



Les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

Enjeux de collaboration interprofessionnelle,
d'intégration du rôle et de sens du travail

Rapport final

Centre de recherche
sur les soins et les services de
première ligne de l'Université Laval

Institut universitaire de
santé et de services sociaux
de première ligne



Nancy Côté
Andrew Freeman
Emmanuelle Jean
Hugo Pollender
Sébastien Binette

20 février 2018

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec

Nancy Côté, professeure adjointe, Université Laval

Andrew Freeman, professeur agrégé, Université Laval

Emmanuelle Jean, professeure, Université du Québec à Rimouski

Hugo Pollender, professionnel de recherche, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval

Sébastien Binette, étudiant, Université Laval

Avec la collaboration de **Jean-Louis Denis**, professeur titulaire au Département de gestion, évaluation et politique de santé, École de santé publique de l'Université de Montréal, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le design et l'adaptation des systèmes de santé et chercheur régulier au CR-CHUM.

Pour plus d'informations :

Bibliothèque

Centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

1, avenue du Sacré-Cœur, local 506 Est

Québec (Québec) G1N 2W1

Téléphone : 418 529-4777, poste 20615

Télécopieur : 418 691-0733

Ce document est aussi disponible sur les sites Web :

www.ripost.qc.ca

www.cersspl.qc.ca

Dépôt légal : 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN: 978-2-550-80319-5 (PDF)

© CIUSSS de la Capitale-Nationale 2018

Remerciements

Nous remercions tous les médecins, infirmières, agentes administratives et acteurs clés qui ont pris part à cette recherche en acceptant de participer aux entrevues individuelles et de groupe. Nous sommes reconnaissants de la disponibilité et de la générosité dont ils ont fait preuve en nous partageant leurs expériences.

Nous tenons à remercier chaleureusement les membres du comité stratégique et du comité de travail et à souligner leur participation active. Pour le comité stratégique, mentionnons la contribution des personnes suivantes : du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Sylvie Hains, conseillère, Nathalie Gauthier, conseillère cadre en soins infirmiers, à la Direction des soins infirmiers (DSI) et D^r Antoine Groulx, directeur de l'organisation des services de première ligne intégrés (DOSPLI); de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Martine Maillé, infirmière-conseil et conseillère à la qualité de la pratique ; du Collège des médecins du Québec (CMQ), D^r Jean-Bernard Trudeau, secrétaire adjoint; de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ) et du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, Christine Laliberté, présidente et IPSPL; du CIUSSS de la Capitale-Nationale, Sylvie Bonneau, directrice des soins infirmiers, et Patrick Duchesne, directeur adjoint des services professionnels.

Pour le comité de travail, soulignons la participation des personnes suivantes : du CIUSSS de la Capitale-Nationale, Sandra Racine, directrice adjointe des soins infirmiers, Mario Blais, de la Direction des services professionnels (DSP), Josée Couture, représentante des IPSPL pour la région de la Capitale-Nationale, D^{re} Pascale Cholette, du Département régional de médecine régionale (DRMG), et D^r Michel Brisson, médecin de famille-enseignant; du Centre de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent, Brigitte Fraser, directrice des soins infirmiers, D^r Jean-Christophe Carvalho, directeur des services professionnels, Valérie Lefrançois, représentante des IPSPL pour la région du Bas-Saint-Laurent et D^r Guildo Côté, directeur régional de médecine générale; du CISSS des Laurentides, Rosemonde Landry, directrice des soins infirmiers, de l'éthique clinique et de la gestion des risques, et Isabelle Yelle, directrice adjointe de la pratique professionnelle à la Direction des soins infirmiers, Marie-Claude Otis, représentante des IPSPL pour la région des Laurentides, et D^{re} Louise Gaudet, du DRMG; à titre de patiente partenaire, Sylvie Belisle.

Ces personnes ont contribué significativement à la réalisation de la recherche et à l'établissement de pistes d'action en mesure de favoriser l'implantation et le déploiement du rôle d'IPSPL.

Nous remercions la Fondation CSSS de la Vieille-Capitale et l'Agence de la Capitale-Nationale, aujourd'hui dissolues, le MSSS et l'OIIQ pour leur appui financier, lequel a rendu possible la réalisation de cette recherche.

Enfin, soulignons la contribution d'un étudiant au projet de recherche, soit Julien-Pierre Hogue.

Sommaire

Ce document présente la synthèse des résultats du projet *Les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*. L'objectif principal du projet était de mieux comprendre les facteurs qui freinent et habilitent les acteurs à l'échelle locale, régionale et provinciale pour une utilisation optimale du rôle des IPSPL.

Trois phases de collecte de données ont été menées : 1) des entretiens individuels exploratoires auprès des IPSPL et des médecins partenaires; 2) des entretiens individuels auprès de certains acteurs-clés au niveau local, régional et provincial; et, 3) des entretiens de groupes auprès de IPSPL, des médecins partenaires et des gestionnaires. Ce large éventail d'acteurs nous a permis de documenter une diversité d'expériences et de mieux comprendre les dynamiques existants entre les différents niveaux dans le recours aux IPSPL.

Cette recherche a été menée en coconstruction avec plusieurs acteurs du milieu. Deux comités ont été formés, soit un comité stratégique et un comité de travail. Ces comités avaient pour but de suivre le déroulement de la recherche et d'échanger avec l'équipe de recherche sur des aspects méthodologiques, la réalisation sur le terrain et les analyses. Au total, 12 rencontres ont été tenues, soit 6 avec le comité stratégique et six avec le comité de travail. Le travail avec ces comités a non seulement conduit à raffiner et à pousser plus loin nos compréhensions, mais il a également permis un processus continu d'échange et transfert de connaissances.

Le rapport comporte plusieurs sections. Le lecteur pourra d'abord consulter les faits saillants qui présentent, de manière succincte, les principaux résultats et pistes d'action issues de la recherche. La première partie des résultats rend compte de l'expérience des IPSPL et des médecins partenaires à travers leur travail de collaboration interprofessionnelle. Quant aux résultats des analyses des entrevues auprès des acteurs-clés, ils sont présentés dans la section sur les constats. Dans chacune de ces sections, le lecteur pourra retrouver des pistes d'action qui ont été identifiées par les participants. Un tableau détaillé des pistes d'action se trouve en annexe du rapport.

Dans ce document, les mots « patients » et « clients » sont utilisés au même titre.

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	4
TABLE DES MATIÈRES	5
TABLE DES TABLEAUX	6
TABLE DES FIGURES	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
FAITS SAILLANTS	8
INTRODUCTION	10
Mise en contexte de la recherche	10
RECHERCHE EN COCONSTRUCTION	11
APPROCHE CONCEPTUELLE	12
MÉTHODOLOGIE	13
Les trois phases de la recherche	13
Phase 1.....	13
Phase 2.....	15
Phase 3.....	16
Analyse des données	17
RÉSULTATS : L'EXPÉRIENCE DES IPSPL ET DES MÉDECINS	
PARTENAIRES	17
1. L'optimisation du travail d'équipe	18
1.1. Les motivations favorisant la collaboration	18
1.2. La connaissance du rôle de chacun	21
1.3. La reconnaissance du rôle	21
1. 4. Les espaces d'échanges et de rencontres.....	22
2. Intégration de l'IPSPL	26
3. Sens du travail	29
3.1. Vision de l'IPSPL.....	29
3.2. Vision du médecin partenaire.....	33
CONSTATS : CE QU'EN PENSENT LES ACTEURS CLÉS	36
CONCLUSION : LES PISTES D'ACTION	44
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXE 1 : OBJECTIFS ET PISTES D'ACTION	49

Table des tableaux

Tableau 1 : Thèmes des guides d'entretien.....	14
Tableau 2 : IPSPL rencontrées par région	14
Tableau 3 : Médecins partenaires rencontrés par région	14
Tableau 4 : Thèmes communs aux guides d'entretien pour les acteurs clés	15
Tableau 5 : Acteurs clés rencontrés à l'échelle nationale	15
Tableau 6 : Acteurs clés rencontrés à l'échelle locale	15
Tableau 7 : IPSPL, médecins partenaires et gestionnaires rencontrés en groupes de discussion.....	16
Tableau 8 : Profil de la collecte des données	16
Tableau 9 : Différence entre un milieu organisant des rencontres d'équipe et celui qui n'en organise pas.....	24
Tableau 10 : Organisation du travail pendant les phases d'intégration et de déploiement du rôle de l'IPSPL.....	27
Tableau 11 : Perception des acteurs clés quant au rôle de différents acteurs concernés par l'implantation du rôle de l'IPSPL.....	39

Table des figures

Figure 1 : Motivations influençant le travail de collaboration entre IPSPL et médecins partenaires.....	19
Figure 2 : Citations qui expriment les avantages de délimiter un espace d'échanges planifié et structuré pour la collaboration	23
Figure 3 : Citations qui expriment les difficultés vécues lorsqu'il n'y a pas d'espace d'échanges planifié et structuré	23
Figure 4 : Les clés de l'optimisation du travail d'équipe.....	25
Figure 5 : Facteurs qui favorisent l'intégration des IPSPL.....	28
Figure 6 : Réalité de travail d'une IPSPL	32
Figure 7 : Sens du travail chez les médecins partenaires.....	36

Liste des abréviations

AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DMÉ	Dossier médical électronique
DRH	Direction des ressources humaines
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
EI	Entretien individuel
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GD	Groupe de discussion
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

Faits saillants

Les données issues des entrevues auprès des IPSPL et des médecins partenaires ont été regroupées en trois thèmes principaux et mènent aux conclusions suivantes :

L'optimisation du travail d'équipe

- ✚ L'optimisation du rôle de l'IPSPL passe nécessairement par une optimisation du travail d'équipe.
- ✚ Les motivations invoquées pour implanter le rôle influencent fortement la collaboration qu'il est possible de mettre en place ainsi que l'étendue du rôle. Lorsque les motivations reposent surtout sur des considérations liées à l'augmentation de la capacité de prise en charge de la clientèle, un meilleur déploiement de l'étendue du rôle de l'IPSPL est favorisé tandis qu'une vision plutôt axée sur des aspects entrepreneuriaux de la médecine mène à un repli du rôle et à une certaine instrumentalisation.
- ✚ La méconnaissance du rôle de l'IPSPL et les difficultés liées à la reconnaissance du rôle constituent toujours des freins majeurs à la mise en œuvre et, conséquemment, à l'optimisation du travail d'équipe.
 - ❖ Beaucoup de travail reste à faire pour que le rôle de l'IPSPL soit connu auprès de l'ensemble des acteurs avec qui elle collabore.
 - ❖ Des difficultés liées à la reconnaissance du rôle de l'IPSPL, notamment en lien avec le fait d'accepter ou non les références, sont des écueils à la collaboration entre IPSPL et autres professionnels de la santé et témoignent de certaines résistances à l'égard d'une telle collaboration.
- ✚ La qualité des stratégies de communication mises en place affecte directement la satisfaction liée à la collaboration interprofessionnelle. Lorsque des rencontres statutaires sont prévues entre le médecin partenaire et l'IPSPL, la collaboration et la gestion du temps des professionnels sont facilitées. À l'inverse, lorsqu'il n'y a pas de temps prévu à l'horaire pour la collaboration, les IPSPL mentionnent qu'elles sont hésitantes à solliciter le médecin par crainte de le déranger. Certains médecins déplorent pour leur part que leur journée de travail soit perturbée par les demandes ponctuelles.

L'intégration de l'IPSPL

- ✚ La phase de l'intégration constitue une étape cruciale pour l'optimisation du rôle d'IPSPL.
 - ❖ S'échelonnant sur environ 18 mois, cette période permet d'asseoir les bases d'une bonne collaboration interprofessionnelle. La manière dont sera effectuée l'intégration peut avoir des conséquences à court et à long terme. Cette phase est exigeante pour les IPSPL ainsi que pour les médecins partenaires. La

deuxième phase, que l'on pourrait appeler la « phase de déploiement du rôle », se déroule sur plusieurs années.

Le sens du travail

- ✚ La mise en œuvre du rôle d'IPSPL influence le sens du travail tant de ces dernières que des médecins partenaires.
 - ❖ Il existe un écart entre les attentes des IPSPL à l'égard de leur profession et la réalité concrète de travail. Cet écart est à la base d'insatisfactions, voire, dans certains cas, d'une souffrance professionnelle. Les difficultés soulevées sont de trois ordres, soit 1) une profession à cheval entre deux cultures professionnelles, soit celle du nursing ainsi que celle du biomédical; 2) les restrictions à l'autonomie professionnelle et à la possibilité de faire appel à la pleine étendue de leur champ de pratique; et 3) la charge de travail importante ainsi que les conditions de travail qui ne sont pas adaptées, ou qui le sont peu, à leur réalité professionnelle.
 - ❖ L'implantation du nouveau rôle d'IPSPL ainsi que son intégration à l'intérieur des équipes de première ligne introduisent des changements dans les façons de faire habituelles des médecins partenaires. Cette nouvelle dynamique de travail affecte à divers degrés le sens de leur travail. Les médecins font état de trois ordres de changements qui se rapportent 1) au type de suivi; 2) au champ de pratique; et 3) à la composition de la clientèle.

Introduction

Mise en contexte de la recherche

Créée au Québec en 2007, la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) a été envisagée dans une optique d'amélioration de l'accessibilité des soins et services de première ligne (MSSS, 2011). Déjà en 2000, la Commission Clair constatait des problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité et de coordination (Clair et al., 2000). Cette commission recommandait, entre autres, pour améliorer la flexibilité dans l'organisation des soins: « La formation et l'intégration graduelle d'infirmières praticiennes, au moyen de projets d'implantation ». Au Québec, ce n'est qu'à partir de novembre 2005 que les IPS ont été formellement introduites en soins aigus (néphrologie, cardiologie, néonatalogie), à la suite de la mise en œuvre en janvier 2003 de la Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Gouvernement du Québec, 2002). En 2006, une législation a été mise en place afin de permettre l'implantation du rôle en première ligne et l'emploi des premières IPSPL a débuté au Québec en 2007 (Durand, 2013). Dans une démarche d'envergure provinciale, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait, en juillet 2010, la création de 500 postes d'IPSPL répartis dans l'ensemble du réseau en plus d'un soutien financier (MSSS, 2012) pour en favoriser l'implantation. Quelques années plus tard, en 2014, le gouvernement du Québec annonçait que le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pourrait compter, d'ici 2024-2025, sur l'apport de 2000 infirmières praticiennes spécialisées supplémentaires (MSSS, 2017).

