

FRANCINE PELLETIER

**L'ACTIVITE INFIRMIERE  
DANS DEUX GROUPES DE MEDECINE DE FAMILLE (GMF)  
DE LA RÉGION DE QUEBEC**

Mémoire présenté  
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval  
dans le cadre  
du programme de maîtrise en sciences infirmières  
pour l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)

FACULTE DES SCIENCES INFIRMIERES  
UNIVERSITÉ LAVAL  
QUÉBEC

2008

## RÉSUMÉ

Les groupes de médecine de famille (GMF) issus de la réorganisation des services de première ligne, et les récentes dispositions régissant la pratique infirmière soulèvent des défis infirmiers et médicaux. Dans ce contexte, l'étude de cas multiples visait à décrire l'activité infirmière<sup>1</sup> dans les GMF, au moyen d'observations de deux GMF, d'entrevues auprès de quatre infirmières et de trois médecins et par une consultation documentaire. Les résultats ont mis en évidence, tel que le suggère le modèle théorique de Nadot (2002a), que l'activité infirmière se structure autour de 14 groupes de pratiques qui rendent service à trois sous-cultures : institutionnelle, médicale et infirmière, ce qui fait d'elle une « intermédiaire culturelle ». Les résultats démontrent que les pratiques de gestion et de récolte d'informations et celle de la relation sont les plus fréquemment exécutées par les infirmières dans les deux GMF. Nous pouvons conclure que les sous-cultures organisationnelle et médicale influencent l'activité infirmière et le développement de nouveaux rôles.

---

<sup>1</sup> Ce terme, utilisé dans son sens générique, englobe les tâches relevant du domaine des soins infirmiers. Ainsi, pour décrire ce que font les infirmières, l'étudiante-chercheuse utilise soit « les activités des infirmières », « les tâches des infirmières » ou bien « les pratiques infirmières ». Le féminin utilisé pour désigner le personnel infirmier n'est employé que dans le but d'alléger le texte.

## AVANT-PROPOS

Je suis reconnaissante à plusieurs personnes qui m'ont encouragée tout au long de cette étude. Je désire particulièrement remercier madame Clémence Dallaire, inf. Ph.D. directrice de ce projet de maîtrise pour son support, sa grande générosité et son souci constant de faire évoluer la discipline infirmière dans toute sa complexité.

Je tiens également à souligner la contribution de monsieur Michel Nadot, inf. Ph.D. professeur et chercheur à l'École du Personnel Soignant de Fribourg, ainsi que celle de madame Diane Morin, inf., doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, tous les deux, membres du Comité d'évaluation. Leurs commentaires judicieux ont permis d'approfondir ma réflexion tout au long des diverses étapes de réalisation de ce mémoire.

Je désire également remercier les membres de ma famille ainsi que tous ceux et celles qui m'ont supportée afin que je puisse réaliser ce projet.

# TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	ii
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	iii
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	iv
<b>LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES</b> .....	vii
<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	ix
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE</b> .....	3
1.1 CONTEXTE .....	4
Le fonctionnement des GMF .....	4
L'implantation des GMF .....	5
1.2 PRÉOCCUPATIONS .....	7
Le mode de fonctionnement des GMF .....	8
Le rôle de l'infirmière en GMF .....	11
1.3 BUT DE L'ÉTUDE .....	14
1.4 QUESTIONS DE RECHERCHE.....	14
<b>CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	15
2.1 LES ÉCRITS EMPIRIQUES.....	16
Les soins de santé primaires : principes fondamentaux.....	16
Les CLSC : une structure diversifiée.....	17
La coordination des soins de la première ligne.....	19
La contribution des infirmières en première ligne.....	19
Les infirmières en GMF : généraliste ou spécialiste ?.....	25
Les changements perçus .....	29
Les modèles de pratique en GMF : premiers constats .....	32
2.2 LES ÉCRITS THÉORIQUES .....	34
Le modèle théorique de Nadot.....	36
2.3 LES ÉCRITS MÉTHODOLOGIQUES .....	43

Le self-report .....	44
L'échantillonnage du travail (work-sampling) .....	45
Les études de temps et de mouvement (observation continue) .....	47
2.4 LE CADRE DE RÉFÉRENCE.....	49
<b>CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>50</b>
3.1 DEVIS DE L'ÉTUDE .....	51
3.2 Définition et mesure des concepts .....	52
L'activité professionnelle ou rôle professionnel.....	52
Médiologue ou intermédiaire culturel.....	52
Définition opérationnelle des 14 groupes de pratiques.....	52
Les bénéficiaires de l'activité infirmière .....	53
Le processus.....	53
3.3 POPULATION ET ÉCHANTILLON .....	54
3.4 MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES .....	55
3.5 LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES.....	57
3.6 LES CRITÈRES DE RIGUEUR DE LA RECHERCHE .....	59
3.7 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	61
Présentation du projet au milieu .....	61
Le déroulement de la collecte de données .....	61
3.8 ANALYSE DES DONNÉES.....	63
3.9 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	67
<b>CHAPITRE IV: RÉSULTATS .....</b>	<b>68</b>
4.1 ÉTUDE DU CAS # 1 (GMF PRIVÉ).....	69
Structure organisationnelle et offre de service .....	69
Caractéristiques des sujets de l'étude .....	71
Description des activités infirmières.....	72
Description détaillée à partir du document d'orientation disponible dans le GMF .....	72
À partir de l'observation et des notes de terrain .....	79
La répartition des pratiques infirmières selon la grille d'analyse de Nadot .....	81
Les résultats des entrevues.....	89
4.2 ÉTUDE DU CAS # 2 (GMF CLSC).....	94
Structure organisationnelle et offre de service .....	94

Caractéristiques des sujets de l'étude .....	95
Description des activités infirmières.....	95
Description détaillée à partir du document d'orientation disponible dans le GMF .....	95
À partir de l'observation et des notes de terrain .....	99
La répartition des pratiques infirmières selon la grille d'analyse de Nadot.....	102
Les résultats des entrevues .....	105
4.3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET TABLEAUX COMPARATIFS .....	110
<b>CHAPITRE V : DISCUSSION</b> .....	114
5.1 QUELLES SONT LES ACTIVITÉS DES INFIRMIÈRES OEUVRANT DANS LES GMF? ...	115
Les pratiques de traitement des informations .....	115
La pratique professionnelle de la relation.....	119
La pratique technologique du soin.....	119
La pratique de réapprovisionnement et de rangement .....	120
La pratique d'ordre et de discipline .....	121
La pratique de déplacement .....	121
La pratique d'assistance.....	123
La pratique d'hygiène collective.....	123
5.2 LES ACTIVITÉS INFIRMIÈRES DANS DEUX GMF : LA SITUATION ACTUELLE .....	123
5.3 L'INFIRMIÈRE EN GMF : UN RÔLE DE GÉNÉRALISTE OU DE PRATIQUE AVANCÉE ? ..	125
Rôle de généraliste.....	125
Rôle de pratique avancée .....	126
5.4 FACTEURS ORGANISATIONNELS POUVANT LIMITER LA PROMULGATION DU RÔLE PROFESSIONNEL.....	127
5.5 PISTES ENVISAGÉES POUR PROMOUVOIR LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE EN GMF.....	128
5.6 LES LIMITES DE L'ÉTUDE.....	130
Méthodologiques .....	130
Opérationnelles .....	130
Conceptuelles .....	131
5.7 RECOMMANDATIONS .....	132
<b>CONCLUSION</b> .....	134
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	135

## LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

### TABLEAUX

	<i>Page</i>
<b>CHAPITRE II</b>	
Tableau 2.1 :	Les fonctions de l’infirmière aux services courants et en GMF selon le groupe de travail OIIQ / FMOQ (2005) ..... 22
Tableau 2.2 :	Les critères de la médiation de santé ..... 38
Tableau 2.3 :	Les 14 groupes de variables de l’activité infirmière et leur définition théorique selon Nadot (2002a) ..... 41
<b>CHAPITRE III</b>	
Tableau 3.1 :	Les 14 pratiques regroupées par sous-culture (Nadot, 2002a)..... 53
Tableau 3.2 :	Grille horaire des séances d’observation ..... 58
Tableau 3.3 :	Critères méthodologiques, leur définition et moyens d’action ..... 60
Tableau 3.4 :	Synthèse des méthodes, des instruments de collecte et du processus d’analyse utilisés pour répondre aux questions de l’étude ..... 66
<b>CHAPITRE IV</b>	
<b>ÉTUDE DE CAS # 1 : GMF PRIVÉ</b>	
Tableau 4.1 :	Horaire habituel des infirmières de l’étude de cas #1..... 70
Tableau 4.2 :	Classification des activités infirmières issue de la consultation documentaire..... 77
Tableau 4.3 :	Exemple d’une grille de codification sur une séquence de deux heures. Contributions aux sous-cultures pour les groupes de pratiques A-B-C-D ..... 82
Tableau 4.4 :	La répartition des pratiques infirmières du GMF# 1 et leurs bénéficiaires..... 84
Tableau 4.5 :	Séquence d’observations des activités infirmières codées selon la typologie de Nadot..... 85
Tableau 4.6 :	Le nombre de pratiques et le taux de fréquence par catégorie dans le GMF privé ..... 87

**Page**

Tableau 4.7 :	Pourcentage des activités infirmières du GMF privé, classées par sous-culture.....	88
Tableau 4.8 :	Synthèse des entrevues (médecins et infirmières). Classification des éléments selon la variable structurelle : environnement du travail en GMF et la composante du processus : promulgation du rôle et fonctions infirmière (Sidani & Irvine, 1999) ....	90

**ÉTUDE DE CAS # 2 : GMF CLSC**

Tableau 4.9 :	Horaire habituel des infirmières du GMF CLSC.....	95
Tableau 4.10 :	Classification des activités infirmières issue de la consultation documentaire.....	98
Tableau 4.11 :	Les 14 catégories de pratiques infirmières du GMF CLSC et leurs bénéficiaires .....	103
Tableau 4.12 :	Le nombre de pratiques et le taux de fréquence par catégorie dans le GMF CLSC.....	104
Tableau 4.13 :	Pourcentage des pratiques classées par sous-culture pour le GMF CLSC .....	105
Tableau 4.14 :	Synthèse des entrevues (médecins et infirmières). Classification des éléments selon la variable structurelle: environnement du travail en GMF et la composante du processus: promulgation du rôle et fonctions infirmière (Sidani & Irvine, 1999).....	106
Tableau 4.15 :	La répartition des pratiques dans les deux GMF .....	112
Tableau 4.16 :	Pourcentage des pratiques par sous-culture dans les deux GMF...	113

**FIGURES**

Figure 1 :	Le modèle théorique de Nadot (2002a) .....	36
Figure 2 :	Les différentes modalités d'application du rôle professionnel (Nadot, 2002a) .....	40
Figure 3 :	Cadre de référence de l'étude .....	49
Figure 4 :	Nombre de pratiques réparties selon les 14 groupes de pratiques pour le GMF privé et le GMF CLSC .....	111



## LISTE DES ANNEXES

	<i>Page</i>
ANNEXE A : Tableau des GMF accrédités par région sociosanitaire sur le territoire québécois .....	147
ANNEXE B : Activités professionnelles du médecin et de l'infirmière dans un GMF (proposées dans le Guide d'accompagnement) .....	148
ANNEXE C : Les 14 activités réservées aux infirmières .....	150
ANNEXE D : La définition opérationnelle des 14 groupes de pratiques et des exemples .....	151
ANNEXE E : Exemples d'activités infirmières classées selon les sous-cultures (Nadot, 2001) .....	153
ANNEXE F <sup>1</sup> : Questionnaire données sociodémographiques pour les infirmières .....	154
ANNEXE F <sup>2</sup> : Questionnaire données sociodémographiques pour les médecins .....	155
ANNEXE G : Grille d'observation .....	156
ANNEXE H : Grille de classification des documents consultés.....	157
ANNEXE I : Autorisation du comité d'éthique .....	158
ANNEXE J : Formulaire d'information et de consentement à l'intention des infirmières .....	159
ANNEXE K : Formulaire d'information et de consentement à l'intention des médecins .....	161
ANNEXE L : Grille d'analyse des pratiques.....	163

## INTRODUCTION

Les GMF constituent un nouveau mode de fonctionnement des médecins de famille dans la réorganisation des soins et des services en première ligne au Québec. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) désire ainsi pallier aux problèmes croissants d'accessibilité aux services médicaux et de première ligne, promouvoir la prise en charge globale des patients et assurer la continuité des soins (MSSS, 2002). Parallèlement à la restructuration, le Code des professions fut révisé et la Loi sur le champ d'exercice infirmier (OIIQ, 2001b) a été adaptée à cette nouvelle perspective.

Dans ce contexte, la création des GMF et les récentes dispositions de la Loi soulèvent de nombreux défis pour les infirmières et pour les médecins (OIIQ / FMOQ<sup>i</sup>, 2005). Par ailleurs, le changement culturel, professionnel et organisationnel amorcé (Jinchereau, 2004) ne se fait pas sans engendrer des questionnements dans les milieux de pratique. Certaines infirmières expriment des frustrations à la suite de leurs premières expériences dans les GMF, celles-ci se percevant restreintes à un rôle d'« exécutantes ». D'autres, bien au contraire, racontent y vivre de façon harmonieuse, un partage de responsabilités avec les médecins (propos recueillis en milieu de travail, 2002).

Le premier chapitre situe l'objet d'étude dans le contexte social actuel de réorganisation des soins et des services et plus spécifiquement dans le cadre de l'intégration des GMF dans le réseau de la santé en première ligne.

Le deuxième chapitre présente une recension des écrits empiriques pour ensuite aborder les éléments contextuels sur une base théorique. Par la suite, des écrits méthodologiques sont présentés. Nous terminons le second chapitre par la formulation du cadre de référence de l'étude sur l'activité infirmière. Ce cadre s'inspire du modèle théorique de Nadot (1992, 2001, 2002a, 2002b), qui est ancré dans l'histoire de la discipline des soins infirmiers (médiologie de la santé)<sup>ii</sup>.

---

<sup>i</sup> OIIQ désigne l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et FMOQ désigne la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

<sup>ii</sup> Ce terme désigne l'identité scientifique de la discipline professionnelle composée des théories et des pratiques de soins anciennement connues sous le vocable générique de « sciences infirmières »

Le troisième chapitre expose les méthodes de recherche utilisées notamment pour le recueil des données: l'observation structurée sur le terrain, l'entrevue semi-dirigée et la consultation documentaire.

Le quatrième chapitre concerne les résultats et se divise en deux parties, chacune d'elles se rapportant au GMF constitue l'étude de cas. Chaque partie comprend deux sections. La première section présente la structure organisationnelle et les caractéristiques des sujets de l'étude de cas (GMF privé ou GMF-CLSC<sup>1</sup>). Dans la seconde section, l'analyse et l'interprétation des données descriptives apportent une vision de l'activité infirmière ainsi que des bénéficiaires. De plus, les catégories d'activités ou de pratiques infirmières permettront de faire ressortir certaines caractéristiques du travail des infirmières en GMF et de déterminer si elles sont des généralistes ou des spécialistes.

Le chapitre cinq discute les résultats de l'étude. Ainsi, dans un contexte de première ligne et plus spécifiquement dans les GMF, l'infirmière, de par ses multiples fonctions, joue un rôle important d'« intermédiaire culturelle ». D'une part, nous décrivons les activités infirmières dans les deux GMF. D'autre part, certaines limites sont identifiées et quelques recommandations suivent. Enfin, une brève conclusion résume les faits saillants de l'étude et propose certaines pistes pour des recherches ultérieures.

---

<sup>1</sup> Le CLSC : Centre local de services communautaires

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

## 1.1. LE CONTEXTE

### Le fonctionnement des GMF

Le GMF se définit comme une organisation composée de 6 à 12 omnipraticiens, chacun ayant à sa charge de 1000 à 1800 patients inscrits. Afin de former les GMF, des médecins travaillant conjointement dans une clinique ou oeuvrant en solo se regroupent en unité de travail, à laquelle viennent se greffer deux infirmières rattachées à un centre de santé et de services sociaux (CSSS) (MSSS, 2002). Un GMF peut prendre de multiples formes. Il peut s'établir dans un CLSC, en clinique médicale privée, en regroupant des omnipraticiens travaillant aux deux endroits, et d'autres GMF peuvent être formés à partir d'unité de médecine familiale (UMF). Ainsi, plusieurs types se dessinent : GMF-CLSC, GMF-cabinet privé, GMF-UMF-CLSC, GMF-UMF. À titre d'exemple, dans la région de la Capitale-Nationale, en octobre 2006, il y a deux GMF-UMF dont l'un possède aussi la mission de CLSC, un GMF-CLSC et dix GMF dont les médecins proviennent de cabinets privés (MSSS, 2006). Ces multiples formes de regroupement des médecins de famille concèdent à chacun des GMF sa particularité en ce qui a trait à sa mission propre, aux offres de services et au mode de fonctionnement.

Le GMF est responsable d'assurer une réponse/référence pour les soins de santé de première ligne à des personnes avec rendez-vous et sans rendez-vous, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. L'adhésion des médecins à un GMF implique que ceux-ci conviennent entre eux d'une entente d'association portant notamment sur les diverses modalités de pratique en groupe soit 1) le partage des tâches et des responsabilités de la prise en charge et du suivi de leur clientèle, 2) le travail en approche interdisciplinaire, dossiers communs, réunions d'équipe, et 3) la possibilité de partager certains revenus (MSSS, 2002).

Le GMF détermine son offre de service, élabore ses protocoles et ses politiques internes, prend des décisions cliniques en plus d'assumer les responsabilités liées à son budget de fonctionnement (MSSS, 2002). L'affiliation avec le CSSS et l'ajout de services infirmiers rattachés au CLSC, offrent la possibilité aux médecins et à la population de bénéficier des connaissances et de l'expertise des infirmières issues du milieu communautaire tout en favorisant une approche globale des soins (Savard,

Gaucher, Rodrigue, Dubé & Villeneuve, 2005). Quant au développement et à l'évolution de la pratique infirmière, cette entente garantit les services infirmiers et un encadrement partagé (CSSS et GMF) du travail infirmier et des tâches déléguées aux infirmières tout en contribuant à l'harmonisation d'un nouveau rôle pour les infirmières en première ligne (OIIQ / FMOQ, 2005).

### L'implantation des GMF

Le rapport produit par le groupe de travail de l'OIIQ / FMOQ (2005) a permis d'analyser les activités de l'infirmière, celles du médecin omnipraticien de première ligne, et les activités partageables entre eux. Les auteurs de ce rapport indiquent notamment que la population connaît peu les GMF. D'autre part, les GMF se développent de façon très variable d'une région à l'autre. En effet, selon la répartition des GMF au Québec (Annexe A), on répertoriait, en décembre 2006, 117 GMF accrédités dans 15 des 18 régions sociosanitaires du territoire québécois (MSSS, 2006). Dans la région de Montréal, l'Agence de santé et de services sociaux (MSSS, 2006) proposait une alternative au GMF, soit le modèle clinique-réseau, mieux adapté à la réalité montréalaise pour accroître l'accessibilité à des services de sans rendez-vous sur des heures étendues et offrir des services radiologiques ou des prélèvements sanguins sur place ou à proximité (MSSS, 2006). Tout comme les GMF, ce modèle de clinique réseau favorise aussi la prise en charge d'une clientèle « orpheline » c'est-à-dire sans attache à un médecin de famille et vulnérable. L'adhésion au modèle GMF dans cette région a donc été modulée par les cliniques-réseaux. On compte tout de même 11 GMF dans la région montréalaise tandis que dans la région de la Capitale-Nationale, 14 GMF sont implantés. En Montérégie on en compte 19 alors qu'en Mauricie, il y en a 16. On remarque également l'absence de GMF dans les deux régions les plus au nord-ouest de la province. Le nombre de GMF croît toutefois à un rythme variable.

Il est plausible de mentionner que la nouvelle de l'implantation des GMF n'a pas été reçue avec grand enthousiasme comme en témoigne le sondage de Savard et al. (2005) réalisé à l'été 2004 auprès de 1 200 médecins omnipraticiens du Québec. Ce sondage visait à connaître leur opinion face à la transformation du réseau, aux conditions d'exercice et de rémunération, et à l'élargissement du rôle des infirmières. Près de la moitié des médecins visés (501) ont complété le questionnaire. Une série de questions

du sondage abordait la pratique en GMF. Sur la totalité des répondants, 16,4 % travaillent dans des GMF depuis les deux dernières années. Parmi les médecins omnipraticiens hors GMF, 71,2 % ne prévoient pas y adhérer dans les deux prochaines années. Les résultats du sondage de Savard et al. (2005) montrent que, vraisemblablement, l'adhésion à ce mode de pratique ne constituait pas la seule solution envisagée par les médecins de famille consultés.

Le MSSS a prévu un cadre d'évaluation pour soutenir et apprécier le degré d'implantation des GMF et en mesurer les effets (MSSS, 2002). Son évaluation porte sur trois axes : 1) le processus et le suivi liés à l'implantation des GMF, 2) le degré d'atteinte des objectifs fixés, et 3) les composantes ou les activités structurantes des GMF. Ainsi, les 20 premiers GMF de la phase initiale devaient faire partie de ce cadre d'évaluation flexible, adaptable et évolutif (MSSS, 2002). Des équipes de chercheurs apportent des données complémentaires pour la plupart convergentes sur l'implantation de cette nouvelle organisation dans différentes régions du Québec (D'Amour, Goudreau & Hudon, 2004; Trahan, Demers, Geneau, Guay, Bowen et al., 2005; Beaulieu, D'Amour, Denis, Goudreau & Millette, 2002; Beaulieu et al., 2006; Reinharz et al., 2006).

L'étude de Trahan et al. (2005) fournit des données sur la phase d'implantation de 13 GMF répartis dans 9 régions sociosanitaires. Les résultats préliminaires montrent de grands écarts au niveau du rythme et des modalités d'implantation. Les différentes variables de contexte liées à l'environnement (mission du GMF sur le territoire) et le leadership des individus en place expliquent ces différences, selon les auteurs du rapport.

Les résultats de l'étude de Beaulieu et al. (2006) à laquelle participèrent des patients, des professionnels et des gestionnaires de cinq GMF de la première vague d'implantation, montrent que le partage des responsabilités entre les médecins et les infirmières s'établit à certains degrés et selon des modalités variables à l'intérieur de chacun des GMF. Les résultats de cette étude ainsi que ceux de Trahan et al. (2005) de D'Amour, et al. (2004) et Reinharz et al. (2006) exposent trois éléments importants interreliés dont 1) le mode de fonctionnement, 2) la variabilité des rôles infirmiers, et 3) l'importance de développer un modèle de collaboration interprofessionnelle.

Ces éléments ressortent aussi des discussions entre les professionnels des GMF, comme le constate l'étudiante-chercheuse, infirmière dans un GMF-UMF.

Bref, avec l'implantation des GMF, le ministère prévoit améliorer les offres de services des médecins de famille et garantir une plus grande accessibilité à ces services en intégrant des infirmières à l'équipe médicale. La structure, telle que décrite, semble refléter une pratique idéale. Bien que les professionnels impliqués dans ce changement disent que ce sont les patients qui en bénéficieront le plus, la formule GMF suscite néanmoins des réflexions quant à la façon très variable d'adapter ce nouveau mode de fonctionnement à la réalité des différents milieux de pratique. Dans ce contexte, les infirmières sont sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF mais demeurent sous l'autorité administrative de la Direction des soins infirmiers du CSSS à laquelle elles sont rattachées (OIIQ / FMOQ, 2005). Il est intéressant d'examiner les influences structurelles qui tendent à délimiter les rôles et les fonctions des infirmières en GMF. La mise en place des GMF force donc le tandem infirmière / médecin à se redéfinir car certaines questions surgissent concernant le mode de fonctionnement et la nature des activités infirmières qui semble influencée en partie par le degré d'ouverture des médecins à vouloir développer un modèle de collaboration médecin- infirmière dans le GMF. La prochaine section en aborde quelques éléments.

## 1.2 PRÉOCCUPATIONS

À notre connaissance, les études réalisées jusqu'à maintenant, s'intéressent surtout aux aspects organisationnels plus généraux des GMF. À cette étape-ci du déploiement des GMF, la vision de la contribution de l'infirmière repose encore sur une perspective ministérielle et des gestionnaires, telle que rapportée par les équipes d'évaluation de l'implantation des GMF. En effet, la description des activités professionnelles des infirmières et des médecins proposée par le ministère pour l'accompagnement à l'implantation des GMF (MSSS, 2003) ne constitue qu'un guide et ne reflète peut-être pas la pratique. Vous retrouvez les types d'activités de l'infirmière et du médecin à l'Annexe B.



### Le mode de fonctionnement des GMF

Afin de clarifier l'activité infirmière, il est essentiel de décrire les pratiques actuelles des infirmières en GMF en considérant l'influence de la structure organisationnelle sur l'émergence de leur rôle. Dans cette perspective, le modèle théorique de Nadot (1992, 2001, 2002a) s'inscrit dans une réflexion contemporaine et ses travaux définissent l'activité infirmière comme étant une contribution à trois sous-cultures du système de santé soit 1) la sous-culture institutionnelle, 2) la sous-culture médico-légale et, 3) la sous-culture infirmière. Le rôle professionnel de l'infirmière que Nadot qualifie « d'intermédiaire-culturelle » est, par le fait même, influencé par les différentes structures du système de santé. Selon Nadot (2001), la culture médicale a largement influencé le mode de fonctionnement, la structure administrative et le mode de financement des médecins dans le système de santé. Il faut alors se demander comment et par quelles influences se développera la pratique infirmière en GMF?

Les travaux de Irvine, Sidani et McGillis Hall (1998) poursuivis par Sidani et Irvine (1999) appuient l'hypothèse que l'environnement dans lequel travaillent les infirmières détermine les fonctions assumées par ces dernières. D'autres études dont celle de D'Amour et al. (2004), présentée au 72<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS en mai 2004, soutiennent également que les paramètres organisationnels et professionnels sont susceptibles d'influencer le travail dans les GMF. Ces auteures soulignent que le contexte organisationnel comporte des risques pour les infirmières, employées par les CLSC, mais dépendantes des médecins pour l'exercice de leur pratique clinique. D'Amour et ses collaboratrices ne précisent pas la nature de ces risques mais il est plausible de penser que l'autorité médicale, finalement se substitue à l'autorité des CSSS et à celle du MSSS. Même si les infirmières estiment que le travail en GMF est une excellente opportunité de développer un partenariat, il est possible que cette structure hiérarchise à nouveau les rapports entre les infirmières et les médecins. À ce propos, voici ce que D'Amour (2001) affirmait dès l'annonce des GMF:

[...] cette orientation pourrait reproduire en soins de première ligne, une hiérarchie interprofessionnelle semblable à celle du milieu hospitalier où les médecins conservent toujours leur position structurellement dominante, et ceci, malgré l'avancement des connaissances qui définit un savoir propre aux professionnels [...] (p.137)

Tel que souligné précédemment, les GMF peuvent adopter, à partir de la liste des catégories d'activités proposées, différents modes de fonctionnement qui tiennent compte des particularités de chaque groupe, telles que: la situation géographique, le profil des patients, l'organisation des soins et la complémentarité des services avant la formation du GMF. Le mode de fonctionnement du GMF constitue donc une variable importante car la philosophie et la culture propres à chaque milieu auront possiblement une incidence sur la pratique clinique dans le GMF. Le sondage de Savard et al. (2005) corrobore ces dires et précise que le groupe d'appartenance et la mission du GMF influencent la position adoptée par les médecins concernant l'élargissement du rôle de l'infirmière. Ces résultats sont congruents avec les concepts théoriques élaborés par Sidani et Irvine (1999). Selon ces auteures, l'efficacité du rôle de l'infirmière est étroitement influencée par les variables structurelles et organisationnelles car celles-ci ont un impact sur les fonctions assumées par les infirmières.

Beaulieu et al. (2006) rapportent que la pratique des infirmières dans les GMF est tributaire des attentes des médecins. Il demeure que les médecins de pratique privée regroupés en GMF et ceux pratiquant en CLSC acceptent différemment un rôle élargi de l'infirmière. Des infirmières d'un CSSS par exemple, non titulaire d'un poste, constatent cette différence parce qu'elles remplacent occasionnellement dans l'une ou l'autre forme de GMF. Certaines mentionnent même ne plus vouloir travailler dans tel GMF parce qu'elles n'y voient aucune valeur ajoutée à leur pratique. Ces allégations sont corroborées dans l'étude de Beaulieu et de ses collaborateurs (2006).

Selon Trahan et al. (2005), trois scénarios de fonctionnement se dessinent dans les GMF faisant partie de leur étude. Ce sont 1) les tâches prioritairement axées sur le processus de pré-entrevue/triage (sans rendez-vous), b) les tâches mixtes (soutien au sans rendez-vous / et rendez-vous infirmiers) et, c) les tâches prioritairement axées sur le suivi des clientèles. Dans certains GMF, les médecins optent pour le premier scénario (volume important de sans- rendez-vous) alors que les infirmières souhaiteraient s'impliquer davantage dans les activités de suivi qui, selon leur perception, laissent place à plus d'autonomie professionnelle. Le groupe de travail de l'OIIQ / FMOQ (2005) constate toutefois que « limiter l'infirmière aux activités de triage et de suivi de résultats d'examen para-cliniques ne permet pas d'optimiser le modèle de collaboration

privilegié par le groupe de travail » (p.13). De ce point de vue, on perçoit une influence du modèle biomédical qui hiérarchise le problème.

Le modèle de « santé comme absence de maladie », basé sur une approche de soins ponctuels pour un individu qui consulte au moment où il est malade appuie la philosophie des soins ambulatoires (Haas, Hackbarth, Kavanagh & Valasses, 1995). Cette conception des soins ambulatoires s'oppose à celle d'un grand nombre d'infirmières et appuyée par Matte, Pelchat et Saint-Georges (2003) préconisant plutôt une approche globale pour promouvoir l'intérêt des GMF. Nous voyons là une dichotomie entre des cultures professionnelles et des valeurs personnelles.

Les travaux d'El Jardali (2003) concernant le rôle des infirmières en soins primaires soulignent certaines zones de résistance des médecins face au partage des tâches. Selon cette auteure, le principal obstacle se situe au niveau de la pratique infirmière autonome par rapport à la pratique interdépendante. De fait, l'organisation fonctionnelle et le contexte de soin dans les GMF doivent tenir compte du temps dépensé par l'infirmière pour réaliser les tâches. Comme le mentionne Bousfield (1997), le « temps pour les soins », le temps nécessaire au recueil de l'information ainsi que le temps nécessaire à la documentation revêtent une importance encore plus grande lorsque l'infirmière développe un nouveau rôle. Dallaire (2002) affirme qu'il faut dégager du temps afin que les infirmières puissent exercer leurs fonctions de soigner, d'éduquer, de collaborer, de coordonner et de superviser. À cette étape-ci du développement du modèle GMF, l'infirmière dispose-t-elle du temps et des ressources suffisantes pour établir un plan thérapeutique propre à sa discipline? (OIIQ, 2003a).

Dans le même ordre d'idées, Matte et al. (2003) du Groupe Coalition, Solidarité et travail rapportent que le mode de rémunération des médecins pourrait constituer un écueil important allant même jusqu'à mettre en doute l'efficacité de la recette GMF. Dans la formule des GMF, le Ministère introduit, de façon limitée, quelques aspects d'un modèle à capitation (MSSS, 2002). Des bonus sont accordés aux médecins pour la prise en charge de patients âgés ou la coordination des services mais la rémunération de base demeure majoritairement sous la forme d'un paiement à l'acte. Pringle, Levitt, Horsburgh, Wilson et Whittaker (2000) ainsi que D'Amour (2001) constatent que les modalités actuelles de rémunération des médecins vont à l'encontre d'une pratique

interdisciplinaire en collaboration dans les soins primaires. D'Amour (2001) rappelait « que les médecins se situent dans une logique entrepreneuriale de pratique privée » (p.136). À ce titre, on peut penser que les médecins sont encore encouragés à voir un maximum de patients de façon rapide et que pour le moment, certains médecins dans les GMF ne sont pas prêts à partager des responsabilités avec les infirmières pour un suivi conjoint dans des situations particulières. Pour eux, cela peut représenter une rémunération moindre.

Une telle analyse supporte donc l'hypothèse selon laquelle la nature des tâches qui seront dévolues aux infirmières dépendra de l'ouverture des médecins à un élargissement de leur rôle et peut-être aussi des modifications structurelles de la pratique médicale telle la rémunération. On peut aussi supposer que le leadership et l'autonomie concourraient à promouvoir un rôle complémentaire et non de substitution et que les infirmières dans les GMF contribueraient à faire la démonstration de tels rôles.

#### Le rôle de l'infirmière en GMF

La recherche exploratoire de Roy et Sylvain (2004) menée dans un groupe d'une région du Québec avant d'être en GMF, avait pour but d'explorer le rôle infirmier dans un contexte d'interdisciplinarité. Selon la perspective des infirmières, des médecins et des gestionnaires, les auteures dégagent une vision distincte mais complémentaire de la pratique infirmière en GMF. En effet, les auteures rapportent que la pratique des infirmières repose essentiellement sur les besoins de la personne soignée, sur l'évaluation de sa santé et de son environnement. Comme le précisent les auteures, cette recherche fut réalisée avant la mise en activité des GMF et les résultats se limitent aux perceptions. Il s'avère néanmoins intéressant de connaître la vision des professionnels déjà ensemble avant la constitution du GMF et pouvoir évaluer si le GMF favorise l'émergence de nouvelles pratiques.

Dans le même sens que les propos de Roy et Sylvain (2004) concernant le rôle infirmier autonome, Beaulieu et al. (2006) allèguent que la majorité des médecins ont une conception du rôle infirmier centré sur la clinique, encourageant le partage des responsabilités et des décisions ainsi que l'autonomie de chaque professionnel.

Dans l'étude de Savard et al. (2005), les médecins répondants acceptent un élargissement significatif du rôle de l'infirmière dans les activités de conseil, de coordination et de suivi. Dans une proportion de 89 %, les médecins répondants se disent en désaccord avec la prescription de médicaments par une infirmière. Par contre, l'opinion est partagée quant à l'évaluation par une infirmière de l'état de santé physique et mental d'une personne présentant des signes ou des symptômes de maladie. La perception des médecins face au rôle de l'infirmière en première ligne reflète, dans ces propos, un modèle omniprésent de l'infirmière « exécutante » même si le Collège des médecins du Québec (2005) prétend que l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* en 2003 offre une opportunité aux infirmières de développer un rôle autonome et complémentaire mais non de substitution.

Avec la nouvelle réglementation et selon les attentes exprimées lors de l'annonce des GMF, il est pertinent de se demander comment s'exercera la fonction « collaboration » ou interdépendante du rôle infirmier. Dans les faits, l'ensemble des catégories d'activités professionnelles proposées dans le guide d'accompagnement (MSSS, 2003) et que vous retrouvez en Annexe B segmente l'activité infirmière en juxtaposant les deux rôles dominants : le rôle prescrit et le rôle propre ou autonome. La Loi en vigueur depuis le 24 novembre 2005 (OIIQ / CMQ, 2006 ; OIIQ, 2003b), autorise l'infirmière à assumer de nouvelles activités (réservées jusqu'à maintenant aux médecins) en collaboration avec les médecins spécialistes en cardiologie, en néphrologie et en néonatalogie (OIIQ / CMQ, 2006). L'infirmière se substitue donc au médecin spécialiste dans certaines activités que celui-ci accepte de concéder. Et depuis juin 2006, le Québec ouvre la voie à la pratique infirmière spécialisée en première ligne comme champ de pratique avancée. Certains éléments doivent être considérés avant l'implantation dans les milieux tels la formation avancée de ces infirmières, leur rémunération, l'ouverture des médecins de famille des GMF à accueillir ces infirmières à la place de celles moins formées mais plus expérimentées. Les médecins y

voient-ils une menace de substitution de leurs rôles? Voilà autant d'éléments qu'il faudrait observer dans les GMF implantés.

Tels que soulignés par plusieurs (Dallaire, 2002; Sidani, Doran & Mitchell, 2004; Allen, 2004) et défendus par les milieux d'enseignement universitaire, la complexité accrue de la demande de services et la concrétisation de l'élargissement du rôle professionnel en première ligne requièrent des infirmières capables de s'adapter aux changements qui s'impliquent davantage dans les rôles dépendants et interdépendants ou de coordination, de collaboration tout en ne perdant pas de vue l'essentiel, la fonction soignante et d'éducation. Par ailleurs, même si les professionnels sont légalement habilités à exercer des activités, l'établissement ou l'organisation locale peut décider de leur réalisation ou en fixer les conditions d'application en fonction des besoins et du contexte propres au milieu (OIIQ, 2003a).

Lorsque le mode de fonctionnement répond en priorité et exclusivement aux besoins de la médecine, il est difficile de voir le rôle que les infirmières pourrait y exercer, sauf celui d'exécutante et de facilitatrice des soins médicaux offerts. Selon D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie et Remondin (2003), l'infirmière accomplit des tâches qui visent en partie à diminuer le fardeau des médecins. Pourtant, la structure actuelle du GMF préconise que les fonctions respectives et les activités partageables se précisent entre les infirmières et les médecins. Des études démontrent d'ailleurs que la complémentarité dans les rapports interprofessionnels améliore l'efficacité et l'efficience des services à la clientèle (D'Amour & Oandasan, 2004; D'Amour & Ferrada-Videla, 2005; D'Amour, Sicotte & Lévy, 1999).

Une recension des écrits provenant de la base de données Cochrane incluant les travaux de Laurant et al. (2006), Kinnersley et al. (2000), Venning, Durie, Roland, Roberts et Leese (2000) évaluent positivement l'impact de la substitution du médecin-infirmière dans les soins de santé primaire. Les résultats des processus de soins se répercutent dans l'utilisation des guides de pratiques par les praticiens et dans l'utilisation des ressources. Celles-ci sont évaluées par la fréquence et la longueur des consultations, les modalités de prescriptions, les tests et les investigations et les références à d'autres professionnels (Laurant et al. 2006).

Le Royaume-Uni a développé des modalités de services principalement offerts par des infirmières. Le *NHS direct* est un système de garde téléphonique 24 heures et les *NHS walk-in-centres*, des centres d'accès aux soins primaires ouverts 7 jours sur 7 et qui proposent un bilan réalisé par une infirmière. Ces changements favorisent selon Bourgueil, Marek et Mousques (2005), une plus grande autonomie infirmière. À plusieurs égards, il existe une certaine similitude entre les configurations d'organisations des services au Royaume-Uni et celles que le gouvernement québécois tente de développer actuellement avec les GMF et les cliniques réseaux. D'ailleurs, depuis plusieurs années, les infirmières en milieu hospitalier sont à l'avant scène avec le triage des personnes qui se présentent à l'urgence.

Il n'en demeure pas moins que le partage de certaines responsabilités médicales avec l'infirmière constitue une valeur ajoutée à la pratique médicale (Roy & Sylvain, 2004). Mais, à notre connaissance, aucune donnée d'observation sur le terrain n'est disponible actuellement pour décrire les activités des infirmières et percevoir les résultats de tels arrangements dans les GMF. Il est alors particulièrement intéressant de connaître à quels types d'activités l'infirmière en GMF consacre le plus de temps.

### 1.3 BUT DE L'ÉTUDE

Décrire les activités des infirmières dans les GMF afin de mieux cerner le rôle infirmier en émergence dans ces milieux cliniques.

### 1.4 QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Quelles sont les activités de l'infirmière oeuvrant dans le contexte des GMF?
2. Ces activités relèvent-elles d'un rôle de généraliste ou d'un rôle de pratique avancée ?

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS



Ce chapitre comprend quatre parties. La première partie jette un regard sur les écrits empiriques portant sur les enjeux de l'évolution des soins de santé et la place que pourrait occuper l'infirmière dans le contexte de la première ligne et plus spécifiquement dans les GMF. Par la suite, nous examinons des écrits théoriques pour mieux définir notre phénomène d'intérêt. Troisièmement nous recensons quelques écrits méthodologiques visant à quantifier et à qualifier la contribution des soins infirmiers au système de santé. Nous terminons ce chapitre par la présentation du cadre de référence. La recherche documentaire s'effectue principalement à l'aide de banques de données électroniques (Cinahl, Medline, Cochrane). Les mots-clés sont: contexte de GMF, soins de santé primaires et de première ligne (*primary care*), activités infirmière, rôle professionnel, pratique infirmière avancée (*nurse practitioner*) généraliste, spécialiste.

À notre connaissance, les données disponibles concernant le travail des infirmières en GMF sont limitées du fait de l'émergence récente de ce phénomène. Quoique la pratique GMF soit plus spécifique au Québec, cette pratique de soins apparaît sous une forme presque similaire dans une autre province canadienne, soit l'Ontario. Ainsi, le Gouvernement de l'Ontario (2006) a introduit une pratique en santé familiale: les *Family Health Networks* et les *Family Health Groups*. Néanmoins, les écrits laissent croire qu'il est possible de répondre au but de cette recherche en recensant des écrits qui proviennent de la littérature nationale et internationale.

## 2.1 LES ÉCRITS EMPIRIQUES

### Les soins de santé primaires: principes fondamentaux

En 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (1978) adoptait une approche axée sur les soins de santé primaires comme base de prestation efficace des services de santé. Cette approche est définie selon cinq principes fondamentaux qui sont 1) l'accessibilité à des services de santé sur une base continue et organisée, 2) la participation des personnes et des communautés aux prises de décisions concernant leurs propres soins de santé, 3) la promotion de la santé, 4) les compétences et les technologies appropriées et, 5) la collaboration intersectorielle (AIIC, 2003).

Selon la littérature, les soins de santé primaires aussi appelés soins de première ligne ne sont pas définis universellement et diffèrent grandement selon les pays. Starfield (1998) (cité par Trottier, Fournier, Diene & Contandriopoulos, 2003) définit les soins primaires comme suit:

[...] the delivery of first-contact medicine; the assumption of longitudinal responsibility for the patient regardless of the presence or absence of disease; and the integration of physical, psychological, and social aspects of health to the limits of the capability of the health personnel (Trottier et al., 2003, p.14)

D'autres auteurs dont Lamarche, Beaulieu et al. (2003) partagent aussi l'idée que les services de première ligne ou de premier niveau doivent être accessibles à tous et répondre à ces principes.

Haggerty et al. (2004) définissent l'accessibilité comme étant la facilité avec laquelle une personne établit ou entretient un contact avec un fournisseur de soins. La notion de « continuité des soins est le degré auquel les soins sont perçus par le patient comme étant cohérents, reliés et conformes à ses besoins médicaux et à sa situation personnelle » (p.2). Dans le cas des soins de première ligne, il est tout aussi important que les patients puissent compter sur un fournisseur de soins qui connaît leur situation personnelle et qui prend charge de coordonner ces soins avec ceux d'autres fournisseurs, si nécessaire, ce qu'Haggerty et al. (2004) appellent la continuité de coordination.

La partie qui suit aborde brièvement l'historique des CLSC, identifiés comme une approche de soins de première ligne et son implantation dans le système de santé québécois.

