

RECHERCHE-ACTION SUR L'IMPLANTATION DE LA PRATIQUE DES INFIRMIÈRES CLINIENNES ET PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ : RAPPORT DE LA PHASE 1

Rédaction :

Marie-Eve Turcotte, Agente de soutien scientifique à l'amélioration des pratiques, Fondation Dr Julien.

Révisure :

Myriam Hivon, Directrice de l'Institut de pédiatrie sociale en communauté, Fondation Dr Julien.

Décembre 2021

Table des matières

Synthèse: principaux constats de la recherche	4
Mise en contexte de la recherche.....	9
Méthodes de recherche utilisées.....	11
Présentation des résultats.....	20
1. Implication des infirmières dans le continuum de services en PSC.....	20
2. Craintes associées au déploiement du rôle infirmier en PSC.....	24
3. Motivations ayant mené à embaucher des infirmières et espoirs et attentes envers leur rôle	27
4. Valeur ajoutée du rôle infirmier en PSC.....	33
5. Éléments qui favorisent l'intégration et le plein déploiement du rôle infirmier en PSC.....	44
Discussion : Enjeux soulevés par la recherche et pistes de réflexion.	54
A) Enjeux fondamentaux liés au déploiement de la pratique infirmière en PSC	55
1. Le développement organique de la pratique infirmière, en dehors des cadres de pratique établis en PSC, est-il pertinent et souhaitable? Si oui, dans quelle mesure?.....	55
2. En regard des balises légales de la pratique infirmière au Québec, quels standards la PSC devrait-elle poser pour ses milieux de pratique?.....	58
B) Enjeux d'implantation liés au déploiement de la pratique infirmière en PSC	71
3. Les attentes et espoirs entretenus actuellement face au rôle infirmier en PSC sont-elles justes si l'on se fie à l'expérience des équipes qui ont effectivement intégré des infirmières cliniciennes et des IPS?	71
4. L'intégration optimale des infirmières cliniciennes et des IPS en PSC est-elle une responsabilité partagée? Si oui, comment les acteurs de la PSC peuvent-ils se mobiliser en ce sens?	76
Conclusion	80
Annexes	81
Annexe 1: Vue d'ensemble de la répartition des thématiques documentées en fonction des groupes et sous-groupes de participantes à la recherche.....	81
Références	82

Table des figures

Figure 1 : Activités de collecte de données réalisées en phase 1	11
Figure 2 : Portrait sommaire des infirmières participantes	13
Figure 3 : Zones éloignées (isolées) du Québec	14
Figure 4 : Diversité des expertises cliniques des infirmières participantes	15
Figure 5 : Portrait sommaire des CPSC participants	17
Figure 6 : Portrait sommaire des médecins participants	19
Figure 7 : À quelles étapes du continuum de services en PSC êtes-vous impliquée?	21
Figure 8 : Les craintes associées à l'implantation de la pratique infirmière en PSC	25
Figure 9 : Répartition des directions et coordinations cliniques qui collaborent avec une infirmière dans leur CPSC	28
Figure 10 : Intention des directions et coordinations cliniques d'intégrer éventuellement des infirmières dans leurs équipes	30
Figure 11 : Valeur ajoutée du rôle de l'infirmière clinicienne en PSC du point de vue des participantes à la recherche	36
Figure 12 : La valeur ajoutée du rôle de l'IPS en PSC du point de vue des participantes à la recherche	42
Figure 13 : Enjeux soulevés par la recherche et questions centrales associées	54
Figure 14 : 18 stratégies innovantes pour favoriser l'accès aux services de santé de première ligne des populations vulnérables	57
Figure 15 : Le modèle collaboratif transdisciplinaire : pour une intégration cohérente de la pratique infirmière en PSC	68
Figure 16 : La valeur ajoutée de l'infirmière clinicienne en PSC dans l'étude de Dagenais et al. (2017)	73
Figure 17 : Pistes d'action à l'intention de la FDJ	76
Figure 18 : Pistes d'action à l'intention des directions et coordinations cliniques	78

Synthèse: principaux constats de la recherche

A) Voici les principaux constats issus de la recherche¹ :

Constat 1 : Dans les dernières années, le développement de la pratique infirmière s'est fait de manière organique, et éventuellement en dehors des cadres de pratique développés par la Fondation Dr Julien (FDJ).

Constat 2 : Les documents de référence servant à décrire le rôle infirmier en pédiatrie sociale en communauté (PSC) pourraient être considérablement bonifiés.

Constat 3 : Le plus souvent, les craintes relatives au déploiement de la pratique infirmière ne sont pas confirmées par les participantes ayant fait l'expérience du rôle de l'infirmière en PSC.

Constat 4 : Les médecins expriment davantage de craintes que les autres groupes de professionnelles consultées. Ces craintes sont essentiellement formulées à l'endroit de la pratique des IPS en évaluation-orientation (ÉO).

Constat 5 : Les résultats des sondages aux directions et coordinations cliniques indiquent un intérêt marqué à intégrer des infirmières en PSC.

Constat 6 : La valeur ajoutée de l'infirmière clinicienne en PSC, telle que décrite par des participantes à la recherche qui en ont fait l'expérience concrète, est d'accroître la portée du modèle de PSC en améliorant la qualité du suivi-accompagnement (SA) auprès des familles.

Constat 7 : La valeur ajoutée de l'IPS en PSC, telle que décrite par des participantes à la recherche qui en ont fait l'expérience concrète, est typiquement d'augmenter le nombre d'ÉO, et conséquemment d'augmenter l'accès aux services de PSC.

Constat 8 : L'analyse du discours des IPS soulève un point de tension majeur en PSC ; à savoir les situations où les écarts aux standards des compositions d'équipe prônés actuellement par le cœur du modèle en ÉO (médecin – travailleuse sociale – avocat) ne sont pas favorisés, en dépit d'un manque criant d'accès aux services de PSC dans certaines communautés.

Constat 9 : L'intégration optimale des infirmières en PSC est influencée non seulement par les caractéristiques de l'infirmière à l'embauche, mais également par plusieurs autres facteurs sur lesquels les acteurs de la PSC peuvent exercer une influence.

¹ Tout au long de ce document, le genre féminin dit "générique" sera employé pour désigner les participantes à la recherche et les professionnelles de la pédiatrie sociale en communauté (PSC). Le féminin est donc considéré comme un genre neutre dans l'ensemble du texte, à l'exception des citations et des références à des projets extérieurs au nôtre, qui n'ont pas féminisé leur texte à l'origine. La plupart des professionnelles de la PSC, incluant les médecins, les infirmières et les intervenantes psychosociales sont actuellement des femmes. Pour en apprendre plus au sujet de la féminisation des textes, vous pouvez vous référer à la [page dédiée](#) du site web du gouvernement du Canada.