L'arrivée de ces nouvelles professionnelles a entraîné l'ajout net de ressources pour intervenir directement auprès de la clientèle. Néanmoins, le déploiement des IPSPL dans le réseau s'est heurté à certains obstacles qui tendent à freiner l'atteinte des objectifs de départ. Notamment, tel qu'il a été précédemment observé dans différentes provinces du Canada, la confusion entourant leur rôle engendre des difficultés de collaboration voir même des résistances de la part d'autres professionnels de la première ligne appelés à collaborer avec elles (Brault et al., 2014; Donald et al., 2010). De plus, les pratiques de rémunération posent des enjeux pour la collaboration (Denis et al., 2017) et ce, malgré les forfaits financiers offerts à ceux-ci pour la collaboration et l'encadrement de l'IPSPL. Au Québec, on a rapidement remarqué que, depuis le déploiement des IPSPL, leur intégration dans les équipes a été effectuée de manière variable selon les équipes et les régions. Certaines étaient attendues, d'autres recevaient un accueil plus mitigé (Smith, 2012) (Contandriopoulos et al., 2015; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009). Et même si l'expression des difficultés est vécue à l'échelle locale à travers la collaboration

entre les IPSPL et les différents professionnels de la santé¹ et les gestionnaires², elles font également écho à des défis auxquels sont confrontés des acteurs à l'échelle régionale³ et provinciale⁴ qui participent à la définition et à l'implantation de ce nouveau rôle.

En somme, malgré les nombreuses connaissances existantes sur les conditions favorables à l'intégration des IPSPL ainsi que les moyens financiers et structurels déployés (Chouinard et al., 2016; Contandopoulos et al., 2015; Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2015; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2014; Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011), celles-ci doivent composer avec une diversité d'enjeux qui relèvent de facteurs à la fois organisationnels, collectifs et individuels.

Ce document présente la synthèse des résultats du projet *Les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*. L'objectif principal du projet était de mieux comprendre les facteurs qui freinent ou habilitent les acteurs à l'échelle tant locale que régionale et provinciale pour une utilisation optimale du rôle des IPSPL. Cet objectif a été subdivisé en deux objectifs spécifiques. Le premier portait sur la compréhension quant à la façon dont les différents acteurs à l'échelle locale, régionale et provinciale influencent le développement de la pratique des IPSPL. Le second objectif visait l'établissement de pistes d'action pour une utilisation optimale du rôle des IPSPL.

Recherche en coconstruction

Deux comités ont été formés, soit un comité stratégique et un comité de travail. Ceux-ci avaient pour but de suivre le déroulement de la recherche et d'échanger avec l'équipe de recherche sur des aspects méthodologiques, la réalisation sur le terrain et les analyses. Au total, 12 rencontres ont été tenues, soit 6 avec le comité stratégique et six avec le comité de travail.

Le **comité stratégique** était composé des acteurs provinciaux suivants : deux représentants du MSSS de la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrée et la Direction nationale des soins et services infirmiers; une conseillère à la qualité de la pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ); le secrétaire adjoint du Collège des médecins du Québec (CMQ), et la présidente de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). Deux acteurs régionaux du Centre intégré

¹ Médecins partenaires, infirmières cliniciennes, pharmaciens communautaires, etc.

² Directions des soins infirmiers (DSI) et directions des services professionnels (DSP), chefs de département ou médecins chefs de groupes de médecine familiale (GMF), etc.

³ Comités régionaux, organisations syndicales, telle la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), certains départements régionaux de médecine générale (DRMG), etc.

⁴ Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Collège des médecins du Québec, le MSSS.

universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale collaborant de près au démarrage du projet ont complété ce comité, soit le directeur adjoint des services professionnels et la directrice des soins infirmiers.

Le **comité de travail** était, quant à lui, composé de 13 acteurs issus des 3 régions à l'étude. Pour chaque établissement (CISSS et CIUSSS), il y a eu un représentant de la Direction des soins infirmiers (DSI) et un représentant du Département régional de médecine générale (DRMG). Pour la Direction des services professionnels (DSP), seules deux régions ont mandaté un représentant afin qu'il siège au comité. S'ajoutent une représentante des IPSPL par région, un médecin partenaire évoluant en GMF-U et une patiente partenaire ayant une IPSPL pour professionnelle traitante.

Approche conceptuelle

Pour atteindre l'objectif et répondre aux questions, nous avons adopté une approche basée sur la **théorie de la structuration** (Giddens, 1987). Quatre dimensions sont prises en considération dans cette théorie, soit :

- a) Le **structurel**, c'est-à-dire les règles et les ressources qui définissent les organisations ou les systèmes sociaux;
- b) Les **actions** accomplies par les acteurs à l'intérieur de ces organisations;
- c) L'**intentionnalité** de ces mêmes acteurs, soit le rationnel ou la motivation à la source de leurs actions;
- d) Le **contexte** spatiotemporel.

Selon cette théorie, le « structurel » présente une dualité : il peut être à la fois contraignant (il pose des limites aux actions des acteurs) et habilitant (il leur donne les « compétences » pour poser des actions) (Giddens, 1987; Kechidi, 2005). En d'autres mots, les acteurs sont toujours contraints par les règles et les ressources dont ils disposent. En même temps, ils jouent un rôle actif en se réappropriant ces règles et ces ressources et en les utilisant dans le but d'effectuer des actions qui contribueront, à leur tour, à transformer (ou à reproduire) ce « structurel ». Par ailleurs, la théorie de la structuration s'intéresse non seulement aux actions des personnes concernées, mais également à leur « intentionnalité », qui fait référence à leur motivation, à leur rationalité et leur réflexivité. Tenir compte de cette dimension permet de distinguer les intentions des acteurs des conséquences de leurs actions, qu'elles soient intentionnelles ou non (Carrière, 2007). En somme, une approche multidimensionnelle a été adoptée dans l'analyse de ce qui freine et habilite les acteurs dans l'optimisation de la pratique des IPSPL. En effet, les dimensions légale, professionnelle, administrative et individuelle ont été considérées.

Méthodologie

Afin que les éléments contextuels ayant un impact sur l'implantation du rôle de l'IPSPL soient mis en évidence, une étude de cas multiple a été réalisée (Baxter et Jack, 2008). Les trois « cas » ont été constitués sur la base de 3 régions. Chaque région constitue un cas en raison de ses caractéristiques (population, situation géographique, services, structures) et des conditions d'implantation des IPSPL qui les distinguent.

Trois phases de collecte de données ont été menées : 1) des entretiens individuels exploratoires auprès des IPSPL et des médecins partenaires; 2) des entretiens individuels auprès de certains acteurs clés à l'échelle tant locale que régionale et provinciale; et, 3) des entretiens de groupes auprès d'IPSPL, de médecins partenaires et de gestionnaires. Ce large éventail d'acteurs nous a permis de documenter une diversité d'expériences et de mieux comprendre les dynamiques existants entre les paliers local, régional et provincial dans le recours aux IPSPL.

Les IPSPL rencontrées devaient avoir pratiqué pendant au moins 6 mois afin de cumuler une expérience suffisante dans leur nouveau rôle, tandis que les médecins partenaires devaient avoir été dans une relation de collaboration interprofessionnelle avec des IPSPL depuis au moins 6 mois. Nous avons construit notre échantillon de manière à tenter de couvrir la grande diversité de pratiques dans lesquelles ils évoluent : GMF, GMF-U, GMF-R, GMF mixte et CLSC. Les gestionnaires rencontrés devaient avoir été en fonction lors de l'implantation des IPSPL ou, actuellement, dans un rôle d'encadrement auprès d'IPSPL. Les acteurs clés ont été sélectionnés sur la base du rôle prépondérant qu'ils ont joué ou qu'ils jouent encore dans l'orientation, la définition ou l'implantation de ce nouveau rôle infirmier.

Les trois phases de la recherche

Phase 1

Cette première phase, de nature exploratoire, a consisté en la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés auprès d'IPSPL et de médecins partenaires. Elle avait pour but de mieux comprendre la réalité subjective de chacun en ce qui a trait au travail de collaboration interprofessionnelle. Les guides d'entretien ont été élaborés de façon à ce que, d'une part, les points de vue des IPSPL et des médecins partenaires sur des thèmes communs soient comparés, et, d'autre part, pour que des dimensions spécifiques à chacun soient documentées (Tableau 1). Trois entretiens prétests ont été menés auprès d'une IPSPL, d'un médecin partenaire en GMF et d'un médecin participant à la formation des IPSPL en GMF-U, ce qui a permis d'ajuster les guides d'entretien. La durée moyenne des entretiens auprès des IPSPL a été de 1 h 40. Ils ont duré en moyenne 1 h 15 pour les médecins partenaires. Les tableaux 2 et 3 présentent le profil des participants IPSPL et médecins partenaires ayant participé à cette première phase de collecte de données.

Tableau 1 : Thèmes des guides d'entretien

IPSPL	Médecins partenaires
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choix de devenir IPSPL ▪ Formation et stage ▪ Expérience de travail en tant qu'IPSPL <ul style="list-style-type: none"> - Description du ou des lieux et des équipes de travail - Définition du rôle - Difficultés et éléments satisfaisants - Expérience de collaboration interprofessionnelle - Évolution dans le temps ▪ Réalisation du rôle de l'IPSPL <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie professionnelle - Perception mutuelle des rôles - Mobilisation des ressources - Évolution dans le temps ▪ Perception de l'impact sur l'organisation des services ▪ Pistes d'action pour optimiser le rôle des IPSPL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Description du milieu de travail et des particularités du territoire desservi ▪ Processus d'intégration des IPSPL <ul style="list-style-type: none"> - Motivation à accueillir des IPSPL - Processus d'embauche et modalités d'intégration - Impact sur leur pratique ▪ Expérience de collaboration interprofessionnelle <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés et éléments satisfaisants - Gains et pertes associés à cette collaboration (ex. : sens du travail) - Outils et procédures pour faciliter la collaboration - Évolution dans le temps ▪ Perception du rôle de l'IPSPL ▪ Perception de l'impact sur l'organisation des services ▪ Pistes d'action pour optimiser le rôle des IPSPL

Tableau 2 : IPSPL rencontrées par région

Régions	Nombre d'IPSPL rencontrées	Milieus où elles pratiquent	Nombre de mois/années d'expérience	Nombre de médecins partenaires
Cas 1	8	GMF (5) CLSC (2) GMF-U (1)	De 9 mois à 7 ans	De 2 à 6
Cas 2	3	GMF (3)	De 13 mois à six ans	De 3 à 6
Cas 3	5	GMF (4) CLSC (1)	De 15 mois à 2 ans	De 5 à 12
TOTAL	16			

Tableau 3 : Médecins partenaires rencontrés par région

Régions	Nombre de médecins partenaires rencontrés	Milieus où ils pratiquent	Nombre d'IPSPL avec qui ils collaborent	Nombre de mois/années d'expérience de collaboration avec une IPSPL
Cas 1	3	GMF-U (2) GMF-CRQ (1)	1	De 2 à 6 ans
Cas 2	2	GMF (1) GMF et CLSC (1)	1	De 5 à 6 ans
Cas 3	3	GMF (3)	De 1 à 6	De 18 mois à 6 ans
TOTAL	8			

Phase 2

Lors de la deuxième phase, nous avons mené des entrevues individuelles auprès d'une diversité d'acteurs clés (Tableau 4) afin de mieux comprendre les enjeux de l'implantation et du déploiement de ce nouveau rôle à une échelle plus macrosociale. Un canevas standard a d'abord été élaboré. Celui-ci a ensuite été bonifié pour chacun des acteurs clés. Nous nous sommes également appuyés sur les résultats issus des entretiens réalisés lors de la première phase pour bonifier les guides d'entretien. Les tableaux 5 et 6 représentent le profil des acteurs clés rencontrés aux paliers provincial et local.

Tableau 4 : Thèmes communs aux guides d'entretien pour les acteurs clés

Thèmes communs	
▪	Rôle joué dans l'implantation des IPSPL
▪	Processus d'implantation des IPSPL
-	Définition des règles d'implantation
-	Appréciation de l'implantation
-	Mécanismes d'accompagnement
-	Évolution dans le temps
-	Déploiement futur
▪	Perception du rôle des IPSPL
-	Rôle pleinement exercé
-	Déroulement de la collaboration interprofessionnelle
▪	Perception de l'impact sur l'organisation des services
▪	Pistes d'action pour optimiser le rôle des IPSPL

Tableau 5 : Acteurs clés rencontrés à l'échelle nationale

Organisations	Nombre d'entretiens menés
MSSS	2
OIIQ	1
CMQ	1
FMOQ	1
Office des professions	Questions et réponses acheminées par courriel
RAMQ	Questions et réponses acheminées par courriel
TOTAL	7

Tableau 6 : Acteurs clés rencontrés à l'échelle locale

Direction	Régions		
	Cas 1	Cas 2	Cas 3
DSI	1	1	1
DSP	1	1	1
DRMG	1	1	1
Haute direction – CISSS/CIUSSS	1		
Médecin non partenaire – GMF	1		
Cliniciennes – GMF	1		
Agente administrative – GMF	1		
TOTAL	13		

Phase 3

Lors de la troisième phase de collecte de données, sept groupes de discussion⁵ ont été organisés auprès d'IPSPL, de médecins partenaires et de gestionnaires intermédiaires. Ces groupes ont été réalisés après qu'une analyse préliminaire des entrevues individuelles auprès des IPSPL et des médecins partenaires eut été effectuée. L'objectif des groupes de discussion était, d'une part, de valider l'analyse des résultats préliminaires des entrevues individuelles, et, d'autre part, de questionner plus en profondeur les participants sur des dimensions qui avaient émergé des entrevues individuelles. La dynamique de groupe avait également l'avantage de permettre une certaine confrontation d'idées entre les participants, ce qui a permis de faire ressortir d'autres dimensions pertinentes à considérer dans l'analyse. La durée moyenne des entrevues de groupe auprès des IPSPL a été de 2 h 10. Elles ont duré 1 h 30 auprès des médecins partenaires et 1 h 05 auprès des gestionnaires. Le tableau 7 présente le profil des participants aux groupes de discussion et le tableau 8 présente le profil de la collecte de données.

Tableau 7 : IPSPL, médecins partenaires et gestionnaires rencontrés en groupes de discussion

Régions	Groupes de discussion					
	IPSPL		Médecins partenaires		Gestionnaires	
	GD	n	GD	n	GD	n
Cas 1	1 GD	8	2 EI	2	1 GD	3
Cas 2	1 GD	6	1 GD	2	1 GD	25
Cas 3	1 GD	11	1 GD	6	s. o. ⁶	
TOTAL	3 GD	25	2 EI et 2GD	10	2 GD	7
n = Nombre de participants		EI = Entretien individuel			GD = Groupe de discussion	

Tableau 8 : Profil de la collecte des données

	Entretiens individuels	Groupes de discussion	TOTAL
IPSPL	16	25	41
Médecins	8	10	18
Cadres	s. o.	5	5
Acteurs clés	20	s. o.	20
			84

⁵ Devant l'impossibilité de réunir au même moment les médecins partenaires du cas 1, nous avons dû les rencontrer lors d'entretiens individuels.