#### Les CLSC : une structure diversifiée

Les CLSC créés au Québec dans les années 1970, devaient constituer la porte d'entrée du système de santé en ayant comme philosophie l'approche de soins de santé primaires (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004). Selon Trottier et al. (2003)

l'implantation des CLSC fut longue et ardue, en partie à cause de l'impopularité pour des médecins à venir travailler dans ces milieux novateurs. Les statistiques démontrent que les services médicaux généraux variaient beaucoup d'un CLSC à l'autre et selon les régions sociodémographiques. À partir d'un sondage national réalisé par le Collège des médecins de famille du Canada (SNM) (2006), auprès des médecins en 2004, le Québec dénombre 7 968 médecins de famille. Les données recueillies auprès des 2 273 médecins soit 28,5 % ayant répondu au sondage révèlent que 58,5 % travaillent en cabinet privé alors que seulement 24,8 % exercent leur profession en CLSC.

L'étude de Haggerty et al. (2004) révèle également que les CLSC sont plus ou moins organisés sur le plan des effectifs médicaux pour satisfaire aux besoins de la clientèle. Ainsi, à partir d'un échantillonnage composé de 100 cliniques de soins de première ligne (CLSC et cliniques privées), les résultats montrent qu'en moyenne, 15 % des CLSC n'offraient pas de soins médicaux généraux.

Selon les données recensées par l'OIIQ (2006), 64 510 infirmières composent la population active au Québec. Les statistiques révèlent que la majorité des infirmières (85,9 %) exercent leur profession dans le secteur public. La plupart d'entre elles travaillent dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Ainsi, dans le secteur public, un peu plus de la moitié (54,1 %) des infirmières travaillent dans un CSSS. Par ailleurs, 17 097 infirmières (30,9 %) oeuvrent dans un centre universitaire alors que 3 496 (6,3 %) de celles-ci sont dans un centre hospitalier. Selon les statistiques de l'OIIQ, un petit nombre d'infirmières travaillent dans les autres sphères du domaine de la santé, de l'éducation et d'autres secteurs. Ainsi, 8,2 % des infirmières oeuvrent dans le réseau privé, 3,5 % sont dans le secteur de l'éducation et 2,4 % dans les autres secteurs (OIIQ, 2006).

Les infirmières du secteur privé peuvent exercer dans des domaines d'activités telles les cliniques médicales, les cliniques de chirurgie esthétique, en pharmacie communautaire ou dans le secteur des compagnies d'assurances. Toutefois, peu d'études documentent le travail des infirmières dans le privé. L'activité infirmière dans ce secteur d'activités semble davantage s'articuler autour d'une fonction d'auxiliaire du médecin, celle-ci étant rémunérée par les médecins.

### La coordination des soins de la première ligne

L'étude de Haggerty et al. (2004) porte sur le degré d'accessibilité, de continuité et de coordination des soins de première ligne en 2002, au moment où le Québec se préparait à réorganiser le système de soins. Les chercheurs souhaitaient décrire initialement les expériences vécues par les patients et les médecins, avant ces réformes majeures. Cent cliniques communautaires et privées de soins de première ligne dans des régions urbaines, rurales et éloignées du Québec participèrent à l'étude. Au total 3 441 patients et 221 médecins ont collaboré à l'étude. Haggerty et ses collaborateurs étudièrent des variables organisationnelles telles (a) la structure de la pratique dont le lieu, le type de pratique, l'organisation des services, l'accès aux autres professionnels, (b) la gestion, et (c) la culture de la pratique qui inclut la vision globale, la philosophie et les objectifs de la clinique. Les auteurs concluent que la grande majorité des médecins optent pour les rendez-vous de suivi de la clientèle, la prise en charge et la prévention qui y est associée au détriment de l'accessibilité de premier contact avec les sans- rendez-vous. Par contre, les résultats n'examinent pas l'activité infirmière en première ligne. En outre, les auteurs constatent que la présence d'une infirmière sur place pourrait accroître l'accessibilité à des soins de prévention et de promotion de la santé de façon plus étendue. En somme, selon les auteurs de cette étude, les caractéristiques fondamentales des GMF consolideraient la continuité relationnelle des soins et des services tout en améliorant l'accessibilité et la coordination (Haggerty et al., 2004).

### La contribution des infirmières en première ligne

Selon la revue systématique menée par Laurant et al. (2006), sept études mentionnent que les infirmières assurent le premier contact et les soins courants des patients qui consultent. Dans cinq études, les infirmières sont contactées en premier uniquement par les patients désirant une consultation sans- rendez-vous dans un délai court. Dans quatre études, les infirmières ont pris la responsabilité du suivi courant pour des patients avec des maladies chroniques particulières. Dans toutes ces études répertoriées, Laurant et ses collaborateurs (2006) ne décèlent pas de différence entre les médecins et les infirmières aussi bien en termes de résultats que des processus de soins ou d'utilisation des ressources. Malgré certaines limites méthodologiques et le suivi des patients sur une

courte période d'un an, Laurant et al. (2006) concluent qu'un consensus international se dégage de cette substitution médecin-infirmière. En effet, dans un même environnement, les infirmières formées de façon appropriée peuvent délivrer des soins d'aussi bonne qualité que les médecins et obtenir des résultats de soins équivalents.

Rappelons que les GMF ont été créés en 2002 afin d'accroître d'une part, l'accessibilité aux médecins de famille et d'autre part, l'assurance d'un meilleur suivi de la clientèle souffrant de maladies chroniques. Ils sont composés d'une dizaine de médecins provenant de cabinets médicaux privés et de CLSC qui pratiquent ensemble en collaboration avec des infirmières cliniciennes / praticiennes qui relèvent administrativement du CLSC (MSSS, 2002). Ces équipes sont responsables d'une clientèle d'environ 1 500 patients par médecin, fidélisés par une inscription. Les GMF offrent une gamme de services médicaux de première ligne couvrant les aspects préventifs, curatifs et de réadaptation (MSSS, 2002).

Les données évaluatives disponibles à ce jour (Trahan et al. 2005; Beaulieu et al. 2006) concernant les premiers GMF confirment que le type de GMF influence l'offre de services et incidemment les modes de fonctionnement et le partage des tâches. L'intégration des infirmières dans les GMF, selon le MSSS (2002) vise à favoriser une plus grande complémentarité des services. D'après OIIQ / FMOQ (2005), « le rôle de l'infirmière en GMF évoluera pendant plusieurs années et les changements de pratique sont et seront majeurs tout en demeurant variables d'un GMF à l'autre » (p.7).

Allen (2004) examina plusieurs recherches en soins infirmiers publiées entre 1993 et 2003. Selon sa recension des études ethnographiques récentes sur le travail des infirmières, l'auteure constate que le rôle de médiatrice dans le système de santé est dorénavant au cœur de la contribution de l'infirmière. Comme le mentionnent plusieurs auteurs (Nadot, 2001, 2002a; Dallaire, 2002; Allen, 2004) l'infirmière gère et négocie de multiples agendas et de plus en plus, elle coordonne le travail des autres et joue le rôle de médiatrice.

Un autre élément, rapporté par Allen (2004), concerne l'ensemble des activités que les infirmières doivent accomplir pour « garder le service en bon état ». Le travail se structure de plus en plus selon une catégorisation de patients plutôt que sur la personne.

Selon Allen (2004), les infirmières doivent dorénavant revoir leurs relations et leur rôle face au système de santé en constituant un *contexte de soin* (traduction libre, p.279).

Le développement des rôles infirmiers autour de l'activité de triage ou de premier contact démontre bien l'importance accordée à une bonne gestion de la circulation des patients, exercée le plus souvent par l'infirmière dans le service de soins. À propos du triage, l'OIIQ (2007) établit que :

[...] les infirmières sont à même de contribuer de façon significative à l'amélioration de la continuité et de la qualité des soins offerts aux usagers, par l'instauration d'un triage efficace et une meilleure prise en charge des usagers à leur arrivée et au cours de leur suivi à toutes les étapes d'utilisation des services d'urgence et des autres services du centre hospitalier. Cette perspective systématique et globale vise à assurer un meilleur service à la clientèle, une distribution plus efficace des ressources, une collaboration optimale entre les infirmières, les médecins et les autres professionnels, une amélioration continue de la qualité des soins ainsi qu'une diminution des délais d'attente, de la durée de séjour et des coûts[...] (Extrait sur le site de l'OIIQ, 2007, consulté le 21 septembre 2007).

Les activités de triage ont dû se structurer hors des hôpitaux en même temps que se développèrent les services ambulatoires dans les CSSS (CLSC). Les infirmières accueillent maintenant en sans rendez-vous des personnes ayant de multiples problématiques de santé. Selon l'OIIQ (2007), la fonction de triage nécessite de plus en plus des compétences élevées en ce qui a trait à la pratique, à la gestion, à la formation et à la recherche. Ce phénomène requiert un niveau d'expertise et de connaissances variées des infirmières à la fois pour l'accueil, la prise de décision et l'orientation. Dans ce contexte, les infirmières en GMF peuvent faire des activités de triage ou de préentrevue. Le rapport du groupe de travail OIIQ / FMOQ (2005) énumère un ensemble de fonctions attribuées aux infirmières en première ligne.

Le groupe de travail distingue les fonctions des infirmières dans les programmes de services courants en CLSC, celles que se voient attribuer les infirmières en GMF, au soutien à domicile et à Info-Santé. Le tableau 2.1 rapporte plus spécifiquement les fonctions particulières aux infirmières des services courants parallèlement à celles que les infirmières développent actuellement dans certains GMF.

**Tableau 2.1** Les fonctions de l'infirmière aux services courants et en GMF selon le groupe de travail OIIQ / FMOQ (2005)

Infirmière aux services courants du CLSC	Infirmière GMF
<p><u>Accueil incluant:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dépistage des clientèles à risque</li> <li>2. Évaluation des problèmes de santé courants</li> <li>3. Initiation des traitements tels administration de médicaments d'urgence ou faire des soins de plaies</li> <li>4. Les interventions en urgence psychosociales</li> </ol> <p><u>Suivi incluant :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suivi des patients sous thérapies médicamenteuses</li> <li>2. Activités de prévention et de promotion telle la vaccination</li> <li>3. Soins de santé liés à la contraception et aux infections transmissibles sexuellement et par le sang</li> <li>4. Les activités de liaison</li> </ol>	<p><u>Accueil incluant :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Triage ou pré-entrevue des problèmes de santé courants dans les cliniques médicales de sans rendez-vous</li> </ol> <p><u>Suivi incluant :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suivi <i>conjoint</i> avec le médecin des patients atteints de maladies chroniques. Ce suivi inclut : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le dépistage des clientèles à risque</li> <li>• L'évaluation de la condition physique et mentale et l'analyse des facteurs de risque</li> <li>• L'initiation des mesures diagnostiques selon une ordonnance collective lors du bilan initial ou lors du suivi</li> <li>• L'enseignement à la clientèle</li> <li>• Suivi clinique des patients sous traitement médicamenteux incluant l'ajustement de la médication</li> <li>• Suivi téléphonique : relance et transmission de résultats d'investigation</li> </ul> </li> <li>2. Activités de prévention et de promotion telles la vaccination</li> <li>3. Activités de liaison et /ou inscription de la clientèle instable ou en perte d'autonomie au Services 24/7</li> <li>4. Suivi de la clientèle en périnatalité</li> </ol>

Tiré du Rapport du Groupe de travail OIIQ / FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables (OIIQ / FMOQ, 2005, p.11-14)

Ainsi l'infirmière dans les services courants peut (a) dépister des clientèles à risque, (b) évaluer des problèmes de santé courants, (c) initier des traitements lors de situations d'urgence ou bien, (d) faire des soins de plaies. Elle exerce aussi des activités autonomes ou par protocoles liées à la vaccination, à la contraception. Quant aux fonctions de l'infirmière en GMF, le groupe de travail préconise deux types d'activité

pour répondre au volet accessibilité et au volet continuité des services à la clientèle du GMF. Une partie des activités de l'infirmière concerne le suivi conjoint avec le médecin de la clientèle souffrant de maladies chroniques telles le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque. La seconde partie englobe les activités de triage ou de préentrevue. Il n'en demeure pas moins que les activités infirmières se sont considérablement modifiées dans les centres offrant des services médicaux de sans rendez-vous en première ligne.

En outre, plusieurs infirmières considèrent que la fonction de triage en première ligne, que ce soit lors d'une intervention téléphonique ou lorsque la personne se présente, devrait conserver son caractère éducatif tout en étant une d'accueil, d'évaluation et d'orientation. Hormis toute situation urgente et selon le jugement clinique de l'infirmière, celle-ci devrait avoir la possibilité d'offrir des conseils préventifs, suite à la démarche de soins, nécessitant une qualité d'écoute et d'empathie (Dallaire, 2002). Voici la position de l'OIIQ (2007) à ce sujet:

Malgré le caractère épisodique des soins dans les services d'urgence, la brièveté de l'intervention infirmière-usager-famille et l'atmosphère stressante imputable à la situation, l'infirmière au triage dispense des soins individualisés, efficaces, de qualité et se situant dans une perspective de promotion de la santé (Extrait sur le site de l'OIIQ, 2007, consulté le 21 septembre 2007).

À cet égard, Williams et Sibbald (1999) soutiennent que, dans la réalité et selon une perspective infirmière, des frontières professionnelles inflexibles peuvent freiner la production de soins basés sur les besoins du patient.

En lien avec ce propos, Chambliss (1997) (cité par Allen, 2004) note la difficulté des infirmières dans leur rôle de médiation, de devoir parfois réconcilier des demandes contraires, par exemple, celles des médecins et le besoin des patients et ses proches, celles aussi se rapportant à la bureaucratie du milieu de pratique confrontées à ses propres limites physiques ou émotionnelles.

Ceci nous amène à explorer un des éléments importants des fonctions de l'infirmière, soit l'autonomie. Cet aspect est d'autant important en contexte de GMF du fait que les



infirmières sont peu nombreuses dans chacun des milieux. Selon Beaulieu et al. (2006) cette structure organisationnelle peut tout de même favoriser une pratique professionnelle autonome. Kelly et Joël (1995) (cité par Goulet, 1999) ainsi que Scott, Sochalski et Aiken (1999) distinguent deux dimensions à l'autonomie.

La première concerne l'autonomie liée au contenu du travail et se rapporte aux choix des stratégies d'intervention et des moyens techniques utilisés par les infirmières pour traiter un problème (Kelly et Joël, 1995, cité par Goulet, 1999). La deuxième dimension concerne l'autonomie organisationnelle et se situe au niveau du contexte de travail. L'autonomie de contexte ou organisationnelle caractérise l'environnement où les infirmières contribuent aux prises de décisions organisationnelles (Scott et al., 1999). Ainsi, comme le mentionne Goulet (1999), l'autonomie de contexte permet à l'infirmière, par exemple dans une situation donnée, de décider quand elle doit faire appel à un autre professionnel.

En regard à l'autonomie de contexte, certains facteurs liés à l'environnement peuvent restreindre les pratiques dont les prises de décisions sont indépendantes et interdépendantes (McCormack et al., 2002 ; McDermott, Laschinger & Shamian, 1996; Breda et al., 1997). L'administration autocratique, les médecins et la charge de travail sont perçus par Mrayyan (2004) comme étant des facteurs contraignants. À ce propos, Willis (1989), (cité par Nancarrow & Borthwick, 2005) décrit quatre approches adoptées par les médecins pour maintenir leur dominance professionnelle envers les autres disciplines de la santé. Ces approches sont 1) la subordination des autres, 2) la restriction des frontières des autres travailleurs, 3) l'exclusion en limitant l'accessibilité à la légalisation, et 4) l'intégration du travail de d'autres disciplines dans la pratique médicale. Toutefois comme le mentionnent Nancarrow et Borthwick (2005), la hiérarchisation tend à diminuer lorsque les professionnels conservent suffisamment de contrôle sur leur propre rôle pour offrir des services diversifiés et spécifiques.

Plusieurs études reconnaissent l'influence positive de la contribution des infirmières dans la gestion d'un environnement de travail favorable à l'accroissement de la qualité des soins donnés aux patients (Udod & Care, 2006; Dallaire & Bujold, 2005; Kramer & Schmalenberg, 2004; Blegen, 1993; Robertson & Cummings, 1991). Dallaire et Bujold (2005) exposèrent au comité de planification stratégique du Centre de formation et

expertise en recherche et en administration des services infirmiers (FERASI) une analyse de la littérature récente qui a trait à l'organisation des soins infirmiers, à la main-d'oeuvre et aux politiques relatives à la gestion des services infirmiers. Selon ces auteurs, des études montrent le rôle essentiel des leaders infirmiers dans la promotion de l'autonomie des infirmières (Mrayyan, 2004, cité dans Dallaire & Bujold, 2005).

Udod et Care (2006) examinèrent la pratique infirmière basée sur des données probantes. Les auteurs définissent cette pratique : « un processus interactif continu exploitant de façon explicite, consciencieuse et judicieuse les meilleures données probantes disponibles en matière de services » (p.2, traduction libre). Selon Udod et Care (2006), les gestionnaires doivent encourager la pratique fondée sur les données probantes dans le domaine infirmier. Elles accroissent la crédibilité des infirmières et valorisent leur statut professionnel par le partage des responsabilités et des prises de décisions dans l'équipe.

Goulet (1999, 2002a, 2002b), Schutzenhofer et Musser (1994, ainsi que Kramer et Schmalenberg (1993) mettent en évidence l'impact significatif des connaissances scientifiques, personnelles, professionnelles ou expérientielles sur l'autonomie de la pratique à un niveau supérieur. La prochaine section aborde les niveaux de pratique. La clarification des termes *généraliste*, *spécialiste* et *pratique infirmière avancée* (PIA) apporte un éclairage sur l'exploration du niveau de la pratique infirmière dans les GMF. Ces distinctions serviront à analyser les activités infirmières observées dans le cadre de l'étude.

#### Les infirmières en GMF : généraliste ou spécialiste ?

Dans un premier temps, il est important de distinguer les termes : généraliste, spécialiste et PIA, car il persiste un manque d'uniformité dans la définition de ces termes et une confusion dans la pratique (Elsom, Happell & Manias, 2006). D'entrée de jeu, le Québec reconnaît deux voies d'accès à la profession soit 1) une formation collégiale et technique, et 2) une formation au premier cycle de l'enseignement universitaire (Goulet, 1999). Selon Lambert (1993), les orientations gouvernementales de 1981 concernant la formation des infirmières québécoises, qualifiaient de « généraliste » l'infirmière

diplômée du collégial. Le cadre théorique du programme de formation collégiale situait la pratique selon trois finalités a) l'acquisition des connaissances et des compétences propres à la mission sociale des soins, b) l'acquisition du sentiment d'autonomie professionnelle, et c) une formation fondamentale permettant d'exercer la profession (Lambert, 1993). Quant à la formation de niveau universitaire, Goulet (1999) mentionne que l'expertise professionnelle s'appuie sur une formation axée sur l'acquisition d'un savoir exclusif à une discipline et « ces habiletés s'acquièrent au premier cycle universitaire...» (p146). Le volet fondamental du programme universitaire vise une meilleure connaissance des principes de la logique et ces acquis aident à structurer le raisonnement clinique (Goulet, 2002 b).

En fait, les programmes de formation collégiale et de premier cycle universitaire se situent à un niveau général de base permettant le développement d'habiletés techniques et de compétences. La formation initiale vise aussi l'acquisition de connaissances variées en lien avec la promotion de la santé, la réduction des risques, la prévention de la maladie et la gestion des problèmes de santé et de maladie.

Hooper (2006) partage la vision de Beverly Malone, une ancienne présidente de l'Association américaine des infirmières selon laquelle il existe cinq rôles principaux communs à toutes les infirmières et ce, sans égard à la spécialité ou au niveau de formation. Selon elle, a) la pratique clinique, b) l'éducation, c) la recherche, d) la consultation, et e) l'administration constituent le fondement de toutes les pratiques infirmières. La généraliste exerce un rôle de « pourvoyeur » de soins directs et indirects et peut aussi exercer un rôle de gestion et de coordination.

Au Québec, la Loi régissant la pratique de la généraliste lui permet par exemple d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne et surveiller les symptômes cliniques. Elle lui permet de plus, d'initier des mesures diagnostiques, d'effectuer des examens, d'administrer et d'ajuster des médicaments selon une ordonnance. Vous retrouvez dans l'Annexe C, la liste des 14 activités réservées aux infirmières, celles relevant de son rôle propre et celles initiées selon une prescription médicale (OIIQ, 2003b). L'infirmière détentrice d'un baccalauréat porte le titre d'*infirmière clinicienne* depuis la dernière convention collective négociée entre le gouvernement du Québec et les infirmières et signée en décembre 2006.

La deuxième notion concerne la *spécialisation*. Cette notion est souvent ambiguë et il importe de la distinguer de la pratique avancée. Comme le rapporte Goulet (1999), « pour plusieurs, la spécialisation infirmière signifie un approfondissement du savoir et l'acquisition d'habiletés propres à des secteurs de la discipline infirmière [...] » (p.147). Selon l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada (AIIC, 2002b), l'infirmière spécialisée oriente sa pratique selon certaines spécificités telles l'âge du patient, divers secteurs pour ne nommer que la pédopsychiatrie et la périnatalité. L'infirmière peut aussi se spécialiser dans un type de problème de santé ou pour un groupe particulier déterminé selon le diagnostic médical ou bien dans un environnement de travail particulier.

Dans ce sens, il serait logique de qualifier de « généraliste » l'infirmière travaillant dans une clinique de médecine familiale donc généraliste en première ligne au même titre qu'une infirmière généraliste en psychiatrie ou en cardiologie. Hors un bon nombre d'infirmières ont développé des habiletés dans un domaine particulier d'activités à travers des expériences et la formation continue. Elles sont devenues au fil des ans, des « spécialistes » dans un domaine des soins infirmiers, mais cela ne veut pas dire qu'elles exercent des rôles de PIA. À ce sujet l'AIIC (2005) fait une distinction entre les deux épithètes « *expert* » et « *spécialisé* » que les gens confondent avec la PIA :

La pratique experte peut se faire à tous les niveaux de la pratique infirmière, allant de la pratique de base à la pratique avancée. On pourrait classer la pratique des infirmières sur une échelle continue allant de novice à experte mais une infirmière peut être spécialisée ou non dans son champ d'exercice. Les pratiques experte et spécialisée ne correspondent pas à la pratique avancée, même si une infirmière en pratique avancée est considérée à la fois experte et spécialisée » (p.4).

Bourgueil et al. (2005) mentionnent qu'une spécialisation ne débouche pas nécessairement sur un niveau universitaire supérieur et ne permet pas nécessairement la réalisation d'actes médicaux supplémentaires.

Selon l'ANA (1995) (cité par Hamric, 2000), la PIA inclut la spécialisation mais englobe aussi le *développement* et l'*avancement*. Le développement (expansion) réfère à l'acquisition de nouvelles connaissances et d'habiletés pratiques incluant celles qui réglementent la pratique et les rôles autonomes dans des domaines de pratique en

chevauchement des frontières traditionnelles de la pratique médicale (ANA, 1995). D'après Daly et Carnwell (2003), la notion de rôle étendu renvoie à l'introduction d'habiletés particulières ou de responsabilités dans la pratique non associées normalement au rôle de l'infirmière, mais qui relèvent plutôt de la pratique médicale. L'avancement (advancement) implique une spécialisation et un développement et est caractérisé par l'intégration d'un niveau élevé de connaissances théoriques, basées sur la recherche et la pratique, Ces prérequis se trouvent dans une formation graduée en soins infirmiers. Hamric (2000) propose une définition conceptuelle de la pratique avancée:

Advanced nursing practice is the application of an expanded range of practical, theoretical, and research-based therapeutics to phenomena experienced by patients within a specialized clinical area of the larger discipline of nursing » (p.57).

Hamric (2000) fait ainsi ressortir trois concepts-clés de la pratique avancée. Le premier concerne le niveau de formation (maîtrise ou doctorat), avec une concentration dans une spécialité. Deuxièmement, l'infirmière doit obtenir la certification de pratique dans la spécialité et troisièmement, sa pratique doit s'orienter vers les patients et leurs familles. Hamric mentionne toutefois que ces trois premiers critères ne suffisent pas pour définir la PIA. Selon cette auteure, la PIA exige des compétences dont la principale a trait à la pratique clinique directe dans une perspective holistique prônant la participation des patients. Les interventions doivent être basées sur le jugement clinique et des guides de pratiques appuyés sur la recherche et des approches variées (Hamric, 2000).

La PIA s'exerce par des infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) et des infirmières praticiennes (IP) ayant une formation universitaire de deuxième cycle. L'ICS, aussi appelée conseillère en soins spécialisés, agit dans le domaine des soins auprès de personnes ayant des problèmes de santé spécifiques (OIIQ, 2003b). Elle contribue également à la conception et au développement de nouvelles pratiques basées sur des données probantes dans une spécialisation clinique (AIIIC, 2003). Le rôle de l'ICS comporte cinq domaines interdépendants : pratique, consultation, éducation, recherche et leadership (AIIIC, 2003). L'équilibre entre les domaines varie selon les besoins des clients et des infirmières, ainsi que selon le milieu de soins. La réalité au Québec fait en sorte que peu d'ICS ont effectivement une pratique clinique. Elles sont surtout en appui aux infirmières.

La nouvelle loi (*Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. 1-8) a permis de créer un ajout, (art. 36.1) qui décrit le cadre de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) au Québec (OIIQ, 2003a, 2003b; OIIQ/FMOQ, 2005). Celle-ci autorise l'infirmière à diagnostiquer les états de santé, utiliser des tests de laboratoire et de diagnostic, prescrire des traitements et des médicaments et prendre en charge les affections aiguës et chroniques. Pour pouvoir exercer ces activités additionnelles, l'infirmière praticienne spécialisée doit remplir les deux conditions suivantes :1) être titulaire d'un certificat de spécialiste délivré à des conditions déterminées par règlement de l'OIIQ et, 2) être habilitée à exercer les activités médicales mentionnées précédemment en vertu d'un règlement du Collège des médecins du Québec (CMQ) (OIIQ/FMOQ, 2005). L'IP exerce actuellement au Québec, dans les secteurs de la néonatalogie, la néphrologie et la cardiologie. La praticienne spécialisée en première ligne est en voie de s'introduire également.

En somme, la loi 90 dont certaines dispositions générales, en vigueur depuis le 30 janvier 2003, régulent des pratiques déjà en place dans certains milieux. Elle réaffirme que chaque profession possède des activités cliniques réservées et ouvre la voie au développement de nouveaux modèles de collaboration. Ainsi, dans le domaine des soins infirmiers, les infirmières généralistes et les infirmières de pratique avancée ont des domaines de pratique en chevauchement et peuvent exercer des fonctions analogues telles : l'évaluation des patients, la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, les traitements, la formation et le counselling. D'autres fonctions comme la coordination des soins, la surveillance, la gestion des services et la recherche entrent aussi dans leur champ d'exercice (OIIQ, 2003b).

### Les changements perçus

De nombreuses études empiriques confirment qu'il existe, depuis un certain temps, un courant de spécialisation dans le domaine des soins (Cotton, 1997). Nancarrow et Borthwick (2005) ainsi que Hooper (2006) mentionnent que la main-d'œuvre dans les soins et les services de santé vit des changements importants liés aux rôles intra et interdisciplinaires. Nancarrow et Borthwick (2005) parlent alors d'un mouvement de diversification, de spécialisation, et de substitution verticale et horizontale dans les

soins. La diversification et la spécialisation touchent l'expansion des frontières professionnelles à l'intérieur de la discipline. La diversification peut être sous la forme de nouveaux milieux pour donner les services, de nouvelles façons de faire, une nouvelle philosophie de soins ou bien de nouvelles technologies (Nancarrow & Borthwick, 2005). La spécialisation est définie comme l'adoption d'un niveau d'expertise (Dallaire, 2002), dans une discipline spécifique par un groupe de la profession, ayant un titre et généralement une formation ou un entraînement spécifique (Nancarrow & Borthwick, 2005). La substitution verticale et horizontale est davantage un mouvement de la discipline à l'extérieur des zones traditionnelles pour des tâches normalement exécutées par d'autres professionnels.

En lien avec l'énoncé des critères essentiels à la pratique de niveau avancé, il ressort que la PIA se développe à travers ce mouvement. L'AIIIC (2004) (cité par Hanson & Hamric, 2003) indique que cette pratique évolue selon trois stades. Le premier stade concerne la « spécialisation clinique » où le personnel infirmier conçoit des pratiques spécialisées pour la prise en charge de certains besoins de santé spécifiques tels que l'oncologie, la cardiologie ou la santé mentale. Le deuxième stade, la « formation organisée dans ces spécialités » se caractérise par la création de programmes de formation qui permettent aux infirmières d'acquérir les compétences nécessaires à la prestation des services spécialisés. Enfin, le stade de la « normalisation » et de « l'apparition de programmes d'études supérieures » se caractérise par la réglementation et des programmes de formation améliorés garantissant la compétence d'une pratique spécialisée et de plus en plus complexe.

Des études montrent que les différences entre la spécialiste et l'infirmière praticienne sont davantage liées aux milieux cliniques plutôt qu'à la formation (Stark, 2006). En effet, selon certains auteurs (De Grasse & Nicklin, 2001; Dunn & Nicklin, 1995), le milieu où s'exercent les rôles relevant de la pratique infirmière avancée influence et façonne l'évolution de ces rôles. L'AIIIC (1997) constate que la pénurie de médecins ou la volonté de les remplacer par des services moins coûteux ont contribué à l'éclosion rapide des postes d'infirmières praticiennes au Canada. Les associations d'infirmières tant canadienne que provinciales sont d'avis que le rôle de l'infirmière praticienne contribue grandement à améliorer certains des problèmes affectant actuellement les soins de santé, comme l'accessibilité, l'offre et la coordination des services ainsi que

l'obtention de meilleurs résultats pour la santé de ceux qui reçoivent ces services. D'ailleurs, Gyslaine Desrosiers (2006) affirmait lors de sa présentation au Congrès mondial de SIDIIEF (Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone) en mai 2006 que «...la pierre angulaire de la stratégie est d'abord de positionner la profession comme une « solution aux problèmes du système de santé et aux besoins de la population ».

Bourgueil et al. (2005) ont examiné les politiques menées dans six pays européens et au Canada dans le cadre de l'organisation des soins primaires et de la pratique en collaboration avec des infirmières. D'une part, ils documentent des modalités de pratique où les médecins généralistes exercent majoritairement en cabinets individuels (France, Allemagne, Italie, Canada) et d'autre part, une pratique de groupe majoritairement axée sur la coopération (Suède, Finlande, Royaume-Uni). Les infirmières sont des acteurs actifs dans ces groupes.

Quelques recherches empiriques effectuées dans des provinces canadiennes, aux États-Unis et en Europe, ont montré des résultats probants en ce qui a trait à la pratique avancée dans les soins primaires. Ainsi, l'étude de Jenkins-Clarke et Carr-Hill (2001), réalisée en Angleterre, avait pour objectifs de documenter les modèles d'activités et d'interactions entre les médecins généralistes (GP) et les autres membres de la Primary Health Care et d'évaluer la possibilité que certaines activités du médecin puissent être faites par d'autres. Dans le cadre de cette étude, 10 médecins généralistes ont été observés par des infirmières de recherche dans un total de 836 consultations médicales réalisées dans 10 sites. Plus du tiers des consultations ( $\pm 39\%$  ou 326) contenaient au moins un motif considéré par les médecins généralistes comme pouvant être délégué à quelqu'un d'autre, et deux tiers contenaient des éléments qui pourraient être délégués à des membres de l'équipe actuelle comme aux infirmières. De plus, dans 17 % des consultations, les médecins eux-mêmes croient souhaitable d'avoir le support d'un autre membre de l'équipe.



### Les modèles de pratique en GMF : premiers constats

Au Québec, la Commission Clair (2000) préconisait le rôle infirmier de clinicienne ou de praticienne lors de l'annonce des GMF. Le rapport de l'OIIQ / FMOQ (2005) soutient que l'implantation des GMF crée un contexte de pratique propice au développement d'un modèle de collaboration omnipraticien-infirmière.

L'étude de Beaulieu et al. (2006) s'intéressait principalement à la manière dont le fonctionnement en mode GMF redéfinit la pratique de groupe et la collaboration entre les professionnels (entre les médecins, et entre ceux-ci et les infirmières). Les sources de données proviennent de 106 entrevues individuelles effectuées auprès de professionnels et de gestionnaires, d'enquêtes par questionnaire auprès de 2 755 patients et 88 professionnels, de groupes de discussions auprès de 22 patients, et d'analyses documentaire (lettres, mémos, protocoles de soins, etc.). Selon Beaulieu et ses collaborateurs, le développement de la pratique en GMF varie en fonction des sites et d'une culture de pratique de groupe. En regard au travail clinique, deux modèles de pratique ressortent des GMF implantés. Le premier modèle, axé sur une approche globale (soins continus, suivi des malades chroniques) s'est révélé plus important dans les GMF en CLSC et en UMF. Ici, on perçoit l'infirmière comme collaboratrice. L'infirmière assure un suivi conjointement avec le médecin auprès d'une clientèle identifiée en collaboration et priorisée en fonction de ses besoins de santé.

Le deuxième modèle (soins ponctuels), présente le travail des infirmières en appui au médecin, et ce modèle est prégnant dans les GMF en cabinet privé. Beaulieu et al. (2006) constatent que les médecins de cabinets médicaux, payés à l'acte, tendent à utiliser les infirmières pour accélérer le rendez-vous des patients en confiant à celles-ci l'évaluation sommaire de la situation par la collecte de certains paramètres en lien avec la raison de consultation tels : les signes vitaux, la mesure du taux de glycémie capillaire ou du taux d'oxygène par oxymétrie. L'information recueillie par l'infirmière est transmise au médecin sur une note de triage. Le client voit ensuite le médecin. Cette manière de procéder permet une plus grande accessibilité car le médecin peut voir plus de patients et par le fait même augmenter sa rémunération.

Même en nombre restreint de GMF en phase d'implantation, quoi que de type varié, on peut tout de même penser que la double perception des médecins du rôle des infirmières dans un GMF, allant d'un rôle accru, caractérisé par l'autonomie, à un rôle « d'accélérateur » de la production de soins soit étendue. Dans chacun des GMF évalués, ces visions coexistent à des degrés différents et se révèlent une source de tension dans certains groupes (Beaulieu et al., 2006). Ces données sont d'ailleurs corroborées dans la littérature mentionnant que le contexte de pratique constitue un élément majeur dans le développement de nouveaux rôles infirmiers. Williams et Sibbald (1999) constatent même que les changements de rôle et des identités créent une culture de l'incertitude laquelle se répercute sur les soins infirmiers. Il aurait tout de même été intéressant d'avoir des données plus précises sur les activités infirmières dans l'étude de Beaulieu et al. (2006).

La recherche de Trahan et al. (2005) dont les premiers résultats furent présentés en décembre 2005 et à l'ACFAS en mai 2007 par l'équipe d'évaluation des GMF (Bowen et al., 2007), visait à étudier le processus d'implantation du modèle GMF et évaluer les influences de ce modèle. Les résultats proviennent de trois sources différentes : 1) une analyse des fichiers administratifs sur la clientèle de 13 des 21 premiers GMF provenant de neuf régions socio-sanitaires, 2) une enquête par questionnaire auprès de patients de 10 GMF de même qu'auprès de tous les médecins et infirmières des 19 premiers GMF, et 3) des entrevues semi-dirigées réalisées dans cinq régions. Le volet clinique des tâches des infirmières est classé dans trois catégories soit : 1) les soins techniques 2) le suivi 3) l'enseignement, la prévention, la promotion, l'information et les conseils. Trahan et al. (2005) mentionnent que les infirmières privilégieraient certaines activités telles : le suivi infirmier de problèmes complexes, l'enseignement aux patients, l'orientation et conseil plutôt que d'autres plus techniques comme le tri ou la surveillance de l'état de santé. Les infirmières consultées souhaitent jouer un rôle important dans la prise de décisions cliniques.

Il demeure que les infirmières travaillent de plus en plus à l'intersection de processus organisationnels-clés qui les placent au cœur du réseau des soins (Allen, 2004) et dans un rôle de communicateur de l'information (Kneafsey & Long, 2002).

La recherche conjointe de Nadot et al. (2002) réalisée en Suisse et au Québec par Dallaire et al. (2002) montre sans équivoque qu'une grande partie du rôle professionnel de l'infirmière concerne la pratique « informationnelle ». Nadot et ses collaborateurs ont mis en évidence que la complexité du travail de l'infirmière réside dans « le fait d'être au cœur du système de santé en tant qu'intermédiaire culturelle entre différents usagers ne partageant pas forcément les mêmes valeurs, les mêmes codes, le même langage » (Nadot et al., 2002, p.1).

Les travaux de Nadot et al. (2002) appuient les conclusions d'une étude ethnographique effectuée dans plusieurs milieux de pratique où Allen, (2004) affirme que les infirmières jouent un rôle-clé dans l'évaluation et le contrôle des besoins du patient et influence le travail des autres membres de l'équipe.

En guise de conclusion à cette section, il ressort que la réorganisation du système de santé québécois, la réforme entourant la législation du Code des professions et la création des GMF ont mobilisé plusieurs interlocuteurs. Une révision des pratiques est amorcée et le développement de pratiques élargies et de nouvelles collaborations dans un contexte de GMF prennent forme. Les infirmières sont à même de constater l'influence qu'exerceront les variables structurelles du GMF sur l'émergence, la consolidation de leur rôle, et sur leur contribution à la qualité des soins de santé des québécois. Il est probable que la question du niveau de pratique en GMF, généraliste ou de pratique avancée découlera en partie du degré d'autonomie professionnelle dans ce rôle, du degré de complexité des problèmes dont se préoccuperont les soins infirmiers ainsi que de l'ouverture et du respect d'un chevauchement interprofessionnel des sphères de compétence.

## 2.2 LES ÉCRITS THÉORIQUES

Le concept *soin infirmier* a évolué à travers les époques. Collière (1982, 1996) retrace trois grands courants structurant l'*ethos* infirmier. Premièrement, elle présente un courant techniciste que Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette et Major (1994) qualifient de courant du « faire sur » où la santé est l'absence de maladie et dont le soin consiste à agir sur la partie défaillante du corps. Et puis, vers les années 1950-1970, se développe

le courant du « faire avec » : la personne est une entité biopsychosociale et la santé se définit comme un idéal à atteindre, influencé par l'environnement (Kérouac et al., 1994). Collière (1982, 1996) parle alors de courant humaniste. Depuis quelques décennies, le mouvement existentialiste de la profession prône le « être avec » : où la personne est un être multidimensionnel et en constante relation avec son environnement.

D'autres théoriciens ont analysé le concept de soin selon diverses perspectives. McCance (2003), McCance, McKenna et Boore (1999) identifient la dualité qui prévaut dans la nature du soin, celle-ci étant représentée, d'une part par les attitudes et les valeurs et, d'autre part, par les activités. Selon ces auteurs, les théories renforcent cette dualité et mettent aussi l'accent sur l'importance de la relation infirmière-patient. D'autres auteurs dont Morse, Solberg, Neander, Bottorff et Johnson (1990) envisagent une analyse du soin selon cinq perspectives qui sont 1) humaine, 2) affective, 3) relationnelle, 4) morale, et enfin 5) sous l'angle d'intervention thérapeutique.

Selon Dallaire (2002), les grandes fonctions de la pratique infirmière sont les suivantes : une fonction relative aux *soins* incluant des soins d'entretien de la vie et des soins techniques, une fonction d'*éducation*, une fonction de *collaboration*, une fonction de *coordination* et la cinquième concerne la fonction de *supervision*. Pour cette auteure, « les infirmières exercent leurs fonctions dans un univers complexe constitué à la fois du système de santé, du système professionnel et, d'une manière plus large, de l'environnement social » (p.76). Ainsi les infirmières contribuent au système de santé. La population qui consulte, les médecins et les autres professionnels de l'équipe ainsi que les gestionnaires bénéficient du service rendu par l'infirmière.

Devant la complexité de cet univers, il s'avère important de présenter un cadre de référence qui permet de situer l'activité infirmière. Le modèle théorique de Nadot (2001, 2002a) est retenu pour décrire l'activité infirmière dans un contexte de GMF.

### Le modèle théorique de Nadot

Michel Nadot (1992) professeur d'Histoire et d'épistémologie en sciences infirmières a proposé un modèle de soin s'inscrivant dans une réflexion à la fois historique, contemporaine et internationale. Il s'est attardé aux pratiques soignantes, au sein desquelles se retrouve l'activité disjointe de l'activité médicale, la fonction indépendante nommée « rôle propre ». À travers ses nombreux travaux (Nadot, 1992, 2001, 2002a, 2002b, 2002c, 2003, 2005, 2006a, 2006b; Nadot et al., 2002), Nadot affirme que prendre soin et aider à vivre consiste à établir des *médiations* de santé dans un contexte spécifique. Ce modèle novateur illustré dans la figure 1 donne un sens nouveau à l'action infirmière.

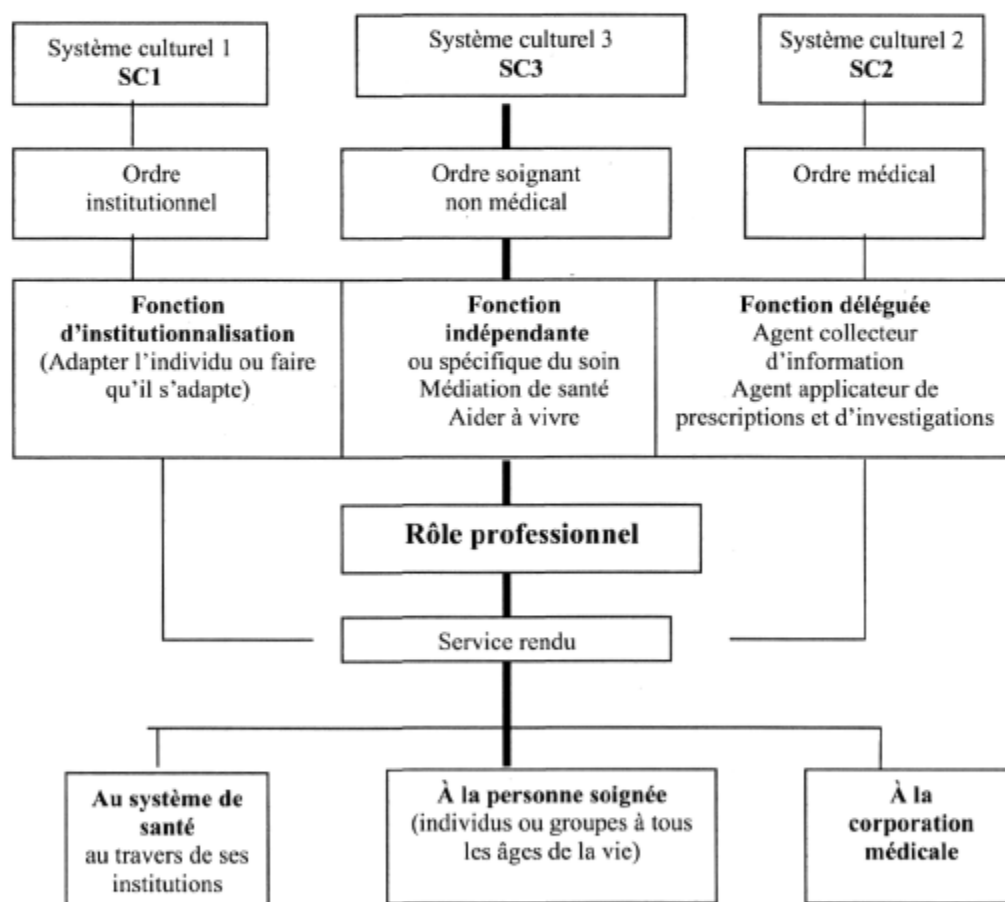


Figure 1. Le modèle théorique de Nadot (2002a)

Ainsi, selon ce chercheur, l'infirmière joue simultanément dans une position « d'entre-deux » un rôle « d'intermédiaire culturelle » entre sa propre discipline et deux autres ensembles qui bénéficient de ses prestations de services.