B) L'analyse transversale des données fait émerger quatre questions centrales qui devraient, selon le cas, être débattues et/ou discutées avant de procéder à la codification de la pratique infirmière en PSC :

QUESTIONS LIÉES AUX ENJEUX FONDAMENTAUX DU DÉPLOIEMENT DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN PSC

Question 1 : Le développement organique de la pratique infirmière, en dehors des cadres de pratiques établis en PSC, est-il pertinent et souhaitable? Si oui, dans quelle mesure?

Pistes de réflexion : L'état actuel de la littérature scientifique suggère que le développement organique de la pratique ne constitue pas nécessairement un problème en soi et qu'il peut être générateur d'innovations souhaitables. Toutefois, les changements organiques de pratique confrontent souvent au premier abord. La tension entre l'ouverture à l'innovation et le risque induit par le changement émerge effectivement des résultats de la recherche et s'applique au déploiement du rôle infirmier en PSC. L'équilibre entre ces deux pôles doit donc être recherché et une réflexion collective à propos de cet enjeu serait fort pertinente pour aider à orienter le développement non seulement de la pratique infirmière, mais également d'autres types de pratiques professionnelles en PSC.

Question 2 : En regard des balises légales de la pratique infirmière au Québec, quels standards la PSC devrait-elle poser pour ses milieux de pratique?

Pistes de réflexion : Les participantes à la recherche ne s'entendent pas toutes sur la signification à donner aux balises légales de la pratique infirmière en PSC. Comme la PSC est une approche différente, voir alternative à celle des établissements de santé traditionnels, certaines balises légales de la pratique sont difficiles à interpréter en PSC. Or, le rôle de la FDJ n'est pas d'assurer la surveillance des balises légales de la pratique infirmière, mais bien d'assurer une qualité de services en PSC. Les infirmières font partie d'un ordre professionnel qui les rend responsables de respecter leur cadre légal de pratique, au même titre que d'autres professionnelles en PSC. En outre, des participantes à la recherche ont évoqué la réactivité des CPSC qui se sont appuyés sur le rôle infirmier pour maximiser l'accès aux services pour les enfants et les familles, dans le contexte de la pénurie de médecins. Il est donc pertinent de réfléchir collectivement à des pistes pour résoudre la tension entre le principe d'accès et le respect de l'intégrité du modèle de PSC, possiblement en misant sur la contribution infirmière. Également, la mise en relation de la littérature scientifique, des témoignages des participantes à la recherche et des repères conceptuels associés à l'idéal transdisciplinaire valorisé en PSC nous amène à conclure que la crainte de la substitution de la médecin par l'infirmière n'est pas pertinente à entretenir en PSC.

QUESTIONS LIÉES AUX ENJEUX D'IMPLANTATION DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN PSC

Question 3 : Les attentes et espoirs entretenus actuellement face au rôle infirmier en PSC sont-elles justes si l'on se fie à l'expérience des équipes qui ont effectivement intégré des infirmières cliniciennes et des IPS?

Pistes de réflexion : Du point de vue des infirmières que nous avons rencontrées, les attentes et espoirs entretenus face à leur rôle par les professionnelles qui n'ont jamais expérimenté la collaboration avec elles ne sont pas toujours conformes à la réalité. L'exemple le plus flagrant est celui de la représentation d'une infirmière qui « assiste » et « décharge » la médecin et l'intervenante psychosociale. Pour les infirmières que nous avons rencontrées, ainsi que pour leurs collègues, cette représentation de l'infirmière en PSC ne fait pas de sens et ne correspond pas à ce qui se passe sur le terrain. Une sensibilisation à cet effet serait donc importante à opérer parmi les équipes de PSC. Les moyens pour y parvenir devraient être discutés.

Question 4 : L'intégration optimale des infirmières cliniciennes et des IPS en PSC est-elle une responsabilité partagée? Si oui, comment les acteurs de la PSC peuvent-ils se mobiliser en ce sens?

Pistes de réflexion : La recherche tend effectivement à démontrer que l'intégration optimale des infirmières cliniciennes et des IPS en PSC est une responsabilité partagée. Une variété d'acteurs sont susceptibles d'avoir un impact à cet égard. La direction clinique de la FDJ et les directions et coordinations cliniques de CPSC pourraient dès maintenant mettre en place plusieurs initiatives pour soutenir la pérennisation du rôle infirmier en PSC. Ces initiatives possibles incluent la révision de la codification de la pratique infirmière en PSC et le développement d'outils permettant de réaliser une meilleure planification stratégique du rôle infirmier dans le temps, en fonction des réalités propres à chaque CPSC.

Pistes d'action à l'intention de la FDJ :

- ✓ **Réaliser une codification plus claire et plus complète du rôle infirmier en PSC, qui valorise et décrit :**
 - **l'autonomie professionnelle de l'infirmière ;**
 - **l'interdépendance de son expertise par rapport aux autres expertises en PSC ;**
 - **le caractère distinctif de sa pratique en PSC ;**
 - **les différentes voies d'intégration possibles en PSC, notamment pour l'IPS ;**
 - **la pratique infirmière en région éloignée.**

- ✓ **Considérer la mise sur pied d'une communauté de pratique en soins infirmiers adaptés à la PSC.**

- ✓ **Mieux documenter le travail de fond de l'ensemble des professionnels de la PSC impliqués dans le suivi-accompagnement des enfants et des familles, incluant les infirmières cliniciennes qui y jouent un rôle primordial.**

Pistes d'action à l'intention des directions et coordinations cliniques :

- ✓ **Entretenir une culture organisationnelle qui n'encourage pas les rapports hiérarchiques entre la médecin et l'infirmière.**
- ✓ **S'assurer de l'ouverture préalable de l'équipe du CPSC aux changements de pratique amené par l'ajout d'une infirmière à l'équipe.**
- ✓ **Impliquer, si possible, des infirmières expérimentées en PSC dans le recrutement des médecins dans leur CPSC.**
- ✓ **Dans le contexte d'un déploiement de ressources professionnelles, bien s'entendre au préalable avec l'établissement partenaire qui prête l'infirmière à propos de la nature des tâches, rôles et responsabilités de l'infirmière et des attentes en matière de couverture. Les dispositifs d'accès à de la formation continue doivent aussi être convenus.**
- ✓ **Mettre en place un espace de dialogue entre l'infirmière et l'équipe à son arrivée, afin de co-construire les contours souples et adaptatifs de son rôle au CPSC.**
- ✓ **Intégrer le rôle de l'infirmière dans une planification stratégique à long terme, établie préalablement à l'embauche.**
- ✓ **S'inspirer des résultats de la recherche pour définir des critères à l'embauche de l'infirmière (expérience pertinente, capacité d'adaptation, disposition à travailler en contexte transdisciplinaire intérêt pour le travail auprès des populations vulnérables, etc.).**
- ✓ **Exposer intensivement l'infirmière aux processus, aux situations cliniques et aux enfants et familles, et ce dès son arrivée au CPSC.**