⁶ Une réorganisation majeure de l'encadrement des IPSPL étant en cours dans le cas 3, il n'était pas pertinent de mener un entretien de groupe auprès des gestionnaires.

Analyse des données

Les 24 entretiens individuels menés auprès des IPSPL et des médecins partenaires durant la première phase ont été anonymisés et transcrits en verbatim. Pour chacun de ces entretiens, un résumé compréhensif a été produit. Chacun de ces résumés a été structuré à partir des guides d'entretien et de thèmes émergents. Pour l'ensemble de ces résumés, une matrice a été élaborée afin que l'ensemble des informations pertinentes soient dégagées de manière standardisée et synthétique (Mayer et Deslauriers, 2000). L'information contenue dans cette matrice a constitué un premier travail d'analyse. Comme mentionné précédemment, cette première phase a contribué à la bonification des guides d'entrevue pour les acteurs clés et pour les groupes de discussion.

En ce qui concerne les entretiens avec les acteurs clés, des résumés compréhensifs anonymisés ont été produits à partir des enregistrements audios. Une matrice a été élaborée afin que l'ensemble des informations pertinentes soient dégagées de manière standardisée. Ce second travail d'analyse nous a donné l'occasion d'enrichir notre compréhension des propos des participants à la phase 1 et de déterminer ce qui freine ou habilite de façon structurelle l'utilisation optimale du rôle des IPSPL en considérant cette fois les paliers local, régional et provincial. De plus, cette étape a aussi permis de bonifier les guides d'entretien pour les groupes de discussion.

Les propos recueillis lors des cinq groupes de discussion menés avec les IPSPL et avec les médecins partenaires ont été anonymisés, transcrits verbatim et codés avec le logiciel NVivo. Les données ont été organisées en matrice pour que la compréhension de l'expérience subjective des acteurs soit facilitée et pour que des pistes d'action soient dégagées. Toute information venant bonifier les analyses réalisées en phases 1 et 2 a été colligée.

Résultats : L'expérience des IPSPL et des médecins partenaires

Les résultats sont articulés autour des trois thèmes issus de l'analyse intégrée des différentes phases de la recherche, soit : 1) l'optimisation du travail d'équipe; 2) l'intégration et le déploiement du rôle; et 3) le sens du travail. Bien qu'ils soient présentés séparément, les trois thèmes sont fortement interreliés. La manière dont est structuré le travail d'équipe dans un milieu influence de façon importante l'intégration du rôle de l'IPSPL. De plus, les conditions dans lesquelles évoluent les IPSPL et les médecins partenaires ont un effet important sur le sens du travail. En dernière partie, les résultats de l'analyse des entretiens individuels menés auprès des acteurs clés seront présentés sous forme de constats et d'enjeux concernant l'optimisation du rôle de l'IPSPL. En conclusion, des pistes d'action seront présentées.

1. L'optimisation du travail d'équipe

Les résultats montrent que l'optimisation du rôle de l'IPSPL passe par une optimisation du travail d'équipe. Par travail d'équipe, nous entendons les négociations et les échanges entre les professionnels (incluant le personnel administratif) nécessaires à l'organisation des services, de même qu'au travail de collaboration interprofessionnelle impliqué dans la dispensation des soins. La nature et la qualité des interactions entre les IPSPL et les différents collaborateurs impliqués dans la trajectoire de soins sont des facteurs importants qui influencent l'implantation et le déploiement du rôle des IPSPL. Bien que la collaboration dépende inévitablement des individus concernés, elle s'insère dans un contexte favorable ou non à son optimisation. Ainsi, les différentes formes que prend la collaboration reposent sur des conditions structurelles présentes dans les milieux. Elles sont par conséquent qualifiées de « milieux dépendants » puisqu'elles varient d'un milieu à un autre.

Quatre dimensions influencent l'optimisation du travail d'équipe, soit 1) les motivations à l'égard de la collaboration; 2) la connaissance du rôle de l'IPSPL; 3) la reconnaissance du rôle de l'IPSPL; et 4) les espaces d'échanges et de rencontres.

1.1. Les motivations favorisant la collaboration

La nature des motivations des médecins partenaires à l'égard de la perspective de collaborer avec une IPSPL de même que leurs attentes au sujet de cette collaboration sont des facteurs qui influencent de manière importante la qualité des interactions entre ces professionnels. Lorsque les motivations invoquées par les médecins pour intégrer ce nouveau rôle infirmier reposent sur des considérations liées à l'augmentation de la capacité de prise en charge de la clientèle, l'accessibilité accrue à la première ligne, l'amélioration de l'offre de services et la valorisation d'une approche globale des soins, nous observons un meilleur recours au rôle de l'IPSPL.

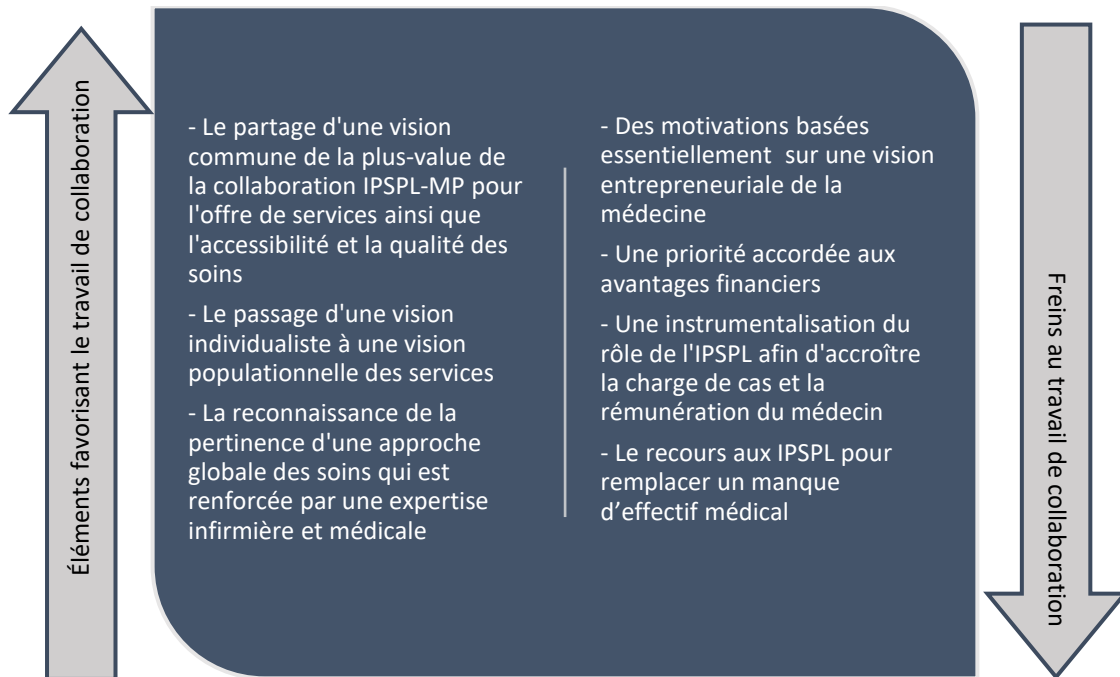
[...] pour moi, l'infirmière auxiliaire a sa niche, l'infirmière clinicienne a sa niche, l'IPS a sa niche, le médecin sa niche. On a tous quelque chose de spécial à faire [...] si vous me demandez « Est-ce que votre vision de la médecine a changé? ». Oui! Moi, avant ça, j'étais un médecin pour mon patient. Maintenant, je suis un médecin avec une vision populationnelle [...].

De plus, lorsque l'évaluation de la contribution de l'IPSPL s'inscrit dans cette vision plus large de l'organisation des soins et des services, les médecins et les IPSPL sont plus enclins à adopter une démarche constructive consensuelle lorsque des difficultés surviennent.

Vous savez, nous autres, on a comme réalisé qu'une clinique, c'est une équipe, puis y faut avoir une vision, y faut que la clinique au complet ait une vision. Puis ça, ça parle beaucoup à tout le monde, à tous les employés. Puis avec ça, on réussit à faire des miracles... [...] mais à avoir l'acceptation de certaines affaires qui peuvent peut-être déplaire à certaines personnes, puis faites avec le sourire, parce que dans le fond, bien, moi je suis dans un GMF que y a une vision comme ça, puis tout le monde le fait, fait que moi aussi, je peux mettre ma main à la pâte.

En outre, le partage d'une même vision facilite non seulement le travail de collaboration interprofessionnelle, mais rend aussi plus acceptables certains compromis inhérents à tout processus de changement (Figure 1).

Figure 1 : Motivations influençant le travail de collaboration entre IPSPL et médecins partenaires



D'autres types de motivations constituent toutefois des freins importants à la qualité de la collaboration entre IPSPL et médecins partenaires, soit la substitution et la rémunération. Le recours aux IPSPL motivé par la substitution pour contrer un manque d'effectifs médicaux peut engendrer différentes difficultés. Le rôle de l'IPSPL étant différent de celui d'un médecin, cela peut, si elles sont utilisées comme des médecins, exercer des pressions sur celles-ci pour qu'elles pratiquent dans une logique de débit, occultant la spécificité du rôle infirmier. Les IPSPL peuvent également voir leur place dans la clinique compromise et leur charge de cas révisée lorsque leur milieu réussit à recruter de nouveaux médecins. Également, lorsque la collaboration est motivée par une logique entrepreneuriale de la médecine et que l'IPSPL est considérée essentiellement comme un moyen pour accroître la charge de cas et la rémunération des médecins, la nature de la collaboration est fortement influencée par des intérêts financiers.

En tout cas, nous autres... moi, si je prends une IPS, faut qu'elle m'apporte quelque chose, là, qu'elle m'apporte un nombre de patients.

Les possibilités de relations sont alors plus limitées, car le temps consacré à l'IPSPL est notamment considéré comme une perte de temps rémunéré. Cela constitue également un contexte propice à l'émergence de tensions entre professionnels et d'insatisfactions importantes chez les IPSPL, qui déplorent une telle instrumentalisation de leur rôle. Ce qui pose problème ce n'est pas tant que les médecins retirent certains avantages financiers de cette collaboration, mais bien que ces avantages soient les principaux incitatifs à la collaboration.

Je pense que ma grande frustration, moi, [...] c'est vraiment le côté de rémunération des médecins qui, carrément, est liée à notre pratique [...]. Quand t'as une question à poser, ils vont facturer toute la consultation. Tu sais, le fameux forfait discussion. Tout ça, c'est des très grands irritants, parce que t'essaies d'avoir une relation professionnelle avec ton médecin partenaire, puis à un moment donné, on vient rentrer dans la fameuse discussion de facturation.

À la base, quand un médecin se manifeste pour travailler avec une IPS, ou il est sollicité, c'est de jaser avec ce médecin-là à savoir qu'est-ce qui motive son vouloir de travailler avec une infirmière praticienne. Parce qu'on l'a vu, dans le passé, des fois, les motivations étaient pas toujours les meilleures, puis on sait que des fois, on est... bien, je vais le dire pour moi, là, mais surtout quand on est en privé, on est comme un petit peu une bonne ressource financière, quand une infirmière praticienne embarque dans une équipe. Est-ce que c'est la seule raison pour quoi qu'ils veulent une IPS avec eux autres? Parce qu'à long terme, ça peut jouer beaucoup sur le travail d'équipe puis l'appartenance que l'IPS va avoir dans cette équipe-là.

Ainsi, dans les situations où la collaboration s'inscrit dans un intérêt collectif et une vision axée sur une meilleure accessibilité à des soins et services, IPSPL et médecins partenaires travaillent ensemble dans l'atteinte d'un objectif commun d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins. Lorsque la collaboration s'inscrit dans une logique substitutive

ou entrepreneuriale, les IPSPL soulignent qu'elles ont le sentiment de travailler dans l'intérêt du médecin partenaire plutôt que dans celui de la population, ce qui suscite un profond questionnement sur le sens de leur travail, comme nous le verrons plus loin.

1.2. La connaissance du rôle de chacun

La méconnaissance du rôle de l'IPSPL constitue un frein majeur à l'optimisation de sa pratique et, conséquemment, à celle du travail d'équipe. Les IPSPL ont des interactions fréquentes avec divers professionnels de leur équipe et avec le personnel administratif. Elles collaborent également avec des professionnels externes à l'équipe tels que le personnel de laboratoire, les pharmaciens, les médecins spécialistes, etc. La capacité de l'IPSPL à bien jouer son rôle repose sur l'efficacité de ces collaborations. Or, beaucoup de travail reste à faire pour que le rôle de l'IPSPL soit connu auprès de l'ensemble des acteurs avec qui elle collabore.

Honnêtement, là, les médecins, je vous le dis, là, ça a pas été bien présenté au début, puis il y aurait encore bien du travail à faire pour déterminer vraiment où est-ce qu'est la limite de l'un et la limite de l'autre. (Médecin partenaire)

La façon dont ça été présenté : « Vous n'aurez rien à faire », « Elle va vous aider », « Vous avez des forfaits », « Vous aurez plus de patients », « Tu vas avoir tes 500 patients plus vite », « C'est une professionnelle autonome, t'as rien à faire, elle va faire ses choses... » (Médecin partenaire)

Quand je suis arrivée, moi, [...] « Qu'est-ce que je mange en hiver? ». Je me le demandais moi-même. J'ai fait un PowerPoint, j'ai rencontré l'équipe, je suis allée rencontrer les pharmaciens, mais, tu sais, je voyais pas des patients pendant ce temps-là. (IPSPL)

Des difficultés de différents ordres sont relevées par les IPSPL. Elles mentionnent être confrontées à des professionnels qui refusent parfois les prescriptions ou les tests médicaux qui ne sont pas signés par un médecin. Également, aux yeux des IPSPL, le personnel administratif joue un rôle important dans l'attribution des dossiers dans le milieu de travail, ce qui en fait un acteur important pour l'utilisation optimale du rôle de l'IPSPL. Or, le personnel administratif est souvent un acteur négligé dans les rencontres d'information concernant le rôle de l'IPSPL. Avec les médecins partenaires, des difficultés ont aussi été relevées par rapport au chevauchement de pratiques, ces fameuses « zones grises » qui sont amplifiées lorsque le rôle de l'IPSPL est méconnu.

1.3. La reconnaissance du rôle

Si le manque de connaissance du rôle de l'IPSPL constitue un problème majeur, nos données démontrent qu'il y a également des difficultés liées à sa reconnaissance. Certaines résistances sont à l'origine des écueils observés en ce qui a trait à la collaboration entre IPSPL et autres professionnels de la santé. C'est le cas notamment lorsque les médecins spécialistes refusent d'acheminer les résultats des tests médicaux directement à l'IPSPL, privilégiant plutôt les liens de collaboration avec leurs collègues médecins de famille. Le

manque de reconnaissance s'exprime également à travers des collaborations qui s'inscrivent dans des rapports inégalitaires entre IPSPL et médecins partenaires.

