partie, permettent d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques (Bodenheimer et al., 2002; Coleman et al., 2009; Tsai et al., 2005).

Spontanément, quelques informateurs clés ont directement fait référence à l'utilisation du CCM comme stratégie pour améliorer la gestion des maladies chroniques au Québec. Par ailleurs, on observe que les défis et recommandations qu'ils ont identifiés concernant la pratique de l'IPSP dans le domaine des maladies chroniques sont alignés sur plusieurs domaines d'intervention décrits par le CCM. D'abord, au niveau de l'organisation d'ensemble du système de santé, les informateurs clés ont été nombreux à souligner que le système de santé québécois était encore trop axé sur la prise en charge de maladies aiguës. Pour eux, une nouvelle culture de continuité des soins et d'évaluation de la qualité et de la performance doit se développer au Québec si l'on veut implanter avec succès des modèles de soins plus adaptés aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques. Les impacts de la pratique des IPSP dans le domaine des maladies chroniques devraient être évalués plus systématiquement afin de démontrer leur valeur ajoutée en termes d'accessibilité et de qualité des soins.

En ce qui concerne l'organisation de l'offre et la prestation des soins, les informateurs clés sont unanimes quant à la nécessité de développer davantage d'équipes interdisciplinaires et d'améliorer la collaboration interprofessionnelle pour mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques. Il faudrait aussi travailler à mieux définir les rôles et responsabilités des professionnels de la santé au sein des équipes de soins, surtout dans le contexte du chevauchement de plusieurs champs de pratique consécutivement à la création de nouveaux rôles professionnels comme celui de l'IPSP. Des assouplissements réglementaires devraient également être apportés afin de permettre à l'IPSP une gestion plus optimale des maladies chroniques.

Concernant le soutien à la prise de décisions cliniques, notre étude indique la nécessité de développer des lignes directrices basées sur les données probantes pour faciliter la prise en charge de patients atteints de multimorbidité. De meilleurs corridors de services entre l'IPSP et les spécialistes de la deuxième ligne devraient également être aménagés pour mieux soutenir l'IPSP dans la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques.

Quant au soutien à l'autogestion, les informateurs clés n'ont pas relevé d'enjeu particulier à ce niveau. Ils ont tous souligné la force de l'IPSPL à accompagner le patient dans l'autogestion de sa maladie et ses compétences en matière d'éducation à la santé, de soutien aux changements d'habitudes de vie, d'écoute du patient et de soutien psychosocial.

À propos de l'utilisation des ressources communautaires, les informateurs clés ont mentionné qu'il était difficile pour l'IPSPL de bien connaître toutes les ressources pouvant faciliter le suivi des patients, y compris les ressources dans la communauté. Bien que ce sujet ait peu été documenté par notre étude, il semble que l'arrimage entre les services cliniques et communautaires ne soit pas très bien défini dans les milieux de soins de première ligne.

Enfin, pour ce qui est du développement des systèmes d'informations cliniques, les informateurs clés ont noté la difficulté pour l'IPSPL d'avoir accès rapidement aux résultats de laboratoire, d'exams et de rapports de consultations des spécialistes. Un accès direct à ces informations sans avoir à toujours transiter par le médecin permettrait à l'IPSPL une prise en charge beaucoup efficace des patients atteints de maladies chroniques.

Mis en parallèle avec le CCM, les résultats de notre étude permettent de cibler les interventions qui pourraient être privilégiées dans chacun des domaines d'action du CCM afin d'améliorer la gestion des maladies chroniques au Québec. L'analyse des résultats indique également que les enjeux prioritaires identifiés par les informateurs clés touchent principalement l'organisation d'ensemble du système de santé (niveau systémique) et l'organisation de l'offre et de la prestation de services dans chacun des milieux (niveau organisationnel). Une explication possible de ces résultats relève de la sélection des informateurs clés, qui pour plusieurs sont quelque peu éloignés de la pratique quotidienne des IPSPL et donc moins à même d'évoquer les défis cliniques.

### 6.5.2 Discussion en lien avec le modèle des déterminants de la collaboration interprofessionnelle

Comme il a été élaboré au troisième chapitre, San Martin-Rodriguez et al. (2005) ont identifié les déterminants de la collaboration interprofessionnelle à partir d'une revue de la littérature des études théoriques et empiriques sur le sujet. Leurs travaux présentent trois grandes catégories de déterminants : les déterminants systémiques, les déterminants organisationnels et les déterminants interactionnels. L'analyse du discours des informateurs clés de notre étude révèle des défis qui se situent dans chacune de ces catégories.

Les déterminants systémiques de la collaboration interprofessionnelle réfèrent aux systèmes social, culturel, professionnel et éducatif qui jettent les bases de la collaboration interprofessionnelle au sein du système de santé. Les informateurs clés ont soulevé plusieurs enjeux rencontrés à ces niveaux. D'abord au niveau social, ils ont vivement critiqué la présence d'une hiérarchisation et d'un enjeu de pouvoir entre les médecins et les IPSPL. Ensuite, au niveau culturel, ils ont noté les différences de valeurs entre médecins et IPSPL : les médecins étant davantage centrés sur une approche biomédicale et curative tandis que les IPSPL penchent plutôt vers une approche biospsychosociale, holistique et axée sur la prévention et la promotion de la santé. D'un point de vue professionnel, il ressort de notre étude des enjeux importants entourant l'identité professionnelle, le contrôle médical et la méconnaissance du rôle de l'IPSPL. Enfin, au niveau du système éducatif, les informateurs clés ont souligné des lacunes en matière d'éducation interprofessionnelle, notamment entre les acteurs des milieux de soins de première ligne et avec les acteurs œuvrant au niveau de la deuxième ligne des soins de santé.

Les déterminants organisationnels de la collaboration interprofessionnelle renvoient pour leur part à la structure et à la philosophie organisationnelles, au support administratif, aux ressources et aux mécanismes de coordination. En premier lieu, les informateurs clés ont dénoncé la structure hiérarchique dans plusieurs milieux cliniques qui permet aux médecins de définir les contours de la pratique des IPSPL selon leurs préférences. Selon les informateurs clés, cette structure nuit à la collaboration entre les médecins et les IPSPL, tout comme la philosophie de travail en silo et le manque de leadership des gestionnaires dans certains milieux. Aussi, les résultats de notre étude démontrent que davantage de ressources doivent être consacrées à la collaboration interprofessionnelle, notamment en termes de temps et de disponibilité des médecins et d'incitatifs financiers aux activités de collaboration. Les informateurs clés ont également exprimé le besoin de définir des modalités de collaboration plus formelles entre le médecin et l'IPSPL.