Selon Nadot (2001, 2002a), l'infirmière devient la « médiologue de santé ». La médiologie de la santé désigne à la fois l'étude des médiations de santé et de l'activité soignante qui se déroulent entre trois ensembles hiérarchisés qui ne sont pas en synergie : une hiérarchie institutionnelle et administrative (SC1) une hiérarchie médicale (SC2) et la pluralité culturelle et sociale portée par les personnes soignées et leur entourage (SC3) (Nadot, 2003).

Voici maintenant une définition des notions qui structurent le modèle théorique de Nadot (2002a). Un *système culturel* désigne l'ensemble d'éléments en interaction dynamique organisés en fonction d'un but. Ces éléments sont essentiellement symboliques (connaissances, valeurs et idéologies). Ils guident et contrôlent les normes d'action de l'activité soignante. L'activité infirmière est donc culturelle. Un *ordre* contient des valeurs et des normes différenciées et particularisées, qui requièrent des références culturelles afin d'avoir un sens et une légitimité. Les valeurs de type SC1 gravitent autour de l'accueil, du conditionnement et de la circulation de l'information, de l'ordre, de la discipline, de l'économie domestique, du financement et de la logistique.

Dans notre étude, le GMF constitue en quelque sorte le SC1. Les valeurs de type SC2 gravitent autour du rôle d'agent double : agent applicateur des prescriptions et agent informateur du corps médical. Les valeurs de type SC3 concernent « l'aide à la vie, » du « prendre soin », des médiations de vie. La responsabilité d'assurer la formation professionnelle et scientifique, de produire les connaissances utiles au développement du savoir et au transfert dans l'enseignement ou sur le terrain sont des exemples d'activités classées dans la sous-culture SC3.

L'infirmière est une médiologue de santé et ses actions peuvent être mesurées par la médiométrie, nom donné aux procédures d'identification, de mesure et de valorisation des actions entreprises dans les médiations de santé (Nadot, 2003). Vous retrouvez dans le tableau 2.2 les 12 critères de médiologie rapportés par Feurstein dont Nadot a

poursuivi les travaux (2001, 2006a, 2006b). Ils sont regroupés selon que la médiation concerne la personne soignée elle-même, la situation de soins, les rapports entre l'individu et les autres et entre son environnement.

**Tableau 2.2** : Les critères de la médiation de santé

<b>Les 12 critères de la médiation de santé (Nadot, 2006 a)</b>		
<b>Critères liés à la personne soignée elle-même:</b>	• Médiation du sentiment de compétence:	Le soignant développe auprès de la personne le sentiment qu'elle est compétente.
	• Médiation du défi	Le soignant donne l'occasion à la personne de réussir quelque chose de difficile pour elle
	• Médiation de la conscience du changement	Le soignant aide la personne à se rendre compte qu'elle a changé
<b>Critères liés à la situation de soins elle-même:</b>	• Médiation de l'intentionnalité et de la réciprocité	Le soignant annonce ses intentions de façon claire et précise et tient compte réponses pour réajuster ses intentions.
	• Médiation de la signification	Le soignant donne le sens de ce qu'on fait.
	• Médiation de la transcendance:	Le soignant <i>aide à dépasser la situation présente en établissant des liens avec d'autres situations</i>
<b>Critères liés aux rapports entre l'individu et les autres:</b>	• Médiation du partage	Le soignant <i>aide la personne à tenir compte des autres et de leur point de vue.</i>
	• Médiation de l'individuation	Le soignant <i>aide la personne à prendre conscience de sa différence et de son originalité.</i>
	• Médiation du sentiment d'appartenance	Le soignant <i>aide la personne à se percevoir comme appartenant à des groupes à des degrés divers, avec leurs règles et leurs valeurs propres</i>
<b>Critères liés aux rapports entre l'individu et son environnement</b>	• Médiation de la régulation du comportement	Le soignant <i>aide la personne à maîtriser son comportement et à l'adapter aux situations qu'elle rencontre.</i>
	• Médiation des buts	Le soignant <i>aide la personne à planifier son action pour réaliser un projet.</i>
	• Médiation de la vision optimiste du monde	Le soignant <i>aide la personne à se percevoir comme actrice du changement</i>

Tiré de la présentation de M. Nadot (MNA/HES-SO mai 2006a) Université Laval, Québec  
Le Modèle d'Intermédiaire culturel et un extrait de sa théorie: la médiologie de la santé

Selon Nadot, la médiologie mesure diverses actions liées par exemple aux médiations du sentiment de compétence, du défi ou de la conscience du changement. La soignante soutient la personne en lui reflétant une image plus positive d'elle-même, augmentant ainsi son sentiment de compétence. Dans les médiations du partage, de l'individuation et du sentiment d'appartenance, la soignante aide la personne à tenir compte du point de vue des autres, à prendre conscience qu'il est unique tout en étant dans la collectivité avec des règles et des valeurs propres. Dans ses rapports avec son environnement, elle aide la personne à maîtriser son comportement et à s'adapter aux situations qu'elle rencontre. La soignante peut aider la personne à réaliser un projet et se percevoir en même temps comme l'auteure du changement réalisé.

Selon Nadot (2001, 2002a), la quantité et le type de prestations fournies par les soignantes varient en fonction de l'intensité des actions demandées et des finalités institutionnelles (organisationnelles). Ainsi, lorsque l'infirmière travaille dans un milieu à caractère plus curatif ou dans une pratique dite « privée », le pouvoir médical est plus influent et a pour conséquence de restreindre la pratique indépendante. Cet élément a d'ailleurs été mentionné dans les études recensées. Selon Nadot (2005) le rôle professionnel :

[...] comprend deux fonctions déléguées prescriptives (institutionnelle et médicale) et une fonction non prescriptive (réflexive) et indépendante car, gouvernée par nos cadres théoriques fondamentaux ou nos connaissances appliquées. Dans une fonction déléguée, ce qui se délègue n'est pas l'acte, mais la culture qui en permet sa réalisation. La prescription qui est déléguée est un service rendu à celui qui a le pouvoir de la déléguer. D'où l'importance de bien étudier le statut de l'action déléguée dans une profession comme la nôtre, car l'usage délègue effectivement à l'infirmière de nombreuses fonctions depuis que l'activité s'exerce. (2005 cité à Berne)

Les différents modes d'application du rôle professionnel se situent sur un continuum (Nadot, 2001, 2002a). Nous pouvons observer la multitude de positions adoptées par l'infirmière en fonction de son statut, de sa culture et de ses valeurs professionnelles. Le contexte institutionnel que ce soit dans l'unité de soins intra-hospitalier ou dans un GMF (SC1), influencera la quantité et la qualité des prestations. Ainsi, plus la zone SC3 qui représente la fonction indépendante du rôle professionnel s'élargit, inversement plus la fonction déléguée (SC2) diminue. L'infirmière médiologue de santé



exerce son rôle professionnel sous l'influence de la culture médicale, de la culture de l'organisation et de sa propre conception des soins infirmiers.

La figure 2 illustre les différentes positions de l'infirmière sur le continuum. Dans un même GMF, les deux infirmières auront possiblement deux perceptions et deux conceptions différentes de leur rôle, comme les médecins d'ailleurs. Une d'entre elles peut davantage exercer sa fonction déléguée (SC2) tandis que l'autre se situe plus dans l'exercice de sa fonction indépendante (SC3). Toutes les deux travaillent dans le même contexte organisationnel mais chacune possède un bagage expérientiel, des valeurs personnelles et professionnelles, des ambitions qui influenceront le service rendu. C'est à ce niveau que l'identité professionnelle et le pouvoir d'agir comme professionnelle vont influencer la fonction soignante SC3 du modèle de Nadot.

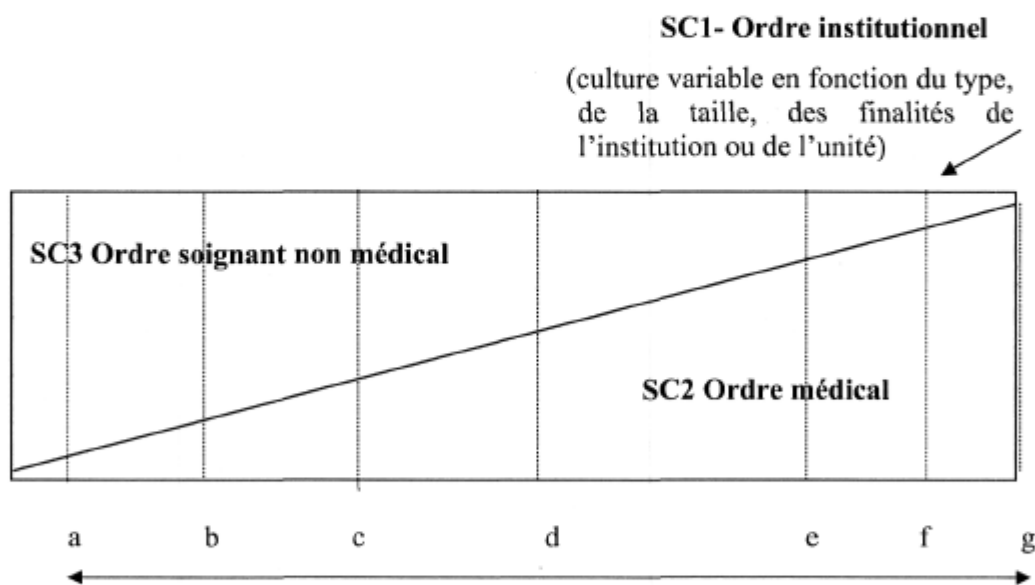


Figure 2. Les différentes modalités d'application du rôle professionnel (Nadot, 2002a, p.62)

La dimension intermédiaire culturelle du rôle infirmier telle que proposée par Nadot rejoint aussi Sidani et Irvine (1999). En effet, ces auteurs intègrent un ensemble de relations entre des variables structurelles et organisationnelles (l'environnement du travail, les modèles de pratique), les fonctions de l'infirmière et les résultats escomptés chez les patients et le système pour étudier l'efficacité du rôle infirmier. Nadot (2002a) subdivise l'activité soignante en 14 pratiques. Le tableau 2.3 nous décrit ces 14 pratiques et présente une définition théorique de chacune d'elles.

**Tableau 2.3 :** Les 14 groupes de variables de l'activité infirmière et leur définition théorique selon Nadot (2002a)

	Pratique	Définition théorique
A	Pratique complexe de gestion de l'information (SC123)	Ensemble des activités qui consiste simultanément à recueillir, stocker, analyser, redistribuer, diffuser, effectuer un traitement spécial de l'information en vue de transformer cette dernière en actes ou en paroles. Cette gestion d'information peut être induite ou déléguée par la culture SC1-SC2 ou sur initiative propre de l'infirmière (SC3) La complexité de cette pratique est faite du mélange des informations provenant des trois cultures et des valeurs hétérogènes dont elles sont porteuses.
B	Pratique de récolte d'information (SC123)	Ensemble des activités visant la récolte d'informations, (par l'écoute, sur demande ou par recherche) et dont l'infirmière a besoin pour agir. Requiert de la soignante une consultation de sources multiples (téléphonique, documentaire, informatisée, technique, humaine, verbale ou non verbale, etc.)
C	Pratique d'ordre et de discipline (SC13)	Ensemble des activités qui touche la gestion du temps, de l'espace et des mouvements nécessaires à la gestion du personnel et à l'organisation du travail ainsi que du management des personnes soignées dans l'institution en vue d'éviter le chaos. Elle suppose un contrôle de la culture déléguée
D	Pratique de régulation (SC123)	Ensemble des activités visant à prévenir ou gérer les conflits humains dans l'organisation et maintenir l'équilibre dans l'activité de l'infirmière entre l'énergie de production (activité soignante) et l'énergie de récupération.
E	Pratique de déplacement (SC123)	Ensemble des activités permettant aux infirmières de mettre en rapports divers interlocuteurs et d'espaces différents, qui sans son intermédiaire n'existeraient pas. Cette pratique sert à transmettre des informations ou des objets d'un lieu à l'autre ou à accompagner une personne en déplacement.
F	Pratique hôtelière (SC1)	Ensemble des activités s'articulant autour de l'économie domestique et / ou familiale selon les caractéristiques des personnes soignées. Pratique logistique.
G	Pratique d'hygiène collective (SC1)	Ensemble des activités et des principes qui gravitent autour de la prévention des infections nosocomiales hospitalières.
H	Pratique de réapprovisionnement et de rangement (SC123)	Ensemble des activités logistiques en vue d'appuyer et de soutenir la production des prestations de services liées à l'activité soignante. Comprend les inventaires, le réapprovisionnement des stocks, la comptabilité économique du matériel utilisé. Demande des compétences pour distinguer les objets et leur usage ou les conditions de conservation et d'approvisionnement.
I	Pratique d'élimination (SC1)	Ensemble des activités ayant pour but d'assumer les pratiques déodorantes. Parfois associée à la pratique G.

	Pratique	Définition théorique
J	Pratique d'assistance (SC123)	Ensemble des activités ayant pour but d'aider les acteurs engagés de l'un ou l'autre des trois systèmes culturels. Aider un collègue (SC1), aider le médecin (SC2) pour des interventions qui requièrent des habiletés « à plusieurs mains », aider les personnes soignées ou leur proches (SC3) dans les soins de bases et aussi dans la promotion de l'autonomie.
K	Pratique professionnelle de la relation (SC3)	Ensemble des activités verbales ou non verbales liées aux choses de la vie, promouvoir l'autonomie et la sécurité, l'accompagnement. Il comprend l'information donnée à la personne soignée et à son entourage afin d'être mieux renseignée, orientée, formée à se prendre en charge et devenir plus autonome.
L	Pratique technologique du soin (SC2)	Ensemble des activités déléguées visant l'application de la prescription médicale. Elle comprend la préparation du soin, son exécution, l'installation et l'utilisation d'appareils, les soins de plaies, les moyens d'investigation...
M	Pratique de formation (SC3)	Ensemble des activités permettant à la profession d'assurer et de renforcer la transmission de la culture professionnelle (valeurs, idéologies, connaissances) par l'accueil, le soutien, l'accompagnement des étudiants en formation ou pour du nouveau personnel ou pour démontrer, évaluer, exposer des connaissances en vue de développer des compétences. Ces activités relèvent de l'initiative et de la responsabilité exclusive des soignantes dans leur champ disciplinaire scientifique.
N	Pratique d'inactivité (SC1)	Ensemble des valeurs ou des événements paralysant l'action.

Tiré du texte de Nadot (2002a) Médiologie de la santé De la tradition soignante à l'identité de la discipline. Perspective soignante no.13 p.29-86

On y retrouve des pratiques de gestion de l'information, de récolte d'informations, d'ordre et de discipline, de régulation, de déplacement, des pratiques hôtelières, d'hygiène collective, d'approvisionnement et de rangement, d'élimination, d'assistance. Peuvent également être observées la pratique professionnelle de la relation, la pratique technologique du soin liée à la prescription médicale, la pratique de formation et enfin la pratique d'inactivité.

Deux études récentes ont été réalisées en s'inspirant du modèle théorique de Nadot. L'une d'elles a permis de valider une grille d'analyse dont la collecte des données s'est effectuée à la fois en Suisse (Nadot, Auderset, Bulliard-Verville et al. 2002) et au Québec (Dallaire, Gagnon & Lazure, 2002). Cette étude visait à décrire l'activité infirmière et ses bénéficiaires dans différents milieux de soins intra-hospitaliers. Les

résultats identifient dans quelle mesure les infirmières ont contribué aux activités des trois sous- cultures du modèle de Nadot (2002a).

Une seconde étude (Rocheffort, 2002) réalisée au Québec et s'appuyant sur le cadre de référence de Nadot a permis de rendre compte de l'activité infirmière à l'urgence. Les résultats de son étude mettent en évidence la complexité du rôle au delà de la simple exécution de prescriptions médicales. Le modèle de Nadot permet d'établir l'influence que le contexte organisationnel et la culture médicale peuvent avoir sur la contribution infirmière à notre système de santé.

En guise de conclusion à ce volet théorique, nous retenons que l'infirmière exerce un rôle « d'intermédiaire » entre sa propre culture disciplinaire et les deux autres systèmes culturels : administratif et médical. L'explicitation par Nadot de 14 pratiques infirmières permet de mesurer l'activité infirmière et de qualifier la contribution des soins infirmiers, notamment en précisant qui est le « client » de l'infirmière : l'administration, le médecin ou l'usager.

### 2.3 LES ÉCRITS MÉTHODOLOGIQUES

La plupart des systèmes de soins de santé évaluent leur efficacité et la majorité se préoccupe de mesurer le temps consacré aux soins directs (Whitman, Sereikaa & Dachille, 2003; Gardner, 1991; Fagin, 1990; Burke et al., 2000). Plus spécifiques à l'activité infirmière, les écrits sur le sujet s'imprègnent souvent de considérations temporelles. Les patients souhaitent avoir plus de temps avec l'infirmière. Ils déplorent la fragmentation dans les soins qu'ils reçoivent (Prescott, Phillips, Ryan & Thompson, 1991). La dynamique de temps influence donc de façon importante le comportement des infirmières (Jones, 2001; Dallaire, 2002). La majorité des procédures de soins se basent implicitement ou explicitement sur le temps nécessaire aux soins infirmiers. Ils réfèrent souvent aux situations de santé du client ou aux conditions structurelles comme l'organisation et les autres variables pour justifier le temps demandé (Bartholomeyczik & Hunstein, 2004). Des études montrent la variabilité du temps consacré par l'infirmière dans les soins indirects et dans les soins directs (Henrickson, Doddato & Kovner, 1990; Gardner, 1991; Gale, Fothergill-Bourbonnais & Chamberlain, 2001;

Capuano, Bokovoy, Halkins & Hitchings, 2004; Kiekkas et al., 2005; Gran-Moravec & Hughes, 2005). Bref, la dimension temporelle préoccupe les chercheurs et les administrateurs désireux de déterminer le temps associé aux activités professionnelles ou du moins, préciser l'apport de chacun.

On retrouve dans la littérature plusieurs méthodes servant à quantifier les activités infirmières (Ludgren & Segesten, 2001; Burke et al., 2000). La prochaine section présente trois types de méthodes de collecte utilisées dans les études d'observation: le self-report, le temps et mouvement et l'échantillonnage de travail.

### Le self-report

Le self-report représente une des méthodes de collecte de données les plus utilisées dans les études en soins infirmiers. Cette méthode, structurée à des degrés divers, consiste à recueillir les réponses des participants à des questions posées par le chercheur. Ainsi, avec le self-report, le participant rapporte lui-même l'information. Selon Pelletier et Duffield (2003), cette approche directe permet de diminuer le nombre de personnes exposées et ainsi protéger le milieu. D'autres auteurs dont Burke, et al. (2000) considèrent le self-report comme une méthode simple, efficace et peu coûteuse pour quantifier l'information liée aux activités professionnelles mais selon eux, le désavantage majeur concerne les biais. Lemonidou, Plati, Brokalaki, Mantas et Lanara (1996), Gran-Moravec et Hughes (2005) ainsi que Polit et Hungler (1999) soutiennent également que le self-report renferme un large degré de biais. Plusieurs auteurs évaluent que les plus importants modifient la validité et la précision du self-report particulièrement lorsque les gens décrivent eux-mêmes des comportements ou des sentiments jugés incorrects ou inhabituels par la société (Polit & Hungler, 1999; Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007). Les travailleurs peuvent transmettre des données fausses en décrivant par exemple des activités socialement désirables durant les périodes de collecte. Cela reflète leur propre perception plutôt que le travail lui-même. Gran-Moravec et Hughes (2005) partagent ces arguments et ajoutent qu'avec cette méthode, la personne peut omettre un certain nombre d'activités ou être dépendante de la précision de la mémoire et de l'interprétation correcte des questions. De plus, comme le mentionnent Burke et al. (2000), le self-report crée parfois une

surcharge de travail pour les répondants et provoque conséquemment un manque de rigueur dans la fréquence des intervalles du self-report. La validité des données provenant de cette méthode compromet ainsi la qualité de l'étude utilisant cette méthode de collecte.

#### L'échantillonnage du travail (work-sampling)

L'échantillonnage du travail consiste à obtenir des observations intermittentes, systématiques et instantanées d'activités de multiples travailleurs par des observateurs indépendants. Cette méthode se fonde sur la probabilité qu'un petit nombre d'événement puisse représenter un modèle plus large existant dans le travail étudié (Burke et al., 2000). Les données recueillies à l'aide de cette méthode représentent, selon Capuano et al. (2004), un estimé de la proportion de temps consacré à différents éléments du travail fait par les individus observés.

Selon Pelletier et Duffield (2003), l'échantillonnage de travail garantit une exploration plus en profondeur que le self-report. Cette méthode produit des données qui peuvent être utilisées pour examiner les relations entre les soins directs, les changements organisationnels et la qualité des pratiques sur l'état de santé des patients (Urden & Roode, 1997).

Oddone, Guarisco et Simel (1996) ont comparé les données recueillies par 36 résidents qui enregistrèrent leurs activités selon le « worker recall » pendant six jours de travail à celles obtenus par l'échantillonnage du travail. Les estimés étaient obtenus en demandant aux résidents de se souvenir de l'usage de leur temps durant une journée de travail type. Les résultats (worker recall comparé à échantillonnage du travail) étaient les suivants : évaluation du patient 50,4 % contre 43,6 %; l'éducation, 34,8 % contre 18,9 %; tâches administratives 14,8 % contre 13,9 %; activités personnelles 5,7 % contre 4,9 % et autres activités variées 14,1 % contre 18,6 %. Les auteurs concluent que l'estimé des activités de travail mesurées par le « worker recall » est inexact lorsque comparé aux résultats obtenus par l'échantillonnage du travail.

Mais l'échantillonnage du travail peut aussi, selon certains auteurs, comporter ses limites. Finkler et al. (1993) utilisèrent les données d'une étude de temps et de mouvement, réalisée auprès d'un groupe de huit résidents en médecine afin de comparer cette approche à celle de l'échantillonnage du travail. Ainsi, les auteurs ont systématiquement sélectionné des catégories d'activités et simulé trois échantillonnages à intervalles fixes différents : aux 15 minutes, aux 30 minutes et aux heures. Les auteurs comparèrent le pourcentage de temps dépensé par les résidents sur les 10 catégories d'activités utilisées dans les deux méthodes. Les résultats de l'échantillonnage du travail diffèrent de plus de 20 % de la valeur comparée dans huit des dix catégories. Afin d'obtenir un niveau de précision plus élevé, les auteurs mentionnent qu'il aurait fallu augmenter à 1 600 observations échantillonnées plutôt que les 892 utilisées pour cette analyse. Pour Finkler et al. (1993) cette méthode semble efficace en autant qu'elle ait le nombre adéquat d'observations aléatoires. Cette condition est, selon toute vraisemblance, difficile à respecter, et constitue donc une limite, comme le rapportent les auteurs.

Certains milieux cliniques font l'objet d'études sur la contribution spécifique des infirmières. Par exemple, une collecte de données par l'échantillonnage du travail s'est effectuée à la fois en Suisse (Nadot et al., 2002) et au Québec (Dallaire et al., 2002) en utilisant le modèle théorique de Nadot (2001, 2002a). L'étude de Rochefort (2002) réalisée au Québec a aussi permis d'explorer l'activité infirmière dans le contexte plus spécifique d'une salle d'urgence. À l'aide des 14 variables du modèle théorique de Nadot (2002c), Rochefort (2002) a pu analyser en utilisant les distributions de fréquences, que les pratiques de gestion de l'information (17,8 %), les pratiques de récolte d'informations (16,8 %) et les pratiques de déplacements (28,7 %) sont celles le plus fréquemment représentées par les infirmières de la salle d'urgence observée.

O'Brien-Pallas (1988) et Rochefort (2002) rapportent tout de même la limite de cette technique de mesure d'activité car selon eux, la complexité de la relation infirmière-patient peut ne pas être saisie dans toute son entité. Cela s'explique par exemple lorsque l'infirmière donne une injection et en même temps enseigne à la famille les effets de la médication administrée lors du temps d'enregistrement. L'enseignement est la séquence qui suit l'injection. Kiekkas et al. (2005) rapportent cette limitation de la collecte de données par l'échantillonnage de travail. Une seule activité doit être identifiée par

période (5-15 minutes) alors que l'infirmière peut parfois faire des actions simultanées, ce qui oblige l'observateur à faire un choix. La difficulté de coder la séquence a aussi été rapportée par Rutter (1994).

Dans l'étude de Nadot et al. (2002), regroupant des chercheurs de la Suisse et du Québec, les Suisses ne cochèrent qu'une variable de l'activité infirmière par période de 5 minutes ce qui les obligea à en rejeter d'autres alors que ceux du Québec notaient toutes les actions de l'infirmière, donc plus d'une variable signifiant pour eux la simultanéité des actions (Dallaire et al, 2002; Nadot et al. 2002). Néanmoins, les auteurs rapportent que les résultats obtenus sont sensiblement les mêmes.

L'échantillonnage de temps ou le système du moment déclencheur (time sampling) est une variante du work sampling. Cette méthode échantillonne les activités sur des périodes de temps sélectionnées plutôt que de se fier à la mémoire du participant (Fortin, 1996). Selon Whitman, Sereikaa et Dachille (2003), cette méthode est supérieure au traditionnel self-report plus rétrospectif. Elle possède aussi les avantages d'être peu coûteuse et pouvoir être utilisée par beaucoup de sujets en même temps et dans des sites différents.

#### Les études de temps et de mouvement (observation continue)

La méthode de collecte de données par la stratégie de temps et de mouvements, consiste à documenter de façon continue le type et la durée des activités réalisées par le sujet au cours d'une période déterminée (Burke et al., 2000). Une des limites de cette méthode de mesure de travail est le coût élevé de l'observation de un à un et de la longue durée d'observation. Plusieurs chercheurs se voient contraints à diminuer le nombre de participants ou la durée d'observation et parfois même les deux. Burke et al. (2000) saisissent aussi le biais induit par l'observateur quand les participants changent leurs comportements quand ils sont observés directement.

Sitting (1993) note aussi que les pourcentages estiment le temps utilisé dans chaque catégorie de travail. De plus, la méthode ne qualifie pas le travail mais seulement le temps pris pour le faire. En fait, comme le mentionnent Finkler et al. (1993), cette



observation de un à un limite le nombre de sujets tout en augmentant les coûts de réalisation. La méthode nécessite par contre de longues périodes d'observation qui affectent possiblement le comportement normal du participant (effet Hawthorne) et de l'observateur, et ainsi engendrer des données inexactes (Pelletier & Duffield, 2003; Burke et al., 2000; Finkler et al., 1993). Toutefois, Finkler et ses collaborateurs considèrent cette limite moins problématique avec l'échantillonnage de travail.

Burke et al. (2000) utilisèrent la méthode de temps et de mouvement pour observer huit infirmières durant cinq quarts de travail. Après l'étude, les participants rapportaient par self report leurs activités durant les cinq quarts suivants. L'analyse de variance a été utilisée pour déterminer la méthode de mesure du travail en pourcentage de temps total, le nombre d'activités, la moyenne de temps utilisé par activité et par catégorie d'activité. Ainsi 290 heures d'observation dans l'étude de temps et de mouvement et 338 heures de données par self-report ont été analysées. Un résultat significativement plus élevé d'activités rapportées provenait de l'étude de temps et mouvement et la moyenne de temps pour chaque activité était significativement plus longue dans le self-report. Les auteurs concluent que le self-report n'est pas recommandé pour estimer un nombre total d'activité ou bien mesurer le temps moyen pour une activité parce qu'il y a des différences perceptuelles de l'activité entre les participants.

En somme, les méthodes d'observation directe comportent leurs limites, comme toutes les autres méthodes de collecte des données (Casey, 2004 ; Rochefort, 2002). L'écueil le plus important rapporté dans les ouvrages se situe au niveau de la subjectivité des différents observateurs. Des biais peuvent être introduits dans les choix de situations à observer et dans l'enregistrement des unités d'observation (Fortin, 1996; Finkler et al., 1993).

## 2.4 LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence illustré (Figure 3) représente les 14 catégories de pratiques qui constituent le rôle professionnel de l'infirmière. Celles-ci sont réparties dans trois sous-cultures selon le type d'activité et les bénéficiaires des trois sous-cultures soit : a) la sous-culture institutionnelle (SC1), b) la sous-culture médicale (SC2), et la sous-culture infirmière (SC3). Les pratiques de gestion de l'information (A), la récolte des informations (B), les pratiques d'ordre et discipline (C), celles de régulation (D), de déplacement (E), de rangement et réapprovisionnement, (H), et celle d'assistance (J) peuvent être, à la fois classées, dans l'une ou l'autre, ou les trois sous-cultures. Cette étude vise à décrire l'activité infirmière en GMF.

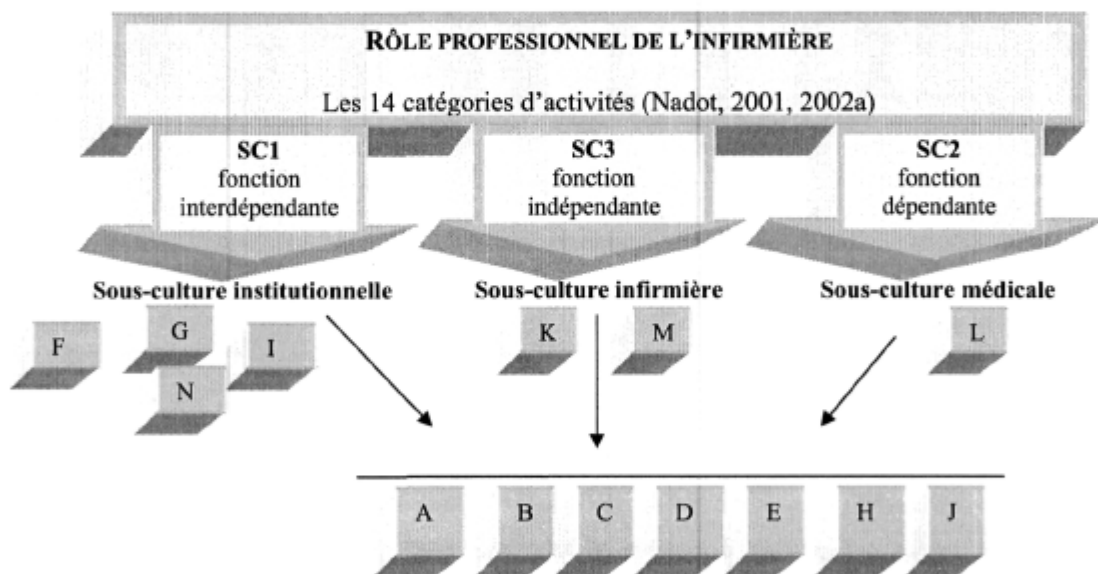


Figure 3. Cadre de référence de l'étude.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente dans un premier temps, le devis de l'étude. Par la suite, les concepts sont définis opérationnellement. Nous exposons ensuite les éléments de la phase méthodologique soit : 1) la population et l'échantillon, 2) la collecte de données, 3) les instruments utilisés, 4) les préoccupations considérées pour répondre aux critères de scientificité de l'étude. Nous passons ensuite à la phase empirique avec la présentation du déroulement de l'étude ainsi que la méthode d'analyse des données. Nous terminons ce chapitre en décrivant les moyens pris pour assurer la protection des aspects éthiques de la recherche.

### 3.1 DEVIS DE L'ÉTUDE

Un devis descriptif avec étude de cas multiples est retenu afin de répondre aux questions de recherche qui se formulent comme suit : 1) Quelles sont les activités infirmières en GMF? 2) Ces activités relèvent-elles d'un rôle de généraliste ou d'un rôle de pratique avancée? L'étude de cas s'intéresse précisément aux expériences des individus, aux comportements d'un groupe dans un contexte social particulier, dans le but d'interpréter le plus fidèlement possible la réalité telle qu'elle est perçue par l'individu ou par le groupe lui-même (Poisson, 1990). Un des objectifs de la présente recherche étant de savoir ce que font les infirmières en GMF, la méthode d'observation directe de temps et mouvement « pure » ne semble pas la plus appropriée car l'étude ne vise pas à connaître le temps consacré à une activité mais à quelle fréquence les catégories d'activités se retrouvent en plus grand nombre afin de dégager une image plus précise des pratiques infirmières dans ce secteur d'activités.

À la lumière des études recensées sur le sujet, nous pensons qu'une adaptation de deux méthodes soit : l'échantillonnage de travail et la méthode de temps et mouvement peut nous permettre, malgré ses limites, de recueillir des données intéressantes. Ainsi nous souhaitons rendre compte de l'activité infirmière sur des séquences de travail dans deux GMF.

### 3.2 DÉFINITION ET MESURE DES CONCEPTS

#### L'activité professionnelle ou rôle professionnel

Selon Nadot (2002a) l'activité professionnelle comprend des prestations de soins (fonction indépendante du rôle professionnel, pratiques de soins et d'assistance) et des prestations soignantes dites médiologiques.

#### Médiologue ou intermédiaire culturel

La médiologie de la santé désigne à la fois l'étude des médiations de santé et de l'activité soignante qui se déroulent entre trois ensembles hiérarchisés qui ne sont pas en synergie : une hiérarchie institutionnelle (SC1), une hiérarchie médicale (SC2) et la pluralité culturelle et sociale portée par les personnes soignées et leur entourage (SC3) (Nadot, 2002a, 2003).

La sous-culture institutionnelle (SC1) repose sur des activités qui gravitent autour de l'accueil, de l'ordre, de la discipline, de la circulation de l'information. La sous-culture médicale (SC2) tourne autour de l'application des prescriptions et d'agent d'information pour la médecine. Le rôle dépendant de l'infirmière devient dominant. Enfin, la sous-culture infirmière (SC3) gravite autour de « l'aide à la vie, » du « prendre soin », des médiations de vie. Prendre soin et aider à vivre c'est établir des *MEDIATIONS* de santé (Nadot, 2006a, 2006b). Prendre soin et aider à vivre dans un contexte spécifique c'est occuper une posture « d'inter*MEDIA*ire culturelle. La sous-culture SC3 correspond au rôle indépendant de l'infirmière.

#### Définition opérationnelle des 14 groupes de pratiques

Vous trouverez dans le tableau à l'Annexe D la définition opérationnelle de chacune de ces 14 pratiques ainsi que des exemples de contributions à une ou l'autre des sous-cultures. Ainsi, la pratique B est définie comme une pratique de récolte des informations que l'on classe selon la nature de l'information qui peuvent être des données administratives, (SC1) ou bien des paramètres cliniques servant au médecin (SC2) ou bien dans le cadre d'une évaluation infirmière (SC3). On y retrouve également à l'Annexe E, des exemples d'activités regroupées selon SC1, SC2 et SC3.

### Les bénéficiaires de l'activité infirmière

En codant les pratiques, il devient possible de mesurer la contribution de l'infirmière à l'une ou l'autre des trois sous-cultures. Par exemple si l'on se réfère au tableau 3.1, vous remarquez que les pratiques F, G, I, N, L, K, M ne servent qu'à un seul bénéficiaire alors que celles correspondant A, B, D, E, H et J contribuent à SC1, SC2 et / ou SC3.

**Tableau 3.1** : Les 14 pratiques regroupées par sous-culture (Nadot, 2002a)

<b><u>Sous-culture institutionnelle SC1</u></b>	
F	Pratiques hôtelières
G	Pratiques d'hygiène collective
I	Pratiques d'élimination
N	Pratiques d'inactivités
A-B-C-D-E-H-J	Pratiques associées : gestion, récolte d'info, ordre et discipline, régulation, déplacement, réapprovisionnement, assistance
<b><u>Sous-culture médicale SC2</u></b>	
L	Pratiques technologiques du soin
A-B -D-E-H-J	Pratiques associées : gestion, récolte d'info, régulation, déplacement, réapprovisionnement, assistance
<b><u>Sous-culture infirmière SC3</u></b>	
K	Pratiques professionnelles de la relation
M	Pratiques de formation
A-B-C-D-E-H-J	Pratiques associées : gestion, récolte d'info, ordre et discipline, régulation, déplacement, réapprovisionnement, assistance

### Le processus

Le processus représente les rôles que les infirmières assument dans la pratique. Le rôle indépendant compris dans SC3 concerne les fonctions et les responsabilités pour lesquelles seules les infirmières détiennent la responsabilité, qui ne requièrent pas la prescription médicale. Le rôle dépendant compris dans SC2 concerne les fonctions et les responsabilités associées à l'ordonnance médicale. Le rôle interdépendant compris dans SC1, SC2 et SC3 englobe les activités partiellement ou totalement dépendantes des fonctions des autres professionnels de la santé. (Sidani & Irvine, 1999; Nadot, 2002a).

### 3.3 POPULATION ET ÉCHANTILLON

Selon les données de décembre 2006 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2006), 117 GMF accrédités sont répartis dans 16 régions socioadministratives sur le territoire québécois (Annexe A). La région de la Capitale-Nationale compte 13 GMF distribués comme suit dans les CSSS: Vieille-Capitale en compte huit, le CSSS du territoire de Québec-Nord en possède quatre et un GMF est situé dans la région de Charlevoix. Quant aux types d'organisation, 10 GMF proviennent de cliniques médicales privées et 3 du secteur public. Les médecins du secteur public proviennent du CSSS soit de la mission CLSC (services courants) (1 GMF) ou de celle d'UMF (1GMF) ou d'UMF-CLSC (1 GMF).

L'échantillonnage tient compte de certains éléments identifiés comme ayant un impact sur l'activité infirmière en GMF. Les structures des GMF soit : CLSC, cabinet privé, ou GMF-UMF-CLSC modifient les offres de services. De plus, en regard aux nouvelles dispositions législatives, le CSSS auquel sont rattachées les infirmières, fixe les conditions d'application de la pratique des professionnels, selon les besoins et le contexte du milieu. L'infirmière demeure sous l'autorité hiérarchique du CSSS et en même temps sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF (OIIQ, 2003a, 2003b).

L'échantillon se limite à deux GMF mais de type différent soit : un GMF clinique privé et un GMF-CLSC et ceux-ci proviennent de deux CSSS distincts. Chaque GMF constitue donc l'entité pour l'étude du cas. Deslauriers (1991) parle alors d'un échantillon intentionnel de « cas typique » qui fournit des renseignements à partir de quelques cas jugés représentatifs de l'ensemble. L'échantillonnage s'est donc fait par convenance, en tenant compte d'une connaissance minimale des milieux et en ciblant des GMF de nature différente. Ces informations, fournies lors d'un premier contact téléphonique auprès de la Direction des soins infirmiers des deux CSSS facilitèrent l'étape de l'échantillonnage. Une demande d'autorisation écrite leur fut adressée ainsi qu'au responsable médical des deux groupes. Dans les critères d'inclusion, en plus de l'intérêt à vouloir participer à l'étude, les GMF doivent être en opération depuis au moins six mois pour assurer une période d'ajustement et d'adaptation minimale. Les

deux milieux acceptent de participer et ils répondent aux objectifs de l'étude. Les caractéristiques des GMF se retrouvent au chapitre des résultats.

Chaque GMF compte habituellement deux postes d'infirmières (MSSS, 2002) ce qui fait que quatre infirmières participent à l'étude. L'infirmière observée occupe le poste depuis au moins six mois ou est une remplaçante habilitée à exécuter les activités cliniques habituelles. Quant à la participation des médecins, le responsable médical du GMF sollicite ses collègues de façon volontaire pour une entrevue. Ainsi, un ou deux médecins et les infirmières de chacun des deux sites participent volontairement à une entrevue individuelle enregistrée afin de valider ou enrichir les données recueillies par l'observation directe et connaître leurs perceptions face au rôle des infirmières dans le GMF.

De plus, il faut tenir compte de la représentativité des activités normales d'un GMF dans certaines périodes de l'année. À cet égard, il est reconnu que la période vaccinale anti-influenza (novembre et décembre) et la période estivale perturbent les activités professionnelles habituelles dans la plupart des équipes des services courants et des cliniques médicales. Pour ces raisons, l'étude s'effectue dans la période du 16 février 2007 au 21 mars 2007.

#### 3.4 MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES

Le recueil des données se fait premièrement par l'observation directe des infirmières et la prise de notes de terrain sous forme de cahier de bord, et ensuite par l'entrevue semi-dirigée auprès des médecins et des infirmières. La consultation de documents disponibles dans le milieu complète le recueil des données. Les variables sociodémographiques des participants telles que l'âge, le sexe, la formation, les années d'expériences sont recueillies par questionnaire autoadministré (Annexes E<sup>1</sup> et E<sup>2</sup>) et se retrouvent détaillées dans le chapitre des résultats.

Une des méthodes choisies consiste à observer les infirmières pendant leurs activités habituelles. Chaque infirmière est observée sur deux périodes de deux heures. Les



observations empiriques sont compilées dans un système de classification développé et validé par Nadot (2001).

Une autre méthode de collecte de données utilisée est l'entrevue semi-directive. Elle permet de valider les observations auprès des médecins et des infirmières et de connaître les perceptions concernant leur environnement de travail et la promulgation du rôle infirmier en GMF. Les entrevues individuelles d'une durée prévue de 20 à 30 minutes sont réalisées dans le milieu de travail après les périodes d'observation. En début d'entrevue la chercheuse expose un portrait sommaire des activités observées et propose au participant de rétroagir. Par la suite, quelques questions sont posées selon le guide élaboré. Ces entrevues sont enregistrées audio.

En somme, l'observation directe permet d'explorer la nature du travail en GMF et d'examiner si les pratiques relèvent d'un rôle de généraliste ou de spécialiste. La validation des observations et les informations recueillies par entrevue auprès des médecins et des infirmières sont de l'ordre des perceptions, des valeurs ou des conceptions personnelles. L'étude de cas favorise donc une compréhension plus élargie du phénomène vécu et exprimé selon une perspective infirmière et médicale.

Une troisième méthode de collecte de données est la consultation de documents disponibles à l'équipe tels : le document élaboré par une infirmière du GMF pour décrire les tâches infirmières dans le GMF, le cahier des ordonnances collectives et des protocoles infirmiers adoptés par le centre de santé. Ces documents permettent de recueillir des éléments structurants la pratique soignante dans le GMF.

Les notes de terrain constituent la quatrième méthode de cueillette des informations. Elles complètent le recueil des données et proviennent des observations de la chercheuse et des commentaires des informateurs-clés notés dans un cahier de bord. Les observations notées dans le cahier de bord comprennent des notes méthodologiques du déroulement de l'étude, des notes théoriques permettant de donner un sens aux observations compilées. Les notes descriptives décrivent les interactions entre les membres, les sentiments du chercheur, ses impressions. Ces notes d'observation informent sur l'environnement clinique et les modalités régissant la pratique des

activités partageables avec les médecins et indiquent le degré ou la qualité des liens de collaboration, de partage et de redéfinition des tâches.