1. 4. Les espaces d'échanges et de rencontres

Différentes solutions sont évoquées par les IPSPL et les médecins partenaires pour favoriser une meilleure connaissance et une reconnaissance accrue du rôle de chacun. Les espaces d'échanges et de rencontres entre les médecins, les professionnels et le personnel administratif demeurent le meilleur moyen, de l'avis de plusieurs, pour apprendre à se connaître mutuellement, à développer des liens de confiance et à clarifier les rôles de chacun. Les participants ont relevé deux types de rencontres qui remplissent des fonctions différentes, soit les rencontres entre les IPSPL et les médecins partenaires et les rencontres d'équipe auxquelles l'ensemble des professionnels et le personnel administratif participent.

Les rencontres sont nécessaires à la collaboration entre les IPSPL et les médecins partenaires. Elles permettent la transmission d'informations sur les suivis des patients, des échanges sur les cas plus complexes et la prise de décisions par rapport aux traitements ou à la trajectoire de soins. Par ailleurs, la fréquence et le contenu des échanges évoluent au fur et à mesure que l'IPSPL acquiert de l'expérience et que les médecins partenaires développent une aisance à travailler avec celle-ci. Il est donc important de concevoir que les besoins par rapport à ces espaces d'échanges sont variables au fil du temps, mais qu'ils sont généralement plus importants dans la première année, où tout est à définir, surtout lorsque l'IPSPL commence sa carrière et que le médecin partenaire en est à sa première collaboration avec une IPSPL.

Par ailleurs, certaines façons de faire sont plus propices à une collaboration interprofessionnelle satisfaisante et optimale. C'est le cas, notamment, lorsque les rencontres sont statutaires et qu'elles s'intègrent à la routine de travail. Les médecins, en réservant ce temps aux IPSPL, conservent un meilleur contrôle sur leur horaire de travail et ils sont plus accessibles (Figure 2). À l'inverse, plusieurs IPSPL mentionnent que l'accès au médecin partenaire est difficile lorsqu'aucun moment n'est réservé à l'horaire pour la collaboration. Elles sont par ailleurs hésitantes à le solliciter par crainte de le déranger, ce que corroborent les propos de certains médecins qui déplorent que leur journée de travail soit perturbée par les demandes de rencontres des IPSPL (Figure 3). Cela peut également avoir un effet sur la composition de la charge de cas des IPSPL, qui se voient attribuer une clientèle plus légère pour que le temps d'échange soit limité.

Figure 2 : Citations qui expriment les avantages de délimiter un espace d'échanges planifié et structuré pour la collaboration

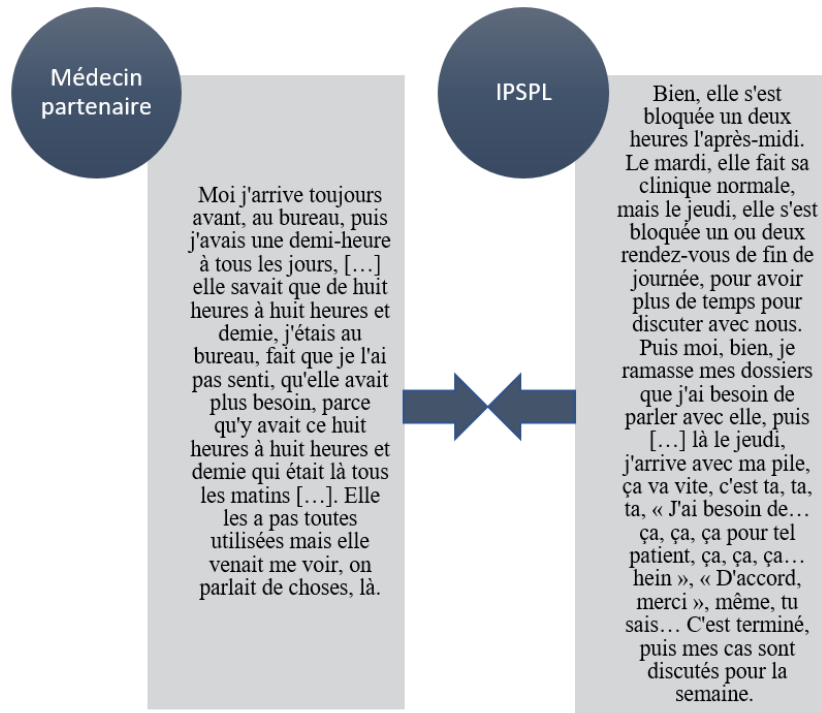
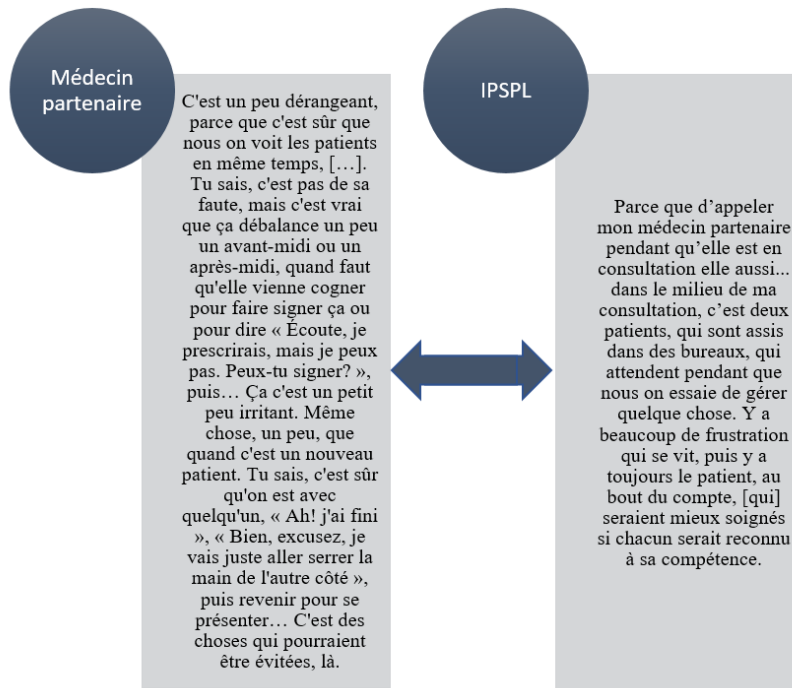


Figure 3 : Citations qui expriment les difficultés vécues lorsqu'il n'y a pas d'espace d'échanges planifié et structuré



Ainsi, prévoir des espaces d'échanges planifiés et structurés, qui s'adaptent aux besoins changeants des IPSPL et des médecins partenaires, permet une collaboration optimale, en plus de favoriser une pratique autonome et une meilleure utilisation des compétences des IPSPL. Elles peuvent ainsi intervenir auprès d'une clientèle plus diversifiée et complexe.

Elle est capable de faire 95 % de sa tâche par elle-même, de manière autonome. Elle ne vient pas nous voir si souvent que ça. On est plusieurs [médecins partenaires], puis, si on n'est pas là, y a toujours un médecin de garde [...]. Mais, tu sais, moi, honnêtement, elle vient me voir deux fois cinq minutes dans la semaine, puis c'est pour partir des nouvelles médications qu'elle a pas le droit dans son cadre légal.

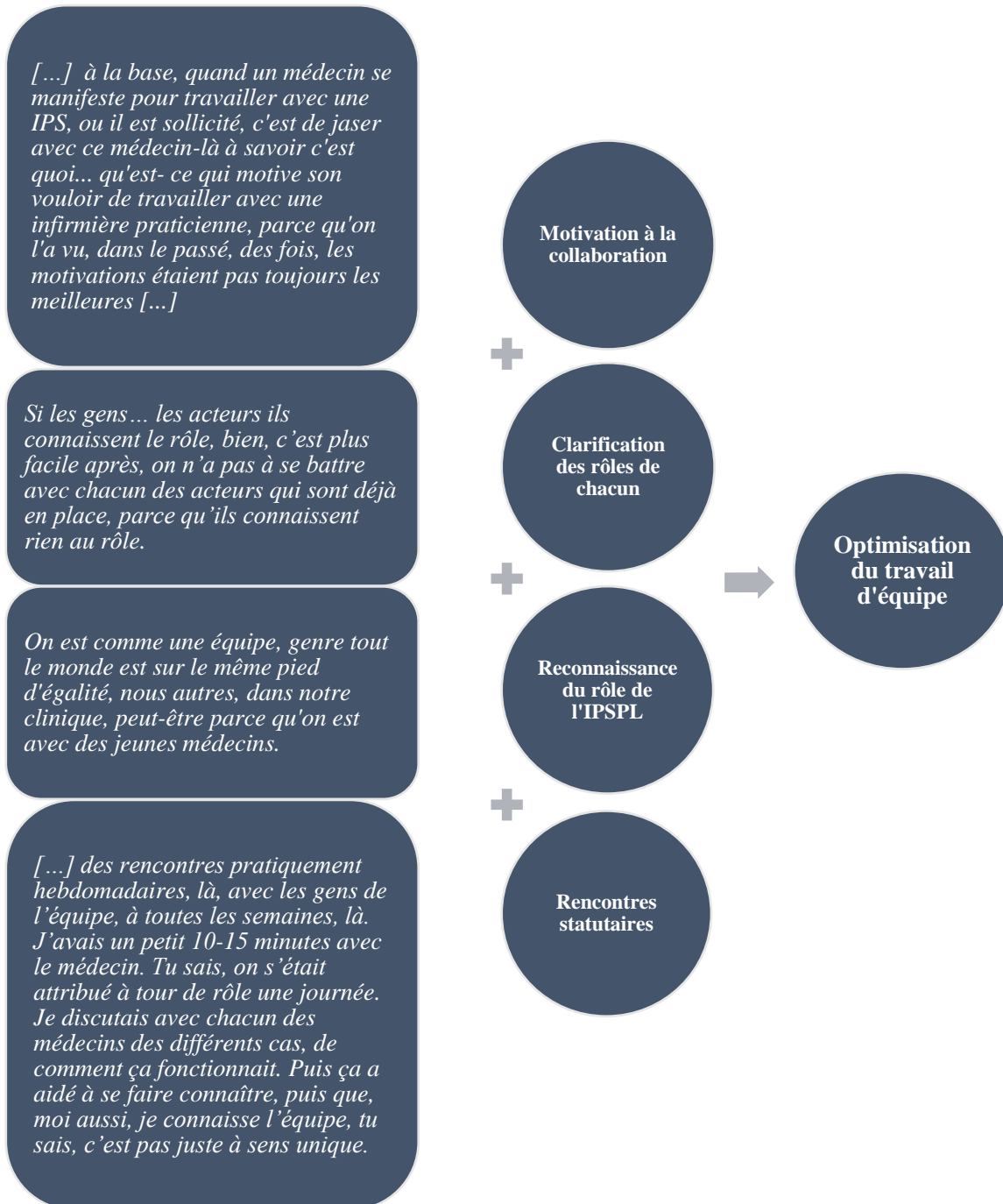
Outre le temps réservé pour la collaboration entre IPSPL et médecins partenaires, des réunions d'équipe avec tous les professionnels et le personnel administratif se révèlent également très importantes pour favoriser la connaissance des rôles de chacun, le recours au bon professionnel et la prise en compte des réalités de chacun (Tableau 9). Une vision globale du travail d'équipe, qui inclut à la fois l'offre et l'organisation des soins dans les milieux, est alors nécessaire (Figure 4).

Moi, je me considère capable de le faire, par ma formation antérieure et ce qu'on a eu comme formation, bien, je pense qu'on est des leaders à ce niveau-là. Mais, pour ça, y faut nous laisser la place. Et, tout dépendant des équipes, bien, ça, malheureusement, tu sais, de devoir s'imposer aux exécutifs GMF, discussions et tout ça, tu sais, ça devrait pas être ça. Moi, dans un cadre de gestion de GMF, un GMF qui veut accueillir une IPSPL, ou d'autres professionnels devrait être obligé d'avoir ces professionnels-là, là, qui siègent aux exécutifs.

Tableau 9 : Différence entre un milieu organisant des rencontres d'équipe et celui qui n'en organise pas

Rencontres d'équipe	Pas de rencontres d'équipe
<p><i>C'est vraiment un travail d'équipe. Puis, maintenant, tout le monde est écouté, la réceptionniste est écoutée, l'agente administrative. S'ils ont des choses à dire, ils nous le disent. Il y a des réunions. À la réunion, ils sont là, puis ils peuvent [...] apporter leurs idées, alors qu'avant, ça venait souvent du médecin [...]. C'était un modèle général de base, mais maintenant, ça vient dans les deux sens, puis ça a fait une dynamique qui est vraiment un travail d'équipe, où tout le monde est à peu près au même pied. Tu sais, c'est vraiment beaucoup plus convivial, beaucoup plus facile, puis le patient, maintenant qu'il parle à la réceptionniste en avant, à l'infirmière ou au médecin, je pense que, maintenant, il est gagnant parce que, tu sais, il a beaucoup plus de services. Puis les réceptionnistes savent dispatcher, « O.K., ça je vais l'envoyer à l'infirmière », « Je vais l'envoyer au médecin ».</i></p>	<p><i>Si j'avais une possibilité d'avoir une place dans une équipe, d'avoir une voix au chapitre... Je veux pas être la boss. Je veux juste collaborer, avoir l'impression de faire un travail d'équipe où la clinicienne est utilisée, puis la secrétaire est utilisée – Dieu, que c'est important! – puis, tu sais, de faire partie d'une team qui est efficace puis qui répond aux besoins. C'est le fun d'avoir des patients qui disent « Eh! Je suis content, on m'a répondu comme il y faut. »</i></p>

Figure 4 : Les clés de l'optimisation du travail d'équipe



2. Intégration de l'IPSPL

La phase de l'intégration, qui peut s'échelonner jusqu'à 18 mois, est une période cruciale pour asseoir les bases d'une bonne collaboration interprofessionnelle et favoriser un meilleur déploiement du rôle de l'IPSPL. C'est une période où tout est à définir. Cette phase est exigeante pour les IPSPL parce qu'elles doivent s'approprier leur rôle, se familiariser avec leurs nouveaux collègues et avec le fonctionnement de la clinique tout en faisant connaître leur rôle auprès des nombreux professionnels avec qui elles collaborent. Quelques IPSPL soulignent qu'il n'est pas aisé, d'entrée de jeu, d'être totalement confortable dans ce nouveau rôle. Conscientes de ce qu'exigent d'elles leurs nouvelles responsabilités, elles cherchent à s'assurer que leur pratique soit sécuritaire. C'est aussi une période exigeante pour les médecins partenaires parce qu'ils doivent s'investir d'avantage pour la période où l'IPSPL est candidate et, dans plusieurs cas, maintenir une collaboration plus soutenue au cours de la période où elle s'approprie son rôle (Tableau 10). Du temps est également nécessaire au développement du lien de confiance et à la familiarisation avec ce nouveau rôle. Précisons que cette période n'est pas vécue de la même manière lorsqu'il s'agit d'une IPSPL avec de l'expérience ou encore lorsque l'IPSPL intègre une clinique où une collègue IPSPL se trouve déjà. La manière dont se fait l'intégration du rôle a des conséquences à court terme, mais peut aussi avoir des conséquences à moyen et à long terme. Lorsque la collaboration n'est pas bien balisée au départ et que le rôle n'est pas bien compris, les difficultés peuvent persister dans le temps, voire s'amplifier.