Enfin, les déterminants interactionnels sont les composantes au cœur des relations interpersonnelles entre les professionnels de la santé. Ces composantes sont entre autres la volonté individuelle de collaborer, la confiance, les aptitudes de communication et le respect mutuel. Les informateurs clés ont largement reconnu l'influence des attitudes et aptitudes individuelles de collaboration des professionnels de la santé sur la qualité de la collaboration interprofessionnelle. Ils ont insisté sur l'importance d'une attitude positive d'ouverture et du développement d'une relation de confiance entre le médecin et l'IPSPL.

L'analyse des résultats de notre étude en regard des déterminants de la collaboration permet de constater que les barrières à la collaboration se situent à plusieurs niveaux qui sont interreliés. Des enjeux systémiques se traduisent en enjeux organisationnels, qui influencent à leur tour les interactions entre les professionnels. À l'instar du discours de certains informateurs clés et d'autres études citées précédemment dans la discussion,

les travaux de San Martin-Rodriguez et al. (2005) démontrent que le système éducatif est probablement le déterminant le plus important de la collaboration interprofessionnelle, puisqu'il représente le principal levier pour promouvoir les attitudes et les valeurs favorables à la collaboration chez les futurs professionnels de la santé, ce qui permettra de changer progressivement la culture des milieux de soins et de l'ensemble du système de santé.

## **6.6 Forces et limites de l'étude**

Cette étude, basée sur un devis qualitatif exploratoire, a permis de documenter les perceptions d'informateurs clés en regard du rôle et des défis des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques. À notre connaissance, il s'agit de la première étude québécoise sur le sujet, les études précédentes ayant traité spécifiquement des défis liés au processus d'implantation et d'intégration des IPSPL (Contandriopoulos et al., 2015) et d'implantation de modèles intégrés de prévention et gestion des maladies chroniques au Québec (Lévesque et al., 2007). Avec un total de 20 informateurs clés aux affiliations professionnelles diverses et provenant de 10 régions à travers le Québec, nous avons pu dresser un large portrait du sujet à l'étude reflétant les perceptions provenant des domaines clinique, académique, administratif et politique, des milieux urbains ou plus éloignés des grands centres. Les entretiens individuels semi-dirigés ont favorisé l'émergence d'un contenu riche et diversifié offrant aux participants la latitude nécessaire pour s'exprimer librement sur les problématiques qu'ils jugeaient les plus importantes. Une majorité d'entre eux sont de sexe féminin (18/20), ce qui est représentatif de la majorité féminine observée dans le réseau de la santé, en particulier dans le domaine infirmier puisque les hommes y représentent à peine 11% au Québec (Marleau, 2015). La majorité des informateurs clés de notre étude sont d'ailleurs issus d'une formation initiale en sciences infirmières (17/20). La validité des résultats de la présente étude est renforcée en raison de leur convergence avec ceux des études de Contandriopoulos et al. (2015) et de Lévesque et al. (2007).

Parmi les limites de cette étude, il faut noter que la plupart des informateurs clés ont suivi une formation initiale en sciences infirmières, les autres participants ayant une formation initiale en médecine. Le recrutement de médecins a été plus difficile que prévu, de sorte que seulement deux médecins ont été interrogés alors qu'ils font pourtant partie des principaux acteurs concernés par la problématique à l'étude. Les autres professions de la santé et des services sociaux n'étaient pas représentées dans l'échantillon, notamment les pharmaciens, qui sont un important groupe concerné par la pratique des IPSPL. Il importe également de souligner que nos résultats reflètent les perceptions d'informateurs clés gravitant autour de la pratique des IPSPL et que ces perceptions peuvent diverger des défis vécus par les IPSPL dans leur pratique. Les résultats de la présente étude devraient être juxtaposés à ceux obtenus dans les études conduites directement auprès d'IPSPL québécoises afin de dresser un portrait plus complet des défis entourant la pratique des IPSPL dans le



domaine des maladies chroniques. De plus, comme met en garde (Marshall, 1996), il est possible que les informateurs clés n'aient révélé que ce qui est socialement et politiquement acceptable de dire, en évitant de divulguer des données sensibles, bien que cet enjeu apparaisse peu significatif dans le cas de la problématique à l'étude. Par ailleurs, les résultats de l'étude ne permettent pas de départager les défis évoqués en fonction des différents milieux de première ligne (ex. : cliniques médicales privées, GMF, UMF, CLSC). On note aussi qu'en raison du caractère exploratoire de l'étude et de l'utilisation d'un canevas d'entrevue composé de questions ouvertes, les discussions ont souvent dévié des enjeux associés à la gestion des maladies chroniques pour porter plus généralement sur la pratique de l'IPSP et sur les défis liés à leur implantation et intégration dans le système de santé et les milieux de soins québécois. Ainsi, la plupart des défis et recommandations formulés par les informateurs clés se situent aux niveaux systémique, organisationnel et interactionnel et sont de nature transversale : ils touchent donc pour la plupart le domaine des maladies chroniques sans y être spécifiques.

Enfin, il importe de noter le délai écoulé entre la réalisation des entrevues et la présente publication. Les entrevues ont été réalisées entre novembre 2013 et mai 2014. En raison de contraintes liées au parcours académique de l'étudiante-chercheuse, la rédaction des résultats définitifs de la présente analyse a été finalisée en octobre 2016. Entre-temps, le système de santé québécois a connu d'importantes transformations, notamment avec le projet de loi 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Le déploiement du rôle de l'IPSP s'est aussi poursuivi pendant cette période, avec entre autres un projet vitrine du MSSS visant l'implantation d'IPSP en CHSLD (Durand et Maillé, 2015) et une entente de partenariat entre le MSSS et la clinique SABSA à Québec pour le fonctionnement d'une clinique dont les services sont assurés par des IPSP et une équipe multidisciplinaire, sans la présence de médecins. Les résultats de la présente étude sont donc le reflet du réseau de la santé québécois pour la période 2013-2014.

## Conclusion

Le système de santé québécois est soumis à une importante pression engendrée par le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies chroniques. Afin de faire face aux défis d'accès et de continuité des soins offerts aux patients, plusieurs changements législatifs et organisationnels ont été apportés dans les quelque vingt dernières années. C'est dans le contexte de ces réformes qu'a été créé le rôle d'IPSPL en 2007 au Québec, dans l'optique de mieux répondre aux besoins de santé de la population.