C) Conclusion et perspectives :

Notre premier cycle de recherche étant terminé, le temps est maintenant venu de passer à un cycle d'action. Nous suggérons à ce stade que les acteurs de la PSC concernés par le déploiement du rôle infirmier, en particulier celui des infirmières cliniciennes et des IPS, prennent connaissance et utilisent les résultats de la recherche pour réfléchir collectivement à l'avenir de la pratique infirmière en PSC. Pour y arriver, nous recommandons la mise sur pied d'un processus consultatif dédié. La réflexion devrait engager des infirmières, des médecins, des représentants de directions et coordinations cliniques d'une variété de CPSC et des experts reconnus pour leur expertise clinique en PSC et en soins infirmiers adaptés à la PSC. Nous recommandons que le point de vue des professionnelles ayant expérimenté l'intégration d'une infirmière clinicienne ou d'une IPS dans leur CPSC y trouve une voix également, afin que celle-ci soit entendue et adéquatement discutée en dialogue avec les professionnelles qui expriment des craintes et appréhensions face au déploiement du rôle infirmier en PSC.

À l'issue de ce processus, le service de soutien scientifique à l'amélioration des pratiques de la FDJ pourrait s'engager dans un deuxième cycle de recherche. Ce second cycle viserait à mettre à jour la codification de la pratique infirmière en PSC à partir des points de consensus ayant émergé du processus consultatif.

Mise en contexte de la recherche

Ce document présente les résultats d'une recherche-action en cours à la Fondation Dr Julien (FDJ) et entamée à l'automne 2019. Le projet de recherche, intitulé *Recherche-action sur l'implantation de la pratique des infirmières cliniciennes et praticiennes spécialisées en pédiatrie sociale en communauté*, a émergé à la suite de l'arrivée de plusieurs infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en pédiatrie sociale en communauté (PSC) en 2019. Cette vague d'embauches a donné lieu à plusieurs questions adressées aux secteurs de l'accompagnement et de la direction clinique de la FDJ, de la part des directions et coordinations cliniques de centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) à travers le Québec. Elles concernaient principalement le rôle possible des IPS dans le continuum de services en PSC et la différenciation du rôle de l'IPS et de l'infirmière clinicienne dans ce continuum. Également, dans la foulée du déploiement accru de la PSC à l'extérieur des grands centres urbains, des questions à propos de la possibilité d'élargir le rôle de ces deux types d'infirmières ont aussi émergé de la part de certains CPSC, en réponse à la difficulté à recruter suffisamment de médecins pour répondre aux besoins des enfants déjà engagés dans leurs trajectoires de services.

En 2016, la FDJ s'était déjà intéressée à documenter, au moyen de la recherche, la question de l'intégration des infirmières en PSC, à travers le projet *Intégration des infirmières cliniciennes au sein du mouvement de la pédiatrie sociale en communauté du Québec* (Dagenais, Guichard, Têtu, Dupont, & Portfilio-Mathieu, 2017):

« Le projet de formation et d'intégration des infirmières cliniciennes au sein des équipes de PSC, financé grâce à la subvention « Pour mieux soigner » versée par la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en 2016, s'inscrivait dans la démarche d'acquisition et de transfert de connaissances de la Fondation. Il visait la formation de 100 infirmières et l'intégration d'une infirmière à temps plein au Centre de pédiatrie sociale d'Hochelaga-Maisonneuve, grâce à un partenariat avec la direction des soins infirmiers du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. L'évaluation du projet a permis de recueillir l'opinion des professionnels clés sur l'intégration des infirmières dans les centres de PSC et d'identifier les effets de la formation sur les infirmières formées. »
(Mena Martinez & Dagenais, 2018)

Ce projet, dirigé par Christian Dagenais de l'équipe RENARD (Dagenais et al., 2017), a eu un impact significatif pour la pratique, notamment parce qu'il a conscientisé les acteurs de la PSC à l'importance de préciser le rôle infirmier. Il a donné lieu à la rédaction du document *Modèles d'intégration du rôle de l'infirmière en PSC* (Julien, Ouellet, Arla, Hivon, & Mena Martinez, 2017). À l'heure actuelle, il s'agit de la référence principale pour mieux comprendre comment peut s'actualiser le rôle infirmier en PSC. Le cadre proposé se concentre toutefois sur l'étendue possible des tâches de l'infirmière clinicienne uniquement et présente les contours de son rôle dans le cadre de la rencontre d'évaluation-orientation (ÉO) essentiellement, n'abordant que peu ou pas d'autres composantes de l'intervention en PSC.

Dagenais et al. (2017) ont également présenté l'intégration des infirmières en PSC comme une responsabilité partagée entre la FDJ, les directions et coordinations cliniques, les membres des équipes cliniques et les infirmières. Leur recherche a donné lieu à une série de recommandations pour favoriser leur intégration en

PSC et pour poursuivre les réflexions en lien avec l'étendue possible de leur rôle. Cependant, au moment de sa publication, peu de CPSC avaient pu expérimenter l'intégration d'une infirmière dans leur équipe et encore moins avaient le recul nécessaire pour contribuer à l'élaboration d'une description plus détaillée et diversifiée des rôles infirmiers possibles et des stratégies d'intégration gagnantes en PSC. Quatre ans plus tard, le nombre d'expérimentations en cours impliquant des infirmières cliniciennes, des IPS et des infirmières en rôle élargi au sein d'équipes cliniques de PSC justifiait la mise sur pied d'une nouvelle recherche.

Le présent document est donc le point de départ d'une série de contributions à envisager pour la suite. Celles-ci viseraient à outiller quiconque souhaite inclure une infirmière à l'équipe d'un CPSC ou cherche à mieux comprendre l'étendue possible ainsi que la nature de son rôle et de sa pratique, dans le respect des droits d'exercice autorisés par le cadre légal de la pratique infirmière au Québec, mais également dans le respect des orientations cliniques de la FDJ. Cette première contribution ne répondra certainement pas elle seule à l'ensemble des questions importantes qui concernent le déploiement de la pratique infirmière en PSC, mais constitue une base à partir de laquelle il deviendra possible de la codifier à travers une seconde phase de recherche, si le souhait est éventuellement de poursuivre dans ce sens.