### 3.5 LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

Les variables sociodémographiques comme le sexe, l'âge, les années de formation et d'années d'expérience sont recueillies à l'aide d'un questionnaire écrit, que vous trouvez à l'Annexe F<sup>1</sup> pour les infirmières et légèrement modifié pour les médecins à l'Annexe F<sup>2</sup>.

La chercheuse utilise une grille d'observation dans laquelle elle note le comportement ou la pratique de l'infirmière comme une « vue instantanée ». Vous en retrouvez un exemple à l'Annexe G. Vous remarquez que des indications telles la date, la séquence d'observation, les moments déjà présélectionnés (q/5 minutes sur 120 minutes de présence continue de l'observateur dont une heure dans l'exemple). Le numéro d'identification permet de s'y retrouver lors du traitement des données. Le comportement décrit l'activité que l'infirmière est en train de faire à un moment prédéterminé. Par exemple, la participante écrit une note au dossier du patient, prend une tension artérielle, informe le médecin d'un résultat sanguin anormal, se dirige vers la salle de repos. Une brève description ou un élément de précision peut être annoté en vue de faciliter la codification ultérieure. La chercheuse peut également écrire toute information complémentaire concernant l'activité observée. En effet, il se peut que l'observée exécute à la fois une technique de soins, fasse un enseignement après avoir évalué les connaissances du patient.

Il s'avère difficile de rendre aléatoire les blocs d'observation. En conséquence, les deux infirmières connaissent l'horaire de leurs blocs d'observation. Le tableau 3.2 présente les blocs d'heures sélectionnés dans chacun des sites pour les quatre infirmières participantes. Vous remarquerez toutefois qu'en raison de la présence d'un seul observateur et du ralentissement possible des activités des infirmières durant l'heure des repas dans un milieu, nous n'avons pas planifié d'observation durant cette période. Nous en tiendrons compte dans l'analyse des données. Malgré cette limite, l'observation

donne un portrait assez représentatif de la variabilité des activités habituellement réalisées sur une journée, tel que vérifié auprès des répondants.

**Tableau 3.2** : Grille horaire des séances d'observation

SITE	INFIRMIÈRE	INFIRMIÈRE	SITE	INFIRMIÈRE	INFIRMIÈRE
<b>GMF 1</b> (2 JOURS)	8 h-10 h	9 h 30-11 h 30	<b>GMF2</b> (1 jour)	8 h-10 h	12 h-14 h
	13 h 30-15 h30	14 h-16 h		14 h-16 h	18 h-20 h

Le guide d'entrevue semi-dirigée constitue un deuxième outil de collecte de données qui sera utilisé lors des entrevues. Ce guide permet dans un premier temps de valider et compléter auprès des médecins et des infirmières, l'information recueillie par l'observation des activités infirmières. Il permet de circonscrire le phénomène tout en obtenant sensiblement les mêmes informations d'une entrevue à l'autre ce qui, selon Paillé (1991) facilite le processus d'analyse des données et augmente la validité des résultats. Ainsi, la chercheuse présente un portrait général des activités des infirmières observées et les participants réagissent aux points soulevés. Quelques questions ouvertes portant sur l'environnement du travail et la promulgation du rôle et des fonctions de l'infirmière orientent ensuite l'entrevue et sert de guide. Les questions sont 1) Les activités de l'infirmière se sont-elles modifiées depuis le GMF? 2) Pensez-vous que la structure organisationnelle et l'offre de services médicaux peuvent avoir un impact sur le rôle des infirmières en GMF? 3) Comment voyez-vous le rôle de l'infirmière avec le médecin dans le GMF? Avec l'ajout de probe: pouvez-vous me nommer des situations où vous souhaiteriez travailler différemment? 4) Comment travaillez-vous à partir des ordonnances collectives? Avec l'ajout de probe : comment les ordonnances collectives permettent-elles d'effectuer le suivi des patients?

Divers documents de travail sont consultés dans le GMF, excluant le dossier du patient. Des informations sont également recueillies auprès des gestionnaires ou du médecin responsable du GMF. Les renseignements fournis par la consultation des documents sont classés par catégories en fonction de leur source dans le but d'en faciliter l'analyse ultérieure. Vous retrouvez une grille de classification à l'Annexe H. On y distingue les documents officiels d'ordre administratif ou organisationnel et les documents cliniques utiles autant pour les médecins que pour les infirmières. Les protocoles et les règles de

soins, les ordonnances collectives, les modèles de plan d'intervention interdisciplinaire, les outils d'aide à la décision clinique, les modalités de fonctionnement, ou encore les outils de communication et de référence se classent dans cette dernière catégorie.

### 3.6 LES CRITÈRES DE RIGUEUR DE LA RECHERCHE

Cette partie présente les critères de rigueur de la recherche. En accord avec d'autres auteurs, Savoie-Zajc (2000) parle de critères de rigueur méthodologique qui conviennent davantage à la recherche qualitative plutôt que de critères de scientificité. Ces critères concernent a) la crédibilité (validité interne), b) la transférabilité (validité externe), c) la fiabilité (fidélité), et d) la confirmation (objectivité).

La crédibilité se traduit par la rigueur de la procédure de collecte d'informations. L'étude de cas multiples propose la technique de la triangulation qui consiste à utiliser différentes méthodes de collecte des données combinées à l'intérieur d'une même étude afin d'accroître la fiabilité des données diverses et complexes du phénomène à l'étude (Fortin, 1996). Les trois méthodes retenues s'inscrivent tout à fait dans l'optique de la stratégie de triangulation. Les résultats de quelques études, autant en Europe qu'au Québec (Dallaire et al., 2002; Rochefort, 2002) établissent la validité interne de la grille utilisée (Nadot, 2002c) quant à la capacité de saisir la pratique infirmière observée telle qu'elle se déroule. Il est raisonnable de croire qu'elle offrira les mêmes possibilités dans un contexte de première ligne au Québec.

La transférabilité (validité externe) réfère à la possibilité de généraliser les résultats c'est-à-dire d'être applicables dans un contexte similaire (Deslauriers, 1991; Loiselle, et al., 2007). La technique d'échantillonnage utilisée pour l'étude des deux cas augmente la validité mais notre devis qualitatif et le nombre restreint de GMF ne permettent pas de généraliser. La consultation documentaire et les données sociodémographiques permettent une analyse plus rigoureuse. Le tableau 3.3 présente les critères méthodologiques, leur définition ainsi que les moyens qui ont été pris pour atteindre le plus de rigueur possible.

**Tableau 3.3** : Critères méthodologiques, leur définition et moyens d'action

CRITÈRES MÉTHODOLOGIQUES	DÉFINITION/ CARACTÉRISTIQUES	MOYENS D'ACTION PRÉVUS
<b>Crédibilité</b>	Les participants se retrouvent dans le sens décrit de leur réalité, donc appréciation du caractère plausible du sens donné au phénomène. Justesse des données.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Techniques de triangulation</li> <li>✓ Diverses sources de données (observation, analyse documents entrevue</li> <li>✓ Procédures d'entrevues</li> <li>✓ Validation et concordance</li> <li>• L'engagement de la chercheuse et les moments choisis</li> <li>• Opérationnalisation des concepts</li> <li>• Analyse axée sur les processus.</li> </ul>
<b>Transférabilité</b>	Les résultats de l'étude peuvent être adaptés à la population concernée par la recherche ou les utilisateurs possibles des résultats de la recherche. Les résultats sont plausibles, pertinents et il existe une ressemblance entre le contexte décrit et son propre GMF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Description riche des deux contextes</li> <li>✓ Caractéristiques détaillées de l'échantillon</li> <li>✓ Questionnaire initial</li> <li>• Notes de terrain</li> <li>• Processus rigoureux de l'analyse</li> </ul>
<b>Fiabilité</b>	Il y a cohérence entre les questions de départ, le déroulement de l'étude et les résultats. Les décisions prises par la chercheuse sont justifiées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notes de terrain</li> <li>• La triangulation</li> <li>• Rigueur dans la transcription des verbatims</li> </ul>
<b>Confirmation</b>	Les données produites sont objectives. Rigueur et cohérence dans la collecte et l'analyse des résultats qui permettent à un autre chercheur de suivre la démarche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruments de collecte justifiés par le cadre théorique</li> <li>• Méthodes d'analyse appliquées judicieusement</li> <li>• Vérification et validation externes</li> </ul>

Adapté de Savoie-Zajc (2000) La recherche qualitative / interprétative en éducation Chap. 8 p.191

### 3.7 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

#### Présentation du projet au milieu

Dans un premier temps, le projet de recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (Annexe I) approuvé par l'Université Laval. Par la suite, la Direction des soins infirmiers des deux CSSS et le responsable médical de chacun des GMF acceptèrent que le projet soit présenté dans le milieu. Peu de temps après, une personne choisie par la chercheuse contacta les infirmières du GMF afin d'expliquer brièvement la recherche et solliciter leur participation. Le responsable médical devait, quant à lui, solliciter la participation d'au moins un médecin de l'équipe pour passer une entrevue individuelle. Suivant cet accord, la chercheuse rencontra les infirmières dans leur milieu afin de répondre aux interrogations, et faire signer le formulaire d'information et de consentement auprès des infirmières (Annexe J) et des médecins (Annexe K). Par la même occasion, les infirmières devaient compléter le questionnaire initial et le remettre à la chercheuse à la fin de la rencontre. Quant aux médecins, ils ont signé le questionnaire et le consentement avant l'entrevue enregistrée. Les contacts s'effectuèrent par la suite avec le médecin responsable du GMF ou l'adjointe administrative afin de déterminer les modalités des visites, des entrevues individuelles et de la présence de la chercheuse pour la consultation documentaire.

#### Le déroulement de la collecte de données

Au préalable, signalons que l'observation de chacun des cas s'est faite l'une à la suite de l'autre en respectant les mêmes critères mais en adaptant le déroulement de façon souple selon la réalité des milieux et la disponibilité des participants. L'observatrice est la chercheuse elle-même, et est ici nommée pour simplifier la description du déroulement.

La collecte de données s'est déroulée durant la période du 16 février au 21 mars 2007. Toutes les données ont été recueillies dans le premier GMF pour ensuite reprendre le même déroulement dans le deuxième milieu. Dans chaque GMF, la collecte s'effectua

en deux temps. L'observation directe s'est déroulée sur deux jours (vendredi - lundi) pour un GMF et sur une journée (lundi) pour l'autre. La consultation des documents s'est faite durant les périodes entre les séquences d'observations. Les entrevues ont été réalisées après les observations sur un intervalle d'une ou deux semaines selon le GMF car il a fallu tenir compte de la période de vacances hivernales.

L'étude débuta par l'observation non participante des deux infirmières du GMF, c'est-à-dire que l'observatrice « suivait » l'infirmière désignée sans intervenir dans la situation avec le patient en tentant de se « fondre dans le décor ». Chaque infirmière fut observée pendant deux blocs de deux heures répartis sur une journée de travail habituel. Afin de minimiser l'impact de la présence de la chercheuse dans l'environnement clinique où l'infirmière reçoit habituellement la personne dans un bureau fermé, la chercheuse opta pour une présence continue plutôt que de s'introduire dans le bureau de façon imprévue aux cinq minutes. Hors de contact visuel avec la chercheuse, l'infirmière demandait au patient son autorisation, en précisant qu'elle seule faisait l'objet d'une observation dans le cadre d'une étude dans le GMF. Toutefois la chercheuse devait respecter une distance minimale afin de conserver le caractère professionnel de la relation infirmière-patient, et ainsi ne pas interférer dans le processus de soin. Le patient était informé du respect de la confidentialité. Aucun patient ne s'objecta à la présence de la chercheuse durant la consultation.

La chercheuse avait en main la grille d'observation. Sur un intervalle de cinq minutes, elle notait la pratique de l'infirmière au moment désigné. Une montre chronomètre indiquait le moment de la « prise de vue ». Entre les blocs d'observation, la chercheuse inscrivait dans son cahier de bord, des idées, des impressions, des informations ou précisions utiles à l'analyse de l'ensemble des données.

Quelques jours plus tard, la chercheuse procéda aux entrevues individuelles. L'horaire plus souple des entrevues, respectait la disponibilité des participants. Les rencontres se réalisèrent dans le milieu dans un local prévu à cet effet. Les participants, ayant donné leur consentement à participer à l'étude, connaissaient le but et les modalités techniques et éthiques de l'enregistrement. L'entrevue semi-structurée d'au plus trente minutes, animée par la chercheuse et selon un guide d'entrevue était enregistrée sur dictaphone. Dans un premier temps, la chercheuse proposait une brève description du travail

infirmier selon sa compréhension des éléments observés. L'entrevue permettait de réagir aux données présentées. Le second volet de l'entrevue visait à connaître les perceptions face à l'environnement de travail et les impacts possibles sur la promulgation du rôle infirmier dans le GMF, selon une perspective infirmière et une perspective médicale.

Les notes de terrain étaient rédigées de façon informelle sous forme de cahier de bord en dehors des temps prévus de l'observation structurée. La consultation documentaire s'effectua à la suite de la période d'observation. Les documents de référence pour la pratique des infirmières et les cahiers de procédures sont d'autant d'informations précieuses provenant des infirmières ou des médecins ou de la secrétaire administrative de chacun des GMF.

### 3.8 ANALYSE DES DONNÉES

Rappelons que les données proviennent de trois sources différentes et sont analysées selon la grille proposée par Nadot et al. (2002) et adaptée pour la présente étude et par l'analyse de contenu de Huberman et Miles (1991). L'analyse du contenu des quatre grilles d'observations (une grille par bloc de deux heures) s'effectua à la main par catégorisation selon la grille d'analyse de Nadot (Annexe L) et des différents concepts définis opérationnellement au début du chapitre. On y retrouve par exemple des pratiques de gestion de l'information, de récolte d'informations, de régulation. Peuvent également être observées la pratique professionnelle de la relation, la pratique technologique du soin liée à la prescription médicale, aussi bien que la pratique d'inactivité. Les données quantitatives sont rapportées en taux et en fréquence d'apparition des comportements. Chaque contenu observé dans les temps prédéterminés (q/5 minutes) se voit ensuite attribuer une lettre correspondant à la catégorie de pratique effectuée et un chiffre correspondant au bénéficiaire. Il a été décidé de calculer le nombre total de pratiques dans chaque catégorie à la fois pour SC1 et SC2 et SC3. Par exemple, pour une même catégorie de pratique à un moment donné, l'infirmière peut rendre service à l'administration, au médecin et à la personne soignée. On calculait alors trois pratiques différentes pour la même catégorie. Elle peut également faire plus d'une pratique à un temps donné et pour plusieurs bénéficiaires.



Des exemples sont présentés dans le chapitre des résultats. Force est d'admettre par exemple que l'infirmière se retrouve souvent à gérer de l'information non exclusive à elle seule ou aux médecins ou à l'organisation uniquement. C'est donc dire que si la pratique observée visait SC1 et SC2 et SC3 trois pratiques étaient alors calculées pour la même catégorie. Cet exemple illustre la façon de codifier en fonction du système culturel bénéficiant de l'activité de l'infirmière. En procédant de cette façon, on peut mesurer la contribution infirmière à l'une ou l'autre des trois sous-cultures et celles à deux ou trois simultanément et ainsi faire ressortir l'importance du rôle de médiologue de l'infirmière. Les pratiques A, B, D, E, H et J sont une contribution à SC1, SC2 et / ou SC3, quant aux pratiques de la relation (K) par exemple, elles ne sont codées que pour la sous-culture infirmière (SC3). La grille prévoit également une case si on se trouve devant l'impossibilité de coder à cause d'un manque de précision lors de l'inscription de l'observation.

Pour mieux saisir ces propos voyons l'exemple suivant : la pratique de l'infirmière qui prépare l'injection d'un médicament sera codée L (pratique technologique du soin (SC2)). Cette pratique est définie opérationnellement par « ensemble des activités déléguées qui visent à collecter des données et appliquer la prescription médicale » et concerne par exemple les tests diagnostiques, la préparation l'exécution ou la surveillance de traitements, incluant l'administration des médicaments. On code alors L2 sur la grille d'analyse dans la case correspondant à l'observation. Cette information permet de dire que l'infirmière fait une pratique technologique de soin et rend alors service à la sous-culture médicale. En effet, dans le même exemple, si l'infirmière, au moment de la préparation de l'injection rassure la personne qui exprime son anxiété face aux effets secondaires de cette médication, on codera en même temps K (pratique de la relation) et selon la sous-culture infirmière. Dans plusieurs cas alors, la décision fut prise de codifier plus d'une catégorie d'activité à un moment donné ce qui veut dire qu'un segment de phrase rapportée pour décrire l'activité peut être à la fois classé dans la pratique technologique du soin (L) et aussi dans la pratique professionnelle de la relation (K).

Mais jusqu'à quel point un même phénomène observé donne-t-il la même réponse ou est-il codé de la même façon? L'examen des résultats par des pairs, appelé aussi l'harmonie interjuges (Fortin, 1996) est une stratégie qui réfère au degré de concordance

entre les résultats de deux observateurs indépendants qui ont utilisé les mêmes instruments de mesure. Dans la présente étude, deux autres personnes évaluèrent la concordance de la codification dont l'une Madame Clémence Dallaire, directrice de ce projet de maîtrise. Elle a participé à la validation de la grille d'analyse de Nadot dans la portion québécoise (Dallaire et al. 2002) d'une étude conjointe avec des acteurs de l'Europe (Nadot et al. 2002). L'autre personne, indépendante des soins infirmiers et spécialiste en terminologie a également contribué à enrichir notre compréhension des définitions en participant au processus itératif jusqu'à la résolution des différences. De plus, deux consultations avec M. Nadot, la première en avril 2007, et la seconde en octobre ont permis de valider notre codification tout en bénéficiant d'une explication.

L'analyse des données empiriques par la méthode d'observation de « faits instantanés » montre la façon dont les infirmières font usage de leur temps dans leur milieu de travail (activités indépendantes, interdépendantes et dépendantes) et la nature des informations traitées. Une compilation totale intra et inter GMF s'est faite par la suite.

À la suite de l'enregistrement des entrevues, les données passent à l'étape de codage avec transcription des verbatim pour ensuite être catégorisées et mises en forme. Huberman et Miles (1991) parlent alors d'un « processus par lequel les données sont visualisées à l'aide de tableaux, schémas et parfois de texte continu... ».

Toutes les informations provenant des documents ont été classées selon diverses composantes dont la structure et le processus de Sidani et Irvine (1999). Il faut se rappeler que la structure organisationnelle, dont la formalisation des rôles, l'autonomie professionnelle dans la prise de décisions, les modèles de pratiques, influenceront le processus de soins et la promulgation d'un rôle étendu.

En somme, vous retrouvez dans le tableau 3.4, la synthèse des méthodes utilisées et le processus d'analyse qui permettent de répondre aux deux questions de la recherche. Ce cadre assure une analyse plus générale de l'activité infirmière dans un contexte organisationnel spécifique aux GMF et dans un rôle évolutif.

**Tableau 3.4 :** Synthèse des méthodes, des instruments de collecte et du processus d'analyse utilisés pour répondre aux questions de l'étude

QUESTIONS DE RECHERCHE	# 1 Quelles sont les activités de l'infirmière en GMF	#2 Ces activités relèvent-elles d'un rôle de généraliste ou d'un rôle de pratique avancée
<b>LA OU LES MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observation non participante</li> <li>▪ La consultation des documents</li> <li>▪ Notes de terrain</li> <li>▪ L'entrevue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observation non participante</li> <li>▪ La consultation des documents</li> <li>▪ Notes de terrain</li> <li>▪ L'entrevue</li> </ul>
<b>LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNÉES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille d'observation</li> <li>▪ Grille de classification des documents</li> <li>▪ Guide d'entrevue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille d'observation</li> <li>▪ Grille de classification des documents</li> <li>▪ Guide d'entrevue</li> <li>▪ Questionnaire initial</li> </ul>
<b>LE PROCESSUS D'ANALYSE DES DONNÉES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vérification des observations par les entrevues.</li> <li>▪ Retranscription manuelle des verbatim, codage (entrevue)</li> <li>▪ Catégorisation selon 14 variables de Nadot (observation structurée).</li> <li>▪ Grille d'analyse (Nadot) données quantitatives et qualitatives</li> <li>▪ Triangulation (source des données, inter-juge et inter méthode)</li> <li>▪ Analyse de contenu inter et intra individuelle selon Huberman et Miles (entrevue, notes de terrain, questionnaire initial)</li> <li>▪ Analyse croisée Nadot et Sidani et Irvine (ensemble des données)</li> <li>▪ Tableau synthèse des résultats des 2 GMF ensemble</li> <li>▪ Guide d'accompagnement à l'implantation MSSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vérification des observations par les entrevues</li> <li>▪ Analyse des documents</li> <li>▪ Catégorisation selon 14 variables de Nadot</li> <li>▪ Triangulation (source des données, inter-juge et inter méthode)</li> <li>▪ Analyse croisée Nadot et Sidani et Irvine (ensemble des données et tableau synthèse)</li> <li>▪ Guide d'accompagnement à l'implantation MSSS</li> </ul>

Les notes d'observation nous éclairent sur les modalités régissant la pratique des activités partageables avec les médecins indiquant le degré ou la qualité des liens de collaboration, de partage et de redéfinition des tâches. Le guide d'accompagnement élaboré par le ministère sera également utilisé dans cette synthèse. Les documents de références servent tout au long du processus jusque dans l'analyse finale (Deslauriers, 1991).

### 3.9 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

En obtenant l'autorisation du médecin responsable du GMF et du chef de programme des CSSS respectifs, la chercheuse devait respecter leur politique interne en regard à la confidentialité et à la déontologie infirmière. Le nom des GMF n'est pas dévoilé. Cependant, certaines variables pouvaient être précisées dans l'étude telles : GMF rural ou urbain, de type CLSC ou de clinique privée, le type de services offerts. Les notes d'observations, les enregistrements et les questionnaires étaient détruits après l'analyse des données. Vous retrouvez tous les éléments dans le formulaire d'information et de consentement adressé aux infirmières et aux médecins (Annexes J et K).

## CHAPITRE IV

### RÉSULTATS

Le quatrième chapitre décrit successivement les milieux des deux cas à l'étude et présente les résultats. Ainsi, nous débutons par une description des milieux et présentons les variables sociodémographiques des participants. Par la suite, une description générale du travail infirmier dans chacun des GMF est présentée en trois sous sections : à partir des documents répertoriés dans le milieu puis de l'observation des infirmières et des notes de terrain et finalement des compte rendus d'entrevues réalisées auprès des médecins et des infirmières des GMF. Certains résultats seront illustrés sous forme de tableaux et de figures. Finalement, rappelons que nos deux questions de départ étaient 1) Quelles sont les activités de l'infirmière en GMF? 2) Ces activités relèvent-elles d'un rôle de généraliste ou d'un rôle de pratique avancée?

#### 4.1 ÉTUDE DU CAS # 1 (GMF PRIVÉ)

##### Structure organisationnelle et offre de service

Le premier GMF étudié est situé dans la région de Québec. Il regroupe 11 médecins d'une clinique médicale déjà constituée depuis une vingtaine d'années et devenue GMF depuis deux ans. Huit de ses médecins travaillent à temps plein et les autres proposent leur disponibilité à temps partiel. Le GMF offre des soins et des services généraux de santé par consultations médicales avec rendez-vous et sans rendez-vous. L'équipe propose de plus, des soins et des services spécialisés de santé, comme par exemple: en allergies, en cardiologie, en chirurgie, en dermatologie. Le nombre d'inscription à chacun des médecins à temps plein répond aux exigences gouvernementales ce qui représente pour ce GMF un total d'au moins 12 000 adhésions. L'équipe donne encore l'accès aux services médicaux de sans rendez-vous à la personne non inscrite qui provient souvent d'un autre territoire. Autant que possible la préposée à l'accueil réoriente la personne vers son médecin de famille, sinon, elle lui offre la possibilité de s'inscrire au GMF.

La clinique bien implantée dans le secteur possède un fort achalandage autant de personnes âgées que de jeunes enfants. La population du secteur accède aux services sans rendez-vous médical du lundi au vendredi de 8 h à 21 h et de 9 h à 13 h le samedi et le dimanche. En moyenne quotidienne, 150 patients se présentent en sans rendez-

vous (SRV). Deux médecins se partagent la tâche au SRV dans les heures les plus achalandées du début de la journée soit de 8 h à 9 h 30 et de la soirée soit de 17 h à 19 h. Un nombre variable de médecins sont présents dans la clinique pour offrir des consultations avec rendez-vous du lundi au vendredi pour les personnes inscrites. Selon le médecin responsable, les huit bureaux de consultations médicales ne suffisent plus depuis l'ajout de nouveaux professionnels dans la clinique. D'ailleurs le GMF prévoit une relocalisation prochaine afin de contrer le problème croissant de manque de locaux depuis leur accréditation.

Le GMF se situe sur un territoire urbain à proximité d'un point de services du CLSC du secteur. L'équipe médicale compte sur le support administratif d'une technicienne, de préposés à l'accueil et sur la collaboration de trois infirmières. L'une d'elle offre en matinée des services de prélèvements sanguins et autres mesures diagnostiques à la clientèle inscrite. Cette infirmière est rémunérée à même les revenus engendrés par la clinique. En ce qui a trait aux services infirmiers dans le GMF, le groupe bénéficie de sommes allouées prévues dans l'entente gouvernementale pour rémunérer les heures d'une ou de deux infirmières selon le nombre de patients inscrits. On remarque dans le tableau suivant, l'horaire habituel des trois infirmières.

**Tableau 4.1** : Horaire habituel des infirmières de l'étude de cas # 1

	VENDREDI 16 FÉVRIER	LUNDI 19 FÉVRIER	MARDI	MERCREDI	JEUDI
Infirmière aux prélèvements	7 h 30 à 12 h	7 h 30 à 12 h	7 h 30 à 12 h	7 h 30 à 12 h	7 h 30 à 12 h
Infirmière GMF (temps plein)	8 h à 16 h	(absente) 8 h à 16 h	8 h à 16 h	8 h à 16 h	8 h à 16 h
Infirmière GMF (temps partiel)	A.M. prélèvements 10 h 30 à 18 h 30	(remplaçante) 8 h à 16 h		10 h 30 à 18 h 30	10 h 30 à 18 h 30

Une infirmière à temps complet cinq jours / semaine et une autre le mercredi, jeudi et vendredi couvrent les services infirmiers au GMF. Remarquons la présence de l'infirmière aux prélèvements tous les matins, trois infirmières en matinée trois jours dans la semaine et une infirmière seule sur les plages horaires du lundi et du mardi pour le GMF. Les deux cases ombragées représentent les plages horaires d'observation. Une infirmière fut observée un vendredi et une autre le lundi suivant. L'infirmière observée le lundi ne travaillait pas habituellement mais avait accepté de faire une journée en remplacement de sa collègue absente le lundi. Selon les infirmières, celles-ci se voient accorder par le responsable médical, la possibilité d'organiser leur horaire et gérer leur temps entre elles, à condition de respecter le nombre d'infirmières. Elles peuvent s'accommoder en autant que la situation ne perturbe pas le cours des activités et des rendez-vous à l'agenda de l'infirmière.

#### Caractéristiques des sujets de l'étude

Les deux infirmières possèdent initialement une formation collégiale en soins infirmiers. Par la suite, chacune a obtenu, soit un certificat en santé communautaire, soit un certificat en soins cliniques au niveau universitaire. L'une d'elle possède en plus une formation spécialisée en soins podologiques et offre ses services en pratique privée, en dehors de son travail au GMF. Cette infirmière a acquis une large expérience de plus de 25 ans dans divers programmes en CLSC et en clinique médicale. Elle s'est jointe au groupe depuis six mois, et y travaille trois jours / semaine. L'autre infirmière cumule aussi plus de 25 ans de pratique. Elle œuvra quelques années en centre hospitalier et par la suite s'est jointe à l'équipe médicale et y travaillait depuis au moins dix ans avant l'accréditation GMF. Elle occupe le poste à temps complet au GMF.

Deux médecins du GMF acceptent de participer à une entrevue. De sexe masculin et d'âge moyen de 45 ans, ils pratiquent depuis au moins 15 ans et travaillaient depuis un certain nombre d'années dans la clinique au moment de son accréditation en 2005. Pour ces deux médecins, le GMF constitue leur principal champ d'activité bien que l'un d'eux partage son temps entre la clinique et une urgence d'un centre hospitalier. Passons maintenant à la description des activités infirmières.



### Description des activités infirmières

La section qui suit présente une description des activités infirmières provenant de deux sources soit : celle des documents du GMF et celle de l'observation et des notes de terrain.

- Description détaillée à partir du document d'orientation disponible dans le GMF

La consultation des documents disponibles à l'équipe, cahier des ordonnances collectives et des protocoles infirmiers adoptés par le centre de santé permet de recueillir des éléments structurants les activités des infirmières dans le GMF. L'un de ces documents, élaboré par une infirmière de la clinique énumère sommairement les types de fonctions attendus dans le GMF. C'est à partir de ce document et des commentaires rapportés par les infirmières que sera décrit et expliqué, parfois de façon plus détaillée, le travail infirmier en six catégories: cinq catégories de procédures et une qui concerne les tâches organisationnelles et interdisciplinaires.

La première catégorie concerne l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne et le dépistage des problèmes. Le patient se présente sur rendez-vous dont la durée prévue est de 15 minutes. Cette évaluation se fait lors de l'entrevue avec la personne. Parmi les activités initiées par l'infirmière selon son jugement clinique ou à la demande du médecin, on trouve des tests d'évaluation de la mesure ambulatoire de tension artérielle (MAPA) ou de Bptrue si la TA du patient est labile par exemple. Elle explique le fonctionnement de l'appareil que devra utiliser le patient chez lui, enseigne sur l'hypertension artérielle, explique la procédure d'inscription par le patient des activités pouvant influencer ses résultats. L'infirmière doit prévoir l'heure du retour de l'appareil afin de colliger toutes les données enregistrées. Cela consiste à placer le moniteur dans l'imprimante, coller et photocopier les résultats, évaluer l'urgence d'aviser le médecin selon les résultats obtenus et insérer le rapport final dans le dossier du patient. Un autre exemple dans cette catégorie est celui des tests d'évaluation des fonctions cognitives. Le médecin complète la demande et le patient prend un rendez-vous avec l'infirmière d'une durée de 30 à 60 minutes. Lors de l'évaluation des fonctions cognitives, l'infirmière questionne la personne sur ses capacités physiques et mentales à accomplir les activités quotidiennes et par la suite explique le test proprement dit. Elle calcule ensuite les résultats avant de les transmettre par la suite au

médecin, remet selon le cas de la documentation au patient ou à ses proches et, lorsque le médecin a examiné les résultats, et lorsque la condition de la personne le demande, le médecin prescrit une consultation en psychogériatrie. L'infirmière se charge de toute la procédure de référence. Elle peut aussi évaluer la fonction respiratoire des patients qui consultent au sans rendez-vous ou avec une référence de leur médecin et qui présentent une détérioration de leur capacité respiratoire. Elle procède au test et transmet au médecin les résultats imprimés. Elle peut, par la suite, acheminer une demande de consultation dans un programme spécifique, selon la recommandation du médecin. Cette première catégorie comprend l'évaluation de l'infirmière mais aussi l'exécution de plusieurs tests nécessités par la condition de la personne, certains qu'elle peut décider, et d'autres qui nécessitent une prescription médicale.

La deuxième catégorie regroupe les activités d'éducation et de diffusion de l'information (dépliants) à visée préventive et de promotion de la santé. L'enseignement ne fait généralement pas l'objet d'un rendez-vous particulier mais se réalise au cours de traitement, de soins ou lors des entrevues d'évaluation. Par contre, la vaccination et les conseils santé pour les voyageurs qui s'inscrivent dans cette catégorie d'activité nécessite un rendez-vous et la personne doit apporter le vaccin prescrit par le médecin. Les procédures vaccinales relèvent des protocoles de la Santé publique pour lesquelles les infirmières doivent être formées.

La troisième catégorie regroupe les soins et les traitements. On retrouve dans le document, une description des activités de triage, et des activités pour les personnes sans rendez-vous. Selon l'achalandage, une période de triage peut s'effectuer sous forme de « pré-entrevue » de triage dans le but de dépister les problématiques, évaluer l'urgence et la pertinence de voir le médecin de garde dans un délai plus rapide, ou de reporter la consultation si le patient se présente en fin de soirée, et qu'il risque de ne pas pouvoir rencontrer le médecin avant la fermeture. Cette évaluation consiste à faire la collecte de données, la raison de consultation, prendre les signes vitaux, faire une culture de gorge et urine ou un test de fonction respiratoire par exemple, peser les enfants en prévision de dosage de médicaments, faire des glycémies, donner des conseils sur les signes et surveillance du problème. Dans cette troisième catégorie d'activités, on retrouve aussi les soins urgents. L'infirmière accueille, collecte les données et évalue un patient qui se présente avec des symptômes nécessitant une

intervention rapide. Selon la nature du problème, elle installe et rassure le patient, elle procède aux soins et aux traitements par exemple, prendre les signes vitaux, nettoyer les plaies et initier les tests diagnostics appropriés (ex : ECG, faire une glycémie) selon les protocoles convenues avec les médecins du GMF. Elle applique les ordonnances médicales pour l'administration des médicaments. Il revient aussi à l'infirmière la tâche d'organiser, selon le cas, le transfert en ambulance en se préoccupant de garder les informations au dossier et d'assurer un suivi téléphonique dans les 24 / 48 heures.

On retrouve également les soins courants dans cette troisième catégorie. L'infirmière du GMF change les pansements prévus seulement sur une courte période sinon le patient est référé au CLSC qui assure le suivi. Enlever les points de suture et agrafes selon prescription fait normalement partie des activités prévues à l'horaire des infirmières. L'infirmière assiste le médecin et prépare le matériel lors de chirurgies mineures des patients qui se présentent sans rendez-vous et lors d'une période mensuelle sur rendez-vous exclusif pour une chirurgie (par exemple vasectomie, stérilet). Elle prévoit une visite de suivi à son agenda. L'infirmière peut rejoindre la personne et expliquer les résultats d'examens médicaux dans des situations particulières à la demande du médecin. Ces situations ne sont pas précisées dans le document. Elle est disponible aussi pour administrer toute médication injectable selon prescription. Les soins courants incluent également la possibilité pour les infirmières du GMF de procéder aux prélèvements sanguins et / ou autres tests diagnostiques comme l'électrocardiogramme lors de la période prévue du vendredi et dans des situations urgentes en l'absence de l'infirmière habituelle. Elle doit alors organiser le transport au laboratoire en s'assurant de respecter les conditions optimales de celui-ci.

Dans la quatrième catégorie, figurent les procédures liées au suivi de la clientèle à risque. Les suivis du patient diabétique et du patient anticoagulé ont été priorisés et l'ajustement du plan de traitement se fait en collaboration avec le médecin. Les infirmières ajustent le coumadin (anticoagulothérapie) selon une ordonnance individuelle initiale et une autre collective. Deux fiches servent au suivi par les infirmières. L'une d'elle soit l'ordonnance individuelle, identifiée au nom du patient et complétée par le médecin traitant indique divers paramètres dont le diagnostic médical, le traitement pharmacologique, la zone thérapeutique visée de l'anticoagulothérapie et la posologie du coumadin. L'autre fiche comprend les informations dont l'infirmière a

besoin pour rejoindre le patient, la pharmacie et le CLSC selon le cas. C'est donc à partir de l'ordonnance médicale individuelle que les infirmières appliquent l'ordonnance collective élaborée par les médecins et les infirmières du GMF pour assurer le suivi. Le protocole médical délègue aux infirmières du GMF, l'ajustement de la dose de coumadin selon les barèmes établis, la décision du prochain test sanguin, et l'avis au pharmacien du changement de posologie. L'infirmière consulte le médecin traitant si le résultat comporte des écarts trop importants, si l'état de santé de la personne est instable ou selon le jugement clinique de l'infirmière. Le suivi des patients anticoagulés comporte plusieurs tâches interreliées dont les suivantes: recevoir par télécopie le résultat sanguin en provenance du laboratoire, contacter la personne, l'aviser de son résultat, recueillir toute information pertinente à l'explication d'un résultat qui se situe hors normes, évaluer la cause possible des écarts (non observance au traitement, alimentation, interaction médicamenteuse...), préciser le dosage modifié ou inchangé et aviser le patient du prochain contrôle sanguin. Le résultat ainsi que la recommandation sont notés sur la fiche de suivi du patient. Celui-ci doit prendre lui-même son rendez-vous pour son test à l'endroit et à l'heure qui lui conviennent le mieux. Par contre, l'infirmière avise le CLSC ou la résidence d'accueil si le test sanguin doit être fait au domicile de la personne. L'infirmière avise ensuite le pharmacien par télécopie de toute modification de posologie. L'appel se fait habituellement en fin de journée car idéalement, le patient dont le test est fait le matin attend d'avoir son résultat par téléphone avant de prendre sa médication au souper. Le suivi de ces patients fait partie des tâches prévisibles de la journée mais leur nombre varie quotidiennement et s'ajoute à celles planifiées à l'agenda des infirmières.

En ce qui a trait à la problématique du diabète nouvellement diagnostiqué ou mal contrôlé, le médecin réfère la personne à une ou l'autre infirmière du GMF selon leur disponibilité ou avec une infirmière en particulier si le patient a déjà reçu ses services. Il arrive parfois que le médecin fasse le premier contact avec l'infirmière avant que le patient quitte. Sinon, il fait une ordonnance à l'infirmière et celle-ci rappelle le patient pour lui donner un rendez-vous. Même si l'ordonnance collective n'est pas achevée (en date de septembre 2006) dans ce GMF, l'infirmière réalise plusieurs interventions durant l'entrevue individuelle d'une durée de 90 minutes environ. Ainsi, elle recueille les informations sur les habitudes de vie du patient, enseigne sur la maladie, ses conséquences, les signes d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie, les conseils

nutritionnels. Elle procède également à l'évaluation des membres inférieurs et des indices de mauvaise circulation, prend les signes vitaux, calcule l'indice de masse corporelle (IMC). Elle donne des conseils de prévention des infections, encourage l'activité physique. Elle décrit différents modèles de glucomètres, conseille sur les choix possibles et leur utilisation tout en faisant la démonstration. Lors de l'entrevue, l'infirmière porte une attention particulière à la prise de médicaments et au contrôle des glycémies quotidiennes tout en encourageant et motivant le patient. Elle complète son enseignement en remettant la documentation et selon le cas la prescription pour le prochain bilan sanguin prévu trimestriellement. L'infirmière rédige ensuite une note au dossier et assure un suivi verbal au médecin en vue de l'ajustement de son plan de traitement. Elle planifie à son agenda de rappeler le patient après une semaine et peut revoir celui-ci au besoin.

Il est aussi mentionné que le suivi des patients hypertendus n'est pas encore défini. Les infirmières réalisent tout de même certaines activités comme; installer les appareils Bptrue et de MAPA, prêt d'un tensiomètre, suivi téléphonique pour connaître les valeurs et assurer une observance optimale de la médication. De par leur nature, ces activités se classent dans la première catégorie concernant l'évaluation et comportent un aspect plus clérical que nous abordons plus loin.

Dans la cinquième catégorie, les infirmières conseillent et réfèrent au besoin, la clientèle aux services du CLSC ou aux autres professionnels et programmes spécialisés, comme par exemple Traité-Santé, périnatalité, soutien à domicile.

Le tableau 4.2 donne une synthèse de cette classification. Nous spécifions pour chacune de ces catégories les activités indépendantes et interdépendantes et celles par délégation médicale. L'infirmière décrit aussi dans son document, des tâches organisationnelles liées à la gestion du matériel médical et les rôles de chacun afin d'assurer la coordination des services. Ces activités sont classées dans une sixième catégorie. Les infirmières vérifient quotidiennement le matériel médical à remplacer dans le local de chirurgie et la salle de sans rendez-vous. Elles vérifient le coffret d'urgence, la quantité des médicaments et leur date de péremption et complètent régulièrement la feuille de contrôle des narcotiques. L'infirmière coordonne le service de prêt d'appareil à tension

artérielle (MAPA), s'assure du bon fonctionnement de ces appareils avant le prêt et au retour du tensiomètre

**Tableau 4.2 :** Classification des activités infirmières issue de la consultation documentaire

CATÉGORIE D'ACTIVITÉS	ACTIVITÉ INDÉPENDANTE OU INTERDÉPENDANTE	ACTIVITÉ DÉLÉGUÉE DÉPENDANTE
<p>1. <b>Activités d'évaluation</b></p>	<p>Dépister les problèmes de santé physique et les problèmes psychosociaux lors d'une entrevue.</p> <p>Recueillir l'information, conseiller, donner de la documentation adaptée Initier un test Bptrue sans prescription selon les signes et symptômes cliniques Utiliser le doppler</p> <p>Évaluer la condition physique et mentale d'une personne et son environnement social. Ex juger de la pertinence d'un test de fonction cognitive sans prescription pour une personne connue de l'infirmière.</p> <p>Évaluer les risques d'infection lors de soins de plaie.</p> <p>Recevoir et évaluer la personne présentant une situation urgente, installer et rassurer le patient, les soins de base appropriés. Évaluer l'urgence par les signes et les symptômes, nettoyer les plaies Aviser la famille au besoin Faire le suivi téléphonique 24 / 48heures</p>	<p>Tous les tests diagnostics prescrits</p> <p>Appliquer les ordonnances Prélèvements Le monitoring cardiaque Administration de médicament sous protocole Enlever les points de suture</p>
<p>2. <b>Activités de prévention et de promotion</b></p>	<p>Éduquer la clientèle, diffusion de l'information (dépliants) Collecte de données, conseils, enseignement, support. Lors des entrevues ou de tests selon la pertinence et le jugement clinique</p>	<p>La vaccination selon protocole de la Santé publique Prescription par le médecin pour l'accès au vaccin Vérifier le statut vaccinal</p>
<p>3. <b>Activités de soins et de traitements</b></p>	<p>Enseignement, conseils, approche individualisée dans le suivi de l'anticoagulothérapie,</p> <p>Ajustement du plan de traitement dans le soin des plaies Assister le médecin lors des chirurgies mineures</p>	<p>Ajustement du coumadin Effectuer et ajuster les traitements médicaux Injection des médicaments ex dépo-provéra, B12, antipsychotique Prélèvement sanguin, ECG, lavage d'oreilles Appliquer les ordonnances, faire le pansement</p>

CATÉGORIE D'ACTIVITÉS	ACTIVITÉ INDÉPENDANTE OU INTERDÉPENDANTE	ACTIVITÉ DÉLÉGUÉE DÉPENDANTE
4. <b>Activités de suivis</b>	<p>Dans le suivi du diabète, cueillette de données sur les habitudes de vie, enseignement des auto-soins, glucomètre, soins des pieds notion en nutrition, relance téléphonique après une semaine, observance du traitement médicamenteux et non pharmacologique</p> <p>Suivi des patients hypertendus : conseils, relance téléphonique, Bptrue</p>	<p>Plan de traitement pharmacologique Ajustement de la médication, insulinothérapie</p>
5. <b>Activités de conseil et de références</b>	<p>Coordonner des ressources ex popotte roulante, entretien ménager pharmacien, Info-Santé, Clinique jeunesse, Traité Santé.</p>	<p>Références en spécialité, évaluation gériatrique et /ou dans certains programmes du CLSC comme le soutien à domicile et des intervenants psychosociaux</p>
6. <b>Activités et tâches organisationnelles et interdisciplinaires</b>	<p>Classement des documents de formation et livres de références</p> <p>Documentation à remettre à la clientèle.</p> <p>Formations</p> <p>Participation aux réunions médicales</p>	<p>Vérification quotidienne du matériel médical le coffret d'urgence, le contrôle des médicaments et narcotiques</p> <p>Prêt d'appareil à tension artérielle</p> <p>Désinfection et stérilisation des instruments chirurgicaux</p> <p>Entretien du stérilisateur</p> <p>Local de réserve de médicament, contenants d'objets souillés</p>

L'infirmière se préoccupe aussi du classement des médicaments. Elle range les échantillons par catégorie de pathologie, et vérifie les dates de péremption. Elle prend contact avec les représentants pharmaceutiques si besoin et se rend disponible pour les rencontrer. On y retrouve aussi dans ce local le réservoir d'azote et les contenants de matériel souillé. L'infirmière s'occupe également de la désinfection et de la stérilisation des instruments chirurgicaux, qu'elle replace dans des plateaux spécifiques selon les types d'interventions chirurgicales. Le nettoyage et l'entretien régulier du stérilisateur font aussi partie de ses tâches. L'infirmière recueille, classe et met à jour la documentation destinée aux patients ainsi que les cahiers de références et les documents de formation utiles dans la réalisation des activités infirmières.