La littérature démontre que les IPSPL ont un rôle important à jouer au niveau de la gestion des maladies chroniques. Leur intégration dans les milieux de première ligne permettrait en effet d'améliorer l'accès et la continuité des soins. De plus, par la conjugaison de ses compétences médicales et infirmières, l'IPSPL offrirait aux patients atteints de maladies chroniques un suivi plus holistique centré sur le soutien à l'autogestion. Des études ont démontré que les résultats des soins offerts par l'IPSPL étaient au moins équivalents à ceux des médecins et que ces soins pouvaient offrir plus de satisfaction aux patients. Bien que le rôle de l'IPSPL soit généralement perçu comme une valeur ajoutée pour les systèmes de santé, la littérature révèle plusieurs barrières qui freinent son implantation et son intégration dans les milieux de soins de première ligne. À notre connaissance, très peu d'études se sont toutefois penchées sur les défis rencontrés par les IPSPL dans leur pratique auprès de patients atteints de maladies chroniques, et aucune étude sur ce sujet spécifique n'a été menée au Québec.

Cette étude qualitative exploratoire avait pour but de dresser un portrait du rôle, des pratiques et des défis des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques au Québec. Pour ce faire, nous avons mené des entrevues individuelles semi-dirigées auprès de 20 informateurs clés provenant de diverses affiliations professionnelles, impliqués dans la formation, l'implantation, la gestion, la pratique clinique ou le développement du rôle des IPSPL. Notre étude a révélé que le rôle de l'IPSPL était largement valorisé et perçu comme une valeur ajoutée dans le système de santé québécois. Selon les informateurs clés, ce rôle permettrait de mieux répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques en termes d'accessibilité, de continuité et d'intégration des soins et de soutien à l'autogestion. Les informateurs clés ont par ailleurs identifié de nombreux défis qui affectent la pratique des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques, notamment en ce qui concerne la méconnaissance du rôle de l'IPSPL, la réglementation trop restrictive et la complexité croissante de ces maladies. Plusieurs recommandations ont par ailleurs pu être formulées, visant à améliorer les conditions organisationnelles de la pratique des IPSPL, la collaboration interprofessionnelle ainsi que la planification des services destinés aux patients atteints de maladies chroniques.

Au niveau des connaissances, notre étude permet d'alimenter en données probantes un pan de la littérature scientifique jusqu'ici très peu documenté concernant le rôle, les pratiques et les défis des IPSPL dans le domaine spécifique des maladies chroniques. Ces données pourront alimenter la recherche à la fois dans le domaine des rôles infirmiers avancés et de la gestion des maladies chroniques, et pourraient contribuer à raffiner les modèles théoriques de gestion de ces maladies. Les données issues de notre étude sont par ailleurs en cohérence avec la littérature portant sur la pratique globale des IPSPL et appuient les constats de nombreuses études québécoises, canadiennes et internationales quant aux défis généraux rencontrés par les IPSPL. De ce fait, notre étude renforce des données probantes existantes.

Cette étude est également porteuse d'implications significatives pour la pratique future des IPSPL au Québec. D'abord, elle permet de mettre en lumière les nombreux impacts positifs des pratiques des IPSPL tant pour la population générale que pour celle atteinte de maladies chroniques. Ces constats contribueront à soutenir la nécessité d'un plus vaste déploiement des IPSPL dans les milieux de soins de première ligne auprès des décideurs. À travers une meilleure compréhension des défis qui compromettent la pratique optimale des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques et des recommandations formulées par les informateurs clés, nous avons pu identifier concrètement une série d'ajustements qui permettraient une meilleure contribution des IPSPL dans ce domaine. Ces ajustements pourront alimenter les travaux du MSSS visant à améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques au Québec, qui représentent une priorité de santé publique (Gouvernement du Québec, 2015). Considérant le fait que la plupart des défis et recommandations énoncés sont de nature transversale, il apparaît clair que l'amélioration de la pratique des IPSPL dans le domaine des maladies chroniques passe en priorité par l'amélioration de leur pratique en général. Notre étude constitue ainsi une voix de plus en appui aux revendications menées par l'OIIQ et les autres acteurs impliqués dans l'avancement de la pratique des IPSPL au Québec, notamment en ce qui a trait à l'assouplissement de la réglementation.

L'actualité au Québec démontre que le rôle de l'IPSPL est appelé à se développer au cours des prochaines années. Il est intéressant de constater que depuis la réalisation des entrevues de la présente étude, certaines recommandations formulées par les informateurs clés ont été mises en œuvre, comme le projet vitrine du MSSS visant l'implantation des IPSPL dans les centres d'hébergement (Durand et Maillé, 2015). De telles ouvertures et changements de politiques dans le domaine des soins de première ligne et des maladies chroniques sont le fruit de représentations soutenues d'acteurs clés auprès des décideurs, auxquelles, nous l'espérons, des études comme la nôtre peuvent donner plus de poids.

## Références

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Agence de la santé publique du Canada (2014). *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005-2008*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2016). Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures : statistiques rapides, édition 2016. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, 36(8), 192-193.
- Aggarwal, M. et Hutchison, B. (2012). *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*. Ottawa: Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
- Aleshire, M. E., Wheeler, K. et Prevost, S. S. (2012). The future of nurse practitioner practice: a world of opportunity. *Nurs Clin North Am*, 47(2), 181-191, v. doi: 10.1016/j.cnur.2012.04.002
- Allen, J. K., Dennison-Himmelfarb, C. R., Szanton, S. L., Bone, L., Hill, M. N., Levine, D. M., . . . Anderson, K. (2011). Community Outreach and Cardiovascular Health (COACH) Trial: a randomized, controlled trial of nurse practitioner/community health worker cardiovascular disease risk reduction in urban community health centers. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 4(6), 595-602. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.111.961573
- Archibald, M. M. et Fraser, K. (2013). The potential for nurse practitioners in health care reform. *J Prof Nurs*, 29(5), 270-275. doi: 10.1016/j.profnurs.2012.10.002
- Asselin, J., Osunlana, A. M., Ogunleye, A. A., Sharma, A. M. et Campbell-Scherer, D. (2016). Challenges in interdisciplinary weight management in primary care: lessons learned from the 5As Team study. *Clin Obes*. doi: 10.1111/cob.12133
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008). *Advanced nursing practice: A national framework*. Ottawa: Canadian Nurses Association.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2012). *Efficacité du soutien des infirmières et infirmiers autorisés et des infirmières et infirmiers praticiens de l'autogestion des soins pour les maladies chroniques*. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2014). *Maladies chroniques: Agir là où ça compte*. Montréal: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.
- Bailey, P., Jones, L. et Way, D. (2006). Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. *J Adv Nurs*, 53(4), 381-391. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03734.x
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. et Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*, 7(7), 73-82.
- Barrett, J., Curran, V., Glynn, L. et Godwin, M. (2007). *CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Bauer, J. C. (2010). Nurse practitioners as an underutilized resource for health reform: evidence-based demonstrations of cost-effectiveness. *J Am Acad Nurse Pract*, 22(4), 228-231. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00498.x
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*, 288(15), 1909-1914.
- Bodenheimer, T. S. et Smith, M. D. (2013). Primary care: proposed solutions to the physician shortage without training more physicians. *Health Aff (Millwood)*, 32(11), 1881-1886. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0234
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Bray, C. O. et Olson, K. K. (2009). Family nurse practitioner clinical requirements: is the best recommendation 500 hours? *J Am Acad Nurse Pract*, 21(3), 135-139. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00384.x