La deuxième phase, que l'on pourrait appeler la « phase de déploiement du rôle », se déroule sur plusieurs années. C'est une période où l'IPSPL cherche à utiliser son rôle de manière optimale, à se développer professionnellement et à être reconnue dans sa pratique. Concernant le déploiement du rôle des IPSPL, les difficultés vécues par les médecins sont principalement liées aux limites imposées par les lignes directrices. Les difficultés vécues pendant cette période sont, pour les IPSPL : 1) d'arriver à développer une pratique diversifiée quant au type de clientèle suivie ainsi qu'aux domaines de la pratique qu'elles mettent en œuvre; 2) d'avoir accès à de la formation continue (un enjeu très important pour elles, mais aussi pour les médecins afin qu'elles soient autonomes et à jour dans les connaissances); et 3) de faire partie intégrante de l'équipe clinique en participant aux décisions qui les concernent.

Tableau 10 : Organisation du travail pendant les phases d'intégration et de déploiement du rôle de l'IPSPL

Phase d'intégration [18 premiers mois]	Phase de déploiement
<p>Exigeante pour l'IPSPL</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'approprier son rôle • Faire connaître son rôle • Se familiariser avec le fonctionnement de la clinique et les autres professionnels 	<p>IPSPL cherche à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser son rôle de façon optimale • Se développer professionnellement • Être reconnue dans sa pratique
<p>Exigeante pour le <u>médecin partenaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la supervision quand l'IPSPL est candidate • Collaborer de façon plus soutenue pendant cette période • Développer la confiance et mieux connaître le rôle de l'IPSPL 	<p>IPSPL vit certaines <u>difficultés</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer une pratique diversifiée • Accéder à la formation continue • Faire partie intégrante de l'équipe clinique

Différents aspects contribuent à faciliter l'intégration des IPSPL dans leur milieu de travail. Le temps d'intégration d'une IPSPL qui cumule déjà de l'expérience sera beaucoup plus court. De plus, les milieux ayant déjà accueilli une IPSPL ont généralement une meilleure connaissance du rôle, que ce soit au niveau de l'équipe de travail ou encore des partenaires externes. Ils ont également développé une certaine expérience sur laquelle ils peuvent s'appuyer pour favoriser une meilleure intégration du rôle de l'IPSPL. Le soutien offert aux IPSPL dans les premiers mois est également déterminant pour une intégration réussie. Ce soutien peut prendre différentes formes, mais plusieurs ont mentionné la pertinence de comités d'implantation pour outiller à la fois les IPSPL et les milieux partenaires aux bonnes pratiques de collaboration. Le choix du milieu partenaire constitue une autre condition de succès. Les milieux qui présentent déjà une culture de collaboration interprofessionnelle ou qui sont motivés par une approche populationnelle se révèlent généralement plus soutenant (Figure 5).

Figure 5 : Facteurs qui favorisent l'intégration des IPSPL

Présence d'une IPSPL déjà intégrée dans le milieu

- *Les pharmaciens, les laboratoires... c'est sûr que, quand y a déjà eu une IPS, ça va être beaucoup plus facile, mais dans des milieux qui en ont jamais eu... c'est nécessaire.*

Comité d'implantation

- *Puis notre but, de ce comité d'implantation-là, c'est d'établir un guide, justement, pour aider aux nouvelles IPS à rentrer dans les milieux, parce que, justement, ce qu'on se rend compte, c'est que, quand on rentre dans un milieu, une IPS, s'il y a pas d'IPS déjà dans le milieu, c'est un grand saut, puis tout est à développer... puis, tu sais, y a beaucoup de charge sur les épaules puis, tu sais, tout est à travailler. Fait que le but de ce comité d'implantation-là, c'est de justement guider les nouvelles IPS qui rentrent dans leur milieu, puis les aider, puis leur dire qu'est ce qui a été fait, c'est quoi les enjeux, puis comment on négocie, qu'est-ce qu'il faut qu'ils... puis connaître leurs droits puis leurs pouvoirs, là, si on veut, pour justement les aider dans leur intégration, pour pas qu'ils se ramassent à pelleter tout seuls un immeuble.*

Prise en charge de la diffusion du rôle de l'IPSPL par le milieu

- *[...] d'avoir du soutien dans le processus d'intégration, le fait que [le milieu] soit très au courant des IPS, du déploiement, je trouve que c'est très facilitant, en fait, d'avoir accès à quelqu'un qui est très vendu au rôle puis qui le soutient.*
- *Ça prépare l'endroit pour l'intégration. Si les acteurs [...] connaissent le rôle, bien, c'est plus facile après, on n'a pas à se battre avec chacun des acteurs qui sont déjà en place, parce qu'ils connaissent rien au rôle.*

Des milieux favorables à la collaboration

- *[...] je rencontre aucune de ces difficultés-là. Moi je suis à l'UMF [...] puis, sincèrement - j'arrête pas de leur en parler - moi, je vis un rêve, là-bas. Ça va tellement bien! J'ai aucune difficulté. Moi j'ai des jeunes médecins, peut-être que ça fait la différence dans la pratique. Quand je suis arrivée, ils étaient tous contents de m'accueillir. J'ai commencé avec trois médecins partenaires qui s'étaient portés volontaires, qui voulaient travailler avec moi, puis au bout de trois mois, j'ai deux autres médecins qui ont dit « On peut-tu travailler avec toi? On veut se rajouter ». [...]. Mais moi, je vis vraiment pas du tout les difficultés rencontrées.*

3. Sens du travail

Les IPSPL et les médecins partenaires ont, chacun à leur manière, abordé la question du sens du travail. Selon l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), le sens du travail se définit comme le rapport qui est développé par un individu en lien avec les activités et les tâches qui définissent son rôle (Morin et Gagné, 2009). Le travail prend son sens lorsque les tâches et le milieu dans lequel elles sont effectuées procurent une cohérence sur le plan identitaire. Cette section est donc centrée sur la manière dont les conditions de pratique actuelles influencent le sens du travail des IPSPL et des médecins partenaires.

3.1. Vision de l'IPSPL

De manière générale, les IPSPL rencontrées lors des entrevues aiment leur travail. Elles sentent qu'elles peuvent être des vecteurs de changement et qu'elles font un métier qui est important pour la population et pour le RSSS. Le travail auprès de la clientèle est ce qui donne un sens à leur travail. Cependant, certaines difficultés font en sorte que plusieurs se questionnent sur leur avenir à l'intérieur de cette profession. Les éléments recueillis auprès des répondantes démontrent l'existence d'un écart entre les attentes à l'égard de la profession d'IPSPL et la réalité concrète du travail qui est à la base d'insatisfactions au travail, voire, dans certains cas, d'une souffrance professionnelle. Les difficultés soulevées sont de trois ordres, soit 1) une profession à cheval entre deux cultures professionnelles, soit celle du nursing ainsi que celle du biomédical; 2) les restrictions à l'autonomie professionnelle et à la possibilité de mettre à profit la pleine étendue de leur champ de pratique; et 3) la charge de travail importante ainsi que les conditions de travail, qui ne sont pas ou qui sont peu adaptées à leur réalité professionnelle.

3.1.1. À cheval entre deux cultures professionnelles

Les IPSPL apparaissent tiraillées entre deux cultures professionnelles, soit le nursing et l'approche biomédicale. D'un côté, comme infirmières, elles privilégient une approche globale de la santé qui tient compte à la fois des dimensions physique, psychologique et sociale. Leur rôle s'inscrit dans une démarche de prévention et de promotion de la santé. Elles insistent sur l'importance de faire de l'enseignement auprès des patients. D'un autre côté, elles sont parfois perçues par les médecins comme l'équivalent des résidents. Elles sont en outre invitées à suivre les mêmes formations continues que les médecins. Certaines subissent également des pressions pour faire du « débit », à l'instar des médecins. L'existence de ces deux cultures forge la construction de l'identité professionnelle des

IPSPL, mais elle peut conduire à des tensions importantes, spécialement lorsque la dimension nursing est occultée ou encore peu considérée.

Je reviens au fait que je suis pas un médecin puis je suis pas une infirmière... Puis une de mes grandes souffrances – ça va, là, je dors la nuit, mais – je me suis encore fait dire, la semaine passée, « Toi, Anita, dimanche soir, t'appelles pas tes patients, hein, pour... Hein? T'as pas besoin de faire ça, toi, hein? ». Tu sais, je...

On se fait comparer par les médecins puis par les infirmières. Les deux ne comprennent pas. Tu sais, ils comprennent pas, « Merde! Comment ça que t'es pas encore en train dîner? », « Bien, j'ai pas le temps, là. Qu'est-ce que tu veux que je fasse? Faut que je finisse ça! Si je finis pas ça là, ça va être tantôt. C'est aussi bien de le faire là! ». Je peux pas le remettre à demain, parce que demain, y va y en avoir une autre pile! Les infirmières, elles comprennent pas plus, là. Combien de fois elles me le disent, « Voyons! Qu'est-ce que tu fais? » Mais elles ont pas cette imputabilité-là. Puis c'est bien correct, là. Mais... Fait que, tu sais, y a personne qui me comprend!

En effet, les IPSPL ressentent une certaine pression afin qu'elles adoptent une vision « médico-centrique » plutôt que « clinico-centrique », particulièrement depuis l'entrée en vigueur du projet de Loi 20⁷, qui a pour conséquence d'ancrer davantage la pratique médicale dans une logique de débit.

*Elle est où, ma plus-value, finalement?
Fait que je me sens un peu dans une
espèce de survie, de protection, pour
essayer de protéger ce que j'ai construit.*

3.1.2. Restrictions à l'autonomie professionnelle

Deux points ont été soulevés concernant les restrictions à l'autonomie professionnelle relativement au champ de pratique des IPSPL. Premièrement, après un certain temps

de pratique, plusieurs IPSPL disent avoir ressenti des limites les empêchant d'exercer selon la pleine étendue de leur champ de pratique. Le type de collaboration développée avec les médecins partenaires est majeur dans la capacité des IPSPL à assumer leur rôle de manière optimale. Certaines soulignent d'ailleurs avoir l'impression d'être utilisées davantage pour répondre aux besoins des médecins partenaires que pour améliorer l'accès aux soins et aux services.

Deuxièmement, des insatisfactions ont aussi été formulées par rapport aux lignes directrices, qui apparaissent trop restrictives, notamment sur la question du diagnostic et de la possibilité d'initier des traitements pour les maladies chroniques. C'est un enjeu identitaire particulièrement important depuis que les infirmières cliniciennes ont vu leur champ pratique s'élargir. Les IPSPL se questionnent sur leur spécificité par rapport à leurs collègues cliniciennes depuis que ces dernières possèdent l'autorisation de prescrire.

⁷ Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

Un lien a aussi été fait par quelques IPSPL entre l'horaire de travail et l'autonomie professionnelle. Leur cadre de travail conventionné les contraint à un horaire qui n'est pas

On est comme pris... On est pris dans un carcan qui a été défini plus pour des rôles avec moins d'imputabilité, moins d'imprévisibilité, moins de responsabilités. On est pris dans notre carcan de convention collective – sept heures semaine, pas de temps supplémentaire, ta, ta, ta... Avec des responsabilités qui sont de plus en plus de la même nature que celle des médecins, mais, en plus, ils voudraient qu'on le fasse à leur façon, mais on n'a pas du tout le même cadre...

En parlant du temps supplémentaire : juste pour donner un exemple qui a l'air banal, mais, des fois, on leur explique, ils disent : « Ah bien là, tu finis à quatre heures. Tu finis à quatre heures ». Bien oui, mais c'est parce que le premier faisait une dépression puis que ça a pris trois quarts d'heure, puis que l'autre après est arrivé à... tu sais! Tu gères pas ça comme ça. C'est pas comme on finit sur un département puis on donne notre rapport à l'autre puis on s'en va... C'est pas ça du tout, notre rôle. Fait que, des fois, c'est mal connu, aussi. C'est qu'on est comme le médecin qui est dans son bureau puis qui voit un patient en avant, puis faut que tu finisses, faut que t'écrives ton dossier puis t'as des examens à demander.

représentatif de leurs responsabilités, qui se rapprochent davantage de la réalité des médecins que de celles d'une clinicienne. En effet, elles ont de multiples interventions à faire en dehors des soins directs aux patients qu'elles ne peuvent bien souvent accomplir dans une journée régulière de travail ou qui sont difficilement prévisibles. Elles doivent notamment compléter les dossiers, demander des examens en spécialités ainsi que des analyses de laboratoire, effectuer des suivis téléphoniques, etc. (Figure 6).

Ce que leurs propos révèlent, c'est le manque d'autonomie dont elles disposent pour décider elles-mêmes de leur horaire de travail en fonction des besoins de la clientèle et des impératifs de leur travail.

3.1.3. Conditions de travail

Une majorité d'IPSPL mentionnent que leur charge importante de travail les oblige fréquemment à effectuer des heures supplémentaires, soit en allongeant leur journée de travail ou en apportant du travail à la maison le soir et les fins de semaine. Elles acceptent généralement de faire ces heures supplémentaires, qu'elles considèrent comme incontournables et inhérentes à leur rôle. Elles sont cependant mécontentes que ce temps de travail ne leur soit pas payé et que les modalités pour la reprise de temps soient inadaptées à la réalité de leur pratique. Ce refus que leurs

J'ai fait une grande découverte, cette année.

Je suis payée 35 heures par semaine, j'évalue actuellement ma charge de cas à 500 patients à moi toute seule, plus 300 partagés, puis ils sont pas simples, là, les partagés. L'année passée, j'ai pu travailler des 60 heures semaine[...] Y a des labos qui rentrent, y a des échos qui rentrent, faut que je parle au médecin partenaire, y a des urgences qui rentrent. Tu ne vis plus!