En dernier point, les « tâches nursing » reliées à l'organisation interdisciplinaire sont décrites comme par exemple de participer aux réunions et assister aux différentes formations. Il est fait mention que les infirmières sont invitées exceptionnellement aux réunions médicales avec la possibilité de suggérer des points à ajouter à l'ordre du jour de la réunion. Les réunions entre les infirmières de GMF la responsable au CSSS et la conseillère en soins sont de quatre à six annuellement. Elles assistent à des formations lors de dîner à la clinique ou de journées offertes par les compagnies pharmaceutiques ou par le CSSS.

- À partir de l'observation et des notes de terrain

À la suite de la description détaillée des tâches des infirmières à partir du document d'orientation élaboré par une infirmière du GMF, la section qui suit présente le portrait type du travail infirmier dans une journée à partir de l'observation et des notes de terrain. L'observation d'une infirmière s'est faite un vendredi de 9 h 30 à 11 h 30 et 14 h à 16 h et sa collègue le lundi suivant de 8 h à 10 h et 13 h 45 à 15 h 45 tel qu'illustré dans le tableau 4.1.

Si le mouvement de la clientèle et le travail des infirmières varient selon l'offre de services et la disponibilité des médecins dans le GMF il n'en demeure pas moins que certaines activités infirmières sont prévisibles à l'horaire. Les infirmières planifient elles-mêmes leurs rendez-vous à l'aide d'un programme informatique disponible dans tous les bureaux de consultation. Il est important de souligner que les infirmières partagent un même bureau prioritairement occupé en matinée par l'infirmière attitrée aux prélèvements. Les infirmières du GMF se déplacent alors d'un bureau médical à l'autre selon les disponibilités. En début de journée, l'infirmière recherche un local disponible dans lequel elle reçoit ses patients en consultation ou procède au suivi téléphonique. Elle n'a pas de bureau personnalisé et doit s'adapter quotidiennement selon la présence des médecins. Elle débute donc sa journée en observant à l'ordinateur la liste de ses rendez-vous ainsi que les médecins présents dans la clinique. Elle récupère ensuite les dossiers des patients cédulés. Entre temps, il arrive qu'elle doive finaliser des interventions non complétées la veille. Pour le moment, les infirmières ne font pas formellement de triage ou de préentrevues, c'est à dire sur des plages fixes, mais elles se rendent disponibles pour les demandes ponctuelles des médecins du sans



rendez-vous ou pour des soins urgents. Durant le temps observé il y a eu peu de demandes ponctuelles des médecins.

Sur le plan clinique, un bon nombre des activités réalisées au moment de l'étude consiste à évaluer la santé physique et mentale et surveiller les symptômes physiques ou psychologiques des personnes référées par les médecins. À titre d'exemple, elle accueille des patients pour des tests de dépistage de l'hypertension artérielle (monitoring ambulatoire de la tension artérielle), des tests de mémoire, mesure de l'indice tibiobrachial. L'infirmière prévoit en moyenne 30 minutes par visite pour recueillir les informations, procéder au test ou aux soins, donner les conseils de prévention et de promotion qu'elle juge pertinents à la situation.

Les activités de soin et de traitement s'observent dans le suivi de plaies, l'ajustement du coumadin, l'enseignement et le suivi des personnes diabétiques. Les infirmières assurent le suivi de l'anticoagulothérapie de 175 patients selon le protocole décrit précédemment et consacrent beaucoup de temps à cette tâche en fin de journée. La quantité de suivis à gérer fluctue de façon imprévisible. Les infirmières se partagent la tâche en tenant compte des rendez-vous qu'elles ont déjà à leur horaire ou des demandes ponctuelles des médecins. L'infirmière dépense en moyenne 5-10 minutes par situation et elle ne gère pas moins de dix résultats par jour et ce nombre dépasse parfois la trentaine. L'infirmière mentionne que la tâche s'alourdit les lundis et mardis car tout le travail doit être fait par une seule infirmière. Les infirmières de ce GMF perçoivent cette tâche comme une « *bonne source pour garder le lien, c'est un moment privilégié* ». Les résultats positifs ou les changements de comportement des patients valorisent le travail infirmier selon une infirmière.

Les infirmières collaborent au bon fonctionnement de l'équipe dans des activités plus cléricales. Elles se soucient de voir à la coordination et au bon fonctionnement de l'équipe. Lors de la séquence d'observation du vendredi, l'infirmière vérifie du matériel médical dans le bureau de consultation du sans rendez-vous de la fin de semaine, complète l'inventaire au besoin et met de l'ordre dans le bureau. Elle vérifie les échantillons de médicaments et a reçu une représentante pharmaceutique. La stérilisation des instruments chirurgicaux fait également partie des tâches que les médecins préfèrent attribuer aux infirmières.

L'infirmière planifie l'horaire de ses propres activités cliniques. Elle inscrit dans le logiciel de rendez-vous, les visites des personnes référées en disposant d'une plage horaire selon la raison de consultation. Les infirmières prennent un certain temps à utiliser le nouveau logiciel de prise de rendez-vous en partie parce qu'elles ne sont pas encore très habiles mais aussi parce qu'elles doivent se déplacer régulièrement d'un bureau à l'autre, ce qui nécessite un temps d'attente d'ouverture du programme à l'ordinateur, mot de passe...Une infirmière note cette limite mais considère tout de même que l'outil facilite la coordination du rendez-vous d'une même personne avec l'infirmière et le médecin et permet une plus grande accessibilité à l'information. Les infirmières observées ne complètent pas de données statistiques quotidiennes comme par exemple les motifs de consultation, la nature des interventions ou de compte rendu d'activités ponctuelles. La chercheuse souligne également le commentaire des deux infirmières : « *on ne compte pas notre temps, on finit rarement à l'heure* ». Les infirmières rédigent les notes aux dossiers en fin de journée. Passons maintenant à la présentation des pratiques infirmières provenant de l'observation plus systématique des deux infirmières.

- La répartition des pratiques infirmières selon la grille d'analyse de Nadot

Le cadre de Nadot permet de codifier les données selon des groupes ou des catégories d'activités. Le tableau 4.3 rapporte l'exemple d'une portion de l'ensemble des 14 pratiques et de la codification des pratiques ABCD sur un bloc de deux heures. Si on examine la catégorie A, nous constatons que l'infirmière a fait des pratiques de gestion de l'information à huit reprises pendant les deux heures. De plus, nous réalisons par exemple, que lors de la prise de 9 h 40, l'infirmière a géré de l'information à la fois pour la sous-culture administrative et pour la sous-culture médicale tandis qu'à 11 h 10, elle a géré et récolté l'information utile au médecin.



Vous retrouvez dans le tableau 4.4, la répartition des observations, les bénéficiaires des pratiques ainsi que les périodes d'observation des deux infirmières du GMF. Ainsi, nous remarquons un total de 259 pratiques infirmières au cours des huit heures d'observation réparties assez également entre les deux infirmières soit 135 données pour l'une et 124 pour sa collègue. Le tableau nous indique une hétérogénéité des pratiques et les infirmières de ce GMF ne font pas de pratiques hôtelières et de pratiques d'élimination ce qui semble correspondre à la réalité du contexte ambulatoire. De plus on peut remarquer une plus grande représentativité des catégories ABHKL.

Si on reprend la case A correspondant aux pratiques de gestion de l'information, nous voyons également les chiffres 1, 2 et 3 qui identifient les sous-cultures : administrative (SC1), médicale (SC2) et infirmière (SC3). Ainsi, pour l'infirmière # 1 observée de 9 h 30 à 11 h 30, le tableau indique que 71 activités ont été codées, et que 15 de ce nombre consistent à gérer de l'information pour l'administration ou pour les médecins ou l'infirmière.

Il est intéressant de remarquer dans le tableau 4.4, une certaine homogénéité dans les totaux d'une journée à l'autre, malgré que l'infirmière #1 ait été observée une journée où les deux infirmières étaient présentes dans le GMF (vendredi).

Nous observons également que les pratiques de réapprovisionnement et de rangement sont exécutées lorsque les deux infirmières sont présentes. Cette catégorie d'activités occupe beaucoup de temps de l'infirmière le vendredi après midi. En comparant les différents résultats, on remarque aussi que le nombre de pratiques de la relation (K) ainsi que celui de la pratique technologique du soin (L) sont sensiblement les mêmes. Il est difficile de dire à partir du tableau si ces deux pratiques ont été codifiées simultanément. Toutefois, on peut penser que lorsque l'infirmière applique une ordonnance collective (L) la dimension interrelationnelle supportante prend aussi de l'intérêt. Signalons que la gestion de l'anticoagulothérapie et le suivi téléphonique aux patients occupe la fin de journée des infirmières. Durant les moments consacrés à la gestion de l'anticoagulothérapie par exemple nous avons observé que l'infirmière rend service aux trois sous-cultures. Elle consacre beaucoup de temps à la relation d'aide dans cette pratique classée K comme en témoignent les résultats de l'observation de l'infirmière # 2 entre 13 h 45 et 15 h 45.

**Tableau 4.4 : La répartition des pratiques infirmières du GMF # 1 et leurs bénéficiaires**

LA RÉPARTITION DES PRATIQUES INFIRMIÈRES DU GMF # 1 SELON LES 14 CATÉGORIES DE VARIABLES																														
A : gestion info			C : ordre et discipline			E : Déplacement			G : Hygiène collective			I : Élimination			K : Prof. relation			M : Formation												
B : Récolte info			D : Régulation			F : Hôtelière			H : Réapp. et rangement			J : Assistance			L : Technol. soin			N : Inactivité												
GMF Clinique privée	Gestion Info			Récolte Info			Ordre discipline		Régulation			Déplacement			Hôte lière	Hygiène coll.	Réapp. rangement			Élimination	Assistance			Prof relation	Techno soins	Formation	Inactivité	Total		
	1	2	3	1	2	3	1	3	1	2	3	1	2	3	1	1	1	2	3	1	1	2	3	3	2	3	1			
Inf # 1 9 h 30-11 h 30 14 h-16 h	6	8	1	3	6	6	3	5	1				2						4	4	1		1			12	6	1	1	71
	1	8	1	1	3	3	8						2	1					2	8	6	2		2			8	7	1	
Inf # 2 8 h-10h 13 h 45-15 h 45	7	10	2	2	4	2	3	1											5	4			1			6	10		1	58
	5	6	1	1	6	9		2					2											3		18	12		1	66
<b>Totaux</b>	<b>19</b>	<b>32</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>1</b>				<b>6</b>	<b>1</b>					<b>2</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>		<b>44</b>	<b>35</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>259</b>

Le tableau 4.5 présente une séquence d'observations d'activités simultanées. Par exemple, dans le segment : « *Observe le patient en train de faire le test de l'horloge, rassure M. sur ses pertes de mémoire et lui explique à nouveau le pourquoi du test* », on code trois pratiques simultanées soit: récolte d'informations, pratique technologique du soin et de relation professionnelle. Ainsi, on peut calculer que l'infirmière a pris plus de 30 minutes avec la personne âgée pour lui faire passer le test de mémoire. Elle s'est préoccupée de rassurer la personne et de faire en sorte que les données du test soient le plus fidèle pour confirmer un diagnostic médical d'atteintes cognitives.

**Tableau 4.5** : Séquence d'observations des activités infirmières codées selon la typologie de Nadot

Pratique	Type de pratique	Nature des activités observées / données complémentaires
ABH	Gestion de l'information Récolte d'information Rangement	Continue à chercher le dossier du patient dans la filière des dossiers à la réception afin de placer le résultat du MAPA et prend le dossier du patient qui aura un test de mémoire.
B	Récolte d'information	Consulte le dossier, histoire du patient, médication, antécédents, résultats de labo. Ces informations lui sont utiles alors qu'elle se prépare à faire le test.
B	Récolte d'information	Le médecin entre dans le bureau de l'infirmière et lui fait une demande de consultation. Il donne des informations claires concernant la situation d'un patient diabétique et précise la raison de consultation : enseignement de l'insuline.
K	Relation professionnelle	L'infirmière rencontre le patient référé par le md, informe sur la colonoscopie que M. devra passer, fait de l'enseignement concernant la préparation de l'examen.
K C	Relation professionnelle Ordre et discipline	Répond aux inquiétudes de M. concernant sa diète avant l'examen et fixe un moment où M. pourra venir rencontrer l'infirmière pour l'enseignement de l'insuline. Elle inscrit la date et l'heure sur une feuille qu'elle remet au pt.
E LB KM	Déplacement Technologie du soin Récolte d'information Formation	Va chercher un patient dans la salle d'attente pour son test de mémoire. Elle s'arrête par la même occasion au bureau de sa collègue pour donner des informations sur le suivi d'une plaie diabétique chez un patient connu qu'elle avait rencontré quelques jours auparavant.
B AK	Récolte d'information Gestion de l'information Relation professionnelle	Avec le patient qui se présente pour son test de mémoire, recherche et évalue les symptômes cliniques, info utile au diagnostic nursing et médical. Attitude écoute empathique.
B K	Récolte d'information Relation professionnelle	Dans le bureau avec le patient, poursuit le recueil des info pour aider au diagnostic, évalue, supporte, explique pourquoi le médecin demande ce test. M. craint de perdre son permis de conduire.

Pratiques	Types de pratiques	Nature des activités observées / données complémentaires
KLBC	Relation professionnelle Récolte d'information Technologie du soin Ordre et discipline	Explique les étapes du test Le téléphone sonne c'est la préposée à l'accueil qui voulait faire voir un patient. L'infirmière lui mentionne qu'elle n'est pas disponible pour le moment.
L K	Technologie du soin Relation professionnelle	Explique la procédure au fur et à mesure. Prend le temps de bien expliquer. Ce test se fait en trois étapes. L'infirmière mentionne « <i>C'est important que vous compreniez comme il faut les questions</i> ».
K LB	Relation professionnelle Technologie du soin Récolte d'information	Observe le patient en train de faire le test de l'horloge. Rassure M. sur ses pertes de mémoire et lui explique à nouveau le pourquoi du test.
K	Relation professionnelle	Relation d'aide, écoute.

En examinant le tableau 4.6 de répartition des pratiques infirmières, on constate que les pratiques de gestion de l'information (21,6 %) et les pratiques de récolte de l'information (17,8 %), représentent 39 % des observations. Nous observons que les infirmières de ce GMF occupent 17 % de leur temps aux pratiques professionnelles de la relation suivies par les pratiques technologiques du soin (13,5 %).

On remarque également que les pratiques de réapprovisionnement et de rangement représentent presque la même proportion des pratiques mesurées soit 13,1 %. Parmi les autres pratiques, moins fréquentes, on retrouve les pratiques d'ordre et de discipline (8,5 %). Nadot (2002) inclut dans cette catégorie, le management des personnes soignées et de leurs visites ce qui constitue en fait une coordination du temps, de l'espace et des mouvements nécessaires à la gestion du personnel et à l'organisation du travail. Nous avons donc classé dans cette catégorie (C) toutes activités infirmières liées à la gestion des rendez-vous de la clientèle SC3. Les pratiques d'assistance et de déplacement occupent le même temps soit 2,7 %. Quant aux autres pratiques, elles totalisent 3,2 %.

À trois occasions, l'infirmière s'est retrouvée en perte d'activité dans les périodes de temps observées soit parce qu'elle attend pour parler au médecin ou bien parce qu'un patient est en retard à son rendez-vous. De plus, nous avons délibérément exclu les moments préétablis de pauses pour les repas. Dans ce GMF, les infirmières s'absentent une heure trente pour leur pause de dîner.

**Tableau 4.6 :** Le nombre de pratiques et le taux de fréquence par catégorie dans le GMF privé

Le nombre de pratiques et le taux de fréquence par catégorie dans le GMF privé					
Pratique	Nombre	%	Pratique	Nombre	%
A. Gestion de l'information	56	21,6 %	H. Réapprov. et rangement	34	13,1%
B. Récolte d'informations	46	17,8 %	I. Élimination	0	0 %
C. Ordre et discipline	22	8,5 %	J. Assistance	7	2,7 %
D. Régulation	1	0,4 %	K. Professionnelle de la relation	44	17 %
E. Déplacement	7	2,7 %	L. Technologie du soin	35	13,5 %
F. Hôtelière	0	0 %	M. Formation	2	0,8 %
G. Hygiène collective	2	0,8 %	N. Inactivité	3	1,2 %

Elles ne prennent pas de pause-café. On n'observe qu'une seule activité de régulation et aucune dans les pratiques hôtelières et d'élimination.

Rapportons maintenant les résultats de l'observation pour les bénéficiaires des pratiques de gestion de l'information. Sur un total de 56 pratiques observées, 32 de celles-ci soit 57 % se rapportent à la culture médicale (SC2), 34 % à la culture institutionnelle (SC1) et 9 % des informations gérées servent à l'infirmière (SC3). Quant aux pratiques de récolte d'information totalisant 46 scores, nous observons que l'infirmière recueille autant d'informations qu'elle a besoin pour agir (41 %) que pour la sous-culture médicale (43 %) alors que 15 % des scores s'adressent à la sous-culture institutionnelle.



Pour ce qui est des pratiques de réapprovisionnement et de rangement (H), les résultats montrent que dans 91 % des cas soit 31 des 34 pratiques observées, les pratiques infirmières visaient le réapprovisionnement ou le rangement d'instruments ou de matériel servant également à la culture médicale et à la culture institutionnelle. Dans le même ordre d'idées, nous pouvons remarquer que l'organisation bénéficie des services rendus par l'infirmière dans 64 %, soit 14 des 22 pratiques infirmières dans la catégorie d'ordre et de discipline. Rappelons qu'ici, l'infirmière gère les visites des personnes qui reçoivent ses services. Si l'on résume, le tableau 4.7 représente la contribution infirmière à la sous-culture institutionnelle (SC1), médicale (SC2), et infirmière (SC3) du modèle de Nadot (2002). Nous avons additionné le nombre de pratiques pour chaque sous-culture. Par exemple pour la sous-culture infirmière SC3 nous avons calculé le nombre de pratiques dans K et dans M et toutes les valeurs SC3 dans les pratiques associées. Ainsi, le tiers des activités infirmières sont des activités indépendantes, près du tiers sont d'ordre administratif et 40 % sont sous prescription médicale.

**Tableau 4.7 :** Pourcentage des activités infirmières du GMF privé, classées par sous-culture.

Pourcentage des pratiques classées par sous-culture		GMF clinique privée	
<b><u>Sous-culture institutionnelle SC1</u></b>			
F	Pratiques hôtelières	28 %	67 %
G	Pratiques d'hygiène collective		
I	Pratiques d'élimination		
N	Pratiques d'inactivités		
ABCDEHJ	Pratiques associées		
<b><u>Sous-culture médicale SC2</u></b>			
L	Pratiques technologiques du soin	39 %	
ABDEHJ	Pratiques associées		
<b><u>Sous-culture infirmière SC3</u></b>			
K	Pratiques prof. de la relation	33 %	
M	Pratiques de formation		
ABCDEHJ	Pratiques associées		

### Les résultats des entrevues

La section présente la synthèse des entrevues réalisées auprès de deux médecins volontaires et des deux infirmières du GMF quelques jours après la période d'observation des infirmières. Chaque entrevue est d'une durée moyenne 20 minutes. Ensuite, on procède à l'écoute des 104 minutes de données enregistrées puis à l'étape de la transcription des verbatim et de la codification. Enfin les données sont organisées et intégrées selon les thèmes déjà présélectionnés dans le guide d'entrevue.

Durant les cinq premières minutes de l'entrevue, la chercheuse fait un portrait sommaire des pratiques observées sur deux jours, présentées par catégories telles: activités d'évaluation, activités de soins et de traitements, de prévention et de promotion, activités professionnelles complémentaires, activités cliniques interprofessionnelles et activités liées à l'organisation. Ces catégories correspondent sensiblement à celles que l'on retrouve dans le document disponible dans le GMF dont un résumé a été présenté au tableau 4.2. Les participants doivent réagir à cette description et y apporter des éléments complémentaires selon leur perception du travail dans le GMF.

D'entrée de jeu, à la question : Pensez-vous que les infirmières font autre chose, Avez-vous des éléments que vous aimeriez préciser ou qui n'ont pas été mentionnés? Tous les participants indiquent que le portrait présenté correspond à leur perception de ce qu'est le travail des infirmières dans le GMF et chacun clarifie sa pensée en y apportant des éléments complémentaires. Par exemple, un médecin répond : « *C'est un bon portrait de la situation. Ce qui nous limite actuellement, c'est un problème organisationnel au niveau des locaux. On sait qu'elles n'ont pas toutes des locaux qu'elles auraient besoin...* » L'autre médecin dit : « *Je pense qu'au départ tu as brossé un beau tableau de leurs activités, les activités cliniques que tu as notées je pense que c'est bien correct, par contre je voudrais juste mentionner quelque chose d'important dans leur organisation du travail...* » Par la suite, les questions ouvertes permettent de clarifier les aspects organisationnels du GMF et les fonctions de l'infirmière, variables de la structure et du processus (Sidani & Irvine, 1999).

Rapportons-nous maintenant au tableau 4.8. On y retrouve les éléments discutés par les médecins et les infirmières. Ils sont organisés en fonction des composantes (a) structure

(environnement du travail) et (b) processus (fonctions infirmière). Comme on peut le constater, les quatre participants mentionnent que le manque de locaux constitue un irritant dans le déroulement des activités cliniques. Un médecin souligne que la clinique vit une période de transition et des contraintes organisationnelles freinent actuellement son évolution. Il ajoute : « *l'organisation des lieux ne facilite pas le travail et le suivi clinique des infirmières* ». Néanmoins, un médecin admet qu'actuellement le projet de relocalisation exige beaucoup de temps en dehors de la clinique ce qui limite la disponibilité pour des rencontres cliniques avec les infirmières. La clientèle augmente progressivement et depuis l'accréditation en GMF l'équipe n'a pas réévalué les services prioritaires. Et d'ajouter un médecin, « *la prise de décision concernant la priorité des activités doit faire consensus auprès des médecins* ».

**Tableau 4.8 :** Synthèse des entrevues (médecins et infirmières). Classification des éléments selon la variable structurelle: environnement du travail en GMF et la composante du processus: promulgation du rôle et fonctions infirmière (Sidani & Irvine (1999).

<b>CLASSIFICATION DES ÉLÉMENTS</b> <b>selon la variable structurelle: environnement du travail en GMF et</b> <b>la composante du processus: promulgation du rôle et fonctions infirmière</b>
L'ENVIRONNEMENT DU TRAVAIL EN GMF
<p><u>Éléments rapportés par les deux médecins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Période de transition qui a un impact sur le travail des infirmières et des médecins</li> <li>• Le manque de locaux et l'organisation des lieux inefficace « <i>on est conscient que les infirmières n'ont pas de local qui leur est attribué où elles pourraient s'organiser davantage et faciliter le suivi clinique</i>»</li> <li>• Le manque de disponibilité des médecins dans la gestion du temps</li> <li>• La priorité de services n'a pas été réévaluée</li> <li>• L'accréditation GMF a permis l'ajout d'heures soins infirmiers cliniques</li> <li>• Une ouverture à partager des tâches rémunérées et à développer des ordonnances collectives. Les mentalités changent</li> <li>• La priorité des activités et la prise de décision doivent faire consensus « <i>auprès des médecins</i> »</li> <li>• Une croyance variable des médecins face au travail d'équipe et à l'interdépendance : « <i>C'est pas tous les médecins qui vont utiliser l'infirmière de la même façon pour le bénéfice du patient</i>»</li> </ul> <p><u>Éléments rapportés par les deux infirmières</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'offre de services médicaux, les horaires des médecins influencent le travail des infirmières. « <i>Plus il y a de médecins présents dans la clinique, plus il y a de demandes ponctuelles.</i>» le vendredi, peu de médecins font du bureau.</li> <li>• Le manque de locaux limite la possibilité d'avoir un système de classement efficace pour un meilleur suivi clinique</li> <li>• Pas de réunions cliniques avec les médecins.</li> <li>• La possibilité d'avoir des formations développe un esprit critique et « <i>J'ai jamais autant eu de formation depuis que nous sommes GMF</i>»</li> </ul>

- Le manque de temps pour discuter des suivis cliniques avec les médecins.
- « *La collaboration, ca dépend de l'ouverture des médecins* ». Certains médecins sont moins ouverts à collaborer. Le manque d'occasion de travailler avec des infirmières ex à l'hôpital, dans des équipes gériatriques peut expliquer ce manque d'ouverture selon une infirmière
- Le pouvoir est mieux partagé. Ouverture à déléguer mais ca dépend de la mentalité du médecin et de la relation de confiance établie.

#### LA PROMULGATION DU RÔLE ET LES FONCTIONS INFIRMIÈRE

##### Éléments rapportés par les deux médecins

- Références à l'infirmière pour suivi cas par cas.
- Suivis court terme patient avec des conditions instables ou complexe par exemple clientèle gériatrique :
  - Pour des tests diagnostics, ex : MAPA
  - Ordonnances collectives INR, vaccination
- Depuis le GMF, les rôles n'ont pas été réévalués
- « *Les infirmières se sont responsabilisées. Elles ont de la latitude* ».
- Plus de formation offerte aux infirmières a permis un accroissement de l'autonomie clinique de l'infirmière.
- Les rôles se sont modifiés, avant l'infirmière était réservée aux prélèvements et quelques suivis d'INR
- Le développement d'un travail en complémentarité, plus d'enseignement auprès de la clientèle
- Suivi de clientèle plus diversifiée.
- Optimisation du suivi et du traitement, impact positif « *ca amène dans une problématique complexe une prise en charge différente pour nous aussi* »
- Même approche générale : « *les deux infirmières font les mêmes tâches cliniques et elles sont essentielles* ».
- « *Les ordonnances collectives comme le suivi des INR, c'est extraordinaire* ». L'équipe totalise plus de 175 patients. « *C'est un plus pour nous autres.* »
- Un médecin souhaite que les infirmières fassent plus de vaccination infantile.
- Un médecin se questionne sur la possibilité de déléguer aux infirmières les tests de désensibilisation.

##### Éléments rapportés par les deux infirmières

- Manque de précision du rôle infirmier et des collaborations à établir pour des problématiques ciblées.
- Grande latitude pour l'infirmière en milieu GMF « *Il y a de la place à beaucoup de choses pour l'infirmière* » Les infirmières peuvent proposer des choses.
- Enseignement au patient et suivi clinique avec le médecin.
- Support dans l'optimisation du traitement Ex pour le suivi des diabétiques.
- Coordination avec d'autres professionnels et / ou d'autres programmes du CLSC est plus importante ex Taité santé, les internistes.
- La structuration du suivi de l'anticoagulothérapie.
- La formation favorise une prise en charge différente des suivis complexes et élargit le champ clinique.
- Importance accordée à certaines activités qui permettent de créer un lien thérapeutique avec la clientèle ex le suivi de l'anticoagulothérapie, l'enseignement, le suivi. Valorisation de la relation d'aide et de l'autonomie à travers l'application des ordonnances collectives.
- Une infirmière croit que les médecins ne savent pas ce que font les infirmières.
- La confiance, ca se développe. « *Ceux qui nous font confiance plus facilement sont ceux qui nous connaissent.* »

Le rôle des infirmières n'a pas encore été redéfini depuis l'ajout de la deuxième infirmière mais selon un médecin, les tâches se sont diversifiées. Selon la perspective médicale, la possibilité offerte aux infirmières du GMF d'avoir des formations dans différents domaines optimise le traitement et le suivi médical des patients. Les médecins acceptent plus facilement de développer des ordonnances collectives, de partager certaines responsabilités, les mentalités changent mais comme le souligne le médecin, les croyances des médecins varient face au travail d'équipe et à l'interdépendance :

*« C'est pas tous les médecins qui vont utiliser l'infirmière de la même façon pour le bénéfice du patient ».*

Toujours au tableau 4.8, à la section A concernant l'environnement du travail, nous pouvons lire que les infirmières partagent le point de vue des médecins face à l'organisation des lieux. En effet, elles déplorent également le manque de bureaux et d'espace de classement qui leur permettraient d'assurer plus efficacement le suivi clinique. Selon les infirmières, la charge de travail et la nature de leurs tâches varient selon la présence des médecins dans la clinique. Une infirmière mentionne : *« Le vendredi, c'est la journée où il y a un peu moins d'activités. C'est sur, si vous étiez venue un mardi ou un mercredi ou la majorité des médecins sont là, il y a plus de demandes ponctuelles, on est obligé de s'ajuster plus rapidement »*. Le manque de disponibilité des médecins pour se parler et pouvoir prioriser les services et le manque de temps sont cités comme étant actuellement des facteurs d'influence de développement du rôle des infirmières dans le GMF. Une infirmière mentionne que *« les médecins ne savent pas ce que font les infirmières »*. Elle ajoute que *« la confiance, ça se développe, ceux qui nous font confiance plus facilement sont ceux qui nous connaissent »*. L'infirmière, depuis longtemps dans l'équipe, constate que le pouvoir est mieux partagé, et celle-ci perçoit une ouverture à déléguer, mais ça dépend de la mentalité du médecin et de la relation de confiance établie.

Les deux infirmières constatent tout de même que le GMF a créé des opportunités de formations et celles-ci accroissent leur autonomie clinique, leur confiance et leur esprit critique. De plus, les infirmières perçoivent que leur pratique est enrichie en GMF, à cause des liens professionnels qu'elles établissent maintenant avec des collègues de d'autres GMF du CSSS. *« Le fait d'avoir des protocoles et des ordonnances collectives*

*du CLSC élargit les possibilités d'en faire plus si on est habilitées* ». Elles se sentent moins isolées.

Regardons maintenant la deuxième portion du tableau qui concerne la promulgation des rôles. Depuis le GMF, les rôles se sont modifiés et complexifiés selon les médecins. *« Avant, l'infirmière était réservée aux prélèvements et quelques suivis d'INR »*. Un travail en complémentarité se développe. Le médecin utilise l'infirmière dans des suivis *« cas par cas »*, à court terme pour des patients avec des conditions instables ou complexes comme par exemple la clientèle gériatrique. Un médecin mentionne que l'apport des infirmières optimise le suivi. *« ça amène dans une problématique complexe, une prise en charge différente pour nous aussi »*. Les infirmières font de l'enseignement et un médecin signale : *« elles sont mêmes meilleures que nous, dans le traitement du diabète par exemple pour l'ajustement de l'insuline, elles en connaissent plus que nous »*. Les ordonnances collectives, *« c'est un plus pour nous autres »*. En ce qui a trait aux tâches plus techniques, un médecin souhaite que les infirmières du GMF puissent réaliser les activités entourant la vaccination infantile tandis que l'autre médecin croit que les tests de désensibilisation pourraient avantageusement être exécutés en collaboration avec les infirmières.

Si on regarde maintenant les éléments rapportés par les infirmières concernant la promulgation du rôle infirmier, une infirmière considère qu'il y a un manque de précision du rôle infirmier et des collaborations à établir pour des problématiques ciblées. Il y a tout de même une grande latitude pour l'infirmière en milieu GMF *« Il y a de la place à beaucoup de choses pour l'infirmière »*. La formation élargit le champ clinique et donne aux infirmières la possibilité de faire des suivis conjoints avec les médecins dans des situations plus complexes. Selon elles, l'application des ordonnances collectives ne freine pas leur autonomie. Les activités cliniques s'élargissent avec les formations et les médecins sont favorables à l'application de ces nouvelles connaissances. Le fait d'être en GMF a permis de structurer le suivi de l'anticoagulothérapie et d'améliorer le suivi de la personne diabétique. Les infirmières disent que c'est important pour elles de conserver certaines activités qui permettent de créer un lien thérapeutique avec la personne. L'infirmière déjà dans l'équipe avant son accréditation GMF constate l'évolution des pratiques. Le suivi clinique s'est bonifié parce que l'enseignement est mieux structuré. Les tâches sont augmentées et le partage

de celles-ci se fait à des degrés divers selon l'ouverture de chacun. Il reste beaucoup à faire selon les infirmières. La confiance des médecins envers les infirmières, qu'ils perçoivent comme professionnelle responsable, et l'ouverture de certains au partage des responsabilités conditionnent positivement le développement de nouvelles pratiques infirmières. Tout de même, les infirmières mentionnent : « *On n'arrivera pas sans prendre le temps de s'asseoir et d'établir des cibles communes* ». Passons maintenant à l'étude du deuxième cas en présentant selon la même procédure, les résultats obtenus dans le GMF public.

## 4.2 ÉTUDE DU CAS # 2 (GMF CLSC)

### Structure organisationnelle et offre de service

Le GMF # 2, accrédité en 2003 se situe dans la région de la Capitale-Nationale. Il a une mission CLSC. Le GMF se compose de 10 médecins, de deux infirmières, d'une gestionnaire et de trois secrétaires. Les infirmières du GMF sont rattachées administrativement au chef de programme des services courants du CLSC et au responsable médical du GMF. Les médecins proviennent de différents programmes du CLSC. Huit de ces médecins travaillent à temps plein. Précisons également que contrairement à l'autre GMF de notre étude, la majorité des médecins de ce GMF sont des femmes. Le GMF offre des soins et des services généraux de santé par consultations médicales sur rendez-vous et en sans rendez-vous à la clientèle inscrite du lundi au vendredi de 8 h à 21 h et de 8 h à 13 h 30 le samedi et le dimanche.

L'équipe du GMF fait partie du programme des services courants offert dans le CLSC. Elle bénéficie alors des services d'accueil et des archives fournis par le programme à proximité des bureaux du GMF. Dans leur contrat de services, les médecins du GMF répondent aux besoins du sans rendez-vous le jour et doivent également couvrir des heures de sans rendez-vous médical et infirmier dans un autre point de services du CSSS la fin de semaine ce qui fait qu'une seule infirmière est présente le vendredi pour le GMF. Vous retrouvez l'horaire habituel des infirmières du GMF dans le tableau 4.9. Les deux zones ombragées correspondent aux plages d'observation.

**Tableau 4.9** : Horaire habituel des infirmières du GMF CLSC

	Lundi	Mardi	Mercredi	jeudi	Vendredi 2 / mois	Sam-dim 1 / mois
<b>Infirmière # 3</b>	8 h-16 h	8 h-16 h	8 h-16 h	8 h-16 h	8 h-16 h	--
<b>Infirmière # 4</b>	12 h-20 h	12 h-20 h	12 h-20 h	12 h-20 h	--	8 h-13 h 30

#### Caractéristiques des sujets de l'étude

Les deux postes d'infirmières sont comblés à temps complet par des femmes dont l'âge se situe entre 40 et 49 ans. Les deux infirmières possèdent une formation universitaire au niveau baccalauréat. Elles travaillent depuis plus de 15 ans en CLSC. L'une d'elles travaillait depuis sept ans avec les médecins des programmes avant d'être en GMF. L'autre s'est jointe au groupe depuis un an. Elles participent occasionnellement à l'enseignement en tant que superviseure des stages de formation universitaire des infirmières.

Le médecin qui a accepté de faire l'entrevue est de sexe féminin. Elle pratique depuis presque 20 ans dont six ans avec l'équipe médicale en place dans le CLSC.

#### Description des activités infirmières

- Description détaillée à partir du document d'orientation disponible dans le GMF

Une description des tâches des infirmières du GMF se retrouve dans un cartable et constitue une référence pour la formation du nouveau personnel. Aini, lors de l'accueil d'une nouvelle infirmière, le GMF prévoit une formation abordant différents aspects tels que les programmes informatiques de gestion de rendez-vous, dossier clientèle, Info-Santé, résultats d'examen informatisés. L'infirmière doit se familiariser avec certaines procédures telles la prise de rendez-vous, les relances téléphoniques, aide aux soins, les références médicales, le cahier d'enseignement, bref, des informations structurées concernant son rôle et ses fonctions ainsi que le fonctionnement de l'équipe.

Un autre document consulté précise explicitement les tâches infirmières du GMF par sections. La première concerne les tâches liées à l'enseignement et au suivi de la



clientèle à risques de problèmes cardio-vasculaires priorités par le GMF. L'enseignement et le suivi des clients avec des problématiques d'hypertension artérielle, de diabète, de dyslipidémies, du syndrome métabolique ou de troubles alimentaires, constituent une partie importante du travail infirmier. Le patient présentant une tension artérielle élevée lors d'une évaluation médicale est référé à l'infirmière pour un test Bptrue. Le Bptrue mesure la tension aux 2-3 minutes pour six lectures et donne à la fin du test une moyenne de tension. Ce test consiste à accompagner la personne dans un local tranquille, installer le tensiomètre, expliquer la procédure, revoir la personne quinze minutes plus tard, noter les résultats obtenus et transmettre au médecin si demande immédiate. Selon les valeurs obtenues, la personne prend un rendez-vous avec l'infirmière. Lors de la consultation, l'infirmière aborde les habitudes de vie favorisant un meilleur contrôle de la tension artérielle, renseigne sur certains aspects de la médication et ses effets secondaires. Elle procède à nouveau au test Bptrue, peut prêter un tensiomètre pour des prises de tension artérielle à la maison. Elle offre le suivi au bureau conjointement avec le médecin par la suite et selon la situation réfère la personne à d'autres programmes. Quant aux personnes diabétiques, celles-ci reçoivent un enseignement spécifique telles les valeurs normales de glycémie, les notions sur le diabète, les symptômes d'un mauvais contrôle, les complications. L'infirmière fournit un glucomètre avec l'enseignement de son fonctionnement, le suivi des glycémies. Elle réfère la personne, si nécessaire et selon la volonté de la personne, au programme Traité-Santé, en nutrition, aux cours aux diabétiques. Elle assure un suivi conjoint avec le médecin traitant lequel ajuste la médication. Dans le cas des dyslipidémies, la personne référée à l'infirmière par le médecin reçoit de l'enseignement en ce qui a trait, par exemple, aux divers lipides sanguins, aux complications et une révision des saines habitudes de vie pour contrôler le problème. Là aussi, elle assure un suivi conjoint avec le médecin traitant et offre son support avec rendez-vous régulier selon le cas. L'infirmière remet une prescription de bilan lipidique tout en prévoyant une prochaine rencontre quatre à six mois post enseignement et faire un retour sur les valeurs du prélèvement.

En plus des problématiques décrites, les soins de santé courants entrent aussi dans la première catégorie, par exemple: l'enseignement contraception / MTS, l'assistance en petite chirurgie, des demandes médicales ponctuelles pour des gestes plus techniques: faire un prélèvement, un lavage d'oreilles, procéder à la vaccination dans des cas

particuliers et / ou famille vulnérables. On retrouve dans un cahier cinq ordonnances collectives élaborées par les médecins et les infirmières du GMF. Ces ordonnances concernent a) la mesure de l'acuité visuelle, b) le lavage d'oreilles, c) l'exérèse de suture, d) le dépannage de contraception orale, et 5) la mesure thérapeutique concernant les lésions de muguet.

Une deuxième catégorie concerne les relances téléphoniques. L'infirmière se préoccupe de retourner les appels destinés au médecin traitant. Elle évalue l'urgence de la situation, donne des conseils santé, transmet des résultats d'examens normaux, assure un suivi avec le pharmacien lors du renouvellement de prescription. Elle peut apporter du support et de l'écoute dans une relation d'aide ou de résolution de problèmes. Bref, elle assure une coordination des services dans des situations parfois complexes.

Dans la catégorie « aide aux soins », sont classées les demandes ponctuelles faites par les médecins, et concernent habituellement des tâches plus techniques de services courants comme faire le test Bptrue, un prélèvement, faire un pansement.

Une quatrième catégorie, « aide à la clientèle », rejoint les services de triage pour un patient du GMF qui se présente en sans rendez-vous pour une demande particulière. Cela peut consister par exemple à faciliter la prise de rendez-vous à l'hôpital pour une clientèle plus âgée ou aider une personne qui a égaré sa prescription médicale.

Une cinquième catégorie regroupe toutes les tâches plus cléricales non cliniques comme rassembler et envoyer au laboratoire 1 fois / semaine, les cytologies faites par les médecins, vérifier et apposer les étiquettes sur les prélèvements faits par les médecins au besoin, vérifier le matériel médical dans les bureaux médicaux et commander au besoin, vérifier les instruments chirurgicaux, faire le rangement dans le bureau des médecins (comptoir et tablettes). L'infirmière doit aussi accueillir les représentants pharmaceutiques, placer la médication, faire l'inventaire. Dans ce GMF, les infirmières assistent aux réunions mensuelles du comité infirmières-médecins. Elles collaborent également avec le CLSC à la formation des stagiaires en soins infirmiers.

Vous retrouvez dans le tableau 4.10, les tâches des infirmières, classées par type d'activités selon qu'elles correspondent à un rôle indépendant ou interdépendant ou

bien dépendant selon les catégories suivantes; enseignement et suivis facteurs de risques des maladies cardiaques artériosclérotiques et autres problématiques, les retours d'appel, aide aux soins, aide à la clientèle et autres tâches non cliniques liées à la pharmacie, aux prélèvements, la gestion du matériel médical et enfin une catégorie qui concerne le comité infirmières-médecins.