- Browne, A. J. et Tarlier, D. S. (2008). Examining the potential of nurse practitioners from a critical social justice perspective. *Nurs Inq*, 15(2), 83-93. doi: 10.1111/j.1440-1800.2008.00411.x
- Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Browne, G. et Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs*, 48(5), 519-529. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x
- Buerhaus, P. I., DesRoches, C. M., Dittus, R. et Donelan, K. (2015). Practice characteristics of primary care nurse practitioners and physicians. *Nurs Outlook*, 63(2), 144-153. doi: 10.1016/j.outlook.2014.08.008
- Canadian Health Services Research Foundation. (2011). Myth: Seeing a nurse practitioner instead of a doctor is second-class care. *J Health Serv Res Policy*, 16(2), 124-125.
- Carnwell, R. et Daly, W. M. (2003). Advanced nursing practitioners in primary care settings: an exploration of the developing roles. *J Clin Nurs*, 12(5), 630-642.
- Carryer, J., Gardner, G., Dunn, S. et Gardner, A. (2007). The capability of nurse practitioners may be diminished by controlling protocols. *Aust Health Rev*, 31(1), 108-115.
- Carryer, J. et Yarwood, J. (2015). The nurse practitioner role: Solution or servant in improving primary health care service delivery. *Collegian*, 22(2), 169-174.
- Cavalière, R., Lambert, M. et Trudeau, J.-B. (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle: rehausser la qualité et la sécurité des soins*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Chenoweth, D., Martin, N., Pankowski, J. et Raymond, L. W. (2008). Nurse practitioner services: three-year impact on health care costs. *J Occup Environ Med*, 50(11), 1293-1298. doi: 10.1097/JOM.0b013e318184563a
- Clarín, O. A. (2007). Strategies to overcome barriers to effective nurse practitioner and physician collaboration. *JNP*(September 2007), 538-548.
- Cogdill, K. W. (2003). Information needs and information seeking in primary care: a study of nurse practitioners. *J Med Libr Assoc*, 91(2), 203-215. doi: 10.1043/0025-7338(2003)091<0203:INAISI>2.0.CO;2
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. et Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*, 28(1), 75-85. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.75
- Commissaire à la santé et au bien-être (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009: État de situation portant sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010: État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux*. Commissaire à la santé et au bien-être.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1987). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les solutions émergentes, rapport et recommandations*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Committee on Quality of Health Care in America et Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academy of Sciences.
- Conseil canadien de la santé (2012). *Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques: Point de mire sur les soins de santé primaires*. Toronto: Conseil canadien de la santé.
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Dubois, C. A., Perroux, M., Beaulieu, M. D., Brault, I., . . . Sansgter-Gormley, E. (2015). A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 78. doi: 10.1186/s12913-015-0731-5
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. (3rd<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, Californie: SAGE Publications, Inc.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec, Tome 1*. Thèse de doctorat: Université de Montréal.

- D'Amour, D., Sicotte, C. et Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94. doi: 10.3406/sosan.1999.1468
- D'Amour, D., Tremblay, D. et Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50 (2), 301-320.
- Darvishpour, A., Joolaei, S., Cheraghi, M. A. et Mokhtari-Lakeh, N. (2016). Iran's health policymakers' views on barriers and facilitators of nurse prescribing in their context: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 21(3), 297-305. doi: 10.4103/1735-9066.180384
- Delamaire, M. et Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health working papers*, 54, 106 p.
- DeNisco, S. et Barker, A. M. (2013). *Advanced practice nursing: Evolving roles for the transformation of the profession*. (2nd<sup>e</sup> éd.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Desroches, J. (2009). Should prescribing authority be shared with nonphysicians?: no. *Can Fam Physician*, 55(12), 1177-1178, 1180-1171.
- DiCenso, A., Bourgeault, I., Abelson, J., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Carter, N., . . . Kilpatrick, K. (2010). Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada--thinking outside the box. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 23 Spec No 2010, 239-259.
- DiCenso, A. et Bryant-Lukosius, D. (2010). *Clinical nurse specialists and nurse practitioners in Canada: A decision support synthesis*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Donald, F., Abelson, J., Bourgeault, I., . . . Harbman, P. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 23 Spec No 2010, 211-238.
- DiCenso, A. et Matthews, S. (2005). *Report on the integration of primary health care nurse practitioners into the province of Ontario : final report* (Rev.<sup>e</sup> éd.). Repéré à <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/11000/255236.pdf>
- Dicicco-Bloom, B. et Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Med Educ*, 40(4), 314-321. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
- Dierick-van Daele, A. T., Spreeuwenberg, C., Derckx, E. W., van Leeuwen, Y., Toemen, T., Legius, M., . . . Vrijhoef, H. J. (2010). The value of nurse practitioners in Dutch general practices. *Qual Prim Care*, 18(4), 231-241.
- Donald, F., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Carter, N., . . . DiCenso, A. (2010). The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 23 Spec No 2010, 88-113.
- Donelan, K., DesRoches, C. M., Dittus, R. S. et Buerhaus, P. (2013). Perspectives of physicians and nurse practitioners on primary care practice. *N Engl J Med*, 368(20), 1898-1906. doi: 10.1056/NEJMSa1212938
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10, 79-86.
- Dubois, C. A. et Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Hum Resour Health*, 7, 87. doi: 10.1186/1478-4491-7-87
- Durand, S. et Maillé, M. (2013). *Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise [Mémoire]*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Durand, S. et Maillé, M. (2015). *Rôle et responsabilités de l'IPSP en centre d'hébergement dans le cadre du projet vitrine du MSSS*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Edmunds, J. et Calnan, M. W. (2001). The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and General Practitioners in the United Kingdom. *Soc Sci Med*, 53(7), 943-955.
- El-Jardali, F. et Lavis, J. N. (2011). *Issue brief: Addressing the Integration of Nurse Practitioners in Primary Healthcare Settings in Canada*. Hamilton: McMaster Health Forum.
- Farrell, K., Payne, C. et Heye, M. (2015). Integrating interprofessional collaboration skills into the advanced practice registered nurse socialization process. *J Prof Nurs*, 31(1), 5-10. doi: 10.1016/j.profnurs.2014.05.006