Bien, moi, mon plus grand irritant, c'est mon salaire. C'est pas... C'est... Ça a toujours été, puis depuis le début, je dis la même affaire puis...

heures supplémentaires soient payées, jumelé à un salaire qu'elles considèrent insuffisant, reflète à leurs yeux un manque de reconnaissance de leur valeur en tant que professionnelles. Dans ce contexte, elles sont nombreuses à en arriver, au fil du temps, à vouloir limiter les heures supplémentaires et à baliser la place du travail dans leur vie. D'autres encore remettent en question leur choix professionnel.

Figure 6 : Réalité de travail d'une IPSPL



3.2. Vision du médecin partenaire

L'implantation du nouveau rôle d'IPSPL ainsi que son intégration à l'intérieur des équipes de première ligne introduisent des changements dans les façons de faire habituelles des médecins partenaires. Cette nouvelle dynamique de travail engendre notamment des transformations importantes quant au rôle des médecins et influence, à divers degrés, le sens du travail. Les médecins font état de trois ordres de changements qui se rapportent 1) au type de suivi; 2) au champ de pratique; et, 3) à la composition de la clientèle (Figure 7).

3.2.1. Le type de suivi

La collaboration avec une IPSPL amène des changements importants quant au type de suivi effectué auprès de la clientèle. Le modèle du médecin évoluant seul en suivant

T'as des infirmières qui, d'un côté, revendiquent depuis des années plusieurs autres rôles, en disant qu'elles ont la capacité puis la compétence pour pouvoir le faire. On a le médecin de famille qui a un rôle et on a le médecin spécialiste qui, de l'autre côté, a un rôle. Le médecin spécialiste débarque ça dans notre cour.

Ma cour, elle devient de plus en plus serrée parce que, dans le fond, la partie qui touche la promotion de santé, le suivi, la connaissance, la globalité, la continuité des soins que je fais avec un patient, on me dit « Mais écoutez, quand on va avoir les infirmières praticiennes, c'est eux autres qui vont prendre ça ». Qu'est-ce que je deviens, comme médecin de famille? Si moi, ma force c'est la continuité, la globalité des soins, la connaissance de la personne? Qu'est-ce que va être le lien relationnel, que le médecin va avoir, s'il devient juste un médecin de sans-rendez-vous qui va voir le patient qui va être mal...

individuellement ses patients et leur famille tout au long de leur vie tend à s'effriter pour une vision dite collaborative. Plusieurs médecins partenaires sentent que leur rôle spécifique tend à se rétrécir entre celui des IPSPL et des spécialistes. Ces changements affectent non seulement le rôle du médecin partenaire, mais également sa représentation de la médecine familiale. La promotion de la santé, le suivi global, la continuité des soins, le lien relationnel avec le patient sont autant de dimensions qui structurent leur identité professionnelle et qui confèrent un sens à leur travail. Certains médecins craignent la perte de ces dimensions de leur pratique à travers la redéfinition de leur rôle, qui se joue dans cette dynamique de collaboration. Ils se questionnent sur l'évolution de leur profession et sur ce que deviendra la médecine familiale.

3.2.2. Le champ de pratique

Le partage d'une clientèle soulève d'autres enjeux, soit ceux du chevauchement des rôles entre IPSPL et médecins partenaires et de l'imputabilité des médecins à l'égard des patients. Cette situation rend plusieurs médecins inconfortables en raison du fait que les patients sont inscrits à leur nom et qu'ils ont le sentiment de conserver une responsabilité professionnelle envers eux. Si une certaine confusion persiste quant à l'imputabilité légale de ceux-ci, certains soulèvent d'autres préoccupations qui relèvent d'une imputabilité

éthique et morale. En outre, certains se sentent responsables de la qualité des soins prodigués et des effets potentiels sur la santé des patients inscrits à leur nom.

La collaboration avec une IPSPL suscite également des inquiétudes quant à une redéfinition de leur autonomie professionnelle puisque le partage d'une clientèle implique une certaine perte de contrôle sur les interventions faites auprès des patients. En outre, le partage de certains actes peut engendrer chez quelques médecins un sentiment de perte de pouvoir et de perte de statut.

Il y a des intersections beaucoup, beaucoup dans nos rôles, puis où est-ce que commence un, où est-ce que commence l'autre? C'est-tu dangereux? Est-ce que, nous autres, les médecins, on va perdre autant du pouvoir, du prestige, de la capacité d'autonomie?

D'après moi, là - ça vaut ce que ça vaut - mais oui, y a des craintes un peu de perte de pouvoir, y a des craintes de « Est-ce qu'on va nuire au patient? On va-tu prendre des décisions qui vont avoir des effets secondaires pour le patient? »

« C'est nous autres, le docteur », puis « c'est nous autres qui mènent », puis c'est comme ça que ça fonctionnait, là, mais avec le temps, on apprend à travailler en équipe puis à travailler avec d'autres professionnels. Puis je pense que c'est ça, puis c'est avec les IPS., puis c'est avec les physios, puis c'est avec tous les multidisciplinaires, dans le fond. Y faut que tu sois capable de le faire, mais c'est d'intégrer ça dans ta profession.

3.2.3. La composition de la clientèle

Pour plusieurs médecins, la collaboration avec une IPSPL a eu comme effet qu'ils ont dû intervenir auprès d'une clientèle plus lourde présentant des problèmes de comorbidité ou des pathologies plus sévères, les clientèles moins vulnérables étant dirigées vers les IPSPL. Cette situation tend à faire évoluer la médecine familiale vers une pratique plus spécialisée selon laquelle les médecins se consacrent aux cas nécessitant leur expertise. Cette situation influence de manière très différente le sens du travail des médecins. Certains sont confortables et valorisés à l'idée de se concentrer sur ces cas plus complexes, y voient une meilleure utilisation de leurs compétences et une façon de rehausser le statut de la médecine familiale. Pour d'autres, cette répartition de la clientèle contribue à alourdir une charge de travail déjà exigeante. Les cas plus légers leur permettaient d'équilibrer leur charge de cas et de souffler un peu. Ces médecins font état, par leurs propos, de certaines

L'IPS, elle va voir mes patients, mais quand ils sont trop malades, elle me les refile. Fait que c'est sûr que ma clientèle, c'est peut-être la même, mais je vois ceux qui sont plus malades, puis quand ils rentrent dans mon bureau, bien, je ne fais plus juste prendre la pression comme avant, là, y faut vraiment... c'est beaucoup plus long. C'est sûr que, pour certains médecins, ça peut être... Oui, c'est plus lourd, j'avoue.

difficultés par rapport aux exigences de leur pratique, qui peuvent mener à différentes formes de distanciation à l'égard du travail et à des stratégies de protection.

Tu sais, les 300 patients qu'elle suit, là, bien, ses 300 patients, si elle part demain parce que... peu importe la raison, j'en ai déjà 1900, patients, là. OK? Fait que... Qu'est-ce que je fais de ces 300-là? [...] on a statué, c'est que - vraisemblablement pas tout le monde avait compris, en s'engageant avec les IPS -, c'est que les patients des IPS, c'est d'abord nos patients. Tu sais, si l'IPS s'en va, bien, on se ramasse avec les 300.

Le fait que les patients suivis par les IPSPL soient inscrits au nom du médecin partenaire est également anxiogène pour ces professionnels qui appréhendent les conséquences d'un congé de maladie ou de maternité sur leur charge de travail.

Ainsi, les questionnements des médecins sur la transformation de leur rôle et sur le sens de leur travail sont traversés par des préoccupations à l'égard de pertes. Toutefois, les médecins évoquent également des gains dans leur pratique, lesquels découlent de la collaboration avec une IPSPL. Ainsi, le rôle d'enseignant que sont amenés à jouer les médecins partenaires auprès des IPSPL est source de grande valorisation. De plus, certains notent une amélioration de leur pratique au contact des nouvelles connaissances acquises par les IPSPL et une harmonisation des bonnes pratiques à la clinique. D'aucuns constatent une meilleure utilisation de leur

expertise et voient de manière très positive ce rehaussement de leur pratique. Enfin, le fait de travailler avec une IPSPL permet de briser l'isolement associé à une pratique en cabinet, de partager ses questionnements cliniques et de répartir la responsabilité d'une charge de cas.

C'est plus agréable, c'est moins lourd d'arriver au bureau le matin, puis de voir que mon bureau est plein, puis ça déborde, puis j'ai vingt messages des patients qui veulent me voir, là. C'est beaucoup moins lourd. Puis, c'est moins lourd d'être tout seul dans mon bureau toute la journée, là. D'avoir quelqu'un à qui parler, travailler à deux, Bien, moi je trouve que c'est le fun.

Premièrement, il y a du plaisir à travailler en équipe plutôt que de travailler tout seul, dans ton coin. Moi, j'ai du plaisir à savoir qu'on est deux, puis on a deux têtes pour réfléchir aux patients.

Moi, j'ai l'impression que je suis plus satisfaite, là, de ce que je fais et j'ai un peu plus de temps.

Puis, au niveau intellectuel aussi. Comme on disait tout à l'heure, bien, tu sais, ça nous a apporté à se reposer plus de questions, à refaire de l'enseignement. Bien, l'enseignement, inévitablement ça nous oblige un peu à retourner voir, puis à se reposer plus de questions, puis à refaire un peu... à améliorer nos connaissances.

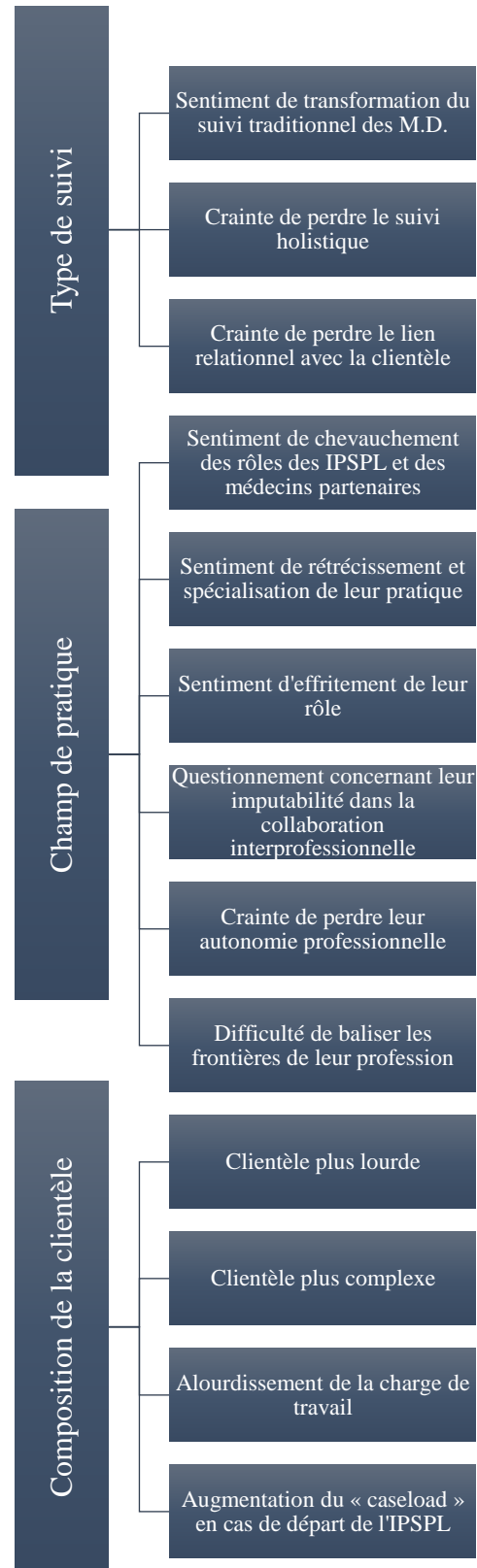
La collaboration avec une IPSPL apporte ainsi de nouvelles sources de satisfaction qui viennent enrichir l'expérience subjective de travail des médecins partenaires et qui donnent du sens à leur travail. Les médecins semblent toutefois vivre de façon ambivalente cette redéfinition de leur rôle.

Constats : ce qu'en pensent les acteurs clés

Les résultats démontrent qu'il convient de développer des mesures qui ciblent la dynamique globale du travail d'équipe dans laquelle s'insère la collaboration entre IPSPL et médecins partenaires, bien que des pistes d'action spécifiques leur soient destinées. En outre, il faut éviter d'adopter une approche en silo et privilégier une démarche systémique pour que les pistes d'action se renforcent l'une et l'autre et qu'elles aient de meilleures retombées sur le terrain. Par ailleurs, même si les difficultés liées à la collaboration interprofessionnelle sont vécues par les acteurs sur le plan clinique, leurs causes sont souvent structurelles. C'est pourquoi les constats et les pistes d'action que nous présentons concernent autant les individus, sur le plan micro, les équipes, sur le plan méso, et les organisations, sur le plan macro, qui ont une influence majeure sur l'optimisation du rôle de l'IPSPL.

Les résultats qui suivent découlent de l'analyse des entretiens réalisés auprès des acteurs clés et s'articulent autour de cinq constats.

Figure 7 : Sens du travail chez les médecins partenaires



Constat 1 : Un contexte en mouvance qui est une source potentielle de nouvelles possibilités, mais aussi de nouvelles contraintes

Le réseau de la santé et des services sociaux est marqué par de nombreux changements (projets de Loi 10, 20 et 130, nouveau cadre GMF, nouvelles lignes directrices pour les IPSPL) qui créent un contexte potentiellement propice à l'émergence de nouvelles possibilités favorables au déploiement du rôle de l'IPSPL. Certains acteurs clés saluent notamment la collaboration plus soutenue entre le MSSS et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Le programme de formation des IPSPL doit notamment être révisé afin qu'il s'ajuste aux changements proposés par les nouvelles lignes directrices qui établissent dorénavant cinq spécialités (soins adultes,

Le contexte, malgré les difficultés, donne des leviers pour proposer des choses novatrices. On a du « top down », mais on a aussi des opportunités parce qu'on bouscule tout. Maintenant, c'est comment utiliser nos ressources là-dedans et comment intégrer de nouvelles ressources.

Il y a un autre enjeu, qui est le financement des universités. Parce que quand tu reçois 10 IPS par année et que l'on te demande d'en recevoir 50, ça te prend quelqu'un pour coordonner tout ça. Faire les admissions, ça prend des ressources professorales, ça te prend un coordonnateur de stage... ce qu'ils n'ont pas actuellement. Ça, ça été un frein aussi, et là, le ministère de l'Éducation travaille fort avec nous et ils ont dit « oui, oui on est là-dessus, nous aussi, et on va faire arriver tout ce qu'il faut ».

soins pédiatriques, première ligne, néonatalogie, santé mentale). Le projet de Loi 10 menant à l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, favoriserait par ailleurs une collaboration plus soutenue entre les DSI et les DSP, bien que celle-ci soit variable selon les régions. De plus, le contexte serait également favorable au développement de projets pilotes visant l'intégration des IPSPL dans plusieurs secteurs de soins. Par ailleurs, la fusion des accréditations syndicales est vue par certains comme offrant de nouvelles possibilités qui permettront une plus grande souplesse dans l'utilisation des ressources. En somme, les acteurs clés anticipent de nouvelles possibilités dans ce contexte.