Les constats présentés dans ce rapport se fondent en grande partie sur des activités de recherche réalisées avec des infirmières de la PSC, mais également sur des sondages menés auprès de médecins et de directions et coordinations cliniques de CPSC. Nous avons choisi de ne pas mobiliser au départ les intervenantes psychosociales, car les questions adressées au secteur de l'accompagnement de la FDJ, en amont de la recherche, concernaient essentiellement le rôle de l'infirmière dans le cadre de la pratique médicale en PSC. Toutefois, nous avons pu constater en cours de projet que la collaboration infirmière - intervenante psychosociale gagnerait à être documentée éventuellement à des fins de codification de la pratique.

La première phase de la recherche, qui fait l'objet de ce rapport, a donc été réalisée entre septembre 2020 et avril 2021 et aura permis de faire un état des lieux de la pratique infirmière et d'informer à propos de la valeur ajoutée du rôle infirmier et des éléments qui favorisent son plein déploiement en PSC.

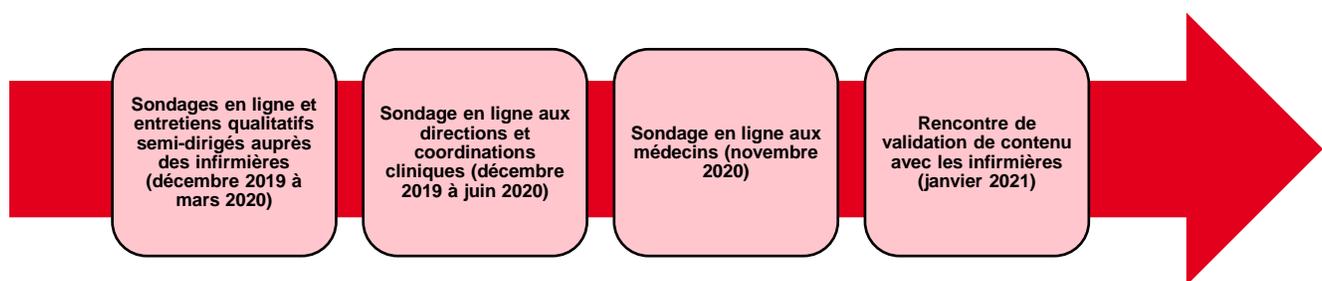
Les cinq objectifs de cette première phase de recherche étaient donc les suivants :

1. Dresser l'état des lieux quant à l'implication des infirmières cliniciennes et des IPS dans le continuum de services en PSC.
2. Mieux comprendre les craintes associées au déploiement du rôle infirmier et proposer différentes réponses possibles à partir des données de la recherche et de la littérature scientifique et grise.
3. Mieux comprendre les motivations des équipes qui ont déjà intégré une infirmière, ainsi que les espoirs et attentes des équipes des CPSC qui ne l'ont pas encore fait.
4. Mieux comprendre la valeur ajoutée typique des infirmières cliniciennes et des IPS en PSC du point de vue des infirmières elles-mêmes et des médecins et directions/coordinations cliniques qui travaillent avec elles.

5. Dégager les principaux éléments qui, du point de vue des participantes à la recherche, favorisent l'intégration et le plein déploiement du rôle infirmier en PSC.

Entre janvier et décembre 2020, 29 cliniciennes de la PSC (huit infirmières, 10 médecins et 11 directrices et coordinatrices cliniques) ont été mobilisées à travers différentes activités de recherche visant à alimenter les réflexions à propos de ces thématiques.

Figure 1 : Activités de collecte de données réalisées en phase 1



Méthodes de recherche utilisées

Le projet en cours se fonde sur un devis de recherche-action ayant pour objectifs à la fois de documenter et de soutenir l'implantation de la pratique infirmière dans les CPSC québécois. Il mise sur la participation active d'un ensemble de personnes concernées par le déploiement du rôle infirmier en PSC au Québec, à commencer par les infirmières elles-mêmes.

Qu'est-ce que la recherche-action ?

« Comme recherche, il s'agit d'un processus réflexif, systématique, contrôlé et critique avec pour finalité d'étudier un aspect de la réalité avec une visée pratique ; l'action signifie que la manière de faire de la recherche est une forme d'intervention et que la finalité de la recherche est orientée vers l'action (...). » (Ander-Egg (2003) In: (Anadón & Savoie-Zajc, 2007), p.32)

Une revue de la littérature scientifique portant sur l'intégration des infirmières en soins de santé primaires a mis en valeur que celles-ci étaient rarement consultées dans les projets de recherche portant sur l'implantation de leur pratique (Rioux-Dubois, 2019). Pourtant, elles sont particulièrement bien placées pour la décrire et relever avec acuité les enjeux de son déploiement dans différents milieux. Ainsi, dans notre contexte, il faut reconnaître que la FDJ n'est effectivement pas un pôle d'expertise infirmière. Elle incarne

plutôt l'expertise clinique de PSC. Or, ces deux champs d'expertise doivent nécessairement se rencontrer pour contribuer ensemble à poser les actions nécessaires pour atteindre le plein déploiement du rôle infirmier en PSC. Une recherche-action permettant de structurer des espaces d'échange constructifs entre des experts cliniques de la PSC et des infirmières pratiquant en CPSC (appuyées par leurs équipes) représente donc une stratégie privilégiée pour accompagner le développement de la pratique. Cette posture caractéristique de la recherche-action « (...) rejette toute forme de rapport hiérarchique entre chercheur et participants. Elle exige équité et égalité entre les participants à la recherche. » ((Anadón & Savoie-Zajc, 2007), p.23). Elle s'appuie d'ailleurs sur un travail de co-construction hautement compatible avec les valeurs de la PSC.

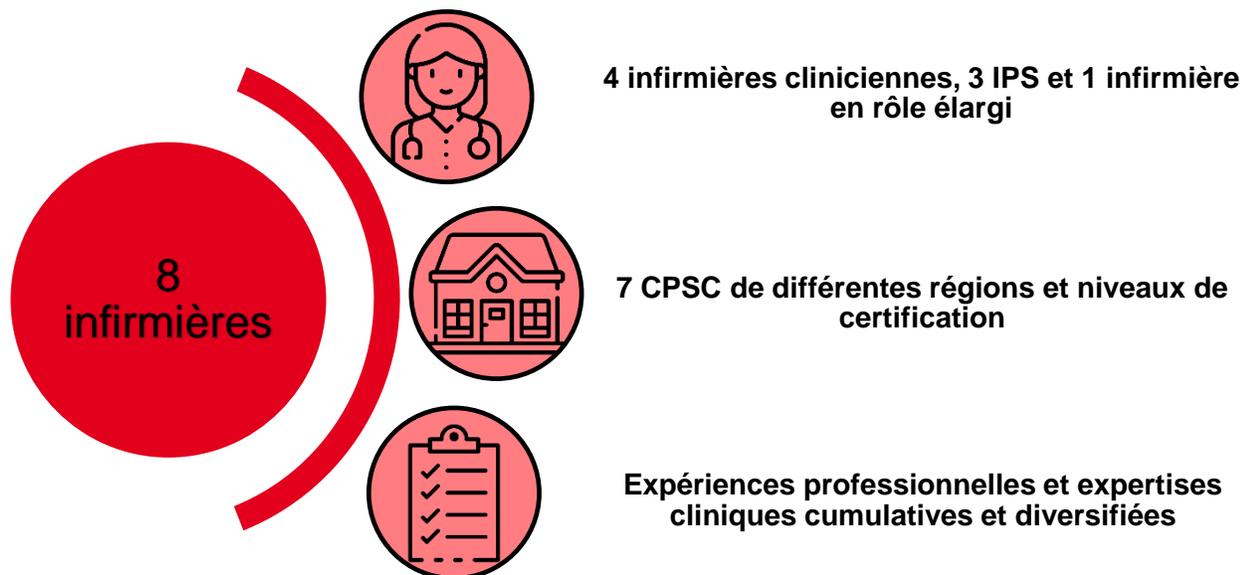
**La recherche-action se caractérise par 3 éléments principaux
((Roy & Prévost, 2013), pp. 131-135) :**