- Fletcher, C. E., Baker, S. J., Copeland, L. A., Reeves, P. J. et Lowery, J. C. (2007). Nurse practitioners' and physicians' views of NPs as providers of primary care to veterans. *J Nurs Scholarsh*, 39(4), 358-362. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00193.x
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago The University of Chicago Press.
- Fried, T. R., Tinetti, M. E. et Iannone, L. (2011). Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *Arch Intern Med*, 171(1), 75-80. doi: 10.1001/archinternmed.2010.318
- Fuller, J., Koehne, K., Verrall, C. C., Szabo, N., Bollen, C. et Parker, S. (2015). Building chronic disease management capacity in General Practice: The South Australian GP Plus Practice Nurse Initiative. *Collegian*, 22(2), 191-197.
- Glasgow, R. E., Orleans, C. T., Wagner, E. H., Curry, S. J. et Solberg, L. I. (2001). "Does the Chronic Care Model also Serve as a Template for Improving Prevention?". *The Milbank Quarterly*, 79(4), 579-612.
- Goldman, J., Meuser, J., Rogers, J., Lawrie, L. et Reeves, S. (2010). Interprofessional collaboration in family health teams: an Ontario-based study. *Can Fam Physician*, 56, 368-374.
- Gouvernement du Québec (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025: Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Graneheim, U. H. et Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24, 105-112.
- Hain, D. et Fleck, L. M. (2014). Barriers to NP Practice that Impact Healthcare Redesign. *Online J Issues Nurs*, 19(2), 2.
- Halcomb, E. J., Davidson, P. M., Griffiths, R. et Daly, J. (2008). Cardiovascular disease management: time to advance the practice nurse role? *Aust Health Rev*, 32(1), 44-53.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. et O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach*. (5th<sup>e</sup> éd.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Hart, A. M. et Macnee, C. L. (2007). How well are nurse practitioners prepared for practice: Results of a 2004 questionnaire study. *J Am Acad Nurse Pract*, 19(1), 35-42. doi: 10.1111/j.1745-7599.2006.00191.x
- Hellier, S. et Cline, T. (2016). Factors that affect nurse practitioners' implementation of evidence-based practice. *J Am Assoc Nurse Pract*. doi: 10.1002/2327-6924.12394
- Horrocks, S., Anderson, E. et Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324(7341), 819-823.
- Hudon, R., Perreault, M. et Martin, E. (2009). Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure. *Recherches sociographiques*, 50(2), 321-344.
- Humbert, J., Legault, F., Dahrouge, S., Halabisky, B., Boyce, G., Hogg, W. et Amos, S. (2007). Integration of nurse practitioners into a family health network. *Can Nurse*, 103(9), 30-34.
- Improving Chronic Illness Care. (2006-2016). The Chronic Care Model: The RAND Evaluation. Repéré à [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_RAND\\_Evaluation&s=32](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_RAND_Evaluation&s=32)
- Institut canadien d'information sur la santé (2009). *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*. Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut de la statistique du Québec (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011: Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*. Québec: Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec (2014). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011: Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institute of Medicine (2010). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. Report Recommendations*. Washington: Institute of Medicine of the National Academies.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E. et Simon, G. (2001). Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry*, 23(3), 138-144.

- Keith, K. M. et Askin, D. F. (2008). Effective collaboration: The key to better healthcare. *Nursing Leadership*, 21(2), 51-61.
- Kenning, C., Fisher, L., Bee, P., Bower, P. et Coventry, P. (2013). Primary care practitioner and patient understanding of the concepts of multimorbidity and self-management: A qualitative study. *SAGE Open Med*, 1, 2050312113510001. doi: 10.1177/2050312113510001
- Laforest, J., Bouchard, L. M. et Maurice, P. (2011). *Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales: Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs clés*. (2<sup>e</sup> éd.). Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Lapointe, J. (2009). *Les infirmières praticiennes spécialisées: un rôle à propulser, une intégration à accélérer. Bilan et perspectives de pérennité [Mémoire]*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. et Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD001271. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub2
- Lévesque, J.-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P. et Pinard, B. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec: Barrières et éléments facilitant*. Montréal: Gouvernement du Québec.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, Californie: SAGE Publications, Inc.
- Lindblad, E., Hallman, E. B., Gillsjo, C., Lindblad, U. et Fagerstrom, L. (2010). Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care--a qualitative study. *Int J Nurs Pract*, 16(1), 69-74. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01810.x
- Link, D. G., Perry, D. et Cesarotti, E. L. (2014). Meeting new health care challenges with a proven innovation: nurse-managed health care clinics. *Nurs Adm Q*, 38(2), 128-132. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000004
- Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A. P. et Boyd, L. (2012). Time to clarify--the value of advanced practice nursing roles in health care. *J Adv Nurs*, 68(3), 677-685. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x
- Macdonald, W., Rogers, A., Blakeman, T. et Bower, P. (2008). Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. *J Adv Nurs*, 62(2), 191-199. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04585.x
- Maijala, V., Tossavainen, K. et Turunen, H. (2015). Identifying nurse practitioners' required case management competencies in health promotion practice in municipal public primary health care. A two-stage modified Delphi study. *J Clin Nurs*, 24(17-18), 2554-2561. doi: 10.1111/jocn.12855
- Makowsky, M. J., Schindel, T. J., Rosenthal, M., Campbell, K., Tsuyuki, R. T. et Madill, H. M. (2009). Collaboration between pharmacists, physicians and nurse practitioners: a qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting. *J Interprof Care*, 23(2), 169-184. doi: 10.1080/13561820802602552
- Marleau, D. (2015). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2014-2015: Le Québec et ses régions*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Marsden, J. et Street, C. (2004). A primary health care team's views of the nurse practitioner role in primary care. *Primary Health Care Research and Development*, 5, 17-27.
- Marshall, M. N. (1996). The key informant technique. *Fam Pract*, 13(1), 92-97.
- Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Harbman, P., Donald, F., Kaasalainen, S., Carter, N., . . . DiCenso, A. (2010). Education of advanced practice nurses in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 23 Spec No 2010, 61-84.
- Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., . . . DiCenso, A. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*, 5(6), e007167. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007167
- Martin-Misener, R., Reilly, S. M. et Vollman, A. R. (2010). Defining the role of primary health care nurse practitioners in rural Nova Scotia. *Can J Nurs Res*, 42(2), 30-47.
- Martin, L., Leveritt, M. D., Desbrow, B. et Ball, L. E. (2014). The self-perceived knowledge, skills and attitudes of Australian practice nurses in providing nutrition care to patients with chronic disease. *Fam Pract*, 31(2), 201-208. doi: 10.1093/fampra/cmt070