Les changements font toutefois émerger des contraintes. En effet, plusieurs craignent que le projet de Loi 20 nuise à la collaboration interprofessionnelle et que les IPSPL soient utilisées en réponse aux exigences auxquelles doivent se soumettre les médecins en ce qui a trait à la prise en charge et à l'assiduité. Certains craignent même que cette situation dégrade des collaborations qui étaient auparavant considérées comme étant satisfaisantes.

On mentionne également que la réorganisation de la rémunération des actes nuit au recours optimal au rôle de l'IPSPL. Le passage d'une rémunération établie en fonction du type d'examen – complet, partiel, etc. – à une rémunération déterminée selon le type de visite – première visite, visite de suivi, etc. – risque d'encourager les médecins à effectuer eux-mêmes des actes qui pourraient être faits par les IPSPL. De plus, la réorganisation du RSSS engendrée par le projet de Loi 10 amène beaucoup de confusion. Médecins partenaires et IPSPL ne savent plus à qui se référer en cas de difficultés. Bien qu'ils reconnaissent que cette situation soit temporaire, cela constitue une difficulté majeure pour l'instant et suscite un climat d'incertitude et de méfiance. En outre, certains mentionnent l'importance que ces éléments soient rapidement clarifiés, dans la perspective où l'on souhaite déployer des IPSPL dans de nouveaux secteurs.

Enjeu

- **Dans un contexte de changement, comment développer une vision claire de la stratégie d'implantation des futures IPSPL?**

Constat 2 : Le contexte actuel des CI(U)SSS rend nécessaire la collaboration étroite entre les acteurs locaux (haute direction, DSP, DSI, DSM et DRMG) pour que l'implantation du rôle dans les cliniques soit facilitée et qu'un suivi dans les équipes soit assuré.

Les acteurs clés soulignent l'importance de la collaboration entre plusieurs acteurs du RSSS dans le contexte particulier de la récente réforme qui nécessite que l'organisation des services sur un très vaste territoire soit repensée. On souligne l'importance qu'une stratégie d'implantation claire soit établie, que les rôles respectifs de la DSI, DSP, DSM et DRMG soient précisés de même que la nature des collaborations entre elles (Tableau 11).

Tableau 11 : Perception des acteurs clés quant au rôle de différents acteurs concernés par l'implantation du rôle de l'IPSPL

DSI	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que tous les acteurs aient une compréhension claire du rôle des IPSPL • Veiller à l'encadrement de la pratique professionnelle
DSP	<ul style="list-style-type: none"> • Exercer un rôle d'influence auprès des médecins • Faire la démonstration de la plus-value des IPSPL auprès des médecins • S'assurer avec la DSI que l'intégration se déroule bien, mais aussi que le recours adéquat au rôle continue et se perpétue
DSM	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les équipes pour favoriser une meilleure collaboration interprofessionnelle • Offrir un soutien en matière de formation au travail d'équipe
DRMG	<ul style="list-style-type: none"> • Exercer un pouvoir de recommandation auprès du MSSS • Promouvoir une bonne collaboration interprofessionnelle dans les GMF • Donner leur avis concernant l'attribution des IPSPL dans leur région

Enjeu

- Comment favoriser l'émergence d'un leadership régional?

Constat 3 : Sur le plan structurel, les acteurs rencontrés se sont entendus sur une certaine vision commune du rôle des IPSPL, ce qui a permis des avancées importantes. Toutefois, certaines ambiguïtés demeurent, lesquelles ont des répercussions importantes sur la réceptivité de certains médecins à l'égard des IPSPL dans leur clinique.

Ainsi, la grande majorité des acteurs clés reconnaissent l'importance du rôle de l'IPSPL dans l'organisation des soins et des services et dans la satisfaction des clients et des familles à leur égard. Plusieurs reconnaissent la nécessité que ce rôle soit optimisé, voire élargi, comme les nouvelles lignes directrices en témoignent. On reconnaît également l'intérêt de diversifier les lieux potentiels de pratique de l'IPSPL (ex. : CHSLD et centres jeunesse). On évoque aussi la nécessité que des moyens soient mis en œuvre afin de favoriser et d'encourager la collaboration interprofessionnelle. Certains proposent que des actions concrètes soient réalisées, telles que des inspections professionnelles conjointes afin que le travail de collaboration soit évalué. Finalement, on note une influence positive des IPSPL sur le maintien et l'amélioration continue de hauts standards de pratique chez les médecins partenaires.

La question du diagnostic demeure cependant un point de divergence par rapport à la vision du rôle. Le diagnostic est un enjeu important pour les médecins et pour les IPSPL. Pour les

médecins, il est central dans la définition de leur rôle. Les IPSPL considèrent pour leur part qu'elles ont les compétences nécessaires pour initier des traitements pour les maladies chroniques. Dans l'impossibilité de le faire, elles se sentent restreintes dans leur champ d'action.

De plus, certaines ambiguïtés demeurent par rapport à la perception du rôle de l'IPSPL. Les données montrent qu'il existe deux perceptions dominantes de leur rôle. Elles sont soit considérées comme des « mini docteurs » (ou quelque chose qui s'apparente aux résidents de niveau 4) ou des infirmières avec un rôle élargi et distinct. Le fait de considérer les IPSPL comme des « mini docteurs » suscite des résistances de la part de médecins, qui craignent que les IPSPL soient considérées comme une solution de rechange aux médecins. Mais surtout, cela fait naître des attentes en ce qui a trait à la performance au travail, au débit de patients à rencontrer et à un rapport au travail qui valorise un investissement fort dans la vie professionnelle au détriment de la vie personnelle.

Par ailleurs, lorsque l'IPSPL est considérée comme une infirmière détenant un rôle élargi et distinct, les acteurs mettent de l'avant la spécificité de l'approche nursing, soit la dimension enseignement de leur rôle auprès des patients, son approche globale de la santé, qui tient compte des aspects sociaux, psychologiques, environnementaux, familiaux et qui suppose qu'elle est à l'écoute du patient. En outre, on conçoit également qu'il est justifié que l'IPSPL prenne plus de temps pour rencontrer un patient. On insiste par ailleurs sur son rôle d'enseignement auprès des infirmières cliniciennes de même que sur le fait qu'elle devienne une personne ressource pour celles-ci.

Ces deux perceptions conduisent à une évaluation fort différente de la plus-value de l'IPSPL. Dans le premier cas, celui du « mini docteur », l'IPSPL est considérée comme une ressource utilisée pour répondre aux besoins des médecins sur le plan de la productivité et pour combler le manque d'effectifs médicaux dans certains secteurs ou régions. Dans l'autre modèle, on conçoit le rôle de l'IPSPL en complémentarité à celui des médecins en réponse à un besoin populationnel.

Enjeux

- **Comment définit-on la plus-value de l'IPSPL? Sur quelles bases? À partir de quels critères? Quels indicateurs?**
- **Et, en lien avec cette définition, comment conçoit-on une collaboration optimale?**

Constat 4 : Plusieurs aspects de l’implantation et du déploiement du rôle sont qualifiés « d’individu dépendant », ou même de « milieu dépendant », ce qui fragilise les IPSPL, limite leur capacité d’exercer selon la pleine étendue de leur rôle et peut, lors de changements, conduire à une détérioration de l’étendue de leur pratique.

Les acteurs ne remettent pas en question l’importance que le rôle de l’IPSPL s’inscrive dans un lien de collaboration avec les médecins. Il s’agit même d’un incontournable afin que ce rôle soit exploité de manière optimale. Plusieurs éléments facilitant l’établissement de cette collaboration ont été identifiés. À cet effet, les forfaits de rémunération ont historiquement joué un rôle majeur dans l’implantation du rôle et dans l’acceptabilité des médecins. La formation en GMF-U favorise une plus grande ouverture des jeunes médecins. En outre, la collaboration interprofessionnelle entre le médecin et l’IPSPL est grandement facilitée lorsque les médecins ont déjà un historique de collaboration avec les infirmières cliniciennes, techniciennes ou auxiliaires. Disposer d’un programme d’intégration structuré, qui comprend un accompagnement à plus long terme pour que l’on puisse réajuster et intervenir en cas de difficultés est aussi une condition de succès.

Toutefois, la capacité des IPSPL à exercer leur rôle et à investir pleinement leur champ de pratique dépend beaucoup du milieu et des individus. Elle est variable d’un milieu à l’autre, d’un médecin partenaire à l’autre et peut évoluer en fonction des changements qui surviennent dans leur milieu de travail. En effet, les acteurs clés ont rapporté plusieurs exemples où, à la suite d’une réorganisation de la clinique ou de l’arrivée de nouveaux médecins, l’IPSPL avait vu son champ de pratique se resserrer considérablement. Le fait que l’IPSPL travaille dans l’entreprise du médecin constitue un facteur majeur à prendre en considération dans la restriction de l’autonomie professionnelle des IPSPL. Comme le disait un acteur clé : « C’est leur clinique, leurs locaux, leurs secrétaires, leurs fournitures. » Toutefois, il est également vrai que, du point de vue des médecins partenaires, la relation et le lien de confiance qu’ils établissent avec l’IPSPL dépendent également des individus.

L’utilisation optimale du rôle de l’IPS est très « individu-dépendant » et, ce faisant, repose sur des personnes qui croient beaucoup au rôle de l’IPS et qui vont donc mettre l’énergie pour que ça marche.

Le mode de rémunération est un autre élément important à considérer pour saisir la nature de la collaboration entre IPSPL et médecins partenaires. Tous les acteurs clés s’entendent sur le fait que la rémunération à l’acte n’est pas le meilleur moyen pour encourager la collaboration interprofessionnelle et pour favoriser l’optimisation du rôle des IPSPL. Comme le dit l’un d’entre eux, « le niveau d’autonomie que les médecins sont prêts à laisser aux IPSPL pour qu’ils aient une pratique qui aura une valeur ajoutée pour les usagers et en termes d’accessibilité est intimement lié à la rémunération ».

Plusieurs soulignent ainsi la nécessité que ce lien de collaboration soit redéfini de manière à permettre à l'IPSPL de jouir pleinement de son autonomie professionnelle pour occuper de manière optimale son champ de pratique.

Enjeux

- **Comment maintenir la collaboration tout en diminuant le lien de dépendance des IPSPL envers les médecins?**
- **Comment limiter cet effet individu ou milieu dépendant?**

Constat 5 : Plusieurs acteurs évoquent la pertinence de changer de paradigme d'organisation de soins et de services en privilégiant une vision axée sur l'équipe de travail.

On se dirige vers une reconnaissance du travail d'équipe : comment favoriser ça et ne pas seulement payer le docteur. L'interdisciplinarité est un élément qui doit être absolument développé dans les prochaines années. Le noyau de cette interdisciplinarité est le travail de collaboration entre le médecin, le pharmacien, le travailleur social, l'IPSPL.

Plusieurs acteurs de différents secteurs affirment l'importance que l'organisation des soins et des services soit pensée en termes de travail d'équipe, plutôt que médico-centrée. Il s'agit d'une donnée majeure des résultats de notre recherche.

Toutefois, en plus de la rémunération, d'autres freins au travail d'équipe ont été soulevés, dont la question des compétences. Actuellement, les médecins ne sont pas tous bien outillés pour travailler dans des équipes multidisciplinaires. De nouvelles compétences doivent être développées notamment la gestion, la coordination d'une équipe multidisciplinaire, le travail de collaboration interprofessionnelle. Les besoins en formation diffèrent également selon les médecins, les plus jeunes ayant probablement été initiés au travail de collaboration

interdisciplinaire lors de leur formation universitaire. Cependant, certains mentionnent que la formation ne doit pas seulement porter sur la collaboration avec les IPSPL, mais plus généralement sur le travail d'équipe.

Il y a des médecins qui ont manifesté leur inquiétude devant tous les professionnels qui s'implantent dans leur clinique en disant qu'ils ne savent pas du tout comment travailler en équipe interdisciplinaire.

Ce n'est pas juste les médecins et les IPSPL. Ça prend des formations sur le travail d'équipe, sur la répartition des tâches, les rencontres (les gens ne se rencontrent pas!), les horaires, etc. Donc, même pour les formations, vaut mieux qu'elles soient interprofessionnelles.

Les cursus universitaires sont modifiés. Les jeunes médecins vont bénéficier de ces transformations qui les mènent vers une plus grande collaboration. Il y a donc un « clash » entre eux et ceux qui actuellement pratiquent. Le but des formations que veut donner la FMOQ aux médecins et à leurs collaborateurs est donc de rehausser pour les aider à développer ces connaissances et les outiller pour travailler en équipe.

Du côté des IPSPL, il a été mentionné que leur formation devrait mieux les préparer à devenir des agents de changement dans leur milieu.

Des freins sur le plan structurel ont également été nommés, dont le manque de clarté organisationnelle dans la clinique. Des difficultés sont soulevées quant au fait que les IPSPL sont des employées du CI(U)SSS, mais qu'elles travaillent, pour plusieurs, dans un GMF qui possède ses règles et sa culture, ce qui suscite certaines difficultés sur le plan de l'intégration et du développement du sentiment d'appartenance à une équipe. De plus, il y a une certaine ambiguïté en ce qui concerne le supérieur hiérarchique de l'IPSPL. Est-ce que l'IPSPL relève de la DSI, du cadre intermédiaire, des médecins en GMF? Cette ambiguïté se reflète dans les espaces de participation des IPSPL. Plusieurs d'entre elles critiquent le fait qu'elles ne sont pas invitées à participer aux réunions administratives des GMF, même lorsque des sujets les concernent.