- 1) Elle est réalisée avec les gens plutôt que sur les gens;
- 2) Elle trouve son ancrage dans l'action, dans la nécessité d'agir pour changer les choses;
- 3) Contrairement à la recherche classique, son évolution n'est pas linéaire mais plutôt cyclique. Elle implique plusieurs allers-retours entre des phases de collecte de données, de réflexion et d'évaluation, ponctués de plusieurs réajustements dans le plan d'action. À terme, ce cheminement vise à pérenniser le changement, à développer de la capacité d'agir collective et à co-construire de nouvelles connaissances.

Les activités de recherche réalisées auprès des infirmières

C'est dans cette optique que nous avons débuté des appels à participation à ce projet à l'automne 2019. Les infirmières cliniciennes et les IPS issues des CPSC ont été les premières à être consultées. Les infirmières en rôle élargi n'étaient pas initialement pressenties pour participer à la recherche, qui était envisagée au départ à travers une lecture comparative du rôle et de la pratique des infirmières cliniciennes et des IPS. Cependant, vu l'importance clinique de leur pratique, nous avons choisi de les inclure durant la première phase de la recherche. Les infirmières techniciennes, importantes en PSC mais qui n'étaient pas concernées directement par les questionnements des directions et coordinations cliniques à ce stade, seront potentiellement incluses à partir de la seconde phase du projet, si celle-ci est approuvée. Huit infirmières ont répondu à notre appel, soit quatre infirmières cliniciennes, trois IPS et une infirmière en rôle élargi, représentant sept CPSC dont un en provenance de l'extérieur du Québec.

Figure 2 : Portrait sommaire des infirmières participantes



Ces infirmières travaillaient dans sept CPSC. Les niveaux de certification de ces centres étaient variables au moment de notre rencontre avec les infirmières (trois centres R3, un centre R1, deux centres en voie de certification et un centre hors-Québec). Un peu plus de la moitié se trouvaient dans des grands centres urbains et un CPSC était situé en zone éloignée. La désignation de zone éloignée est balisée par la Loi médicale et désigne essentiellement la pratique infirmière en dispensaire. Moyennant une formation de 4 semaines, on offre à des IPS, des infirmières cliniciennes (avec expérience pertinente) et des infirmières techniciennes (avec expérience pertinente) la possibilité de pratiquer en rôle élargi, dans un cadre qui dépasse le cadre légal habituel de la pratique infirmière. La figure 8 détaille les zones éloignées du Québec pour les fins de la pratique médicale. Pour plus d'informations sur le rôle élargi et la formation rattachée, vous pouvez consulter le site web de [Solutions Nursing](#) (Solutions Nursing, 2021).

Figure 3 : Zones éloignées (isolées) du Québec

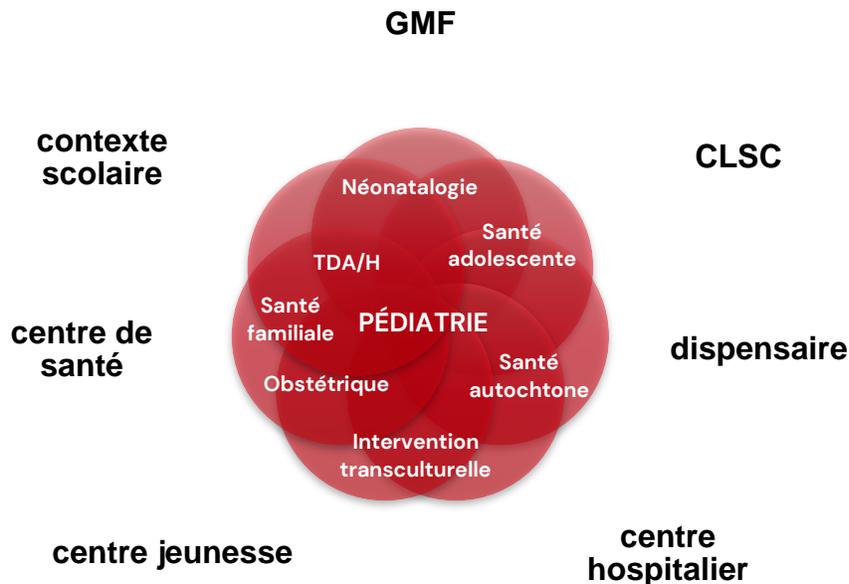
Qu'est-ce qu'une zone éloignée (isolée)?

Source : (Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, RLRQ c M-9, r 13, 2021)

1. Une installation de soins de première ligne située sur le territoire de la Basse-Côte-Nord et desservie par le Centre de santé et de services sociaux de la Basse-Côte-Nord.
2. Une installation de soins de première ligne située sur le territoire du Nunavik et desservie par le Centre de santé Inuulitsivik ou par le Centre de santé Tulattavik.
3. Une installation de soins de première ligne située sur le territoire de la Baie-James et desservie par le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.
4. Un dispensaire desservi par les communautés des Premières Nations et situé dans les régions suivantes: 1° Basse-Côte-Nord; 2° Moyenne-Côte-Nord; 3° Schefferville; 4° Haute-Mauricie.
5. Un dispensaire géré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada et situé dans les régions suivantes: 1° Haute-Gatineau (Algonquins of Barrière Lake); 2° Témiscamingue (Long Point First Nation).