- Martsof, G. R., Auerbach, D. I. et Arifkhanova, A. (2015). *The Impact of Full Practice Authority for Nurse Practitioners and Other Advanced Practice Registered Nurses in Ohio*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Matthews, S. W. et Brown, M. A. (2013). APRN expertise: the Collaborative Health Management Model. *Nurse Pract*, 38(1), 43-48. doi: 10.1097/01.NPR.0000423382.33822.ab
- McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T. et Raynor, P. (2005). Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical decision making: findings from an exploratory study. *Fam Pract*, 22(5), 490-497. doi: 10.1093/fampra/cmi042
- Merrick, E., Fry, M. et Duffield, C. (2014). Australian practice nursing: collaboration in context. *J Clin Nurs*, 23(23-24), 3525-3532. doi: 10.1111/jocn.12605
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Moffat, K. et Mercer, S. W. (2015). Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare systems. *BMC Fam Pract*, 16, 129. doi: 10.1186/s12875-015-0344-4
- Moore, J. et McQuestion, M. (2012). The clinical nurse specialist in chronic diseases. *Clin Nurse Spec*, 26(3), 149-163. doi: 10.1097/NUR.0b013e3182503fa7
- Moroz, M. (2007). La prise en charge de la maladie chronique, Améliorer les soins prodigués aux patients souffrant de maladies chroniques : modèle de soins de longue durée. *Actualités de réadaptation cardiaque et de prévention de la maladie cardiovasculaire*, 15(1), 2-4.
- Mullinix, C. et Bucholtz, D. P. (2009). Role and quality of nurse practitioner practice: a policy issue. *Nurs Outlook*, 57(2), 93-98. doi: 10.1016/j.outlook.2008.07.006
- Mundinger, M. O., Kane, R. L., Lenz, E. R., Totten, A. M., Tsai, W. Y., Cleary, P. D., . . . Shelanski, M. L. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*, 283(1), 59-68.
- Nasaif, H. A. (2012). Knowledge and attitudes of primary care physicians toward the nurse practitioner role in the Kingdom of Bahrain. *J Am Acad Nurse Pract*, 24(3), 124-131. doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00710.x
- Naylor, M. D. et Kurtzman, E. T. (2010). The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Aff (Millwood)*, 29(5), 893-899. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0440
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., . . . Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ*, 29(5), 230-250.
- Nolte, E., Knai, C. et McKee, M. (2008). *Managing chronic conditions : experience in eight countries*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Orchard, M., Green, E., Sullivan, T., Greenberg, A. et Mai, V. (2008). Chronic disease prevention and management: Implications for health human resources in 2020. *Healthcare Quarterly*, 11(1), 38-43.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2010). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée - Addendum (rôles et responsabilités de l'IPS)*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une IPS en soins de première ligne ou une candidate IPS en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires, mise à jour 2014*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2014). *Lignes directrices: Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*. Montréal: CMQ, OIIQ
- Organisation mondiale de la santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé (2003). *Des soins novateurs pour les affections chroniques: éléments constitutifs : rapport mondial*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

- Organisation mondiale de la santé (2010). *Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Patel, K. K. (2013). Practical and policy implications of a changing health care workforce for chronic disease management. *J Ambul Care Manage*, 36(4), 302-304. doi: 10.1097/JAC.0b013e3182a48262
- Perloff, J., DesRoches, C. M. et Buerhaus, P. (2016). Comparing the Cost of Care Provided to Medicare Beneficiaries Assigned to Primary Care Nurse Practitioners and Physicians. *HSR: Health Services Research*, 51(4), 1407-1423.
- Perry, C., Thurston, M., Killey, M. et Miller, J. (2005). The nurse practitioner in primary care: alleviating problems of access? *Br J Nurs*, 14(5), 255-259. doi: 10.12968/bjon.2005.14.5.17659
- Pineault, R., Lévesque, J.-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P. et Haggerty, J. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé: Une étude sur la première ligne au Québec*. Montréal: Gouvernement du Québec, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine.
- Reay, T., Patterson, E. M., Halma, L. et Steed, W. B. (2006). Introducing a nurse practitioner: experiences in a rural Alberta family practice clinic. *Can J Rural Med*, 11(2), 101-107.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. et Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD002213. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3
- Reveley, S. (2001). Perceptions of the effects on professional role boundaries when introducing a nurse practitioner into general practice. *Primary Health Care Research and Development*, 2, 88-97.
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final*. Saskatoon: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Rosemann, T., Joest, K., Korner, T., Schaefer, R., Heiderhoff, M. et Szecsenyi, J. (2006). How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Fam Pract*, 7, 14. doi: 10.1186/1471-2296-7-14
- Russell, G. M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L. et Tuna, M. (2009). Managing chronic disease in ontario primary care: the impact of organizational factors. *Ann Fam Med*, 7(4), 309-318. doi: 10.1370/afm.982
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D. et Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*, 19 Suppl 1, 132-147. doi: 10.1080/13561820500082677
- Sangster-Gormley, E., Griffith, J., Schreiber, R., Borycki, E., Feddema, A. et Thompson, J. (2015). Interprofessional Collaboration: Co-workers' Perceptions of Adding Nurse Practitioners to Primary Care Teams. *Quality in Primary Care*, 23(3), 122-126.
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R. et Burge, F. (2013). A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: what happens when new roles are introduced? *BMC Nurs*, 12, 1. doi: 10.1186/1472-6955-12-1
- Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E. et Gardner, A. (2013). Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care - an integrative review. *BMC Fam Pract*, 14, 132. doi: 10.1186/1471-2296-14-132
- Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E. et Gardner, A. (2016). Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia - a multiple case study using mixed methods. *BMC Fam Pract*, 17, 99. doi: 10.1186/s12875-016-0503-2
- Schoen, C., Osborn, R., How, S. K., Doty, M. M. et Peugh, J. (2009). In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood)*, 28(1), w1-16. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.w1
- Sciamanna, C. N., Alvarez, K., Miller, J., Gary, T. et Bowen, M. (2006). Attitudes toward nurse practitioner-led chronic disease management to improve outpatient quality of care. *Am J Med Qual*, 21(6), 375-381. doi: 10.1177/1062860606293075
- Sheer, B. et Wong, F. K. (2008). The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh*, 40(3), 204-211. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x