**Tableau 4.10 :** Classification des activités infirmières issue de la consultation documentaire

TYPE D'ACTIVITÉ	ACTIVITÉ INDÉPENDANTE OU INTERDÉPENDANTE	ACTIVITÉ DÉLÉGUÉE DÉPENDANTE
<p>1. Enseignement et suivi facteurs de risques des maladies cardiaques artériosclérotiques et autre problématiques</p>	<p>Éduquer la clientèle, diffusion de l'information (dépliants) Collecte de données, conseils, enseignement, support. tests selon la pertinence et le jugement clinique ex glycémies, prise de TA,</p> <p>Le contenu de l'enseignement selon les problématiques</p> <p>Évaluation, dépistage Don ou prêt d'appareil</p> <p>Gestion des rendez-vous: fréquence, durée, suivi conjoint.</p> <p>Références à d'autres programmes,</p> <p>Donner des résultats d'examen, remettre une prescription de contrôle sanguin et expliquer les résultats à la suite de l'enseignement ex le bilan lipidique.</p> <p>Suivi de plaie postchirurgie et évaluation infirmière poststérilet Suivi de cryothérapie</p> <p>Vaccination infantile selon le jugement de l'infirmière de référer au programme du CLSC.</p> <p>Donner des résultats normaux Résolution de problèmes</p>	<p>Tests sanguins ou autres épreuves diagnostiques prescrits selon une ordonnance individuelle Ordonnances collectives: - la mesure de l'acuité visuelle, - le lavage d'oreilles, - exérèse de suture, - dépannage de contraception orale - la mesure thérapeutique concernant les lésions de muguet. - Assister le médecin pour les petites chirurgies, installer un stérilet</p> <p>Test de désensibilisation selon ordonnance individuelle</p> <p>Première évaluation pour traitement de cryothérapie</p> <p>Vaccination selon protocole de la Santé publique</p>

TYPE D'ACTIVITÉS	ACTIVITÉ INDÉPENDANTE OU INTERDÉPENDANTE	ACTIVITÉ DÉLÉGUÉE DÉPENDANTE
2. Aide à la clientèle	Accueil, évaluation, support, aide. Répondre aux besoins comme prescription oubliée, prise de rendez-vous dans les hôpitaux	Triage selon certains protocoles Exécuter les ordonnances prescrites par le médecin.  Appel pour cédule un premier rendez-vous selon prescription médicale
3. Autres tâches non cliniques	Tenir à jour les documents pour l'enseignement aux clients	Accueillir les représentants pharmaceutiques et signer les formulaires Ranger la médication reçue Commande de médicaments et de matériel Faire l'inventaire et jeter les médicaments périmés Rassembler et envoyer les cytologies au laboratoire une fois par semaine Vérifier et identifier les prélèvements faits par les médecins si oublié. Faire le remplissage des bureaux de médecins matériel, gantsetc.
4. Réunions et comités	Membre du comité infirmières-médecins Rencontre mensuelle.	

- À partir de l'observation et des notes de terrain

Voyons maintenant la description des activités provenant de l'observation des infirmières sur quatre blocs de deux heures représentatifs d'une journée de 8 h-20 h. L'horaire normal des infirmières est de 8 h-16 h pour l'une et l'autre débute son quart de travail à midi. Tout comme dans le premier GMF, une routine s'établit en tout début de quart de travail. L'infirmière se rend à son bureau, prend connaissance à l'ordinateur des consultations prévues à son agenda. Elle note également le nombre de médecins présents en consultation pour la période du matin. Cette information lui permet de prévoir les demandes d'aide aux soins qui peuvent lui être formulées compte tenu qu'elle se retrouve toute seule en matinée. Ainsi durant la journée d'observation, l'infirmière # 3 a sept rendez-vous d'une durée prévue de 30 minutes et une

consultation de 60 minutes pour un enseignement à une personne ayant un problème de cholestérol. Après avoir recueilli ces informations, elle fait le tour des bureaux médicaux pour récupérer les instruments souillés tout en saluant une collègue à l'arrivée ou discutant brièvement avec un médecin à l'accueil. L'infirmière récupère ensuite les dossiers rendus disponibles par le service des archives grâce au logiciel de rendez-vous. Elle consulte également les dossiers des clients ayant laissé un message soit au médecin ou aux infirmières la veille. Elle évalue l'urgence de faire la relance téléphonique le matin même. Mentionnons également que tous les messages téléphoniques, laissés par la clientèle, passent directement par la secrétaire à la réception des appels, ce qui signifie que l'infirmière ne reçoit aucun appel-client de son poste téléphonique.

Ces premières activités sont prévisibles dans le cadre habituel du travail des deux infirmières. L'infirmière débutant son quart à midi prévoit gérer quelques retours d'appels pendant la première heure durant la pause-dîner de sa collègue et avant la reprise des activités médicales en après-midi. Elle prévoit dix minutes par appel et estime qu'en moyenne elle a une douzaine de dossiers à consulter afin d'assurer le suivi sans compter ceux que sa collègue a possiblement géré le matin. Ainsi, lors d'un retour d'appel téléphonique fait à la personne, l'infirmière recueille les informations, évalue l'urgence, fournit des conseils d'assistance et ou d'orientation. Elle peut décider qu'une évaluation infirmière ou médicale s'impose et donne alors un rendez-vous infirmier ou médical. Selon la situation, l'infirmière avise le médecin traitant s'il doit lui-même contacter la personne.

Les activités cliniques varient selon les motifs de consultation et les demandes d'aide aux soins. Durant les périodes observées, les demandes pour le test Bptrue sont les plus fréquentes. L'infirmière peut aussi faire ce test sans ordonnance lors d'une évaluation ou d'un suivi selon la situation. Par la suite, les résultats sont transmis au médecin qui peut alors suggérer un suivi conjoint avec l'infirmière soit pour le dépistage ou pour le patient diagnostiqué. Un rendez-vous se planifie avec l'infirmière. Celle-ci rencontre le patient au bureau, fait de l'enseignement sur la physiopathologie du problème, les valeurs cibles, les complications.

L'infirmière dépense beaucoup de son temps à l'enseignement et au suivi concernant les facteurs de risques de maladie cardiaque artériosclérotique. À la suite de son évaluation, elle conseille, remet de la documentation variée sous diverses formes comme des illustrations, des brochures des plaquettes et autre matériel didactique servant à l'enseignement (ex: assiette santé) à la prévention ou à la promotion de saines habitudes de vie. Une infirmière administre un vaccin lors de la consultation pour un suivi de tension artérielle. Une des infirmières plus experte dans les soins de verrues (cryothérapie) dispose de rendez-vous pour voir ces personnes. Elle dispense les soins de façon autonome après une première évaluation médicale de la lésion cutanée. L'autre infirmière offre depuis peu les services de désensibilisation qui, selon elle, répond à une demande croissante de la clientèle de moins en moins capable de recevoir le service par les allergistes. L'infirmière agit alors selon une ordonnance individuelle ou selon une ordonnance collective ex: administration d'un vaccin, un lavage d'oreilles. Exceptionnellement, l'infirmière fait un suivi de plaie telle une plaie diabétique ou bien une prise de sang pour accommoder la personne car les infirmières des services courants répondent à ces demandes pour la clientèle du secteur desservie par le CLSC. La vaccination des nourrissons revient au programme Famille Enfance. Les médecins du GMF délèguent aux pharmaciens les suivis de l'anticoagulothérapie. Cette décision a été prise en groupe pour maximiser l'efficacité et l'effcience des services offerts par le GMF. « *On ne veut pas dédoubler les services* » mentionne l'infirmière.

Les infirmières ont obtenu un logiciel d'accès aux résultats d'examens de laboratoire facilitant ainsi la gestion des résultats anormaux surtout les vendredis lorsque les médecins sont peu nombreux au CLSC, et dans les situations où le médecin dicte la conduite thérapeutique à l'infirmière suivant un résultat anormal.

Même si les intervenants du programme des services courants et du GMF n'ont pas de données statistiques à compléter, les infirmières du GMF enregistrent dans le logiciel de rendez-vous toutes les demandes d'aide aux soins, les relances téléphoniques, les conseils et assistances qu'elles effectuent ainsi que le numéro de dossier, le nom du client et la durée de l'intervention. Cette gestion de l'information leur permet d'avoir accès ultérieurement au nombre et à la nature des interventions pour lesquelles il n'y a pas de rendez-vous. À la fin de la journée d'observation, le bilan est le suivant: une infirmière a huit réservations à son horaire et a effectué sept interventions

supplémentaires tandis que sa collègue totalise vingt inscriptions dont six consultations prévues. Regardons maintenant la représentation des activités provenant de l'observation plus systématique des deux infirmières selon la distribution de fréquences.

- La répartition des pratiques infirmières selon la grille d'analyse de Nadot

Nous procédons de façon similaire au premier GMF. Nous vous présentons les résultats au cours d'une seule journée (lundi) de huit heures d'observation soit de 8 h-10 h (inf.# 3) arrêt de deux heures puis de 12 h-14 h (inf.# 4) puis de 14 h-16 h (inf.# 3) avec arrêt de deux heures puis terminer le dernier bloc de 18 h-20 h avec l'infirmière # 4. Le tableau 4.11 donne le nombre de pratiques observées et classées par catégories pendant les quatre blocs de deux heures. On peut voir un total de 221 pratiques infirmières classées selon la catégorisation du modèle de Nadot (2002). Aucune activité ne se retrouve dans les catégories suivantes : pratique hôtelière (F), pratique d'élimination (I) et dans celle de formation (M). On remarque une homogénéité dans les totaux d'une infirmière à l'autre. Mentionnons que ce sont dans les pratiques de gestion de l'information (A) et dans celle de récolte d'informations (B) que nous retrouvons le plus grand nombre de pratiques soit respectivement 57 et 50 et ce sont les médecins qui en bénéficient le plus. On remarque aussi que ces activités sont plus nombreuses en début de quart de travail. Par exemple on calcule 34 activités de gestion et de récolte d'information pour l'infirmière # 4 dans la première séquence d'observation et en début de la soirée au moment où c'est plus facile de rejoindre les gens à leur domicile. On note également que durant la journée, 11 activités technologiques du soin sont réparties également entre les deux infirmières ce qui n'est pas le cas dans la catégorie professionnelle de la relation où 20 pratiques appartiennent à l'infirmière # 3 et 8 pour sa collègue.

Tableau 4.11 : Les 14 catégories de pratiques infirmières du GMF CLSC et leurs bénéficiaires

LA RÉPARTITION DES PRATIQUES INFIRMIÈRES DU GMF # 2 SELON LES 14 CATÉGORIES DE VARIABLES																													
A : gestion info			C : ordre et discipline			E : Déplacement			G : Hygiène collective			I : Élimination			K : Prof. relation			M : Formation											
B : Récolte info			D : Régulation			F : Hôtelière			H : Réapp. et rangement			J : Assistance			L : Technol. Soins			N : Inactivité											
GMF CLSC	Gestion info			Récolte info			Ordre discipline			Régulation			Déplacement			Hôtelière	Hygiène collec	Réapp. rangement			Élimina tion	Assistance			Prof. relation	Technol Soins	Formation	Inactivité	Totaux
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	1	1	2	3	1	1	2	3	3	2	3	1	
Sous-culture	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	1	1	2	3	1	1	2	3	3	2	3	1	
Inf # 3 8 h-10 h	4	8	5	1	3	4	2			3			4				2	1				1	1		13	2		1	55
14 h-16 h	3	6	3	3	2	2	4	2	1				5	2								1	1		7	2		2	53
Inf # 4 12 h-14 h	2	8	4	4	7	9	4	2	1				2								2	1		5	3		2	56	
18 h-20 h	2	8	4	1	9	5	1	1	2	1			4		1						3	2	2	3	4		2	57	
<b>Totaux</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>2</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>2</b>		<b>5</b>	<b>4</b>		<b>28</b>	<b>11</b>		<b>7</b>	<b>221</b>		



Si on examine le tableau 4.12 de la répartition des pratiques, on constate que 25,8 % des 221 scores est associé aux pratiques de gestion de l'information et 22,6 % à celle de récolte d'informations ce qui signifie que presque la moitié du temps infirmier est consacré à recueillir, traiter de l'information pour l'une ou l'autre des trois sous-cultures.

**Tableau 4.12** : Le nombre de pratiques et le taux de fréquence par catégorie dans le GMF CLSC

Le nombre de pratiques et le taux de fréquence par catégorie dans le GMF CLSC					
Pratique	Nombre	%	Pratique	Nombre	%
A. Gestion de l'information	57	25,8%	H. Réapprov.et rangement	15	6,8%
B. Récolte d'informations	50	22,6%	I. Elimination	0	0%
C. Ordre et de discipline	16	7,2%	J. Assistance	9	4,1%
D. Régulation	8	3,6%	K. Professionnelle de la relation	28	12,7%
E. Déplacement	18	8,1%	L. Technologie du soin	11	5%
F. Hôtelière	0	0%	M. Formation	0	0%
G. Hygiène collective	2	0,9%	N. Inactivité	7	3,2%

Viennent ensuite les pratiques professionnelles de la relation avec 12,7 % suivi des pratiques de déplacement (8,%) d'ordre et de discipline avec 7,2 %. La catégorie pratique de réapprovisionnement et de rangement compte pour 6,8 % de l'ensemble. Remarquons de plus que les pratiques technologiques du soin ne comptent que pour 5 % des pratiques observées suivi des pratiques d'assistance (4,1 %) avec neuf activités répertoriées.

À partir des informations du tableau 4.11 nous pouvons également identifier la contribution infirmière aux trois sous-cultures distinctes SC1 étant la sous-culture institutionnelle, SC2 la sous-culture médicale et SC3 la sous-culture infirmière. Reportons-nous au tableau 4.13 qui donne le pourcentage des pratiques classées par sous-cultures pour le GMF CLSC. On remarque donc une répartition quasi identique des pratiques infirmières à SC1, SC2 et SC3 avec un taux de 33 % et 34 %. Ainsi seulement le tiers des activités relève de leur rôle indépendant et ce pourcentage est identique à celui du GMF privé.

**Tableau 4.13** : Pourcentage des pratiques classées par sous-culture pour le GMF CLSC

Pourcentage des pratiques classées par sous-culture		GMF CLSC	
<b>Sous-culture institutionnelle SC1</b>			67 %
F	Pratiques hôtelières	34 %	
G	Pratiques d'hygiène collective		
I	Pratiques d'élimination		
N	Pratiques d'inactivités		
ABCDEHJ	Pratiques associées		
<b>Sous-culture médicale SC2</b>		33 %	
L	Pratiques technologiques du soin	33 %	
ABDEHJ	Pratiques associées		
<b>Sous-culture infirmière SC3</b>			
K	Pratiques professionnelles de la relation	33 %	
M	Pratiques de formation		
ABCDEHJ	Pratiques associées		

#### Les résultats des entrevues

Cette section présente de façon similaire à la première étude de cas, la synthèse des entrevues réalisées auprès d'un médecin et des deux infirmières du GMF CLSC. Chaque entrevue individuelle dure en moyenne 20 minutes. Par la suite, se succèdent les étapes de l'audition des 58 minutes de données enregistrées puis de la transcription des verbatim et de la codification. Enfin les données sont organisées et intégrées selon les thèmes déjà présélectionnés dans le guide d'entrevue. Vous retrouvez dans le tableau 4.14, l'ensemble des informations retenues qui ont trait à l'environnement du travail et la promulgation du rôle et fonctions infirmières. En début d'entrevue, la chercheuse expose un portrait sommaire des pratiques observées qu'elle a catégorisées: les activités d'évaluation dans lesquelles se trouvent par exemple les relances téléphoniques, le test Bptrue, ensuite, les activités de soins et de traitements, puis les activités de prévention et de promotion, les activités de suivi des maladies chroniques, les activités cliniques interprofessionnelles et enfin, celles liées à l'organisation. Les participants commentent cette description et ensuite répondent aux questions du guide d'entrevue déjà énoncées.

**Tableau 4.14 :** Synthèse des entrevues (médecins et infirmières). Classification des éléments selon la variable structurelle: environnement du travail en GMF et la composante du processus: promulgation du rôle et fonctions infirmière (Sidani & Irvine, 1999)

<b>CLASSIFICATION DES ÉLÉMENTS</b> <b>selon la variable structurelle: environnement du travail en GMF et</b> <b>la composante du processus: promulgation du rôle et fonctions infirmière</b>
L'ENVIRONNEMENT DU TRAVAIL
<p><u>Éléments rapportés par le médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «On a la chance d'être en CLSC, ce sont les infirmières du CLSC qui font le triage en SRV nos infirmières au GMF n'ont pas à faire cela ce qui leur donne la chance de faire plus du nursing», La décision des priorités est prise en équipe. Les médecins et les infirmières ne veulent pas de dédoublement de services.</li> <li>• Il y a des rencontres périodiques pour rediscuter de l'orientation du GMF Les rencontres avec le comité (2 mds et 2 inf.) aux mois ou aux 2 mois permettent les échanges.</li> <li>• « Les ordonnances collectives, c'est une plus value avec des infirmières qu'on connaît. Avec un staff régulier c'est un plus. Il faut que les infirmières soient formées de la même façon.» Les ordonnances sont montées avec les infirmières et les médecins. Alors «oui, ça donne de l'autonomie à l'infirmière».</li> <li>• « En GMF j'ai retrouvé de la collaboration directement entre l'infirmière, le médecin et pour le même patient.» L'administration peut influencer l'organisation de leurs tâches. Selon le médecin, la collaboration peut dépendre de la personnalité de l'infirmière, «les infirmières au GMF ont du leadership, elles prennent leur place».</li> <li>• L'infirmière en GMF, pour les médecins de l'équipe, c'est une valeur ajoutée.</li> <li>• La collaboration au niveau des infirmières, des médecins et des patients, « on la remarque à tous les jours».</li> </ul> <p><u>Éléments rapportés par les deux infirmières</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'offre de service a été définie ensemble. L'infirmière est allée voir ce qui s'offrait dans les autres GMF qu'est-ce qui était offert au CLSC et où on peut offrir un service sans dédoublement.- « C'est de même qu'on a toujours réfléchi à chaque fois qu'on a voulu offrir un service de plus. Y a-t-il quelqu'un d'autre qui offre le service, on va le référer sinon on va développer pour que ce soit un plus pour la clientèle. On ne part pas de nos besoins on part des besoins de la clientèle».</li> <li>• L'importance de l'autonomie infirmière a toujours été une priorité pour l'équipe médicale.</li> <li>• Le travail de relance téléphonique pour les infirmières est variable selon les jours de la semaine influencé par la présence des médecins</li> <li>• Le besoin des médecins de reconnaître la compétence d'infirmières expérimentées pour bâtir un partenariat. basé sur la confiance</li> <li>• Le rôle de collaboration c'est le partage professionnel.- «Maintenant, c'est comme si on avait deux professionnelles qui regardent la même personne qui regarde le même dossier qui ont le souci du bien-être du client.»</li> <li>• - «Ici, dans l'équipe jamais les infirmières s'asseoient avec les 10 médecins pour partager des choses directement avec toute l'équipe en entier. En petit comité, les informations sont recueillies et puis remontent au grand groupe, il y a toujours un petit filtrage d'informations. Ça, ce serait à bonifier pouvoir avoir le pouls de tout le monde en direct.» De part et d'autres, on peut poser des questions, trouver un terrain d'entente.</li> <li>• Les ordonnances collectives, c'est un plus, ce sont des responsabilités, des traitements qu'ils délèguent. Il est libéré pour faire autre chose. Un prérequis, la formation.</li> <li>• La confiance des médecins, la volonté de partager vont influencer la pratique infirmière. -«Dans</li> </ul>

*mon GMF, il y a une belle collaboration, une belle dynamique, un beau partage de connaissances, les deux infirmières, on est curieuse, les médecins sont ouverts à nous en montrer, à nous enseigner des choses qui vont nous développer l'œil et l'écoute pour devenir différente, plus spécialiste ».*

#### LA PROMULGATION DU RÔLE : FONCTIONS INFIRMIÈRE

##### Éléments rapportés par le médecin

- *«Les infirmières font vraiment du travail nursing. Les médecins considèrent qu'ils utilisent vraiment les connaissances des infirmières. Elles gèrent les appels téléphoniques, font de la prévention des messages, orientent, conseillent. Avec l'évaluation de tous leurs patients, elles deviennent plus praticienne.»*
- *«L'infirmière, au téléphone fait souvent le premier screening, donne des conseils, elle fait du suivi de patient pour les médecins.»*
- *«Les infirmières font des suivis conjoints avec le médecin. L'infirmière a un rôle diversifié mais aussi complexe. Quand elles font du counselling au téléphone, ou l'évaluation du patient, je trouve que c'est complexe.» «Plus ça va, plus elles deviennent praticienne. Elles doivent se poser pleins de questions : est-ce que je le fais voir tout de suite, puis-je seulement donner des conseils? Je pense qu'elles font de grosses évaluations»*
- *«Elles ont un jugement clinique très important, elles vont manager des cas eux autres mêmes. Moi je pense qu'elles commencent à être de plus en plus praticienne. C'est sur par contre qu'il va falloir qu'on leur donne de la formation.»*
- *«Les médecins ont jugés que les infirmières ne sont pas des preneuses de TA».*
- L'infirmière en GMF, pour les médecins de l'équipe, c'est une valeur ajoutée
- Une vision du patient dans son ensemble.

##### Éléments rapportés par les infirmières (2)

- La tâche a beaucoup changé depuis trois ans mais pas au niveau du rôle de l'infirmière.
- L'infirmière a une grande autonomie face à son travail. *« Si je veux en avoir plus, ils ne sont pas gênés, ils vont me la donner la formation afin que je puisse acquérir davantage d'autonomie.»*
- Les infirmières déplorent le manque d'ouverture des médecins pour partager à l'occasion directement avec l'ensemble des médecins.
- Les infirmières ont beaucoup de latitude par rapport à l'ajustement de la médication, le renouvellement de prescriptions (démarche pharmacie...), collecte de données.
- Rôle diversifié mais aussi complexe selon le cas.
- L'infirmière participe au DX avec son jugement clinique. Elle prend la relève si le médecin n'est pas là parce qu'on est deux à partager le même souci du bien-être du client. Donc suivi conjoint.
- Plus les médecins sont occupés plus ils travaillent en collaboration. Les infirmières sont là en support. Les tâches sont : gestion des labos, suivis des prescriptions, autonomie dans le suivi, peut faire un test DX sans prescription et en discute après avec le médecin.
- Plus les infirmières ont de l'expérience, plus les médecins vont déléguer

À la lecture de cette synthèse, on constate que le médecin et les deux infirmières partagent sensiblement les mêmes perceptions face à l'organisation des services dans le GMF. À l'origine, des médecins de programme se sont réunis avec une infirmière et le groupe a déterminé ensemble leur offre de services. Le médecin mentionne : *« la décision des priorités est prise en équipe. Les médecins et les infirmières ne veulent pas de dédoublement de services.»* Un comité infirmières-médecins se rencontre mensuellement pour rediscuter de l'orientation du GMF et permettre les échanges. Le médecin mentionne : *« on a la chance d'être en CLSC. En sans rendez-vous ce sont les infirmières du CLSC qui font le triage, nos infirmières n'ont pas à faire cela ce qui leur*

*donne la chance de faire plus de nursing* ». Dans cet environnement de travail, l'équipe médicale considère l'infirmière en GMF comme « *une plus value* ». Le médecin reconnaît que l'administration peut influencer l'organisation des tâches des infirmières.

Dans le GMF, les ordonnances sont élaborées avec les infirmières et les médecins. « *Avec un staff régulier, c'est un plus mais il faut que les infirmières soient formées de la même façon* ». Alors oui ça donne de l'autonomie à l'infirmière. « *En GMF, j'ai retrouvé de la collaboration directement entre l'infirmière, le médecin et pour le même patient* ». Selon le médecin, les infirmières ont du leadership, elles prennent leur place. Il y a de bons échanges, une bonne communication. « *Elles nous remettent à sa place et c'est correct* ». Les médecins reconnaissent l'expertise, font confiance, créent des alliances, donnent des formations, sont disponibles. Selon les infirmières, l'environnement de travail dans le GMF est propice au partage professionnel. Une infirmière mentionne également que l'offre de services, définie ensemble, part de la préoccupation d'offrir un service sans doubler. Elle ajoute : « *Y a-t-il quelqu'un d'autre qui offre le service, on va le référer sinon on va développer [...] on ne part pas de nos besoins on part des besoins de la clientèle* ». Ce souci est partagé dans l'équipe.

Une partie des tâches des infirmières dépend de l'organisation des horaires des médecins comme par exemple les relances téléphoniques, l'aide aux soins. Les infirmières manifestent du leadership et de l'autonomie autant dans le contenu de l'intervention que dans la possibilité de participer aux prises de décisions. « *Si je veux en avoir plus, ils ne sont pas gênés, ils vont me la donner la formation afin que je puisse acquérir davantage d'autonomie* ». Elles ont l'impression que les médecins les reconnaissent comme professionnelle égale dans le suivi des clients. Les infirmières exercent leur autonomie dans l'application de l'ordonnance collective. Les médecins font confiance en autant qu'ils sachent comment travaillent les infirmières. « *Si on a une bonne complicité avec les médecins, ils pourraient nous faire faire n'importe quoi* ».

Toutefois, à la question qu'est-ce qui pourrait être fait différemment, une infirmière admet que si les médecins sont prêts à partager beaucoup de responsabilités, ils ne sont pas encore tout à fait prêts à partager du pouvoir. « *Les médecins veulent encore décider pour la tâche, ils nous voient comme des professionnelles sauf qu'ils aiment savoir qu'ils sont une coche plus haut* ». Le comité infirmières-médecins composé de deux

médecins et des deux infirmières permet un recueil d'informations que les représentants médicaux transmettent par la suite à leurs collègues. Les infirmières déplorent le manque d'ouverture des médecins pour partager à l'occasion directement avec l'ensemble des médecins. *« Ca leur donne un petit peu de pouvoir de savoir qu'il n'y a pas d'échange direct, ils passent par le comité. Quand on va être capable de s'asseoir à la même table en tant que collègue avec le même pouvoir qu'eux autres... »* Les infirmières reconnaissent que la confiance des médecins et leur volonté de partager influencent la pratique infirmière dans le GMF ce qui nous amène à regarder les éléments de la section promulgation du rôle et fonctions infirmière.

Le médecin mentionne que les infirmières du GMF font vraiment du travail nursing. Les médecins croient vraiment utiliser les connaissances des infirmières. Elles gèrent les appels téléphoniques, font de la prévention des messages, orientent, conseillent. L'infirmière fait un suivi conjoint avec le médecin. Elle a un rôle diversifié mais évaluer des patients et faire du conselling au téléphone complexifie le rôle infirmier. *«... elles deviennent praticienne, elles doivent se poser plein de questions : est-ce que je le fais voir [...] puis-je seulement donner des conseils? Je pense qu'elles font de grosses évaluations»*. Selon le médecin, les infirmières exercent un jugement clinique très important, elles vont manager des cas elles-mêmes. Dans ce sens, les médecins du GMF acceptent un rôle élargi de l'infirmière. Ils jugent que les infirmières ne sont pas des preneuses de tension artérielle et que leur rôle de collaboration se situe au delà de la pré-entrevue triage.

Regardons maintenant les éléments rapportés par les infirmières face à leur rôle. À la question : Les rôles se sont-ils modifiés depuis que vous êtes en GMF? L'infirmière répond : *« Si on parle de l'autonomie de l'infirmière [...] ca toujours été une priorité pour l'équipe médicale. Ils ont toujours eu le souci d'avoir des filles compétentes avec de l'expérience pour bâtir [...] à la base, un lien de confiance [...] un partenariat direct avec eux »*. Alors, les tâches ont beaucoup changé depuis le GMF mais pas au niveau du rôle de l'infirmière. Ce qui a changé c'est le partage des responsabilités professionnelles. *« Ca arrive que si le médecin n'est pas là, ou qu'elle se rencontre que le patient ne va pas bien avec des résultats anormaux, l'infirmière va prendre la relève [...] parce qu'on est deux à partager le même souci du bien-être du client »*.

L'infirmière peut évaluer un patient le soir au SRV prodiguer des soins et libérer le patient sans qu'il ait été vu par le médecin.

À partir des connaissances et des expertises réciproques, les infirmières ont la possibilité de proposer aux médecins d'offrir de nouveaux services. Les médecins délèguent ensuite aux infirmières du GMF les actes qui s'y rattachent comme par exemple la désensibilisation et la cryothérapie. S'il y a une remplaçante, elle ne fait pas ces actions déléguées. Les infirmières ont beaucoup de latitude par rapport à l'ajustement du traitement pharmacologique avec le pharmacien, à l'initiation de mesures diagnostiques et l'autonomie dans les suivis. Les deux infirmières perçoivent qu'elles ont un rôle diversifié et parfois complexe selon la situation.

#### 4.3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET TABLEAUX COMPARATIFS

À la lumière des résultats obtenus, l'analyse descriptive trace un portrait synthèse de l'activité infirmière dans deux GMF de la région de Québec. L'étude de cas multiples fait ressortir les particularités de fonctionnement de chaque groupe et les caractéristiques des participantes. Dans un GMF les infirmières ont une formation collégiale initiale et une formation additionnelle universitaire et les deux autres infirmières détiennent une formation de premier cycle universitaire.

Une de nos questions de départ est : Quelles sont les activités des infirmières en GMF? L'observation des quatre infirmières de deux GMF pendant un total de 16 heures donne 259 pratiques pour un GMF et 221 pour l'autre.

La figure 4 ci-dessous répartit les activités par catégories pour le GMF privé et le GMF public selon le nombre de pratiques. Nous remarquons que le nombre varie peu entre les deux sites dans les catégories de gestion de l'information avec respectivement 56 pratiques pour le GMF privé et 57 pour le GMF CLSC. L'écart est également minime pour la pratique de récolte d'information avec respectivement 46 et 50 activités. Deux fois plus d'activités liées au réapprovisionnement et au rangement ont été observées dans le GMF privé avec un nombre de 34 contre 15 pour le GMF CLSC. Le choix de la journée d'observation contribue à cette différence.

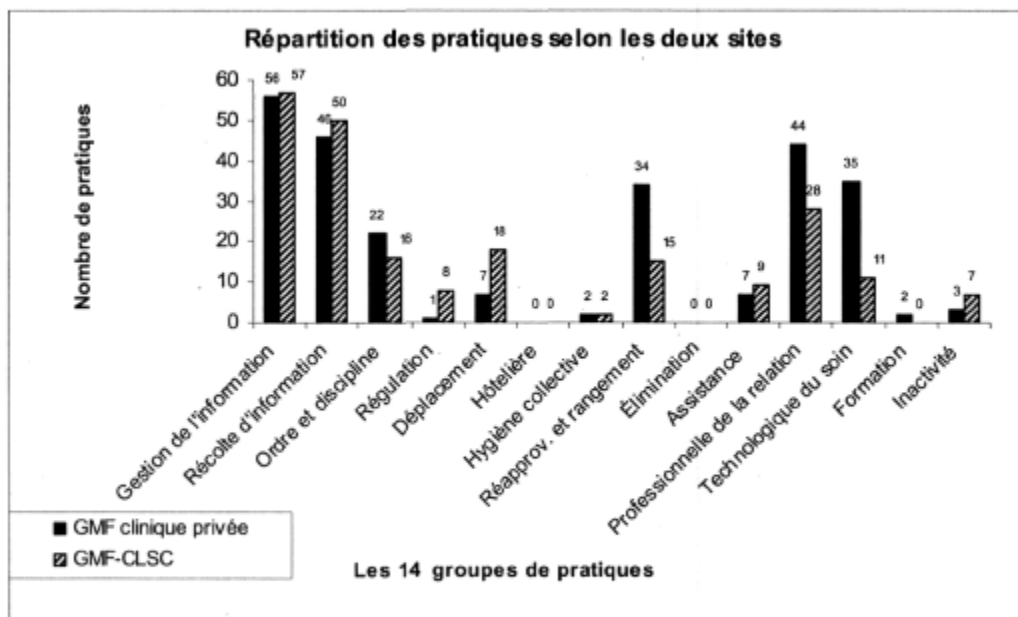


Figure 4. Nombre de pratiques réparties selon les 14 groupes de pratiques pour le GMF privé et le GMF CLSC

L'écart est également important dans la catégorie pratique technologique du soin où on note 35 activités au GMF privé et 11 dans le GMF CLSC. Pour ce qui concerne les pratiques de déplacement, on note 18 activités au GMF CLSC contre 7 au GMF privé. Aucune activité dans les catégories pratiques hôtelières et d'élimination n'a été observée dans les deux GMF.

Regardons attentivement le tableau 4.15. D'un côté nous retrouvons les 14 catégories de pratiques et de l'autre côté, une répartition des pratiques par GMF. De plus, nous observons le nombre de pratiques dans chaque catégorie, ainsi que le pourcentage en taux de fréquence de l'activité et le rang en importance. On remarque que les pratiques de gestion de l'information et les pratiques de récolte d'informations sont celles le plus fréquemment observées dans les deux GMF de notre étude venant respectivement au premier et au deuxième rang. À elles seules ces deux catégories de pratiques représentent près de 50 % dans le GMF CLSC et 39 % pour le GMF privé. Le fait que les infirmières du GMF CLSC aient comme tâche le suivi des appels téléphoniques destinés aux médecins contribue à expliquer cet écart.

Il est intéressant de souligner que les infirmières dans ces deux GMF de type différent sont beaucoup en relation avec le patient (SC3, rôle de médiologie selon Nadot, 2002).



En effet, ces pratiques viennent au troisième rang dans les deux GMF dont 17 % sont attribuées au GMF privé et 12,7 % pour les infirmières du GMF CLSC. On peut également remarquer que les infirmières du GMF privé de cette étude font deux fois plus de pratiques associées au réapprovisionnement et de rangement (13,1 %).

**Tableau 4.15** : La répartition des pratiques dans les deux GMF

CATÉGORIE DE PRATIQUES	RÉPARTITION DES PRATIQUES ET DES TAUX PAR GMF					
	GMF privé			GMFCLSC		
	N	%	rang	N	%	rang
A. Gestion de l'information	56	21,6	1	57	25,8	1
B. Récolte d'informations	46	17,8	2	50	22,6	2
C. Ordre et discipline	22	8,5	6	16	7,2	5
D. Régulation	1	0,4		8	3,6	
E. Déplacement	7	2,7		18	8,1	4
F. Hôtelière	0	0		0	0	
G. Hygiène collective	4	0,8		2	0,9	
H. Réapprov. et rangement	34	13,1	5	15	6,8	6
I. Élimination	0	0		0	0	
J. Assistance	7	2,7		9	4,1	
K. Professionnelle de la relation	44	17	3	28	12,7	3
L. Technologique du soin	35	13,5	4	11	5	7
M. Formation	2	0,8		0	0	
N. Inactivité	3	1,2		7	3,2	
<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>100 %</b>		<b>221</b>	<b>100%</b>	

Quant aux pratiques technologiques du soin souvent associées à l'ordonnance médicale, on constate un grand écart entre le nombre d'activités observées par les infirmières du GMF privé (35) qui se classe au 4<sup>e</sup> rang et celles du GMF CLSC (11) arrivant au 7<sup>e</sup> rang. Les pratiques d'ordre et de discipline comptent pour 8,5 % en GMF privé et 7,2 % dans le GMF CLSC. Les infirmières du GMF CLSC se déplacent plus

fréquemment que leurs collègues du privé. Enfin, les pratiques d'assistance, de régulation, d'hygiène collective, d'inactivité et de formation comptent ensemble pour 5,9 % des observations dans le GMF privé étudié et 11,8 % dans le GMF CLSC.

Pour ce qui est des bénéficiaires de l'activité infirmière dans le GMF, il est étonnant de constater que le pourcentage des pratiques associées à la sous-culture infirmière (SC3) soit le même dans les deux types de GMF comme le rapporte le tableau 4.16 ci-dessous.

**Tableau 4.16** : Pourcentage des pratiques par sous-culture dans les deux GMF

<b>Pourcentage des pratiques classées par sous-culture</b>	<b>GMF clinique privée</b>	<b>GMF CLSC</b>
<b><u>Sous-culture institutionnelle SC1</u></b>		
F Pratiques hôtelières	<b>28 %</b>	<b>34 %</b>
G Pratiques d'hygiène collective		
I Pratiques d'élimination		
N Pratiques d'inactivités		
A-B-C-D-E-H-J Pratiques associées		
<b><u>Sous-culture médicale SC2</u></b>		
L Pratiques technologiques du soin	<b>39 %</b>	<b>33 %</b>
A-B -D- E-H-J Pratiques associées		
<b><u>Sous-culture infirmière SC3</u></b>		
K Pratiques professionnelles de la relation	<b>33 %</b>	<b>33 %</b>
M Pratiques de formation		
A-B-C-D-E-H-J Pratiques associées		

En somme, nous avons mis en évidence, en observant les infirmières durant quelques heures pendant leur travail habituel, que les pratiques de gestion de l'information, les pratiques de récolte d'informations et les pratiques de la relation sont celles le plus fréquemment exécutées dans les deux GMF observés. On peut également constater que les infirmières du GMF privé exécutent plus souvent des activités déléguées par le médecin donc des activités qui relèvent d'un rôle dépendant et interdépendant. Bien que l'on constate une légère différence entre les deux GMF pour ce qui concerne les bénéficiaires de l'activité infirmière, à la sous-culture institutionnelle et médicale, nous réalisons que la fonction du rôle propre indépendant (SC3) occupe la même place.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Le cinquième chapitre se divise en trois sections. La discussion portera dans un premier temps sur l'analyse descriptive des pratiques selon le modèle de Nadot (2002a) en regard aux deux questions de recherche qui se formulent comme suit. Quelles sont les activités de l'infirmière oeuvrant dans le contexte des GMF? Ces activités relèvent-elles d'un rôle de généraliste ou d'un rôle de pratique avancée? Nous analysons par la suite, l'ensemble des résultats en comparant les activités infirmières proposées par le MSSS à celles dégagées actuellement dans nos deux études de cas. Nous discutons de certaines limites rencontrées. Enfin, nous énonçons quelques pistes qui pourraient favoriser le développement d'une pratique infirmière de niveau avancé.

### 5.1 QUELLES SONT LES ACTIVITÉS DES INFIRMIÈRES OEUVRANT DANS LES GMF?

Les résultats tendent à confirmer que le mode de fonctionnement et l'offre de services varient selon les GMF et les activités des infirmières se particularisent d'un GMF à l'autre avec toutefois des pratiques similaires. Ce même constat a été établi dans les études de Trahan et al. (2005) et Beaulieu et al. (2006). Il est difficile ici d'expliquer les écarts obtenus par le seul fait que ce sont des GMF de type différent. Même si chaque groupe a sa couleur singulière, il s'y dégage une pratique et des structures diversifiées qui relèvent aussi de la culture et des professionnels en place. La partie qui suit présente l'analyse descriptive des activités selon les groupes de pratiques de la typologie de Nadot (2002a).

#### Les pratiques de traitement des informations

Les résultats indiquent que les infirmières consacrent entre 39 % et 48 % de leur temps à gérer de l'information (écritures, relances téléphoniques, informations diverses, suivis) (A) et à récolter des données auprès des patients, de leurs familles et des médecins (B). Il est intéressant de constater que Nadot et al. (2002) et Dallaire et al. (2002) obtinrent sensiblement les mêmes résultats dans une étude effectuée conjointement en Suisse et au Québec dans des milieux de soins différents de la première ligne et utilisant la typologie des pratiques infirmières de Nadot et al. (2002). Dallaire et al. (2002) rapportaient que 25 % des pratiques des infirmières québécoises sont liées à la gestion de l'information et 11 % aux pratiques de récolte d'informations

alors qu'en Suisse, le taux est de 26 % dans les pratiques de gestion de l'information et de 10 % pour celles de récolte des informations. (Nadot et al., 2002).

On peut se demander pourquoi les infirmières consacrent-elles près de la moitié de leur temps à ces deux pratiques? Est-ce lié au fait que les infirmières font une collecte d'information pour chaque personne? Dans le cadre des consultations effectuées par les infirmières en GMF, il est probable que le nombre de pratiques de traitement des informations, autant celles de récolte que celles de gestion, soit élevées dans la mesure où les données recueillies guident les interventions subséquentes (Daly & Carnwell, 2003). Les infirmières évaluent l'état de santé et des symptômes cliniques de la personne, que ce soit par téléphone ou lors de consultation sur place à la demande du médecin. Le travail des infirmières dans les deux GMF observés concerne en bonne partie l'accueil, la récolte de l'information (SC123), les procédures diagnostiques (SC2) nécessitant du temps pour expliquer les tests, ce qui revient fréquemment à l'infirmière. En effet, l'infirmière prend contact avec la personne, recueille les données sur son état de santé, évalue la pertinence ou l'urgence d'une évaluation médicale. Selon Allen (2004), les infirmières jouent le rôle de « courtier de l'information » (p.276). Un médecin résume bien ce qu'accomplissent les infirmières: Elles « *font le pont* », se préoccupent « *de garder le lien, d'être l'intermédiaire entre le médecin et le patient* ». Les infirmières observées ne font pas de triage systématique.

Les résultats de la présente étude donnent une vision détaillée de la pratique de récolte des informations dans les deux GMF. Bien que le nombre d'activités soit sensiblement le même dans les deux sites, les infirmières traitent en bonne partie des informations associées à la sous-culture médicale (SC2). On remarque des particularités dans le type d'activités, dépendamment des priorités d'équipe. En effet, entre 47 % et 50 % des pratiques de gestion et de récolte d'informations sont à teneur biophysique reliée à la maladie tandis que celles associées à la sous-culture infirmière (SC3) varient entre 25 % (GMF privé) et 34 % (GMF CLSC). Il a été observé une fréquence élevée de tests diagnostiques faits par les infirmières telle la prise de tension artérielle par Bptrue ou par monitoring ambulatoire. La gestion de l'anticoagulothérapie prend beaucoup de temps infirmier dans le GMF cabinet privé. Les infirmières considèrent cette activité comme une bonne occasion d'offrir du support, de l'écoute et de la continuité donc des pratiques professionnelles de la relation.

En GMF CLSC, la récolte des informations par les infirmières concerne davantage l'évaluation lors de suivis conjoints avec le médecin soit a) le triage téléphonique et d'Info-santé, b) le dépistage des problèmes de santé, c) l'évaluation de la condition physique, d) la surveillance de l'état physique, et e) l'enseignement des facteurs de risques pour la santé. Il est important de préciser que dans ce GMF, il y a un partage des tâches et de temps dans les suivis conjoints. Le médecin considère que les évaluations dans le cadre des relances téléphoniques sont, dans bien des cas, de nature complexe. Cela exige donc des compétences et des connaissances diversifiées, un jugement clinique, des qualités de médiologue, et de la disponibilité, ce qui explique pertinemment le temps dépensé à cette catégorie d'activité.

L'infirmière recueille l'information « préparatoire » concernant la condition physique ou psychologique de la personne, l'état de ses connaissances et ses attentes. Cette récolte d'informations constitue une étape préliminaire importante dans la médiation de la santé (Nadot, 2003, 2006; Casey, 2007) et permet d'assurer le suivi avec les autres professionnels au besoin. C'est souvent lors de ces occasions que l'infirmière aborde les aspects préventifs, même si la personne consulte pour un soin spécifique. À titre d'exemple pour illustrer ce constat dans les deux GMF; du temps est consacré par l'infirmière pour évaluer les facteurs de risques et les habitudes de vie d'une personne se présentant pour un contrôle de sa tension artérielle. L'infirmière sait qu'une tension élevée nécessitera que la personne comprenne la physiopathologie de cette problématique et sait également comment l'adoption de comportements plus sains influence la physiologie et le processus pathologique. Elle sait aussi que l'adoption de nouveaux comportements dépend de facteurs personnels et elle doit donc adapter son enseignement au vécu de la personne afin de favoriser le changement. On retrouve les mêmes cibles d'interventions dans les soins et les services entourant la prévention des complications liées par exemple à l'hypertension, au diabète ou au cholestérol.