Le nombre d'années d'expérience des infirmières dans leur CPSC variait également dans une étendue allant de 0,1 an à plus de trois ans. Au moment des entretiens de recherche, quatre d'entre elles étaient embauchées directement par leur CPSC et quatre étaient des déploiements de ressources professionnelles issus de *Centres intégrés de santé et de services sociaux* (CISSS ou CIUSSS). Une de ces infirmières était embauchée par son CPSC pour une partie de son temps en PSC et également prêtée par un CIUSSS pour l'autre portion de son mandat. Les expertises cliniques des infirmières que nous avons rencontrées se sont avérées riches, diversifiées et cumulatives, tant pour les IPS, les infirmières cliniciennes, que pour l'infirmière en rôle élargi. Elles représentent un croisement de différents milieux de pratique et de différentes expertises cliniques.

Figure 4 : Diversité des expertises cliniques des infirmières participantes



Note : Dans un souci de synthèse, cette figure ne représente que partiellement l'ensemble des milieux de pratique et expertises mentionnés par les infirmières.

À compter de décembre 2019, un sondage en ligne a été lancé à l'intention des infirmières cliniciennes, des IPS et des infirmières en rôle élargi, avec pour objectifs principaux de sonder leur intérêt à s'engager dans le projet de recherche et de commencer à documenter certains aspects objectifs de leur pratique. Notamment, nous avons sondé les infirmières à propos de leur implication aux différentes étapes du continuum de services en PSC. Les infirmières ayant répondu au sondage ont toutes accepté d'être rencontrées à l'occasion d'un entretien individuel semi-dirigé d'une durée approximative d'une heure trente.

Les thématiques abordées lors de cet entretien étaient :

1. leur parcours académique et professionnel ;
 2. leur rôle dans le processus clinique de PSC ;
 3. les défis et zones de complexité de leur pratique ;
 4. leur perception de la valeur ajoutée de la pratique infirmière en PSC.
-

Ces entretiens se sont déroulés sur une base volontaire et confidentielle. Ils ont été enregistrés, puis retranscrits et soumis à des analyses thématiques de contenu à l'aide du logiciel NVivo 11. Les infirmières

participantes ont ensuite eu l'occasion de réviser leur transcription d'entretien et nous ont autorisées à en citer des passages dans le cadre de rapports, de présentations orales et de contributions scientifiques.

Les infirmières participantes ont ensuite été invitées à une activité de consultation supplémentaire en janvier 2021, qui aura permis de valider l'exactitude des analyses réalisées, que nous voulions assurément représentatives de leur point de vue. Deux infirmières nous ont aidé à confirmer nos constats à ce stade : une infirmière clinicienne et une IPS².



À partir du point de vue de l'ensemble des infirmières participantes, nous décrivons dans ce rapport :

- Les craintes associées au déploiement du rôle infirmier en PSC ;
- Les motivations ayant donné lieu à l'embauche d'infirmières dans les CPSC ;
- Les éléments qui favorisent l'intégration et le plein déploiement du rôle infirmier en PSC.

À partir du point de vue des infirmières cliniciennes et des IPS, nous décrivons dans ce rapport :

- L'implication des infirmières dans le continuum de services en PSC ;
- La valeur ajoutée du rôle infirmier en PSC.

Note : L'infirmière en rôle élargi n'a pas répondu au sondage en ligne, qui aurait permis de situer objectivement son rôle sur le continuum de services de son CPSC. L'entretien de recherche, qui a surtout porté sur les conditions d'implantation de sa pratique en région éloignée, a mis en évidence que des activités de recherche supplémentaires seraient requises pour documenter de manière adéquate la valeur ajoutée de son rôle en PSC.

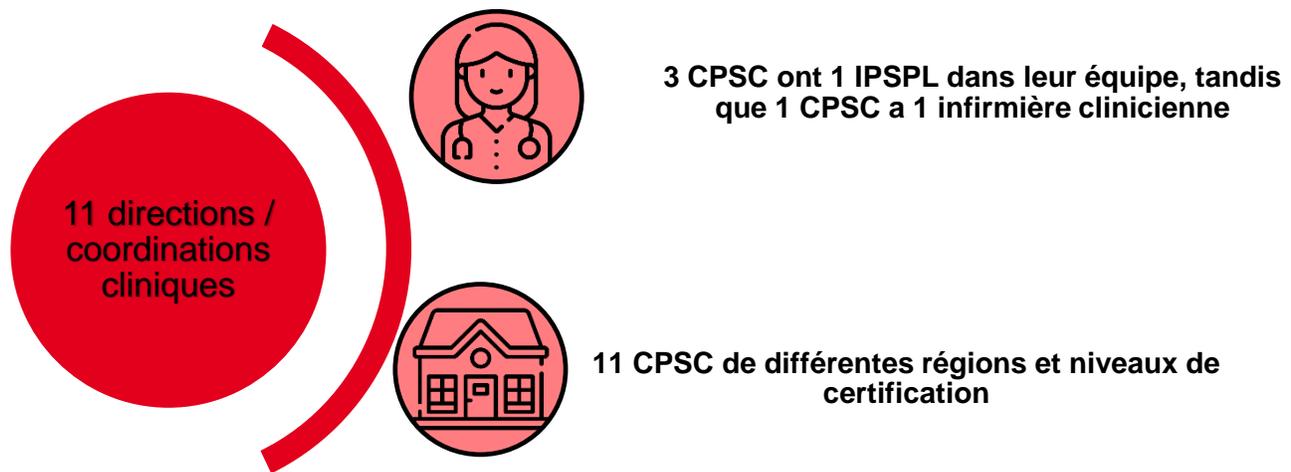
Le sondage en ligne adressé aux directions et aux coordinations cliniques

En décembre 2019, un sondage en ligne a également été lancé aux directions et coordinations cliniques de CPSC québécois, que ceux-ci aient ou non une infirmière dans leur équipe. Au total, 11 directions et coordinations cliniques ont complété le sondage. Dans le cas de centres qui avaient une ou des infirmières en poste, nous avons sondé les répondantes quant à l'implication de ces infirmières à différentes étapes du continuum de services en PSC. Pour l'ensemble des participantes au sondage, nous avons également posé des questions à propos des expériences de travail passées en collaboration avec des infirmières, de l'intérêt à éventuellement embaucher une infirmière au CPSC, des craintes en lien avec la pratique infirmière en PSC et des attentes relatives au rôle que pourrait prendre une infirmière dans leur CPSC. Nous avons aussi invité l'ensemble des répondantes à nous partager leurs commentaires, perceptions générales et questions relatives à l'intégration des infirmières en PSC. Elles ont d'ailleurs consenti à être citées dans le respect de la confidentialité, au même titre que les autres groupes de participantes.

² Pour une meilleure vue d'ensemble de la répartition des thématiques de recherche couvertes en fonction de chaque groupe et sous-groupe de participantes, vous pouvez vous référer au besoin au tableau récapitulatif disponible en annexe.