- Shober, M. M., Gerrish, K. et McDonnell, A. (2016). Development of a conceptual policy framework for advanced practice nursing: an ethnographic study. *Journal of Advanced Nursing*, 0(0), 1-12.
- Sibbald, B., Laurant, M. G. et Reeves, D. (2006). Advanced nurse roles in UK primary care. *Med J Aust*, 185(1), 10-12.
- Singh, D. et Ham, C. (2006). *Improving care for people with long-term conditions: A review of UK and international frameworks*. Birmingham: Health Services Management Centre, NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Sinnott, C., Mc Hugh, S., Browne, J. et Bradley, C. (2013). GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 3(9), e003610. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003610
- Stanik-Hutt, J., Newhouse, R. P., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., . . . Weiner, J. P. (2013). The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9(8), 492-500.e413. doi: 10.1016/j.nurpra.2013.07.004
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. (2nd<sup>e</sup> éd.). New York: Oxford University Press.
- Sullivan-Bentz, M., Humbert, J., Cragg, B., Legault, F., Laflamme, C., Bailey, P. H. et Doucette, S. (2010). Supporting primary health care nurse practitioners' transition to practice. *Can Fam Physician*, 56(11), 1176-1182.
- Trottier, L.-H., Fournier, M.-A., Diene, C. B. et Contandriopoulos, A.-P. (2003). *Les soins de santé primaires au Québec*. Montréal: Université de Montréal.
- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M. et Keeler, E. B. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care*, 11(8), 478-488.
- van Dijk-de Vries, A., Moser, A., Mertens, V. C., van der Linden, J., van der Weijden, T. et van Eijk, J. T. (2012). The ideal of biopsychosocial chronic care: how to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders. *BMC Fam Pract*, 13, 14. doi: 10.1186/1471-2296-13-14
- Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C. et Leese, B. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*, 320, 1048-1053.
- Villeneuve, M. et Macdonald, J. (2006). Towards 2020: Visions for nursing. *Can Nurse*, 102(5), 22-23.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*, 1(1), 2-4.
- Wagner, E. H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*, 320, 569-572.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. et Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Aff (Millwood)*, 20(6), 64-78.
- Wilson, A., Pearson, D. et Hassey, A. (2002). Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care—the GP perspective. *Fam Pract*, 19(6), 641-646.
- Xyrichis, A. et Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*, 45(1), 140-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015

## **Annexe I : Schéma d'entrevue semi-structuré**

## Schéma d'entrevue

### Préambule

- Merci de nous accorder du temps aujourd'hui
- Recherche sur la pratique et les défis des IPSPL auprès des patients atteints de maladies chroniques
- Information sur le financement du projet.
- Nous faisons des entretiens exploratoires sur la pratique des IPSPL auprès des personnes atteintes de maladies chroniques
- Nous vous rencontrons aujourd'hui à titre d'informateur clé dans ce projet de recherche
- Je ne suis ni IPSPL ni infirmière donc j'ai beaucoup à apprendre de cet entretien
- Durée : 50 minutes maximum
- Information sur les modalités d'enregistrement
- Réponse aux questions
- Signature et collecte du formulaire de consentement

### Votre organisation

- Pour commencer, parlez-nous de votre mission au sein de votre organisation. (à adapter selon les contextes)
- Dans quel contexte avez-vous travaillé avec des IPSPL/sur le dossier des IPSPL? Pourriez-vous m'en dire un peu plus?
- Selon vous, quels sont les grands enjeux actuels entourant le rôle de l'IPSPL?

### Rôle des IPSPL auprès des personnes atteintes de maladies chroniques

- Si vous aviez à analyser ou à décrire le suivi qui est actuellement offert aux patients atteints de maladies chroniques en première ligne, que diriez-vous? Quels seraient vos constats?
- Que pensez-vous des services offerts en première ligne au Québec? Quelles en sont les forces? (*relancer plusieurs fois*) Les faiblesses? (*relancer plusieurs fois*) Que faudrait-il améliorer? (*relancer plusieurs fois*)
- Quelles initiatives ont été mises en place dans votre organisation pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques?
- Comment décririez-vous le rôle actuellement joué par les IPSPL auprès de cette clientèle?
- Quelles sont les forces de leur rôle? (*relancer plusieurs fois*) Les faiblesses? (*relancer plusieurs fois*) Comment bonifier leur contribution? (*relancer*)
- Pour vous, ce serait quoi le rôle idéal, parfait, que devraient jouer les IPSPL auprès de cette clientèle? Que faudrait-il faire de plus? de mieux? comment? (*relancer plusieurs fois*)

### **Maintenant plus précisément :**

- En ce qui concerne l'organisation globale du système de santé, quels sont d'après vous les éléments qui limitent la qualité de la prise en charge par les IPSPL des patients atteints de maladies chroniques? Qui l'améliorent?
  - Liste restrictive des prescriptions?
  - Système centré sur le médecin?

*(Relancer plusieurs fois)*

- En ce qui concerne l'organisation du travail des équipes dans les CLSC ou dans les cliniques, quels sont d'après vous les éléments qui limitent la qualité de la prise en charge offerte par les IPSPL (des patients atteints de maladies chroniques)? Qui l'améliorent?
  - Réorganisation du travail en équipe pour améliorer le suivi?
  - Suivi serré du dossier des patients par l'IPSPL?
  - Réorganisation des pratiques en lien avec les rendez-vous (rdv) : prises de rdv, délais pour les rdv, voies de communication avec l'IPSPL, facilité pour les consultations de suivi
  - Connaissance des données probantes sur les meilleures pratiques?
  - Collaboration interprofessionnelle?
  - Connaissance du rôle par les autres professionnels?
  - Absence d'évaluation de leurs pratiques?

*(Relancer plusieurs fois)*

- En ce qui concerne la pratique des IPSPL avec les patients, avez-vous entendu parler ou identifié des éléments qui d'après vous limitent la qualité de la prise en charge par les IPSPL des patients atteints de maladies chroniques? Qui la rendent performante?
  - Formation IPSPL intensive?
  - Intervention centrée sur les besoins des patients?
  - Intervention centrée sur le développement des compétences des patients?
  - Connaissance des meilleures pratiques? Accès à des formations?
  - Évaluation de leurs pratiques?