Ces résultats sont comparables à ceux de l'enquête par questionnaire effectuée par la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ, 2006) auxquelles participaient 32 infirmières réparties dans 17 GMF. L'enquête fait ressortir que la prévention et la promotion arrivent au premier rang des activités infirmières en GMF. Toutefois, il n'est pas précisé dans quel contexte les infirmières réalisent ce volet de leur travail. Dans notre étude, les résultats montrent que les activités liées à la

prévention sont réalisées pour le moment, dans un contexte d'activités plus curatives et que celles-ci concernent la prévention des complications de la maladie plutôt que la promotion de saines habitudes de vie. Donc, elles ne sont pas initiées en tant que tel, probablement pas comptabilisées dans les activités des infirmières ou bien, elles accompagnent les activités curatives et sont donc un complément au curatif. Nos résultats tendent à l'infirmier puisque les personnes ne viennent pas au GMF, pour le moment, avec une demande de soins de promotion mais elles en acceptent, après que leurs besoins soient satisfaits.

De nombreux écrits dont ceux de Casey (2007) indiquent que les stratégies utilisées par les infirmières pour promouvoir la santé sont principalement prescriptives et individualisées sous forme informationnelle mais relèvent de consultation où l'infirmière exerce un rôle autonome. Dans la présente étude, le contenu des informations transmises lors de la consultation infirmière ne s'improvise pas. Les infirmières utilisent des guides d'enseignement, de l'information écrite, élaborée et présentée selon leur propre initiative. Nos résultats confirment que le suivi clinique s'est bonifié parce que l'enseignement est mieux structuré et plus complet. Un médecin souligne que les infirmières sont « bonnes » dans les conseils nutritionnels depuis qu'elles ont des formations. « *Elles donnent un enseignement complet* ».

Un autre médecin rapporte que le développement des guides de pratiques et des ordonnances collectives, élaborés avec les infirmières et les médecins, donnent de l'autonomie à l'infirmière. « *Avec un staff régulier, c'est un plus mais il faut que les infirmières soient formées de la même façon* ». En lien avec ces propos, Harrison, Dowswell et Wright (2002) allèguent que les guides de pratiques peuvent atténuer la dominance de la médecine sur la pratique infirmière. Nos résultats appuient partiellement ces dires. En effet, les infirmières perçoivent une plus grande ouverture face à la collaboration, là où le modèle GMF est implanté depuis plus longtemps, avec des protocoles élaborés avec les infirmières et les médecins. Les pratiques infirmières associées à la sous-culture médicale SC2 et infirmière SC3 correspondant en fait au rôle d'intermédiaire devraient alors être plus représentatives dans le GMF CLSC. Nos résultats montrent au contraire que 72 % des activités infirmières en GMF privé répondent à SC2 SC3 et 61 % pour SC1 SC3 alors qu'en GMF CLSC, l'infirmière exerce son rôle d'intermédiaire réparti presque également dans les trois sous-cultures.

Toutefois, les médecins gardent le contrôle de la pratique infirmière dans la mesure où leur « disponibilité pour s'asseoir avec les infirmières » est limitée.

#### La pratique professionnelle de la relation

Le rôle professionnel de l'infirmière dans le contexte de GMF comporte une bonne part de la pratique « informationnelle » dont la pratique professionnelle de la relation (K). Il faut considérer que la clientèle inscrite au GMF peut bénéficier d'une prise en charge et d'un suivi conjoint. Le fait d'entrer en contact fréquent avec des personnes soignées avec qui un lien thérapeutique s'est créé donne un caractère plus familier à la relation professionnelle. D'ailleurs une infirmière valorise la relation privilégiée avec la personne lors des contacts téléphoniques de suivi des personnes anticoagulées. Comme le mentionne Nadot (2002a) une entrée en relation verbale ou non verbale constitue souvent le premier acte de soins de type SC3 indépendamment de toute prescription médicale. Les volets : enseignement, prévention et promotion de la pratique professionnelle de la relation sont souvent combinés aux pratiques de récolte des informations et aux pratiques technologiques du soin. Toutefois, il est certain que les qualités personnelles et professionnelles des infirmières influencent son rôle dans la médiation de la santé (Nadot 2003). Ce constat n'est pas différent des autres milieux de soins tel que montré par le 3<sup>e</sup> rang occupé par cette catégorie de pratique avec des proportions respectivement de 17 % pour le GMF privé et 13 % pour le GMF CLSC.

#### La pratique technologique du soin

La pratique technologique du soin (L) arrive en 4<sup>e</sup> par ordre d'importance dans le GMF privé comparé au 7<sup>e</sup> rang dans le GMF public avec des taux respectifs de 13 % et 5 %. Cette portion relativement faible s'explique dans la mesure où les infirmières ne font pas de triage. Elles s'adonnent tout de même à un certain nombre d'activités techniques qui relèvent de la prescription médicale qu'elle soit individuelle ou selon un protocole établi dans le groupe. Les soins de plaies, un lavage d'oreilles, la vaccination, l'anticoagulothérapie, les tests de dépistage sont des exemples d'activités observées. Le taux relativement faible de cette catégorie dans le GMF CLSC s'explique par la décision de l'équipe de ne pas dupliquer les services déjà offerts par d'autres programmes. La



vaccination infantile offerte par le programme Famille Enfance et le suivi de l'anticoagulothérapie proposé de plus en plus par les pharmaciens en sont des exemples. Le GMF privé conserve pour le moment ces priorités d'équipe. Ce choix s'explique car traditionnellement, la vaccination constituait une source de revenus pour les médecins de pratique privée.

#### La pratique de réapprovisionnement et de rangement

Quant à la pratique de réapprovisionnement et de rangement (H), considérée par Nadot, (2002a), comme une activité logistique indispensable à la production des prestations soignantes, elle représente une portion importante du travail des infirmières dans le GMF privé avec un taux de 13 % comparé à 7 % pour le GMF CLSC. Il est possible de penser qu'en GMF CLSC, le taux puisse être plus élevé que le 7 % mesuré car cette catégorie d'activités est variable selon les jours de la semaine. Dans ce GMF observé un lundi, l'infirmière a mentionné que le vendredi était consacré à ces tâches car les médecins sont moins nombreux dans la clinique. Néanmoins, l'étude nous éclaire sur une réalité qui, jusqu'à maintenant, n'avait pas été documentée de façon aussi précise dans les premières études d'implantation.

Au Québec, ces tâches sont plus facilement confiées à du personnel de soutien en milieu hospitalier. Une structure plus petite comme les GMF ne semble pas permettre d'ajouter du personnel pour cela. En effet, les médecins prétendent que ce sont les infirmières les mieux qualifiées pour faire certaines de ces tâches telles : la stérilisation des instruments souillés, l'accueil des représentants pharmaceutiques ou bien le suivi du classement des divers médicaments. Auderset et Nadot Ghanem (2003) mentionnent que les infirmières «...sont au cœur de contradictions et doivent faire face aux lacunes de l'organisation » (p.23). Les résultats révèlent que les infirmières font des tâches qui pourraient être redistribuées à du personnel en support clinique. Ils tendent à démontrer que les ressources sont insuffisantes et ce constat du sous financement doit être pris en compte par le MSSS.

La décentralisation que représentent les GMF, l'ajout d'infirmières dans une clinique médicale et l'ajout ou la modification de l'offre de service créent des exigences différentes. Dans ce contexte, le ménage devient une nécessité. Est-ce prévu dans la

planification et dans le budget, ou si l'infirmière doit endosser les nouvelles tâches? Le guide d'accompagnement élaboré par le ministère (MSSS, 2003) ne répertorie pas ce type d'activités. Selon le guide, les activités infirmières liées à l'organisation sont précisées comme suit a) structurer et évaluer l'organisation des activités professionnelles liées aux soins infirmiers, b) participer aux réunions interdisciplinaires. Tel que mentionné dans le guide, les médecins doivent assumer les responsabilités inhérentes à la bonne marche du GMF ce qui semble logique, ceux-ci étant les gestionnaires de cette affiliation. Dans les faits, les résultats démontrent que ce sont les infirmières qui se préoccupent de la bonne marche et de la coordination des activités en plus de leurs activités de soin.

#### La pratique d'ordre et de discipline

Les résultats montrent que près de 10 % des activités infirmières dans les deux GMF concernent la pratique d'ordre et de discipline. Cette pratique prend en compte la prise de rendez-vous par l'infirmière pour les patients qu'elle doit rencontrer, ce qui facilite pour ceux-ci la coordination des suivis conjoints avec le médecin. L'infirmière joue le rôle de pivot en facilitant l'accès aux services tout en favorisant l'autonomie au regard de la planification de ses activités cliniques. Comparé au faible taux de 1 % obtenu par Rochefort (2002) dans son étude en salle d'urgence, il n'est pas surprenant de constater qu'en première ligne, l'infirmière soit en lien plus fréquent avec le réseau communautaire et les ressources de la 2<sup>e</sup> ligne.

#### La pratique de déplacement

La pratique de déplacement arrive au quatrième rang avec un taux de 8 % pour le GMF CLSC et de presque 3 % pour le GMF privé. Ces résultats sont faibles si on les compare à ceux obtenus par Rochefort (2002) pour qui cette pratique arrive au premier rang avec un taux de 28,5 % chez les infirmières qui ont à se déplacer très rapidement d'un patient à l'autre. En GMF, nous avons observé que la relation infirmière-patient prend parfois quelques minutes mais peut aussi se poursuivre durant 30 minutes ou plus ce qui explique le taux relativement bas de la pratique de déplacement durant les périodes d'observation. De plus, les lieux petits et le nombre restreint de personnes consultant en même temps peuvent expliquer ce résultat.

Ces résultats nous amènent à considérer le temps dont disposent les infirmières. Les observations infirment les craintes à l'effet que les infirmières en GMF puissent être restreintes dans leur temps de consultation avec un patient. Au contraire, les infirmières observées dans les deux GMF prennent le temps nécessaire avec la personne et ou la famille en planifiant la durée de la rencontre selon le motif de consultation. Elles gèrent de façon autonome cet aspect de leur travail bien que les infirmières du GMF privé admettent qu'elles donnent souvent de leur temps « *on ne compte pas nos heures* ». Le temps consacré en fin de journée à la gestion de l'anticoagulothérapie est un bon exemple. Les services avec rendez-vous médicaux de continuité répondent le plus souvent à une clientèle avec des problèmes de santé complexes qui demandent plus de temps alors que le sans rendez-vous répond à des demandes ponctuelles. Il ressort que dans les GMF observés, l'infirmière vient en complément au médecin dans des situations nécessitant un partage d'expertises. C'est elle qui prend le temps nécessaire pour évaluer, donner des explications, informer, supporter la personne alors que le médecin s'attarde à la pathologie. Cela répond en partie à ce qui était prévu au départ, avec l'ajout d'infirmières dans les GMF, c'est à dire favoriser l'accès aux services par l'infirmière et la prise en charge des personnes avec des problématiques complexes par les médecins.

Les observations sont corroborées dans de nombreuses études rapportées par Laurant et al. (2006) qui font ressortir que le temps pris par l'infirmière fait parfois toute la différence. Deux études (Kinnersley et al., 2000; Venning et al., 2000) ont comparé le travail des médecins et des infirmières praticiennes, selon le point de vue des patients et ceux-ci tendent à être plus satisfaits avec les consultations de l'infirmière qu'avec les médecins. Williams et Jones (2006) allèguent que le temps et le style de consultation de l'infirmière sont des facteurs associés à cette satisfaction. Selon Kinnersley et al. (2000) les patients vus par des infirmières disent qu'ils ont reçu significativement plus d'informations concernant leur problème et qu'elles prennent plus de temps, comparé à ceux rencontrés par les médecins. Ces dires sont appuyés par l'étude de Reveley (1998) comparant le travail des infirmières praticiennes à celui des médecins généralistes dans le rôle de triage dans une région au nord-ouest de l'Angleterre. Les résultats de Reveley indiquent que, sur un total de consultations (286) effectuées sur une période de cinq jours, l'infirmière voit des personnes plus jeunes et la durée de consultation y est plus longue, par le fait même le médecin voit un plus grand nombre de patients.

### La pratique d'assistance

Ces propos nous amènent à examiner les résultats concernant la pratique d'assistance. Il n'est pas étonnant que ce groupe d'activités ne représente que 2,7 % et 4,1 % de l'ensemble des pratiques infirmières dans la mesure où la catégorie inclut les activités à caractère « physique » tel aider le médecin dans des situations nécessitant une intervention « à plusieurs mains » ou aider une collègue. La définition de cette pratique nous semble toutefois restrictive. En effet, nous pourrions penser que les situations décrites par le médecin concernant la relance téléphonique faite par l'infirmière, les suivis conjoints dans des cas spécifiques, la gestion des résultats en l'absence du médecin dans des situations particulièrement complexes sont des exemples de collaboration interprofessionnelle. Dans cette optique, la pratique d'assistance de type SC1 et SC2 en première ligne pourrait avantageusement être reconsidérée dans un contexte de partage et de complémentarité.

Hors, il est étonnant de constater (voir Annexe B) qu'aucune activité clinique interprofessionnelle de l'infirmière soit proposé dans le guide du MSSS alors que l'ajout d'infirmière s'inscrivait dans une volonté de pratique en collaboration avec les médecins.

### La pratique d'hygiène collective

Il est surprenant de constater le taux inférieur à 1 % de la pratique d'hygiène collective qui prévient les infections nosocomiales. Ce taux nous semble faible dans la mesure où cette pratique comporte le lavage des mains, la désinfection des objets et les locaux dans un contexte où les infirmières sont interpellées par toutes sortes d'incitatifs aux précautions d'hygiène.

## 5.2 LES ACTIVITÉS INFIRMIÈRES DANS DEUX GMF : LA SITUATION ACTUELLE

En somme, le travail des infirmières dans les deux GMF consiste principalement à faire des activités de suivi des clientèles mais les infirmières rendent service autant à l'institution (entre 28 % et 34 %), à la médecine (entre 39 % et 33 %) qu'aux soins (33 %). L'infirmière joue à la fois le rôle de conseillère, consultante, technicienne et le fait d'être « une référence » c'est à dire le point d'attache avec le médecin, fait d'elle une

« intermédiaire » essentielle et une « médiatrice » dans les GMF. Les activités qui répondent à la culture institutionnelle (SC1) relèvent du rôle interdépendant et ont été observées plus fréquemment dans les situations suivantes : a) gestion des rendez-vous, b) le rangement, c) la stérilisation, d) la tenue de dossiers, e) les données informatisées et administratives concernant les tests, f) le triage téléphonique et relances, et g) la coordination. Les activités de type SC2 relèvent d'un rôle dépendant et consistent par exemple à répondre aux demandes ponctuelles des médecins en exécutant des contrôles techniques et moyens diagnostiques, par l'application des protocoles et des ordonnances collectives. Les activités indépendantes de type SC3 concernent: les conseils de prévention et de promotion, l'évaluation, l'enseignement, le support et la relation d'aide. Bien que l'on constate une légère différence entre les deux GMF pour ce qui concerne les bénéficiaires de l'activité infirmière à la sous-culture administrative et médicale, nous réalisons que la fonction de médiologue (SC3) occupe le tiers du temps des infirmières dans les deux GMF. De plus, nous avons observé dans les deux GMF qu'une portion non négligeable de leur temps est consacrée à des tâches cléricales telles le rangement et le réapprovisionnement illustrant bien l'impact des contraintes organisationnelles sur le rôle culturel de l'infirmière.

Les activités observées correspondent aux tâches et aux fonctions décrites dans les documents consultés dans les deux GMF. L'étude fournit toutefois une vision plus réaliste du rôle d'intermédiaire et de médiologue (SC3) que celle présentée et prévue dans le guide d'accompagnement. Comme il a été mentionné, aucune activité clinique interprofessionnelle ne se retrouve dans le canevas proposé.

Ces résultats sont corroborés par Allen (2004) dans une importante revue de littérature. Sa recherche visait à analyser le travail infirmier en développant une description de la réalité du travail qu'elles font actuellement. Sa recherche révèle que les infirmières jouent de plus en plus un rôle de médiatrice dans le système de santé actuel en gérant de multiples agendas en plus de s'occuper de la circulation des patients, de se préoccuper de préserver le côté humain des services de l'organisation, de gérer les relations interprofessionnelles. En travaillant à l'intersection d'un processus organisationnel et en interagissant avec les patients, les familles et les producteurs de services, les infirmières sont au coeur du réseau de la santé. (Allen, 2004).

### 5.3 L'INFIRMIÈRE EN GMF : UN RÔLE DE GÉNÉRALISTE OU DE PRATIQUE AVANCÉE?

Cette section discute en premier lieu du niveau de pratique observé dans les deux GMF. Nous dégageons par la suite, certains facteurs organisationnels pouvant limiter la promulgation du rôle professionnel de l'infirmière. Enfin, nous proposons des pistes possibles de développement de la pratique à un niveau avancé en GMF.

Le rôle infirmier en GMF se développe progressivement à des degrés divers. S'agit-il d'un rôle de généraliste ou de pratique avancée? Rappelons que la généraliste détient une formation de base de niveau collégial ou du niveau initial universitaire et qu'elle peut exécuter les 14 activités réservées aux infirmières, celles-ci relevant de son rôle propre ou initiées selon une prescription médicale. Quant à la pratique de niveau avancé, selon Hamric, Spross et Hanson (2000), les deux premiers critères concernent le niveau de formation avec une concentration dans une spécialité et la certification de pratique dans la spécialité. Au Québec, cela signifie que la praticienne pourra exécuter, de façon autonome, cinq activités relevant de la pratique médicale.

#### Rôle de généraliste

Les pratiques observées dans les deux GMF correspondent majoritairement à un rôle de généraliste bien que la clarification de la nature des niveaux de pratique infirmière et la différenciation des rôles soient difficiles dans un contexte en développement. Les situations cliniques observées ne soulèvent pas de complexité technique mais sont plutôt diversifiées et demandent de la coordination ce qui situe l'infirmière dans un rôle « d'intermédiaire culturelle » (Nadot, 2001, 2002). Les résultats montrent que les infirmières sont occupées et font beaucoup de choses à la fois, ce qui explique qu'elles souhaiteraient participer, avec les médecins, aux prises de décisions concernant les priorités de services.

En lien avec ces propos, l'étude montre que, même si la pratique infirmière se situe à un niveau de généraliste, les infirmières développent progressivement une pratique dans des créneaux plus spécifiques en regard à certaines problématiques de santé ciblées telles les soins aux diabétiques, aux hypertendus, dans le suivi des plaies et la

cryothérapie et qu'elles deviennent de plus en plus expertes dans l'application des connaissances qui relèvent de leur champ de pratique de généraliste.

Paradoxalement, on constate que certaines activités confiées aux infirmières relèvent d'une tâche de secrétaire ou d'aide de service par exemple lorsqu'elles manipulent les données du test BpTrue, qu'elles découpent, collent des bandes, qu'elles photocopient les résultats ou qu'elles disposent du matériel dans les bureaux médicaux. Comme le mentionne Dussault (1988) (cité dans Goulet, (2002), les infirmières restent encore légalement subordonnées aux médecins ce qui les confine à une pratique de généraliste.

#### Rôle de pratique avancée

Afin de répondre à cette question, rapportons-nous aux concepts-clés de la pratique avancée selon Hamric, Spross et Hanson (2000). La pratique spécialisée en première ligne (IPL) est légalisée depuis 2006 et la première cohorte dûment certifiée arrivera dans les milieux d'ici deux ans.

Néanmoins, l'analyse qualitative des activités infirmières observées supporte l'idée que les GMF constituent des milieux cliniques propices à une pratique de niveau avancé. En effet, un médecin croit que les évaluations téléphoniques faites par les infirmières sont parfois complexes. Les situations diversifiées telles en santé mentale, les personnes en perte d'autonomie avec des problèmes cognitifs, les personnes décrivant des symptômes cardiaques exigent des connaissances élargies. Les infirmières prennent souvent la relève du médecin en son absence dans le cas de suivi conjoint. Il est possible que dans ce cas, la substitution à un autre professionnel constitue un exemple de pratique avancée infirmière.

#### 5.4. FACTEURS ORGANISATIONNELS POUVANT LIMITER LA PROMULGATION DU RÔLE PROFESSIONNEL

Nos résultats confirment que le SC1 (Nadot, 2002) et la structure organisationnelle influence le rôle des infirmières (Sidani & Irvine, 1999; Trahan et al., 2005; OIIQ / FMOQ, 2005; Beaulieu et al., 2005, 2006; Savard et al., 2005).

L'étude de cas #1 réalisée dans un GMF privé durant la période de transition nous donne tout de même un portrait des difficultés rencontrées dans les équipes en voie de se structurer en GMF. Les résultats confirment que l'évolution du rôle de l'infirmière est en partie freinée par des contraintes telles l'organisation des lieux qui ne facilite pas le travail et le suivi clinique des infirmières ou bien le manque de disponibilité pour établir ensemble les priorités de services et les suivis cliniques. Ces résultats sont corroborés dans l'enquête de la FIQ (2006).

De plus, les résultats confirment que l'offre de services médicaux, les horaires des médecins, les modalités de fonctionnement variables d'un GMF à l'autre influencent le travail des infirmières. Une infirmière rapporte : « *Plus il y a de médecins présents dans la clinique, plus il y a de demandes ponctuelles* ». Dans la plupart des cas, ces demandes relèvent de la technologie du soin (SC2). Ceci laisse donc penser que le travail des infirmières dans les GMF observés se structure autour de l'activité médicale et lorsque les médecins ne sont pas présents, elles peuvent faire du ménage ou d'autres tâches de moindre importance en plus de celles qui relèvent du soin.

Un autre élément concerne les activités de triage. Dans nos deux études de cas, les infirmières ne font pas de triage de façon systématique. Les résultats corroborent ceux de l'enquête de la FIQ (2006) indiquant que le triage se situe à la fréquence la moins élevée des catégories d'activités effectuées par les infirmières des GMF étudiés. En effet, seulement 6 des 32 infirmières répondantes font des activités de triage. Ces résultats appuient les constats de Haggerty et al. (2004) à l'effet que la grande majorité de médecins privilégient la continuité et la communication, la prise en charge par les médecins au détriment de l'accessibilité de premier contact.



Il faut se rappeler que le triage comprend : l'accueil, l'évaluation et l'orientation de la personne au sans rendez-vous et qu'à plusieurs égards il se situe au niveau de la pratique avancée.

Nos résultats indiquent qu'en général, l'infirmière voit en consultation une personne inscrite au GMF et référée par son médecin de famille. Dans la plupart des cas, un diagnostic médical est déjà établi. Cette situation s'explique par le fait que l'organisation du travail dans les deux GMF observés ne prévoit pas d'heures cliniques réservées strictement à l'accueil et à l'évaluation de sans rendez-vous ce qui la limite à un niveau de généraliste.

#### 5.5 PISTES ENVISAGÉES POUR PROMOUVOIR LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE EN GMF

L'étude de Carnwell & Daly (2003) visant à explorer le rôle de l'infirmière praticienne en soins de santé primaire révèle un potentiel de devenir des infirmières consultantes dans le futur. L'infirmière praticienne peut voir des patients avec des problèmes de santé non diagnostiqués. Selon OIIQ / CMQ (2006) la praticienne en première ligne peut identifier les problèmes de santé et établir les priorités de soins et de traitements en collaboration avec le médecin. Elle procède à l'évaluation exhaustive de l'état de santé du patient avec une approche globale et détermine les soins infirmiers et les soins médicaux que requiert la condition du patient et assure le suivi. Dans les GMF, les médecins et les infirmières pourraient décider ensemble d'offrir des services à une personne inscrite sans égard à une référence médicale. Ce n'est pas ce qui a été observé ni dans l'un ni dans l'autre GMF même si le développement des liens de collaboration et le partage des rôles est plus avancé dans un GMF.

Stark (2006) mentionne que les soins ambulatoires sont des milieux cliniques pour les infirmières praticiennes dans les soins directs en regard à la prescription des médicaments, aux traitements ou à l'enseignement.

Marsh & Dawes (1995) ont démontré que l'infirmière pouvait gérer 86 % des consultations pour des problèmes mineurs, sans devoir référer au médecin. Richardson et al. (1998) rapportent, à la suite d'une revue de littérature sur la substitution des

médecins-infirmières aux États-Unis, qu'entre 25 % et 70 % des demandes réalisées par les médecins pourraient être répondues par d'autres professionnels de la santé incluant les infirmières.

Bailey, Jones & Way (2006) mentionnent que les relations de collaboration devraient favoriser l'augmentation de situations dans lesquelles les infirmières et les médecins travailleraient de façon indépendante ou en interdépendance et en synergie pour les prises de décision et des consultations bidirectionnelles.

Cependant, quelques études internationales rapportent une vision différente des patients sur le développement du rôle infirmier, certains étant très satisfaits des consultations avec les infirmières et d'autres reflètent une hiérarchie traditionnelle dans les soins de première ligne (Redsell, Stokes, Jackson, Hastings & Baker, 2007). Dans l'étude de Redsell et al. (2007), les participants préfèrent consulter le médecin s'ils perçoivent leurs symptômes sérieux et avec les infirmières pour des symptômes mineurs et pour être rassurés. Ils pensent que les infirmières ont plus de temps pour eux et sont plus compatissantes.

Laurant et al. (2006) apportent aussi des résultats intéressants. Leur recherche visait à examiner l'impact que pouvait avoir l'ajout d'infirmières praticiennes sur la charge de travail des médecins généralistes. À court terme, les infirmières praticiennes n'ont pas réduit la charge de travail des médecins car elles étaient utilisées comme supplément plutôt que substitut pour les soins donnés par les médecins ce qui tend à confirmer d'une certaine façon les résultats de la présente étude. Pourrait-on envisager cette perspective avec l'arrivée des praticiennes en première ligne dans les GMF? Comme les études le suggèrent, mais non observé dans les deux GMF, il serait encourageant de voir ces infirmières dans un rôle de « consultante » dans les GMF ce qui, d'une certaine manière, contribuerait au développement d'une pratique avancée relevant de son champ de pratique autonome.

## 5.6 LES LIMITES DE L'ÉTUDE

### Méthodologiques

L'étude est limitée à cause du petit échantillon soit deux GMF et localisés dans une seule région du Québec. Toutefois, la décision de représenter la population en échantillonnant des GMF de type différent s'avérait être un bon moyen d'augmenter la validité de l'étude. En effet, la recherche qualitative privilégiant l'étude de cas multiples sur une population circonscrite nous donne un portrait légèrement différent de l'activité infirmière dans un contexte de pratique privée et dans un contexte de CLSC. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des GMF privés et à l'ensemble des GMF CLSC du Québec autant en région urbaine que rurale.

Pour ce qui est de l'échantillon des médecins pour l'entrevue, le nombre restreint et la procédure de recrutement hors de contrôle de la chercheuse ont pu causer un biais relatif à la désirabilité sociale dans l'analyse qualitative des entrevues. Néanmoins, les données récoltées auprès des médecins produisent une compréhension complémentaire et riche de la réalité des GMF.

La méthode d'observation directe utilisée et le moment choisi pour récolter une partie des données comportent toujours des biais qui peuvent altérer la pratique (Fortin, 1996). L'observation directe réalisée par l'étudiante-chercheuse étant elle-même infirmière dans un GMF-UMF a inévitablement influencé l'interprétation des situations. Comme le mentionnent Polit et Hungler (1999) ces biais ne peuvent probablement pas être éliminés complètement.

### Opérationnelles

La codification des pratiques de la typologie de Nadot (2002) a toutefois été difficile dû au fait que certaines pratiques pouvaient être classées dans des catégories différentes. Toutefois, comme il a été déjà mentionné, la validation de la codification provient du consensus établi entre la chercheuse et Madame Dallaire, directrice de ce projet d'étude, M. Nadot et une personne experte en terminologie. On se retrouve ainsi avec une

codification des pratiques qui fait consensus au sein de ces personnes et par rapport au modèle utilisé, en raison de la participation de monsieur Nadot à cette étape.

### Conceptuelles

Certaines pratiques ne sont pas mutuellement exclusives. Si l'on prend par exemple la pratique d'assistance (J) dans le type SC3, elle vise à promouvoir l'autonomie de la personne soignée et de ses proches par l'aide apportée pour effectuer les activités quotidiennes. Quant à la pratique de la relation (K) (Nadot, 2002), elle permet d'aménager l'espace de vie des personnes en vue de promouvoir leur autonomie et leur sécurité. Ces pratiques ont été définies en prenant davantage en considération les activités infirmières en milieu hospitalier et ne semble pas tout à fait exclusives lorsqu'on examine une pratique infirmière de première ligne. Comme le mentionne Nadot (2002), cette pratique peut être associée à la pratique (J). Dans le contexte de première ligne, avec des personnes qui se présentent au GMF, l'infirmière privilégie l'enseignement, le support, l'écoute pour promouvoir l'autonomie et la prise en charge. La distinction entre ces deux pratiques devient moins claire et leurs définitions pourraient avantageusement être revues pour inclure les activités infirmières avec des personnes non hospitalisées.

La pratique technologique du soin (L) englobe toutes les actions que l'infirmière entreprend dans la réalisation d'un acte prescrit, et un rôle aussi d'agent collecteur de données dont le bénéficiaire est le médecin. Nadot mentionne toutefois que l'agent collecteur de données est compris sous la pratique récolte d'informations (B). En GMF l'infirmière prend le temps d'expliquer le pourquoi du test au patient, de renseigner sur la procédure, de rassurer. Toute cette préparation entourant la prescription pourrait davantage entrer dans la pratique professionnelle de la relation, montrant ainsi une plus grande richesse des soins que cela n'est possible avec les définitions actuelles. Beaucoup du temps infirmier est consacré à ces activités, mais elles ne sont pas incluses dans la définition actuelle de la pratique technologique du soin.

La pratique de gestion de l'information (A) qui consiste simultanément à recueillir, stocker, analyser, effectuer un traitement spécial de l'information a aussi été difficile à

classer avec la pratique de récolte d'information qui est probablement incluse dans la première étape de gestion de l'information (A).

Enfin, examinons la pratique de formation (M) dont Nadot spécifie qu'elle est de type SC3. Il mentionne pourtant que l'infirmière rend un grand service à l'institution quand elle prend la responsabilité d'accueillir et d'orienter de nouvelles infirmières ce qui veut dire que l'organisation (SC1) pourrait aussi en bénéficier. Voilà donc des exemples qui appuient le constat que fait lui-même Nadot (2002) et Rochefort (2002) à l'effet que les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

Bref, certains moyens ont augmenté la validité des données telles que décrites au chapitre 3. En effet, la rigueur dans l'application de la collecte des données par triangulation, la grille d'analyse des 14 pratiques de Nadot (2002) et la validation de la codification par plusieurs personnes ont minimisé les biais de ce devis descriptif.

## 5.7 RECOMMANDATIONS

Sur le plan de la pratique infirmière dans les GMF, il s'avère important de faire reconnaître la contribution des infirmières autant pour les décideurs du monde de la santé que pour les infirmières elles-mêmes. Au delà du discours actuel concernant la formation avancée, l'évolution de la pratique infirmière dans le GMF passe aussi par l'enrichissement des compétences relatives à son rôle de médiologue de santé.

Sur le plan théorique, le modèle d'« intermédiaire culturelle » élaboré par Nadot permet d'étudier l'activité infirmière selon 14 pratiques traditionnellement reconnues. Bien que ce modèle, inspiré à la fois d'une approche philosophique et sociologique (entretien avec M.Nadot et Clémence Dallaire, 9 octobre 2007) soit toujours en évolution comme le soulignent les deux théoriciens, il nous permet néanmoins de rendre compte de toute la complexité du rôle professionnel de l'infirmière dans les soins de première ligne et plus spécifiquement dans les GMF. Toutefois, à la lumière des limites conceptuelles rencontrées, une redéfinition de certaines pratiques et des subdivisions pourraient être envisagées afin de pouvoir étudier l'activité infirmière dans des contextes de collaboration interdisciplinaire et dans la perspective de la pratique infirmière de niveau avancé.

Sur le plan de la recherche, en raison du petit échantillon, il serait intéressant de répéter cette étude afin de mieux évaluer le type de rôle en voie d'implantation et d'en examiner les effets sur l'accessibilité. Une adaptation pourrait faire l'objet de nouvelles études empiriques portant sur le rôle de consultante dans les cliniques réseaux parallèles aux GMF. D'autres travaux pourraient mesurer les effets de la médiation culturelle quant à l'utilisation des services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé complexes.

## CONCLUSION

L'étude montre que l'activité infirmière en GMF peut être explorée à partir des 14 pratiques proposées par Nadot (2002a). Ce modèle et la méthodologie utilisés apportent une vision du travail infirmier accompli en GMF selon une perspective différente des autres études évaluatives recensées jusqu'à maintenant et fait émerger un rôle d'« intermédiaire culturelle » (Nadot, 2002a) entre la personne soignée, le médecin et l'organisation. Nous avons mis en évidence ce rôle de médiation de l'infirmière en GMF. En effet, les pratiques de gestion de l'information, de récolte d'informations et les pratiques de la relation sont celles le plus fréquemment exécutées dans les deux GMF observés. On peut voir également que les infirmières exécutent plus souvent des activités déléguées par le médecin donc des activités qui relèvent d'un rôle interdépendant et dépendant.

Nous pouvons conclure que les sous-cultures institutionnelle et médicale influencent l'activité infirmière et le développement de nouveaux rôles. Il s'avère donc important de poursuivre les recherches dans la perspective de contribuer à l'évolution du champ de pratique propre à l'infirmière dans les GMF et ainsi contribuer à l'amélioration des services offerts à la population. Le modèle théorique de Nadot (2001, 2002a) favorise la prise de conscience de la complexité du rôle professionnel avec ses enjeux sociaux, politiques, stratégiques, scientifiques et économiques.

## RÉFÉRENCES

- Allen, D. (2004). Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*, 11(4), 271-283.
- American Nurses Association (1995). *Nursing data system: The emerging framework*. Washington D.C.: ANA.
- Association des CLSC et des CHSLD du Québec, (2004). Direction des programmes. Mise en place des centres de santé et de services sociaux. Section 3. Document 3.1. Fiche sur le concept de première ligne. [En ligne] [www.clsc-chsld.qc.ca/docs/public\\_html/document/outils\\_gestion/section3](http://www.clsc-chsld.qc.ca/docs/public_html/document/outils_gestion/section3) (Page consultée le 6 octobre 2006).
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1997). ZOOM sur les soins infirmiers Enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada. *La pratique infirmière de niveau avancée au premier plan*. Ottawa, AIIC. [En ligne]:[http://www.cna-aiic.ca/CNA/about/default\\_f.aspx](http://www.cna-aiic.ca/CNA/about/default_f.aspx) (Page consultée le 10 septembre 2006).
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002a). *La contribution unique de l'infirmière*. Ottawa, AIIC. [En ligne] [http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/unique\\_role\\_rm\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/unique_role_rm_f.pdf) (Page consultée le 10 septembre 2006).
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002b). Énoncé de position. *La pratique infirmière avancée. (AIIC)*. [En ligne] [www.cna-aiic.ca/CNA/about/work/primary/default\\_f.aspx](http://www.cna-aiic.ca/CNA/about/work/primary/default_f.aspx) (Page consultée le 10 septembre 2006).
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003). Énoncé de position. *L'infirmière praticienne*. Ottawa, AIIC. [En ligne] [http://www.cna-aiic.ca/CNA/about/default\\_f.aspx](http://www.cna-aiic.ca/CNA/about/default_f.aspx) (Page consultée le 10 septembre 2006).
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004). Document de travail produit pour l'Initiative canadienne sur les infirmières et les infirmiers praticiens Volet de la pratique recherche documentaire. *Pratique infirmière avancée et infirmières et infirmiers praticiens en soins primaires : titre, champ d'exercice et rôle*. Ottawa, AIIC. [En ligne] [http://www.cna-aiic.ca/CNA/about/default\\_f.aspx](http://www.cna-aiic.ca/CNA/about/default_f.aspx) (Page consultée le 10 septembre 2006).
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2005). *Examen des nouveaux rôles en pratique avancée*. Document de discussion. Ottawa, AIIC. [En ligne]. [http://www.cna-aiic.ca/CNA/about/default\\_f.aspx](http://www.cna-aiic.ca/CNA/about/default_f.aspx) (Page consultée le 3 décembre 2006).
- Auderset, P.-B., Nadot Ghanem, N. (2003, mai). *La pratique informationnelle, une dimension fondamentale du rôle professionnel*. Conférence au 2e Congrès Mondial des Infirmières et Infirmiers Francophones, Montpellier, France.



- Bailey, P., Jones, L., & Way, D. (2006). Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 381–391.
- Bartholomeyczik, S., & Hunstein, D. (2004). Time distribution of selected care activities in home care in Germany. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 97-104.
- Beaulieu, M.D., D'Amour, D., Denis, J.L., Goudreau, J., & Millette, B. (2002, septembre). *L'équipe de première ligne. Une vision nouvelle, de nouvelles façons de faire*. Présentation au colloque en médecine familiale, Université de Montréal, Canada. [En ligne] [http://www.medfam.umontreal.ca/contenu/Download/Compte\\_rendu\\_Colloque\\_sept\\_2002.pdf](http://www.medfam.umontreal.ca/contenu/Download/Compte_rendu_Colloque_sept_2002.pdf) (Page consultée le 13 janvier 2003).
- Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, E. et al. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. [En ligne] [www.medfam.umontreal.ca/chaire\\_sadok\\_besrou/chaire/chaire.htm](http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrou/chaire/chaire.htm) (Page consultée le 19 janvier 2007).
- Blegen, M. (1993). Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36-41.
- Bourgueil, Y., Marek, A et Mousques, J. (2005). *La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. Questions d'économie de la santé, analyse*. IRDES) Paris. [En ligne] <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum95.pdf> (Page consultée le 15 décembre 2006).
- Bousfield, C. (1997). A phenomenological investigation into the role of the clinical nurse specialist. *Journal of Advanced nursing*, 25(2), 245-256.
- Bowen, M., Gingras, J., Roy, I., Saint-Laurent, L., Tremblay, J., Veilleux, S., Gauthier, A. & Trahan, L. (2007). *Infirmières et médecins des premiers GMF: Quels changements de pratique professionnelle? Résultats préliminaires*. Présentation à l'ACFAS, Colloque GMF, Trois-Rivières, Canada.
- Breda, K.L., Anderson, M.A., Hansen, L., Hayes, D., Pillion, C., & Lyon, P. (1997). Enhanced nursing autonomy through participatory action research. *Nursing Outlook*, 45(2), 76-81.
- Burke, T.A., McKee, J.R., Wilson, H.C, Donahue, R.M.J., Batenhorst, A.S., & Pathak, D.S. (2000). A comparison of time-and-motion and self-reporting methods of work measurement. *Journal of Nursing Administration*, 30(3), 118-125.
- Capuano, T., Bokovoy, J., Halkins, D., & Hitchings, K. (2004). Work flow analysis: Eliminating non-value-added work. *Journal of Nursing Administration*, 34(5), 246-256.

- Carnwell, R., & Daly, W.M. (2003). Advanced nursing practitioners in primary care settings: an exploration of the developing roles. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 630-642.
- Casey, D. (2004). Challenges of collecting data in the clinical setting. *INT Research* 9(2), 131-142.
- Casey, D. (2007). Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 580-592.
- Chambliss D. (1997). *Beyond caring: Hospitals, nurses, and the social organization of ethics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Collège des médecins du Québec. (2005). Les ordonnances faites par un médecin. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec. Montréal, Québec.
- Collège des médecins de famille du Canada (2006) *Sondage National auprès des médecins en 2004* [Enligne] [http://www.cfpc.ca/nps/French/Physician\\_Stats.asp](http://www.cfpc.ca/nps/French/Physician_Stats.asp) (Page consultée le 4 juillet 2006).
- Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris, Inter Éditions.
- Collière, M.F. (1996). *Soigner le premier art de la vie*. Paris, Inter Éditions.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair). (2000). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Cotton, A.H. (1997). Power, knowledge and the discourse of specialization in nursing. *Clinical Nurse Specialist*, 11(1), 25-29.
- Dallaire, C. (2002). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. Dans O. Goulet & C. Dallaire (sous la dir.de), *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives* (pp.77-95). Boucherville, Québec : Gaétan Morin.
- Dallaire, C., Gagnon J., & Lazure G., (2002). *Mesure des prestations soignantes sur une unité d'un Centre hospitalier de Québec*. Rapport de recherche du programme DORE. Instrument de promotion pour la recherche orientée vers la pratique. Initiative conjointe de la Commission de la technologie et de l'innovation (CTI) et du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), Suisse-Québec, Sainte-Foy : Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval.
- Dallaire, C. & Bujold, M. (2005). *Administration des services infirmiers : enjeux futurs et tendances actuelles de recherche*. Document préparé pour le comité de planification stratégique du Centre FERASI. Montréal, Québec

- Daly, W.M., & Carnwell, R. (2003). Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 158-167.
- D'Amour, D. (2001). Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions ? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(1), 136-145.
- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J., & Remondin, M.(2003). *Étude comparative de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets dans quatre régions sociosanitaires du Québec : le cas des soins périnataux*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal. Montréal, Canada.
- D'Amour, D., Goudreau, J., & Hudon, E. (2004). *L'émergence de nouvelles pratiques de collaboration dans les services de première ligne*. Présentation au 72<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS, Montréal, Canada.
- D'Amour, D., Oandasan, I. (2004). Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient: un cadre conceptuel évolutif : Chapter 10. Santé Canada.
- D'Amour, D. Ferrada, M. (2005). Le rôle des infirmières et le partage des responsabilités avec les médecins dans les soins primaires au Canada. Dans Y. Bourgueil, A. Marek & J. Mousquès, *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières*. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. IRDES. [En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud57.pdf> (Page consultée le 10 février 2007).
- D'Amour, D., Sicotte, C., Lévy, R. (1999). Un modèle de structuration de l'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé de première ligne. *Sciences sociales et santé*, 17 (3), 67-94.
- De Grasse, C., & Nicklin, W. (2001). Advanced nursing practice: Old Hat, New Design. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14(4), 7-12.
- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- Desrosiers, G. (2006). Défis de l'ordre infirmier dans un contexte de mondialisation. Conférence présentée au Congrès mondial SIDIIEF. *Perspective infirmière*, 4(1), 6-13.
- Dunn, K., & Nicklin, W. (1995). The status of advanced nursing roles in Canadian teaching hospitals. *Canadian Journal of Nursing Administration*, janvier-février, 111-135.
- El Jardali, F. (2003). *Working Draft Paper Barriers to effective collaboration between nurse practitioners and family physicians*. Ottawa: AIIC.

- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2006). The clinical nurse specialist and nurse practitioner roles : room for both or take your pick?, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 56-59.
- Fagin, C.M. (1990). Nursing's value proves itself. *American Journal of Nursing*, 90(10) 17-18, 22-30.
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). (2006, novembre). *La pratique infirmière en GMF Une pratique en émergence*. Rapport final A06-CF-111-D2 présenté au Conseil fédéral, Montréal, Québec, FIQ.
- Finkler, S.A., Knickman, J.R., Hendrikson, G., Lipkin, M.J. & Thompson, W.G. (1993). A comparison of work-sampling and time-motion techniques for studies in health service research. *Health Serv. Res.*, 28, 577-602.
- Fortin, M.F. (1996). *Le Processus de la Recherche : De la Conception à la Réalisation*. Québec: Décarie.
- Gale, J., Fothergill-Bourbonnais, F. & Chamberlain, M. (2001). Measuring nursing support during childbirth. *MCN.*, 26(5).[En ligne] <http://www.nursingcenter.com> (Page consultée le 18 mars 2005).
- Gardner K. (1991). A summary of findings of a five-year comparison of primary and team nursing. *Nursing Research*, 40, 113-117.
- Goulet, O. (1999). L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière. Dans O. Goulet & C. Dallaire, C (sous la dir. de), *Soins infirmiers et société* (pp. 135-155). Boucherville, Canada : Gaétan Morin.
- Goulet, O. (2002a). Une pratique infirmière autonome : un projet ambitieux. Dans O. Goulet & C. Dallaire (sous la dir. de), *Les soins infirmiers Vers de nouvelles perspectives* (pp.163-180). Boucherville, Canada : Gaétan Morin.
- Goulet, O. (2002b). Une formation infirmière à renouveler. Dans O. Goulet & C. Dallaire (sous la dir. de), *Les soins infirmiers Vers de nouvelles perspectives* (pp.365-382) Boucherville, Canada : Gaétan Morin.
- Goulet, O., & Dallaire, C. (2002). *Les soins infirmiers Vers de nouvelles perspectives*. Boucherville, Canada : Gaétan Morin.
- Gouvernement de l'Ontario (2006, rév.août). Un meilleur accès aux soins. Canada. [Enligne][http://www.gov.on.ca/ont/portal!/ut/p/.cmd/cs/.ce/7\\_0\\_A/.s/7\\_0\\_252/.s.7\\_0\\_A/7\\_0\\_252/1/fr?docid=012981](http://www.gov.on.ca/ont/portal!/ut/p/.cmd/cs/.ce/7_0_A/.s/7_0_252/.s.7_0_A/7_0_252/1/fr?docid=012981) (Page consultée le 5 septembre 2006 )
- Gran-Moravec, M.B. & Hughes, C.M. (2005). Nursing time allocation and other considerations for staffing. *Nursing and Health Sciences*, 7, 126-133.

- Haas, S., Hackbarth, D., Kavanagh, J., & Valasses, F. (1995). Dimensions of the staff nurse role in ambulatory care. Part 11- Comparison of role dimensions in four ambulatory settings. *Nursing Economic*, 13(3), 152-165.
- Haggerty, J., Pineault, R., Beaulieu, M.D., Brunelle, Y., Goulet, F. Rodrigue, & J., Gauthier, J. (2004). *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : Barrières et facteurs facilitants*. Rapport final. CHUM. Montréal.[Enligne][http://www.medfam.umontreal.ca/chaire\\_sadok\\_besrou/ressource/PDF/continuite\\_rapport.pdf#search=%22variables%20organisationnelles%20et%20GMF%22](http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrou/ressource/PDF/continuite_rapport.pdf#search=%22variables%20organisationnelles%20et%20GMF%22) (Page consultée le 6 janvier 2006)
- Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.M. (2eEds.) (2000). *Advanced nursing practice An integrative approach*. Philadelphia, W.B Saunders.
- Hamric, A.B. (2000). A Definition of Advanced Nursing Practice. dans A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M. Hanson (Eds.), *Advanced Nursing Practice An Integrative Approach*. ( pp.53-73). Philadelphia, W.B Saunders.
- Hanson, C. M., & Hamric, A. B. (2003). Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing. *Nursing Outlook*, 51(5), 203-211.
- Harrison, S., Dowswell, G., & Wright, J. (2002). Practice nurses and clinical guidelines in a changing primary care context: an empirical study. *Journal of Advanced Nursing*, 39(3), 299-307.
- Hendrickson, G., Doddato, T., & Kovner. C. (1990). How do nurses use their time? *Journal of Nursing Administration*, 20(3), 31-37.
- Hooper, V.D. (2006). What are the roles of nursing? *Journal of Perianesthesia Nursing*, 21(4), 298-300.
- Huberman, M., & Miles, M. (Eds.)(1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles methods*. Bruxelles: De Boeck.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998). Finding value in nursing care: A framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursings Economics*, 16(3), 110-131.
- Jenkins-Clarke, S., & Carr-Hill, R. (2001). Changes, challenges and choices for the primary health care workforce: looking to the future. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 842-849.
- Jinchereau, F. (2004) *Des services à offrir Des compétences à consolider Pour que ça marche en GMF... L'interdisciplinarité*. Communication lors du 1<sup>er</sup> colloque annuel Formation continue. Faculté de médecine, Université Laval, Québec.
- Jones, A.R. (2001). Time to think: temporal considerations in nursing practice and research. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2),150-158.

- Kelly, L.Y., & Joël, L.A. (1995). *Dimensions of Professional Nursing*, (7e ed). New York, McGraw-Hill.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*, Montréal, Éditions Études Vivantes, Paris, Maloine.
- Kickkas, P., Pouloupoulou, M., Papahatzi, A., Androutsopoulou, C, Maliouki, M., & Prinou, A. (2005). Nursing activities and use of time in the postanesthesia care unit. *Journal of perianesthesia nursing*, 20(5), 311-322.
- Kinnersley, P., Anderson, E., Parry, K., Clement, J., Archard, L., Turton, P., et al., (2000). Randomized controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *British Medical Journal*, 7240(320), 1043-1048.
- Kneafsey R., & Long AF. (2002). Multidisciplinary rehabilitation teams: The nurse's role. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 9, 24-9.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1993). Learning from success: autonomy and empowerment. *Nursing Management*, 24(5), 58-64.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Essentials of a magnetic work environment, Part 2. *Nursing*, 34(7), 44-47.
- Lamarche, P.A. Beaulieu, M.-D. et al. (2003) Synthèse des pratiques sur les services de santé de première ligne. GRIS, Montréal.
- Lambert, C. (1993). La formation infirmière dans les cégeps. Dans O. Goulet, (sous la dir. de), *La profession infirmière. Valeurs, enjeux, perspectives* (pp.149-178), Boucherville : Gaétan Morin.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. & Sibbald, B. (2006). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No. : CD001271.
- Lemonidou, C., Plati, C., Brokalaki, H., Mantas, J., & Lanara, V. (1996). Allocation of nursing time. *Scand. J. Caring Sci*, 10, 131-136.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers [L.i.i.], L.R.Q., C.1-8, art.36.1; *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. L.Q. 2002.
- Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F & Beck, C.T. (2007). *Canadian Essentials of Nursing Research*. (2<sup>e</sup> ) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lundgren, S., & Segesten, K. (2001). Nurses' use of time in a medical-surgical ward with all-RN staffing. *Journal of Nursing Management*, 9, 13-20.

- Marsh, G., & Dawes, M. (1995). Establishing a minor illness nurse in a busy general practice. *British Medical Journal*, 310, 778-780.
- Matte, I., Pelchat, M., & Saint-Georges, C. (2003) Coalition Solidarité Santé. Les groupes de médecine de famille : Quels avantages pour la population ? [En ligne] <http://www.solidaritesante.qc.ca/articles/documents/CSS-%20doc.GMF-corrige-fev.03.doc> (Page consultée le 20avril 2005).
- McCance, T.V. (2003). Caring in nursing practice : The development of a conceptual framework. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 17(2), 101-116.
- McCance, T.V., McKenna, H.P., & Boore, J.R.P. (1999). Caring : Theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1388-1395.
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of context. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94-104.
- McDermott, K., Laschinger, H.K.S., & Shamian, J. (1996). Work empowerment and organizational commitment. *Nursing Management*, 27(5), 44.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). Groupe de médecine de famille. Document synthèse. Direction générale des affaires médicales et universitaires. Québec. MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). Devenir un GMF, Guide d'Accompagnement, Direction générale des affaires médicales et universitaires. Québec. MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). Liste des groupes de médecine de famille accrédités. [En ligne] <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/gmf.nsf/section?OpenView>(Page consultée le 10 décembre 2006).
- Morse, J.M., Solberg, S.M., Neander, W.L., Bottorfff, J.L. & Johnson, J.L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Sciences*, 13(1), 1-14.
- Mrayyan, M.T. (2004). Nurses' autonomy : influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 326-336.
- Mulhall, A. (2003). In the field: notes observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 306-313.
- Nadot, M. (1992). Une médiologie de la santé comme science. *Recherche en soins* septembre 30, 27-36.

- Nadot, M. (2001). De la tradition Soignante à l'identité de la discipline. Notes de cours. École du personnel soignant. Fribourg. (Document non publié).
- Nadot, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, 13, 29-86.
- Nadot, M. (2002b). Et si les soins infirmiers n'existaient pas ? En quoi ces soins sont-ils infirmiers ? Présentation au Congrès ACN Bruxelles:1-9.
- Nadot, M. (2002c.) Mesure des prestations soignantes dans le système de santé. Communication lors de la 1<sup>ère</sup> journée scientifique de la recherche romande HES-S2 Lausanne.
- Nadot, M. (2003). *Et si l'on passait des sciences dites « infirmières » à la médiologie de la santé afin de découvrir, avec plus de lucidité, le patrimoine, la pluralité et la complexité de nos pratiques ?* Communication présentée au 2<sup>e</sup> Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Montpellier mai 2003.[En ligne] [www.fr.ch/eps/pub/conf/ins/montpellier2003 .pdf](http://www.fr.ch/eps/pub/conf/ins/montpellier2003.pdf) (Page consultée le 10 janvier 2004).
- Nadot, M. (2005, octobre) *Données de soins infirmiers/conséquences et utilité.* Conférence Berne.ISE/ASI/CSFI/ASDSI [Enligne] [www.heds-fr.ch/publi/doc/97\\_conf\\_berne\\_24-10-2005.pdf](http://www.heds-fr.ch/publi/doc/97_conf_berne_24-10-2005.pdf) (Page consultée le 10 mars 2006).
- Nadot, M. (2006a). *Le Modèle d'Intermédiaire culturel et un extrait de sa théorie: la médiologie de la santé.* Présentation (MNA/HES-SO) Université Laval, Québec Canada.
- Nadot M. (2006b). *Du savoir infirmier profane à l'activité soignante. De la standardisation à la visibilité de la complexité de l'activité soignante dans son ensemble.* Symposium sur le savoir infirmier : constats, enjeux et perspectives, Université Laval, Québec, Canada.
- Nadot, M., Auderset, P.B., Bulliard-Verville, D., Busset, F., Gross, J., & Nadot-Ghanem, N. (2002). *Mesure des prestations soignantes dans le système de santé.* Rapport scientifique. No 5545.1 FHS École du Personnel Soignant Fribourg, HER-S2.
- Nancarrow, S.A., & Borthwick, A.M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, ISSN 0141-9889, 897-919.
- O'Brien-Pallas, L. (1988). An analysis of the multiple approaches to measuring nursing workload. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 1(2), 8-11.
- Oddone, E., Guarisco, S. & Simel, D. (1996). Comparison of housestaff's estimates of their workday activities with results of a random work-sampling study. *Academic Med.*; 68, 859-861.



- Office des professions du Québec. (2002). *Projet de loi n. 90 Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Éditeur officiel. Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). *Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne*. [En ligne] (Page consultée le 21 septembre 2007) ([http://www.oiiq.org/uploads/publications/prises\\_de\\_position/triage/triage-proces.html](http://www.oiiq.org/uploads/publications/prises_de_position/triage/triage-proces.html))
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2001a). *Projet de loi no.36 (Loi sur la Santé publique)*. Mémoire. Montréal, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2001b). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*. Montréal, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003a). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Montréal, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003b). *Notre profession prend une nouvelle dimension Des pistes pour mieux comprendre la Loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique*. Montréal, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec/ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2005). *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*. Montréal. OIIQ/FMOQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2006). *DONNÉES sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 31 mars 2006*. OIIQ. [En ligne] [http://www.oiiq.org/uploads/publications/statistiques/stats2006/donnees\\_2006.htm](http://www.oiiq.org/uploads/publications/statistiques/stats2006/donnees_2006.htm) (Page consultée le 12 juin 2007).
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec/ Collège des médecins du Québec (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée*. Montréal. OIIQ/CMQ. [En ligne.] [www.oiiq.org](http://www.oiiq.org) (Page consultée le 3 janvier 2007).
- Organisation mondiale de la santé (1978). *Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma Ata, OMS. Chronique OMS, 32, 409-430*.
- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration* (p. 1-35). Université de Sherbrooke. Communication au Congrès de l'Association Canadienne-Française pour l'avancement des sciences.

- Pelletier, D., & Duffield, C. (2003). Work sampling: valuable methodology to define nursing practice patterns. *Nursing and Health Sciences*, 5, 31-38.
- Poisson, Y. (1990). *La recherche qualitative en éducation*. Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P.(1999). *Nursing Research Principles and Methods*. (6<sup>e</sup> ed). Lippincott. Philadelphia.
- Prescott, P., Phillips, C., Ryan, K., & Thompson, K. (1991). Changing how nurses spend their time. IMAGE. *Journal of Nursing Scholarship*, 1, 23-28.
- Pringle, D., Levitt, C., Horsburgh, M., Wilson, R. & Whittaker, M.K. (2000). La collaboration interdisciplinaire et la réforme des soins de santé primaires. *Le Médecin de famille canadien*, 46, 771-774.
- Redsell, S., Stokes, T., Jackson, C., Hastings, A., & Baker, R. (2007). Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 57(2), 172-180.
- Reinharz, D., Tourigny, A., Aubin, M., Haggerty, J., Leduc, Y. et al. (2006) La réorganisation des services de première ligne comme outil de changement des pratiques. FCRSS. Canada.
- Reveley, S. (1998). The Role of the triage nurse practitioner in general medical practice : An analysis of the role. *Journal of Advanced Nursing*, 28(3), 584-591.
- Richardson, G., Maynard, A., Cullum, N., & Kindig, D. (1998). Skill-mix changes: substitution or service development. *Health Policy*, 45(2), 119-132.
- Robertson, J.F., & Cummings, C.C. (1991). What makes long term care nursing attractive? *American Journal of Nursing*, 91(11), 41-46.
- Rocheffort, C. (2002). *Étude exploratoire descriptive de l'activité infirmière et de ses bénéficiaires dans le contexte d'une salle d'urgence*, Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval, Québec.
- Roy, D., & Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective infirmière*. 2(1), 17-26.
- Rutter, R. (1994). Work sampling: As a win/win management tool. *Industrial Engineering*, 26, 30-31.
- Savard, I., Gaucher, S., Rodrigue, J., Dubé, R., & Villeneuve, P. (2005). Les médecins de famille de nouveau sous la loupe sondage sur la transformation du réseau et les conditions d'exercice et de rémunération. *Le Médecin du Québec*, 40(1), 105-116.
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans Karsenti, T & L. Savoie-Zajc (eds.) *Introduction à la recherche en éducation*. (pp.171-197). Sherbrooke : Édition du CRP.

- Schutzenhofer, K.K., & Musser, D.B. (1994). Nurse characteristics and professional autonomy. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 26(3), 201-205.
- Scott, J.G., Sochalski, J., & Aiken L. (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
- Sidani, S., Doran, D.M. & Mitchell, P.H. (2004). A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 60-65.
- Sidani, S., & Irvine, D. (1999). A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 58-66.
- Sitting, D.F. (1993). Work-sampling: A statistical approach to evaluation of the effect of computers on work patterns in healthcare. *Methods of information in health medicine*, 32, 167-174.
- Starfield, B. (1998) *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. (2e ed). NewYork & Oxford.
- Stark S.W. (2006). The effects of master's degree education on the role choices, role flexibility, and practice settings of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of Nursing Education*, 45(1), 7-15.
- Trahan, L., Demers, M., Geneau, R, Guay, H., Bowen, M., & Tremblay, J. (2005). Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec: Projet de recherche no.21.
- Trottier, L-H., Fournier, M-A., Diene, C.P. & Contandriopoulos, A.P. (2003) *Les soins de santé primaires au Québec*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).Université de Montréal, Montréal.
- Udod, S.A. & Care, W. D. (2006) Définir un cadre pour une pratique infirmière fondée sur les données probantes : quel est le rôle des dirigeants ? Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *Info-Thème* no.1 p.1-2.
- Urden, L.D. & Roode, J.L. (1997). Work sampling: a decision-making tool for determining resources and work redesign. *Journal of Nursing Administration*, 27(9), 34-41.
- Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C., & Leese, B. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal*, 320 (7241), 1048-1053.
- Whitman, G.R., Sereikaa, S.M. & Dachille, S.V. (2003). Measuring nursing activities using an ecological momentary assessment method. *Outcomes Management*, 7(2), 48-50.
- Williams, A.& Jones, M. (2006). Patients' assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 188-195.
- Williams, A.& Sibbald, B. (1999). Changing roles and identities in primary health care: exploring a culture of uncertainty. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 737-745.
- Willis, E. (1989) *Medical Dominance* (2ed) Sydney: Australia.

## ANNEXE A

Tableau des GMF accrédités par région sociosanitaire sur le territoire québécois

NO DE LA RÉGION	LA RÉGION	LE NOMBRE DE GMF
01	Bas-St-Laurent	6
02	Saguenay—Lac-St-Jean	5
03	Capitale nationale	14
04	Mauricie et Centre-du-Québec	16
05	Estrie	8
06	Montréal	11
07	Outaouais	4
08	Abitibi-Témiscamingue	4
09	Côte-Nord	4
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1
12	Chaudière-Appalaches	12
13	Laval	4
14	Lanaudière	6
15	Laurentides	3
16	Montérégie	19

Réf : MSSS (2006) le 10 décembre 2006

## ANNEXE B

**Activités professionnelles du médecin et de l'infirmière dans un GMF  
(proposées dans le Guide d'accompagnement)**

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	INFIRMIÈRE	Médecin
<b>Activités d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépister les problèmes de santé physique et les problèmes psychosociaux, autant chez les personnes en santé que chez celles qui sont à risque.</li> <li>• Évaluer la condition de santé physique et mentale d'une personne symptomatique ainsi que son environnement social, notamment par :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'histoire de santé individuelle et familiale;</li> <li>○ l'examen physique;</li> <li>○ -l'évaluation des risques infection, accident, abus, suicide, lésion de pression).</li> </ul> </li> <li>• Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques.</li> <li>• Procéder au triage en déterminant le degré de gravité et d'urgence du problème de santé physique ou mentale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les activités diagnostiques</li> </ul>
<b>Activités liées aux soins et aux traitements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.</li> <li>• Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance</li> <li>• Déterminer le plan de traitement des plaies, altérations de la peau et des téguments et prodiguer soins et traitements appropriés.</li> <li>• Appliquer des techniques invasives.</li> <li>• Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planifier la démarche thérapeutique, l'expliquer et en convenir avec le patient :</li> <li>• prescrire les ordonnances médicales et pharmacologiques;</li> <li>• effectuer les procédures techniques pertinentes :</li> <li>• prodiguer les soins de psychothérapie de soutien.</li> </ul>
<b>Activité de prévention et de promotion de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser des actions de counselling et d'éducation en matière de santé.</li> <li>• Diffuser l'information liée à la promotion de la santé et à la prévention des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, familles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planifier les activités de dépistage prévues dans l'examen médical périodique.</li> </ul>
<b>Activités professionnelles complémentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseiller la personne et sa famille sur les ressources professionnelles qui peuvent lui venir en aide.</li> <li>• Concevoir et réaliser des programmes d'enseignement pour des clientèles cibles.</li> <li>• Collaborer à la liaison en référant la clientèle à</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer aux activités de formation médicale continue</li> <li>• Participer à différentes activités d'enseignement comme personne ressource</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute ressource de 1<sup>ère</sup> ou de 2<sup>e</sup> ligne appropriée, selon les modalités établies par le GMF :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Info-Santé, ou services psychosociaux et</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer aux activités départementales, locales et</li> </ul>

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	INFIRMIÈRE	Médecin
	autres programmes du CLSC Pharmaciens et autres professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• régionales de médecine</li> <li>• Participer aux activités visant l'intégration du changement et l'évolution des pratiques.</li> <li>• Participer aux activités d'évaluation</li> </ul>
Activités cliniques interprofessionnelles		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la coordination de l'équipe clinique.</li> <li>• Participer aux rencontres de l'équipe interprofessionnelle.</li> <li>• Participer à l'évaluation de la capacité du patient, et des aidants naturels à faire face à problématique de santé</li> </ul>
Activités de suivi du plan thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer le suivi infirmier des personnes avec des problèmes de santé complexes.</li> <li>• Évaluer la capacité du patient et de sa famille à effectuer les autosoins dont il a besoin et à prendre en charge sa santé.</li> <li>• Enseigner au patient et à sa famille comment effectuer ses soins</li> <li>• Contribuer au suivi de la grossesse et au suivi postnatal.</li> </ul>	
Activités administratives du GMF (médecin)  Activités liées à l'organisation (infirmière)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structurer et évaluer l'organisation des activités professionnelles liées aux soins infirmiers.</li> <li>• Participer aux réunions interdisciplinaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer aux réunions administratives</li> <li>• Assumer les responsabilités inhérentes à la bonne marche du GMF</li> </ul>

Tableau fait à partir des données tirées de : *Devenir un Groupe de médecine famille, Guide d'accompagnement, MSSS (2003)* dans le document présenté lors du 1<sup>er</sup> colloque annuel, 23 avril 2004 : Des services à offrir des compétences à consolider. Pour que ça marche en GMF... L'interdisciplinarité

## ANNEXE C

## Les 14 activités réservées aux infirmières

## LES 14 ACTIVITÉS RÉSERVÉES AUX INFIRMIÈRES

- ◇ Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- ◇ Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques
- ◇ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance
- ◇ Initier des mesures diagnostiques de dépistage dans le cadre d'activité découlant de la *Loi sur la santé publique*
- ◇ Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance
- ◇ Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance
- ◇ Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et donner les soins et les traitements appropriés.
- ◇ Appliquer des techniques invasives
- ◇ Contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal
- ◇ Suivi infirmier des personnes avec des problèmes de santé complexes
- ◇ Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, sous ordonnance
- ◇ Procéder à la vaccination lors d'une activité découlant de l'application de *la Loi sur la santé publique*
- ◇ Mélanger des substances dans la préparation d'un médicament, selon une ordonnance
- ◇ Décider de l'utilisation des mesures de contention : en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2003

Tiré du Document : *Notre profession prend une nouvelle dimension Des pistes pour mieux comprendre la Loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique* OIIQ, Avril 2003b

## ANNEXE D

## Définition opérationnelle des 14 groupes de pratiques et des exemples

Pratique		Définition opérationnelle	Exemples
A	Gestion de l'information (SC123)	Activités de recueillir, stocker, analyser, diffuser, traiter l'information en vue de produire une activité. Si l'activité tire son origine :	SC1 : règlements ou de descriptions de fonctions SC2 : ordres médicaux SC3 : écrits infirmiers,
B	Récolte d'information (SC123)	Activités qui permettent une récolte d'informations de sources diverses et dont l'infirmière a besoin pour agir. Selon la nature de l'information.	SC1 : données administratives, informatisées SC2 : Données afin d'établir un diagnostic, contrôle de paramètres cliniques, évaluation SC3 : Démarche de soins, besoins, attentes de la personne
C	Ordre et de discipline (SC13)	Activités qui touchent la gestion du temps, de l'espace, du personnel et des personnes soignées afin d'éviter le chaos Coder selon la nature de l'activité :	SC1 : contrôle du personnel, du temps, de l'espace  SC3 : gestion et contrôle des mouvements ou des visites des patients
D	Régulation (SC 123)	Activités permettant de prévenir et gérer les conflits et permettant de maintenir l'équilibre entre l'énergie de production et de récupération	Gestion des conflits dans l'équipe Pausés, repas, moments d'échanges d'informations
E	Déplacement (SC123)	Activités permettant aux infirmières de mettre en liaison diverses personnes et d'espaces différents, Cette pratique sert à transmettre des informations ou des objets d'un lieu à un autre ou à accompagner une personne qui se déplace.  Coder SC123 selon le type de déplacement.	Sc1 : vers SC1 SC2 : vers SC2 SC3 : Vers SC3
F	Hôtelière (SC1)	Activités entourant l'accueil, l'hébergement et la restauration des patients Pratique logistique Coder SC1	SC1 : Distribution des repas, réfection des lits, accueil d'un nouveau patient.
G	D'hygiène collective (SC1)	Activités qui gravitent autour de la prévention des infections nosocomiales et de l'hygiène et de la propreté des lieux des lieux. Coder SC1	SC1 : Désinfection des mains et des objets, prévention des infections  Propreté des lieux



Pratique		Définition opérationnelle	Exemples
H	Réapprov. rangement (SC123)	Activités relatives à la gestion du matériel, des substances, aux inventaires et qui permettent de soutenir la production des prestations liées à l'activité soignante. Coder SC123	Faire les inventaires Le réapprovisionnement du matériel, linge substances diverses Rangement des objets
I	Élimination (SC1)	Activités permettant de disposer des déchets. Coder SC1	SC1 : déchets divers, matériel souillé
J	Assistance (SC123)	Activités ayant pour but d'aider une autre personne. Coder SC123 selon le système culturel qui bénéficie de ces activités.	SC1 : aider un collègue SC2 : aider le médecin pour des interventions techniques ex cathéter, SC3 : Aider la personne et les proches dans les soins de base en vue de promouvoir l'autonomie
K	Profession de la relation (SC3)	Activités physiques verbales ou non verbales liées aux choses de la vie, promouvoir l'autonomie et la sécurité, l'accompagnement. Permet d'aménager l'espace de vie des patients en vue de promouvoir leur autonomie et leur sécurité. Coder SC3	La médiation de la santé Relation d'aide L'accompagnement, le toucher, l'écoute active Information
L	Technologie du soin (SC2)	Activités déléguées qui visent à appliquer la prescription médicale. Concerne les tests diagnostiques, la préparation l'exécution ou la surveillance de traitements incluant l'administration des médicaments. Coder SC2	Collecte de données afin de faciliter le diagnostic médical, Préparation du soin technique, installation des appareils, pansements, soins de plaies moyens d'investigation Administration des médicaments
M	Formation	Activités visant à accueillir, soutenir ou accompagner des stagiaires en formation ou des membres de l'équipe professionnelle, exposer et évaluer des connaissances pour développer des compétences. Coder SC3	Accompagner, évaluer une étudiante, orienter du nouveau personnel Assistance aux soins
N	Inactivité	Activités provoquant des moments d'attentes, paralysant l'action et qui occasionnent une perte de temps dépendante d'autrui ou de l'événement. Ils sont attribuables à la dynamique de l'institution et à ses finalités. Coder SC1	Attente Pertes de temps diverses Dysfonctionnement technique Désinformation et désorganisation

Tiré du texte de Nadot (2002a) : Médiologie de la santé De la tradition soignante à l'identité de la discipline. Perspective soignante no.13 p.29-86

## ANNEXE E

## Exemples d'activités infirmières classées selon les sous-cultures (Nadot, 2001)

SC1 (Ordre institutionnel)	SC2 (Ordre médical)	SC3 (Ordre infirmier)
Accueil, info, triage	Assistance lors d'intervention	Gestion informations spécifiques
Mouvement du personnel	Contrôles technologiques	Intimité/proximité/confiance
Mouvement de la clientèle	Contrôle après l'intervention	Aider à vivre Écouter /Rassurer/Soutenir/motiver
Propreté collective	Préparation aux interventions	Informier/enseigner/conseiller
Ordre, rangement, inventaire	Moyens d'investigation	Favoriser l'autonomie
Gestion économique/écriture	Habiletés techniques	Pratiques de l'observation
Logistique	Mesures de prévention des maladies	Pratique du partage
Gestion information spécifique	Application de la prescription médicale	Pratique de la structuration du temps
Accueil, encadrement, évaluation du personnel	Participation à des décisions éthiques	Pratique du travail collectif
Évaluation de la qualité	Transmission information spécifique	Pratique de transmission et de délégation de la culture professionnelle.
	Gestion des mesures diagnostiques (labo, examens)	
	Actes délégués	
	Préparation et distribution médication	
	Prélèvements	
	Pratiques de l'observation, des signes vitaux et de leur interprétation	

Tiré de : Nadot, M. (2001). De la tradition Soignante à l'identité de la discipline. Notes de cours. École du personnel soignant. Fribourg. (Document non publié)

## ANNEXE F'

**QUESTIONNAIRE**  
Données sociodémographiques  
Infirmière

*Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.*

1. Quel sexe
  - Masculin
  - Féminin
  
2. Dans quelle catégorie d'âge vous situez-vous?
  - 20-24ans                       40-44 ans
  - 25-29 ans                     45-49 ans
  - 30-34 ans                     50ans+
  - 35-39 ans
  
3. Quels diplômes ou formations en soins infirmiers possédez-vous?
  - DEC en soins infirmiers                       Maîtrise en sciences infirmières
  - Certificat en soins infirmiers                 Doctorat en sciences infirmières
  - Baccalauréat en sciences infirmières       Autre
  
4. Formation dans un autre domaine?      Précisez : \_\_\_\_\_
  
5. Depuis combien d'années êtes-vous infirmière?
  - Moins de 5 ans                       20-24 ans
  - 5-9 ans                                 25-29 ans
  - 10-14 ans                               30ans+
  - 15-19 ans
  
6. Dans quels champs d'activités avez-vous travaillé dans les cinq dernières années?
  - En CH                                       En GMF
  - En UMF                                     En clinique médicale
  - Au CLSC                                  En dispensaire
  - En clinique médicale                     Autre, précisez \_\_\_\_\_
  - Dans l'enseignement ou la recherche
  
7. Depuis combien de temps travaillez-vous au GMF?
  - 6 mois-11 mois                       18mois- 23 mois
  - 12 mois-17 mois                       2ans et +
  
8. Aviez-vous déjà travaillé avec l'équipe médicale en place au GMF avant votre arrivée dans l'équipe?
  - Oui, Combien de temps? \_\_\_\_\_
  - Non

Merci de votre précieuse participation

SVP. Me remettre votre questionnaire ce jour.  
Francine Pelletier, étudiante-chercheuse

ANNEXE F<sup>2</sup>

**QUESTIONNAIRE**  
**Données sociodémographiques**  
**Médecins**

*Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.*

## 1. Quel sexe

- Masculin  
 Féminin

## 2. Dans quelle catégorie d'âge vous situez-vous?

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20-24ans  | <input type="checkbox"/> 40-44 ans |
| <input type="checkbox"/> 25-29 ans | <input type="checkbox"/> 45-49 ans |
| <input type="checkbox"/> 30-34 ans | <input type="checkbox"/> 50ans+    |
| <input type="checkbox"/> 35-39 ans |                                    |

## 3. Depuis combien d'années êtes-vous médecin?

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moins de 5 ans | <input type="checkbox"/> 20-24 ans |
| <input type="checkbox"/> 5-9 ans        | <input type="checkbox"/> 25-29 ans |
| <input type="checkbox"/> 10-14 ans      | <input type="checkbox"/> 30ans+    |
| <input type="checkbox"/> 15-19 ans      |                                    |

## 4. Dans quels champs d'activités avez-vous travaillé dans les cinq dernières années?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En CH                | <input type="checkbox"/> En recherche          |
| <input type="checkbox"/> En UMF               | <input type="checkbox"/> En GMF                |
| <input type="checkbox"/> Au CLSC              | <input type="checkbox"/> En santé publique     |
| <input type="checkbox"/> En clinique médicale | <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____ |

## 5. Depuis combien de temps travaillez-vous au GMF?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> 12 mois-17 mois |
| <input type="checkbox"/> 6mois-11 mois   | <input type="checkbox"/> 18mois +        |

## 6. Aviez-vous déjà travaillé avec l'équipe médicale en place avant d'être GMF ?

- Oui, Combien de temps? \_\_\_\_\_  
 Non

Merci de votre précieuse participation

SVP. Me remettre votre questionnaire ce jour.

Francine Pelletier, étudiante-chercheuse

**ANNEXE G****Exemple****GRILLE D'OBSERVATION**

Date : 2007-02-16    Heure : 9 h 30-11 h 30    No identification : Rc101

<b>1<sup>ère</sup> Heure</b>	<b>Nature de l'activité observée / données complémentaires</b>
9 h 35	
9 h 40	
9 h 45	
9 h 50	
9 h 55	
10 h	
10 h 05	
10 h 10	
10 h 15	
10 h 20	
10 h 25	
10 h 30	

## ANNEXE H

## Grille de classification des documents consultés

No d'identification du GMF \_\_\_\_\_

GRILLE DE CLASSIFICATION DES DOCUMENTS CONSULTÉS		
Document officiel touchant <u>l'organisation</u>	<u>Donnée statistique publiée</u> ou disponible sur l'intranet	<u>Document clinique</u>
p.ex. : organigramme CSSS et GMF Les grandes orientations Projets cliniques, protocole GMF	p.ex. : données sur le GMF Statistiques sur la clientèle GMF	p.ex. : Ordonnances collectives protocoles et règles de soins Outils de communication et de référence Cahier de procédures
		Pour les infirmières
		Pour les médecins
		Pour les médecins et les infirmières

## ANNEXE I

### Autorisation du comité d'éthique

Centre de santé et de services sociaux  
de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire – mission CLSC

Le 12 janvier 2007

Madame Francine Pelletier  
1057, rue de Saint-Sébastien  
Québec (Québec) G1Y 2S4

**OBJET : Projet de recherche n° 2006-2007-15 « Étude exploratoire-descriptive de l'activité infirmière dans deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec »**

---

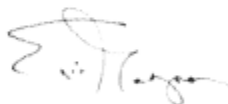
Madame,

Le comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale a pris connaissance de votre lettre du 9 janvier, ainsi que votre formulaire de consentement modifié. Les précisions fournies et les corrections apportées au formulaire répondent à nos attentes. Par conséquent, le comité approuve votre projet et en autorise la réalisation pour une période d'un an.

Le comité d'éthique devra être informé et devra réévaluer le projet advenant toute modification au protocole ou toute nouvelle information modifiant les risques encourus, le contenu du consentement des sujets ou la manière dont il est obtenu.

Veuillez agréer, Madame, nos salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la recherche,



Éric Gagnon

**ENSEIGNEMENT  
et RECHERCHE**

CLSC Haute-Ville, Pavillon Cochrane  
381, chemin Sainte-Foy  
Adresse postale : 55, chemin Sainte-Foy  
Québec (Québec) G1Y 1S5  
Téléphone : 418 641 2372  
Télécopieur : 418 683 6644

Séjour social  
1, avenue du Sacré-Cœur  
Québec (Québec) G1Y 2W1  
Téléphone : 418 529-8773

[www.csisssc.qc.ca](http://www.csisssc.qc.ca)

**ANNEXE J : Formulaire d'information et de consentement à l'intention des infirmières**

1 de 2

**Titre de la recherche :** Étude exploratoire-descriptive de l'activité infirmière dans deux Groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec

---

**Formulaire d'information et de consentement à l'intention des infirmières**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de *Francine Pelletier* sous la direction de Mme *Clémence Dallaire*, Ph.D. Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

*Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire les renseignements suivants. Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but du projet, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Il indique les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.*

**Nature de l'étude**

La recherche a pour but de décrire le rôle de l'infirmière en GMF soit : toutes ses activités incluant celles liées à la collaboration médecin infirmière. Plusieurs sources de données seront utilisées comme l'entrevue, l'observation, le questionnaire et les notes de terrain. Deux GMF de la région de Québec participent à cette recherche.

**Déroulement de la participation**

Votre participation à cette étude consiste à répondre à quelques questions (sociodémographiques). Ensuite, j'observe toutes vos activités quatre heures pendant une journée (deux heures d'observation / deux heures non observée). Vous devez obtenir la permission du client à ma présence lors de la consultation. Finalement, quelques jours plus tard, une courte rencontre d'environ 10 à 20 minutes me permettra de vérifier avec vous que j'ai bien saisi l'ensemble des activités observées et vous donner l'occasion de compléter le cas échéant. Les propos échangés lors de cette rencontre seront enregistrés pour faciliter mon travail et raccourcir cette rencontre.

**Avantages et inconvénients pour le participant**

Votre participation contribuera à mieux comprendre le rôle des infirmières dans les GMF. Les deux inconvénients sont liés à l'inconfort d'être observée et de devoir obtenir le consentement verbal du patient pour l'observation durant la consultation.

**Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. En acceptant de participer, vous conservez tous vos droits. Vous ne libérez d'aucune façon les chercheuses ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle envers vous. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Vous devez dans ce cas, communiquer avec la chercheuse au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document.

**Confidentialité et gestion des données**

La chercheuse s'engage à respecter la confidentialité et la vie privée des participants et des personnes ayant eue recours aux services de santé offerts dans le milieu clinique. À cet effet, elle se conforme aux règles et procédures du GMF et du CSSS. Les noms des participants et le nom des clients ne paraîtront dans aucun rapport. Le nom du GMF est gardé confidentiel mais certaines caractéristiques peuvent être identifiées

---

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (no. approbation: 2006-2007-15) le 12 janvier 2007.

Initiales \_\_\_\_\_



**Titre de la recherche :** Étude exploratoire-descriptive de l'activité infirmière dans deux Groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec.

### Formulaire d'information et de consentement à l'intention des infirmières

Les divers documents de la recherche seront codifiés et seules la chercheuse et sa directrice auront accès à la liste des noms et des codes de façon exclusive. Ils seront conservés pendant deux ans après quoi ils seront détruits. Le fichier informatisé contenant l'enregistrement de l'entrevue sera supprimé immédiatement après sa transcription en texte manuscrit.

Un rapport faisant état des résultats globaux de la recherche peut être diffusé dans les médias d'information et à des groupes s'intéressant à la problématique en cause. Les résultats pourront être présentés, lors d'une rencontre, aux participants qui expriment un intérêt personnel ou collectif à poursuivre en groupe la réflexion suscitée par la participation à l'étude.

### Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche et sur les implications de votre participation, ou encore si vous voulez mettre fin à votre participation, veuillez communiquer avec Francine Pelletier, étudiante-chercheuse au numéro de téléphone suivant: (418) 653-1209 ou par courriel à Mme Clémence Dallaire, directrice du projet de recherche à l'adresse courriel suivante: clemence.dallaire@fsi.ulaval.ca

### Signatures

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consent librement à participer à la recherche intitulée : «Étude exploratoire-descriptive de l'activité infirmière dans deux Groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec» J'ai pris connaissance du formulaire et je me déclare satisfait des explications, précisions et réponses que la chercheuse m'a fournies quant à ma participation à ce projet. Je comprends que je peux mettre fin à ma participation en tout temps sans avoir à subir de conséquence négative ou de préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Date : \_\_\_\_\_

Signature du participant, de la participante

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant, avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et avoir fait l'appréciation de la compréhension du participant.

Date : \_\_\_\_\_

Signature de la chercheuse

### Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au : Commissaire local à la qualité

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille -Capitale

880, rue Père-Marquette, 3<sup>e</sup> étage Québec (Québec) G1S 2A4

Copie du participant ou de la participante

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (no. 2006-2007-15) le 12 janvier 2007.

Initiales \_\_\_\_\_

**Annexe K: Formulaire d'information et de consentement à l'intention des médecins**

1 de 2

**Titre de la recherche :** Étude exploratoire-descriptive de l'activité infirmière dans deux Groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec

---

**Formulaire d'information et de consentement à l'intention des médecins**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de *Francine Pelletier* sous la direction de Mme *Clémence Dallaire*, inf.Ph.D. à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

*Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire les renseignements suivants. Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but du projet, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Il indique les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.*

**Nature de l'étude**

La recherche a pour but de décrire le rôle de l'infirmière en GMF soit : toutes ses activités incluant celles liées à la collaboration médecin infirmière. Plusieurs sources de données seront utilisées comme l'entrevue, l'observation, le questionnaire et les notes de terrain. Deux GMF de la région de Québec participent à cette recherche.

**Déroulement de la participation**

Votre participation à cette recherche consiste en une entrevue individuelle enregistrée d'une durée d'environ 30 minutes dans votre milieu de travail. On vous demandera également de compléter un bref questionnaire (5 minutes au plus), portant sur des données démographiques. Quant aux infirmières de votre GMF, en plus de l'entrevue et du questionnaire, elles seront observées durant leurs activités professionnelles habituelles.

**Avantages et inconvénients pour le participant**

Votre participation contribuera à enrichir les connaissances au regard du rôle de collaboration des infirmières et des médecins dans votre GMF. Il n'y a aucun risque ou inconvénient connu lié à la participation à cette recherche.

**Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Vous devez dans ce cas, communiquer avec la chercheuse au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document.

**Confidentialité et gestion des données**

La chercheuse s'engage à respecter la confidentialité et la vie privée des participants et des personnes ayant eue recours aux services de santé offerts dans le milieu clinique. À cet effet, elle se conforme aux règles et procédures du GMF et du CSSS.

---

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (no 2006-2007-15) le 12 janvier 2007

Initiales \_\_\_\_\_

**Titre de la recherche :** Étude exploratoire-descriptive de l'activité infirmière dans deux Groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec.

---

### Formulaire d'information et de consentement à l'intention des médecins

Les noms des participants et le nom des clients ne paraîtront dans aucun rapport. Les divers documents de la recherche seront codifiés et seules la chercheuse ou sa directrice auront accès à la liste des noms et des codes de façon exclusive. Ils seront conservés et détruits après deux ans. Le fichier informatisé contenant l'enregistrement de l'entrevue sera supprimé immédiatement après sa transcription en texte manuscrit.

Un rapport faisant état des résultats globaux de la recherche peut être diffusé dans les médias d'information et à des groupes s'intéressant à la problématique en cause. Les résultats pourront être présentés, lors d'une rencontre, aux participants qui expriment un intérêt personnel ou collectif à poursuivre en groupe la réflexion suscitée par la participation à cette recherche.

### Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche et sur les implications de votre participation, ou encore si vous voulez mettre fin à votre participation à la recherche, veuillez communiquer avec Francine Pelletier, étudiante-chercheuse au numéro de téléphone suivant:(418) 653-1209 ou par courriel à Mme Clémence Dallaire directrice du projet de recherche à l'adresse courriel suivante : clemence.dallaire@fsi.ulaval.ca

### Signatures

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à la recherche intitulée : «Étude exploratoire-descriptive de l'activité infirmière dans deux Groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec». J'ai pris connaissance du formulaire et je me déclare satisfait des explications, précisions et réponses que la chercheuse m'a fournies quant à ma participation à ce projet. Je comprends que je peux mettre fin à ma participation en tout temps sans avoir à subir de conséquence négative ou de préjudice et sans devoir justifier ma décision.

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du participant, de la participante

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant, avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et avoir fait l'appréciation de la compréhension du participant.

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de la chercheuse

### Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au : Commissaire local à la qualité

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

880, rue Père-Marquette, 3<sup>e</sup> étage Québec (Québec) G1S 2A4

### Copie du participant ou de la participante

---

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (no 2006-2007-15) le 12 janvier 2007.

Initiales \_\_\_\_\_