À noter : Plus loin dans ce document, à la lecture des résultats de la recherche, il ne faudra pas interpréter que les témoignages des infirmières sont systématiquement mis en dialogue avec ceux des médecins et des directions et coordinations cliniques qui sont membres de leurs équipes. Nous avons observé une correspondance seulement partielle entre les CPSC d'attache des infirmières participantes et les CPSC des directions et coordinations cliniques et des médecins qui ont participé à la recherche.

Figure 5 : Portrait sommaire des CPSC participants



Une partie seulement des thématiques abordées à l'occasion du sondage avec les directions et coordinations cliniques fait l'objet du présent document. En effet, certaines thématiques documentées par sondage étaient plus difficiles à interpréter à ce stade et/ou correspondent à des données qui devront être davantage appuyées empiriquement avant d'être présentées, dans l'éventualité de la poursuite d'une seconde phase de recherche.



Uniquement à partir du point de vue des directions et coordinations cliniques qui ont intégré une infirmière clinicienne ou une IPS dans leur CPSC, nous décrivons :

- L'implication des infirmières dans le continuum de services en PSC ;
- Les motivations ayant donné lieu à l'embauche d'infirmières dans les CPSC ;
- La valeur ajoutée du rôle infirmier en PSC ;
- Les éléments qui favorisent l'intégration et le plein déploiement du rôle infirmier en PSC.



Uniquement à partir du point de vue des directions et coordinations cliniques qui ne collaborent pas avec une infirmière clinicienne ni avec une IPS dans leur CPSC, nous décrivons :

- Les attentes et espoirs envers le rôle infirmier en PSC.

À partir du point de vue de l'ensemble des directions et coordinations cliniques participantes, nous décrivons :

- Les craintes associées au déploiement du rôle infirmier en PSC.

Une majorité des CPSC représentés dans les sondages aux directions et aux coordinations cliniques sont situés en zone urbaine, alors qu'on compte seulement un CPSC en zone rurale et un CPSC en région éloignée. Encore ici, les niveaux de certification de ces centres sont variables au moment du sondage (trois centres R2, cinq centres R1, deux centres en voie de certification et un centre hors-Québec³). Trois directions et/ou coordinations cliniques participantes ont une IPS dans leur équipe et une d'entre elles seulement ont une infirmière clinicienne au CPSC.

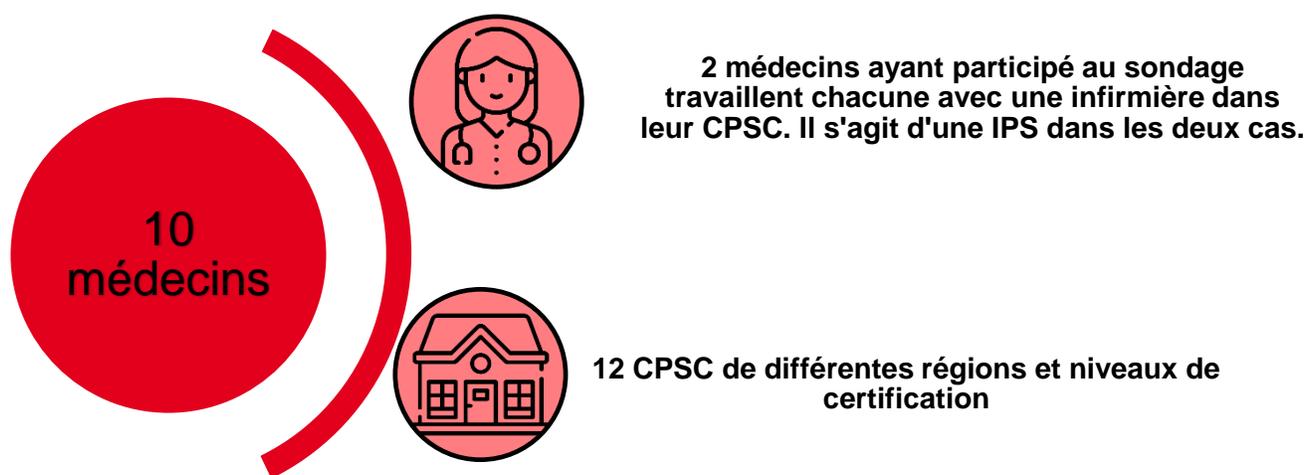
À noter : Règle générale, les directions et coordinations cliniques ayant répondu au sondage n'ont pas d'infirmière au sein de leur équipe. Seulement trois d'entre elles travaillent avec des IPS de la PSC au moment de répondre au sondage et l'une d'entre elle travaille également avec une infirmière clinicienne. Les huit autres n'ont jamais collaboré avec une infirmière clinicienne ou d'une IPS dans leur équipe. À trois exceptions près, leur perspective est donc celle de personnes qui n'ont pas expérimenté encore la valeur ajoutée de l'infirmière en PSC.

³ Nous avons rendu possible la participation de centres situés à l'extérieur du Québec pour cette phase de recherche, étant donné que nous nous attentions à ce que les préoccupations cliniques des infirmières de la PSC se rejoignent, au moins en partie, malgré les différences géographiques. Certains constats ayant émergé des activités de recherche avec les participantes hors Québec se sont d'ailleurs avérés applicables de la même façon au Québec. Par contre, il est important de considérer que le cadre légal de la pratique et les formations infirmières diffèrent entre les provinces canadiennes.

Le sondage en ligne adressé aux médecins

Finalement, un sondage en ligne destiné aux médecins de la PSC a été lancé et complété en novembre 2020. Ce sondage était ouvert à tous les médecins de la PSC, qu'elles travaillent ou non avec une infirmière dans leur centre. Il a permis de rejoindre 10 médecins de 12 CPSC.

Figure 6 : Portrait sommaire des médecins participants



Encore ici, la plupart des CPSC représentés étaient situés en milieu urbain, avec seulement un CPSC situé en zone rurale et un en zone éloignée. De la même façon que pour les infirmières et les directions et coordinations cliniques préalablement consultées, les niveaux de certification des CPSC étaient variables au moment du sondage pour ce groupe de répondantes (deux centres R3, cinq centres R2, trois centres R1 et deux centres en voie de certification). Ces médecins cumulaient en moyenne 3,6 ans d'expérience en PSC (étendue située entre 1 et 11 ans) et travaillaient en moyenne 39,3 heures par mois en PSC (étendue située entre 15 et 112 heures).

À noter : Règle générale, les médecins ayant répondu au sondage ne travaillent pas en collaboration avec une infirmière au sein de leur équipe de PSC. Seulement deux d'entre elles travaillent avec des IPS et aucune ne travaille avec une infirmière clinicienne. À deux exceptions près, leur perspective est donc celle de personnes qui n'ont pas expérimenté encore la valeur ajoutée de la collaboration médecin-infirmière en PSC.