*(Relancer plusieurs fois)*

### **Conclusion**

- Si vous aviez à rédiger des recommandations pour améliorer le suivi des patients atteints de maladies chroniques au Québec, que diriez-vous?
- Si vous aviez à rédiger des recommandations pour améliorer le suivi offert par les IPSPL auprès des patients atteints de maladies chroniques, que diriez-vous?
- Remerciements

**Annexe II : Feuillelet d'information et formulaire de consentement**



## Feuillet d'information et formulaire de consentement

### *Pratiques et défis des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne auprès des patients atteints de maladies chroniques*

---

#### **Chercheure principale :**

Laurence Guillaumie, Ph.D., professeure, Faculté de sciences infirmières, Université Laval

#### **Co-chercheures**

Sophie Lauzier, Ph.D., professeure, Faculté de pharmacie, Université Laval

Louise Bujold, Ph.D., professeure, Faculté de sciences infirmières, Université Laval

#### **Financement**

Subvention « Savoir » du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH)

#### **Objectif et description de l'étude**

Cette étude vise à mieux comprendre les pratiques et les défis que rencontrent les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) auprès des patients atteints de maladies chroniques. Nous sollicitons votre participation pour l'une des étapes de cette étude qui sera réalisée auprès d'une trentaine d'experts de la pratique des IPSPL et des soins de première ligne.

Avant d'accepter de participer à cette étude et de signer ce feuillet d'information et formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la coordonnatrice de recherche dont les coordonnées sont présentées à la fin de ce document.



### **Si vous acceptez de participer à cette étude**

Vous participerez à une entrevue individuelle durant laquelle un membre de notre équipe de recherche vous invitera à partager votre expérience et vos opinions. Les discussions seront enregistrées sur un support audio pour permettre leur transcription. La rencontre aura lieu dans un endroit de votre choix, par téléphone ou par visioconférence. Elle durera environ une heure et demie.

### **Indemnité compensatoire**

Vous ne recevrez pas d'indemnité pour compenser les inconvénients qui pourraient être reliés à votre participation.

### **Avantages**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances sur la pratique des IPSPL du Québec auprès des personnes atteintes de maladies chroniques.

### **Inconvénients**

Les inconvénients reliés à votre participation concernent le temps que vous consacrerez à participer à cette étude.

### **Droits de la participante prenant part à la recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la responsable de cette étude de sa responsabilité civile et professionnelle.

### **Participation volontaire et possibilité de retrait**

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la coordonnatrice de recherche. En cas de retrait de l'étude, les données recueillies seront détruites.

### **Confidentialité**

Les renseignements recueillis, les enregistrements audio et leur transcription seront conservés sous clé. Les participants seront identifiés par un numéro d'identification et seul ce numéro d'identification apparaîtra sur les

transcriptions et les autres documents papier. Seuls les membres de l'équipe de recherche qui auront signé un engagement à la confidentialité auront accès à ces informations. Les rapports et les articles scientifiques portant sur ces analyses seront rédigés de telle sorte qu'il sera impossible d'identifier les participants. Les données et les enregistrements audio seront conservés pour une durée maximale de 15 ans et seront ensuite détruits.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

### **Identification des personnes-ressources**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale responsable du projet au numéro suivant : 418-656-2131 poste 3868.

Si vous avez des commentaires ou des questions à poser concernant vos droits en tant que participant à la recherche, vous pouvez vous adresser au bureau de l'éthique de la recherche du CHU de Québec au 418 525-4444 poste 52715.

Si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez vous adresser à la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHU de Québec au 418-654-2211.

### **Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le Comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec a approuvé ce projet de recherche (N° C13-10-1815) et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, et au protocole de recherche.



## Formulaire de consentement

### *Pratiques et défis des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne auprès des patients atteints de maladies chroniques*

---

1. On m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement en français, une langue que je comprends et parle couramment.
2. On m'a informé(e) des inconvénients et risques possibles associés à ma participation.
3. Je comprends que ma participation à cette étude est volontaire et que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.
4. Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
5. J'ai en ma possession une copie signée du feuillet d'information et formulaire de consentement.
6. J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant cette étude et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
7. J'ai lu le présent feuillet d'information et formulaire de consentement et je consens volontairement à participer à cette étude.
8. Je comprends que ma décision de participer à cette étude ne libère ni les investigateurs, ni le CHU de Québec, ni le commanditaire de leurs obligations professionnelles et légales envers moi.

---

Nom du participant en caractères d'imprimerie

---

Signature du participant

---

Date (année – mois –jour)

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

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne ayant obtenu le consentement en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui obtient le consentement

\_\_\_\_\_  
Date (année – mois –jour)

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

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur responsable ou de la personne déléguée en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur responsable ou de la personne déléguée

\_\_\_\_\_  
Date (année – mois –jour)

## **Annexe III : Lettre d'invitation**

Québec, le Jour-Mois-Année

Titre Prénom Nom

Adresse

Code postal Province Ville

Objet : Invitation à participer au projet de recherche « Pratiques et défis des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne auprès des patients atteint(s) de maladie(s) chronique(s) »

Titre,

Notre équipe de la Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval prépare une étude visant à mieux comprendre les pratiques et les défis rencontrés par les IPSPL auprès des personnes atteintes de maladies chroniques. Nous rencontrons dans le cadre de cette étude des représentants de différentes organisations concernées par les soins de première ligne et la pratique des IPSPL.

Votre opinion est très importante pour nous et c'est pourquoi nous aimerions prévoir avec vous une rencontre en personne ou par téléphone d'environ 60 minutes. J'apprécierais beaucoup si vous pouviez m'indiquer si vous acceptez de nous accorder une entrevue et si c'est le cas, les moments qui vous conviennent le mieux.

Vous trouverez en pièce jointe un résumé du projet et un formulaire de consentement à participer. Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons de bien vouloir signer le formulaire de consentement avant la rencontre et de nous le retourner par courriel, par la poste ou de nous le remettre le jour de la rencontre.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à cette demande et je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Cordialement,

Laurence Guillaumie, Ph.D.

Professeure, Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval  
Chercheure, Centre de recherche du CHU de Québec  
Courriel: [laurence.guillaumie@fsi.ulaval.ca](mailto:laurence.guillaumie@fsi.ulaval.ca)  
Téléphone: 418 656-2131 poste 3868