Enjeu

- **Comment penser l'organisation des soins en termes d'équipe de travail pour mieux desservir la population?**

Conclusion : les pistes d'action

Les résultats de cette recherche conduisent à l'établissement de pistes d'action qui ciblent l'échelle locale (micro et méso) et provinciale (macro). À l'échelle locale, certaines pistes visent plus spécifiquement les IPSPL et concernent des enjeux de soutien à l'intégration, de mentorat et d'accessibilité aux ressources (bureaux et matériel). Elles renvoient également à l'importance qu'un suivi soit effectué afin que l'on s'assure que leur rôle soit exploité à son plein potentiel à long terme. Par ailleurs, certaines pistes sont spécifiques aux médecins partenaires, qui ont, eux aussi, besoin d'être accompagnés et formés pour apprendre à travailler dans un contexte interdisciplinaire. D'autres pistes ciblent à la fois les IPSPL et les médecins partenaires. En effet, chacun pourrait bénéficier d'une stratégie de communication claire en ce qui a trait à la diffusion du rôle de l'IPSPL. De plus, une réflexion doit être faite sur la manière dont le rôle des IPSPL doit être présenté aux médecins partenaires et sur la plus-value qu'elles apportent de même que sur le rôle des médecins partenaires dans ce travail de collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, il faut éviter de cibler seulement les nouveaux médecins partenaires. Les médecins qui collaborent déjà avec une IPSPL sont aussi concernés par ces mesures puisqu'une méconnaissance du rôle de celle-ci persiste même chez ces derniers. Des mesures devraient également cibler la reconnaissance du rôle auprès des autres professionnels, reconnaissance qui devrait également se traduire plus globalement par une amélioration des conditions de travail et d'exercice des IPSPL. Enfin, il ne faut pas perdre de vue que ces mesures devraient s'inscrire dans une vision d'équipe puisque le rôle de chaque professionnel est amené à évoluer dans ce cadre de travail.

Sur le plan structurel, une certaine réflexion doit porter sur les critères qui définissent le médecin partenaire avec qui il est plus propice pour une IPSPL d'exercer à la pleine étendue de son rôle. Dans la perspective où l'équipe de travail est un facteur important à considérer dans l'optimisation du rôle de l'IPSPL, il semble tout aussi pertinent de cibler les milieux partenaires favorables. Dans une autre perspective, des ajustements semblent nécessaires dans la formation des IPSPL et des médecins partenaires, qui interpellent les établissements d'enseignement, mais aussi qui impliquent des ajustements à la formation continue offerte. Enfin, il apparaît également souhaitable que soit promu un autre paradigme d'organisation des soins et des services basés sur une approche populationnelle, laquelle implique un questionnement sur le mode de rémunération des médecins.

Le tableau en annexe présente de manière détaillée les pistes d'action qui ont été relevées par l'ensemble des participants à la recherche, soit les IPSPL, les médecins partenaires, les gestionnaires et les acteurs clés.

Bibliographie

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *Rapport sur le dialogue de 2005 sur la pratique infirmière avancée*. Repéré à <http://ipspl.info/docs/AIIC-2006.pdf>

Brault, I. Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, CA., ... Beaulieu, MD. (2014). Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: a multiple-case study. *Nursing Research Practice*. doi : 10.1155/2014/170514

Baxter, P., et Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559. Repéré à <http://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1573&context=tqr>

Carrière, M., Aubé, D., Grégoire, L., Reinharz, D., Picard C., Brie, MH. (2007). *Logiques et conditions d'action des acteurs en santé mentale : défi et perspectives. Évaluation réalisée dans la région de la Capitale-Nationale dans le suivi du Rapport sur les services de santé mentale (adultes) de 2002*. GRIOSE-SM, CSSS de la Vieille-Capitale. Repéré à <https://www.santecapitalenationale.gouv.qc.ca/pdf/Logiques%20et%20conditions%20d%27action%20des%20acteurs.pdf>

Chouinard, V., Perroux, M., Kilpatrick, K., Brousselle, A., Dubois, CA., Beaulieu, MA., ... Contandriopoulos, D. (2016). Intégrer les infirmières praticiennes spécialisées dans des équipes de première ligne. *Perspective infirmière*, 13(1), 49-51. Repéré à http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/29674.pdf

Clair, M. Aucoin, L., Bergman, H., Côté, R., Ippersiel P., LeBoutillier, J., ... Rouleau, R. (2000). *Les solutions émergentes. Québec: Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>

Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Dubois, CA., Perroux, M., Beaulieu, MA., Brault, I., ... Sansgter-Gormley, E. (2015). A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: Results from a logic analysis Organization, structure and delivery of healthcare. *BMC Health Services Research*, 15(1). doi : 10.1186/s12913-015-0731-5

Contandriopoulos, D. (2013, avril). *Implantation des IPS de première ligne au Québec : Modèle, défis et promesses*. Communication présentée à la Conférence du Gréas 1, Montréal : Direction de santé publique.

Contandriopoulos, D., Beaulieu, MA., Brault, I., Brousselle, A., D'Amour, D., Dubois, CA., ... Perroux, M. (2014). *L'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) : leçons tirées de la littérature et des premières expériences québécoises*. Repéré à http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/29216.pdf

Contandriopoulos, D., D'Amour, D., Dubois, CA., Kilpatrick, K., Brault, I., Lajeunesse, J., ... Jean, E. (2015). *Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne (IPSPL) au Québec*. Repéré à <http://ipspl.info/wordpress/2015/01/rapport-de-recherche-ipspl/>

Denis, J.-L. Pomey, MP., Borgès da Silva, R., Cambourieu, C., Dubois, CA., Pineault, R. Régis, C. (2017). *Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative*. Québec, Fonds de recherche, Société et culture, 58 p. Repéré à http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DenisJ-L_rapport_Remuneration-medicale.pdf/c04d90d6-ef8c-4919-b921-ee508d62aa76

Dion, V., Gobeil, M., Laliberté, C., Mathieu, M. (2013). L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : un élément clé majeur. *TranSphère*, 9(1), 32-34.

Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., ... DiCenso, A. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Title Confusion and Lack of Role Clarity. *Nursing Leadership*, 23(Special Issue), 189-210.

Durand, S. (2013). *Optimiser la contribution des IPS pour mieux servir la population québécoise* (Mémoire). Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 36p.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2015). *Collaborer avec une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL)*. Repéré à <https://www.fmoq.org/pratique/collaboration-interprofessionnelle/ips/collaborer-avec-une-infirmiere-praticienne-specialisee-en-soins-de-premiere-ligne/>

Giddens, A. (1987). *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration*. Paris, Presses universitaires de France. 474p.

Gouvernement du Québec. (2002). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Projet de loi no 90). Québec, Éditeur officiel du Québec. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/02_loi90-adopte.pdf

Holmes, D. et Perron, A. (2008). L'infirmière praticienne en soins de première ligne : entre colonisation et affranchissement. Dans C. Dallaire et O. Goulet (Éd.), *Soins infirmiers : enjeux et perspectives*. Montréal : Gaëtan Morin.

Jean, E., Gagnon, J. et Sylvain, H. (2011). Facteurs organisationnels influençant le processus d'implantation du rôle des infirmières praticiennes spécialisées (IPS). *Journal de l'AIPSQ*, 4(2), 4-7.

Jean, E., Gagnon, J., Sylvain, H. et Trépanier, A. (2012, mai). *Processus d'implantation du rôle d'IPS-SPL dans une région rurale éloignée*. Colloque des CII-CIR 2012, Montréal.

Kechidi, M. (2005). La théorie de la structuration : une analyse des formes et dynamiques organisationnelles. *Relations industrielles*, 60(2): 348-36.

Mayer, R. et Deslauriers, J. P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. Dans : R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques et D. Turcotte (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal : Gaëtan Morin, 159-188.

Morin, E. et Gagné, C. (2009). *Donner un sens au travail - Promouvoir le bien-être psychologique* (Publication R-624). Rapport scientifique, IRSST. Repéré à <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-624.pdf?v=2018-02-13>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *2000 infirmières praticiennes spécialisées d'ici 2024-2025 pour donner des soins de santé*. Repéré à <http://msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1288>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001038/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée et de l'infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Soutien financier pour l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) et des candidates IPS-SPL* (Circulaire, Normes et pratiques de gestion, Tome II). Québec : MSSS.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *Les infirmières praticiennes spécialisées: un rôle à propulser, une intégration à accélérer*. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/247-IPS.pdf>

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*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2013/>

PROJET IPSPL.INFO (2013). *Fiche d'information sur la définition des rôles : La définition des rôles, un élément indispensable de l'intégration des IPSPL*. Montréal, décembre 2013. Repéré à www.ipspl.info

PROJET IPSPL.INFO (2013). *Fiche d'information sur la planification de l'accueil : Planifier l'arrivée d'une IPSPL : une opportunité pour les équipes cliniques*. Repéré à www.ipspl.info

Régie de l'assurance maladie du Québec. (2011). *Intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) et de la candidate infirmière spécialisée en soins de première ligne (CIPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF* (Lettre d'entente no 229). Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2010/info250-0.pdf>

Régie de l'assurance maladie du Québec. (2011). *Intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) et de la candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CIPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF*. Infolettre, 250, 22 février 2011.

Smith, A. (2012). *Résumé des groupes de discussion sur l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne en Montérégie*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Annexe 1 : Objectifs et pistes d'action

OBJECTIFS	PISTES D'ACTION DÉTERMINÉES PAR :
DÉVELOPPER UNE VISION CLAIRE DE LA STRATÉGIE ET DES MÉCANISMES D'IMPLANTATION DU RÔLE DES FUTURES IPSPL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IPSPL ▪ Médecins partenaires ▪ Acteurs clés ▪ Gestionnaires <ul style="list-style-type: none"> → Mettre sur pied un comité d'intégration par établissement et en définir la mission → S'assurer du suivi et de l'évaluation de l'intégration des IPSPL → Se donner des paramètres pour cibler les secteurs où intégrer des IPSPL pour que leur contribution quant à l'accessibilité et au suivi de la clientèle soit la plus grande → Déterminer un nombre de médecins partenaires idéal en fonction des milieux → Déterminer les critères de ce que sont un médecin partenaire et un milieu favorable à un déploiement optimal du rôle → Déterminer les critères de ce qu'est un bon milieu pour accueillir des IPSPL → Définir, pour les gestionnaires, la façon dont l'encadrement des IPSPL doit être fait → Produire un guide pour informer, accompagner et soutenir les médecins et les milieux dans ce travail de collaboration → Réfléchir aux enjeux concernant les stages (concurrence entre IPSPL et résidents) → Établir un processus bien défini qui précise le plan de rencontres et de suivi auprès des médecins partenaires et des ISPL (pas seulement au début, mais qui s'échelonne dans le temps) → Dans les milieux où le recrutement des IPSPL est difficile, mettre en place une collaboration avec la DRH, miser sur le personnel à l'interne
FAVORISER L'ÉMERGENCE D'UN LEADERSHIP RÉGIONAL	<p>Définir clairement le rôle que peuvent jouer la DSI, la DSP, la DSM, la CMDP et le DRMG dans l'implantation et le déploiement du rôle de l'IPSPL et préciser la nature de leurs collaborations</p>
ÉTABLIR UNE VISION COMMUNE DU RÔLE DE L'IPSPL	<ul style="list-style-type: none"> → S'assurer que les collaborateurs connaissent bien le rôle des uns et des autres <ul style="list-style-type: none"> - Adopter une démarche systématique (guide, rencontres, etc.) pour préciser le rôle auprès des différents partenaires (professionnels, agents, gestionnaires, etc.) et faire le suivi sur le terrain → Travailler à la reconnaissance du rôle <ul style="list-style-type: none"> -auprès des autres professionnels - En termes d'amélioration des conditions de travail → Organiser des ateliers et des journées de formation au cours desquels les médecins partenaires témoignent de leur expérience. Utiliser les succès de collaboration comme levier pour promouvoir le rôle → Faire connaître le rôle auprès des médecins (de famille et spécialistes) ainsi qu'auprès des autres professionnels → Faire connaître le rôle auprès de la population en général et des patients en particulier
CERNER LA PLUS-VALUE DE L'IPSPL	<ul style="list-style-type: none"> → Déterminer clairement la façon dont les IPSPL peuvent contribuer à fortifier la première ligne → Définir des indicateurs pour apprécier la plus-value des IPSPL, faire un suivi et évaluer l'atteinte des objectifs → Outiller les gestionnaires pour qu'ils soient en mesure d'expliquer la plus-value des IPSPL aux médecins partenaires et aux autres collaborateurs
LIMITER L'EFFET INDIVIDU ET MILIEU DÉPENDANT	<ul style="list-style-type: none"> → Inscrire la clientèle au nom de l'IPSPL → Mettre sur pied un programme d'intégration structuré comprenant un accompagnement pour les médecins partenaires et les IPSPL à plus long terme pour réajuster et intervenir en cas de difficultés <ul style="list-style-type: none"> - Déployer un système de mentorat pour les médecins partenaires : au début et tout au long de l'intégration - Déployer un système de mentorat pour les IPSPL : au début et tout au long de l'intégration → Offrir à l'IPSPL les conditions matérielles nécessaires à son installation : bureau et gestion du budget pour le matériel → Harmoniser la pratique des IPSPL appartenant au même CI(U)SSS

OBJECTIFS	PISTES D'ACTION DÉTERMINÉES PAR :
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IPSPL ▪ Médecins partenaires ▪ Acteurs clés ▪ Gestionnaires
PENSER L'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES EN TERMES D'ÉQUIPE DE TRAVAIL POUR MIEUX DESSERVIR LA POPULATION	<p>→ Mettre sur pied une communauté de pratique à l'échelle provinciale pour les DSI et gestionnaires encadrant des IPSPL</p> <p>→ Changer la vision de l'organisation des services : le bon professionnel à la bonne place</p> <p>→ Revoir l'organisation du travail de manière à favoriser le travail d'équipe</p> <p>→ Permettre aux IPSPL et aux médecins partenaires de se choisir mutuellement</p> <p>→ Établir un plan de collaboration entre les professionnels</p> <p>→ Former et peaufiner la formation des médecins (les nouveaux et ceux avec plus d'expérience) en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion - Animation d'une équipe multidisciplinaire - Travail d'équipe (pas seulement avec les IPSPL) - Collaboration interprofessionnelle <p>→ Améliorer et peaufiner la formation des IPSPL :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À vendre leur rôle - À jouer le rôle d'agents de changement dans leur milieu : leadership - Au travail d'équipe - À mieux comprendre le système de santé (enjeux, défis, évolution) - À la collaboration interprofessionnelle <p>→ Favoriser la participation des IPSPL aux réunions administratives et cliniques avec les autres professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajuster la collaboration au fur et à mesure <p>→ Tenir régulièrement des formations cliniques pour les médecins, IPSPL et cliniciennes</p> <p>→ S'assurer que les médecins partenaires comprennent qu'ils ne sont pas responsables des actes des IPSPL</p> <p>→ Trouver une solution aux départs (maladie, maternité, etc.) des IPSPL et à ceux des médecins partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître au professionnel la charge supplémentaire que représente le départ d'un collaborateur - Offrir du soutien au professionnel qui perd son collaborateur <p>→ Établir clairement à qui il est possible de se référer en cas de problème (pour les IPSPL et les médecins partenaires)</p> <p>→ Intégrer des mesures de performance pour le travail d'équipe et s'appuyer sur l'autoévaluation que les équipes de soins feront d'elles-mêmes</p> <p>→ Bonifier le DMÉ de façon à favoriser le travail d'équipe</p>