Une partie seulement des thématiques abordées à l'occasion du sondage avec les médecins fait l'objet du présent document. En effet, certaines thématiques documentées par sondage étaient plus difficiles à interpréter à ce stade et/ou correspondent à des données qui devront être davantage appuyées

empiriquement avant d'être présentées, dans l'éventualité de la poursuite d'une seconde phase de recherche.



Uniquement à partir du point de vue des médecins qui travaillent en collaboration avec une infirmière clinicienne ou une IPS dans leur CPSC, nous décrivons :

- La valeur ajoutée du rôle infirmier en PSC.



Uniquement à partir du point de vue des médecins qui ne collaborent pas avec une infirmière clinicienne ou une IPS dans leur CPSC, nous décrivons :

- Les attentes et espoirs envers le rôle infirmier en PSC.

À partir du point de vue de l'ensemble des médecins participant.es, nous décrivons :

- Les craintes associées au déploiement du rôle infirmier en PSC.

Présentation des résultats

Nous présenterons donc tout d'abord les résultats suivant cinq thématiques centrales, soit : 1) l'implication des infirmières dans le continuum de services en PSC, 2) les craintes associées au déploiement du rôle infirmier en PSC, 3) les motivations ayant mené à embaucher des infirmières en PSC et les espoirs et attentes envers leur rôle, 4) la valeur ajoutée du rôle infirmier en PSC et 5) les principaux éléments qui favorisent l'intégration et le plein déploiement du rôle infirmier en PSC.

1. Implication des infirmières dans le continuum de services en PSC.

Cette thématique a été documentée auprès des groupes de participantes suivantes :

- ✓ Toutes les infirmières cliniciennes et IPS ayant participé à la recherche
- ✓ Les directions et coordinations cliniques de CPSC qui collaborent avec une infirmière dans leur équipe

Les infirmières et les directions et coordinations cliniques ont été questionnées dans l'optique de mieux comprendre à quelles étapes du continuum de services les infirmières pouvaient être impliquées dans les faits. Ensemble, sept infirmières et deux directions et coordinations cliniques ont situé le rôle de neuf infirmières dans le continuum clinique de sept CPSC. La question était la suivante : « À quelles étapes du

processus clinique êtes-vous [l'infirmière est-elle] présentement impliquée? ». La figure 4 représente la distribution des réponses à cette question par CPSC et par infirmière⁴.

Ici, il faut lire la contribution infirmière comme non-systématique, i.e. que les « X » représentent des étapes auxquelles elle peut être impliquée et non auxquelles elle est systématiquement impliquée. L'infirmière désignée par une étoile (★) a déployé son rôle dans le cadre d'un projet pilote pour lequel la FDJ a donné son aval officiel. Les "X" de couleur rouge désignent des pratiques qui dépassent les balises des cadres de pratique actuels en PSC ou qui n'ont pas été balisés. Le "X?" désigne une disparité dans les données issues du sondage de l'infirmière et de celui de la direction /coordination clinique⁵.

Figure 7 : À quelles étapes du continuum de services en PSC êtes-vous impliquée?

CPSC + infirmières		Pré-éval	1ere ÉO	1ere ÉO sans MD	ÉO de suivi	ÉO de suivi sans MD	SA
1	Clinicienne 1 Clinicienne 2	X	X X		X	X	X X
2	Clinicienne 3		X		X		X
3	Clinicienne 4	X	X				X
4	Clinicienne 5 IPS 1	X X	X X		X X	X	X X
5	IPS 2 ★			X		X	X?
6	IPS 3		X	X	X	X	X
7	IPS 4	X	X	X	X	X	X

Note : Les infirmières du CPSC 4 n'ont pas pris part aux entretiens de recherche. Les données sont tirées du sondage complété par la direction / coordination clinique de ce CPSC.

À la première étape du continuum clinique, soit la pré-évaluation, l'implication des infirmières est variable, avec environ la moitié des infirmières qui interviennent à cette étape (trois des cinq infirmières cliniciennes contre trois des quatre IPS).

Au niveau de l'implication de l'infirmière en évaluation-orientation (ÉO), on voit émerger beaucoup plus de diversité. Toutes les infirmières sont appelées à participer à des ÉO, mais le rôle infirmier se déploie de manière variable entre les différents CPSC.

⁴ L'implication de l'infirmière en rôle élargi dans le processus clinique de PSC n'a pu être documenté précisément à ce stade. Nous pourrions éventuellement documenter cette question si nous allons vers une d'une 2e phase de la recherche.

⁵ Cette disparité représente potentiellement une erreur de saisie dans le questionnaire complété par la direction/coordination clinique correspondante.

Les infirmières cliniciennes, tout comme les IPS, sont toujours susceptibles d'être mobilisées dans les ÉO initiales, que ce soit systématiquement et ou sur une base ciblée en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille. Seulement une infirmière clinicienne a déclaré ne jamais être mobilisée dans des ÉO subséquentes, dites « de suivi ». Aucune infirmière clinicienne ne participe à des ÉO initiales en l'absence d'un médecin. Deux infirmières cliniciennes participent cependant à des ÉO de suivi en l'absence d'un médecin. Ces infirmières se trouvent toutes deux dans des CPSC situés en milieu urbain.

Les IPS participent généralement à des ÉO autant en présence qu'en l'absence d'un médecin et seulement une IPS ne participe jamais à des ÉO en l'absence d'un médecin.

Concernant le suivi-accompagnement (SA), toutes les infirmières accompagnent des enfants et des familles à cette étape.

En bref...

Constat 1 : Dans les dernières années, le développement de la pratique infirmière s'est fait de manière organique, et éventuellement en dehors des cadres de pratique développés par la FDJ.

Les infirmières et les directions et coordinations cliniques participantes décrivent des modèles de pratique qui dépassent les cadres actuellement légitimés en PSC (voir *Modèles d'intégration du rôle de l'infirmière en PSC* (Julien et al., 2017)). Notamment, des IPS ont joint les rangs de la PSC dans les dernières années et leurs modèles de pratique restent à ce jour non répertoriés dans le *Document de codification* (Fondation Dr Julien, 2013). Des infirmières cliniciennes en milieu urbain réalisent désormais des ÉO de suivi en l'absence d'un médecin (quoi qu'en présence de la TS). L'éloignement géographique était jusqu'alors perçu comme le seul motif qui aurait pu justifier cette pratique (Julien et al., 2017), qui avait été autorisée en 2017 afin de préserver l'accès aux services de PSC pour les enfants résidant dans des secteurs éloignés des grands centres urbains. Or, les données issues de la recherche indiquent que des milieux urbains sont également concernés par une grande difficulté à recruter des médecins en PSC.

« Avoir un médecin en pédiatrie sociale, ce n'est pas évident. Moi, j'ai été témoin de tous les congés de maladie, les départs des médecins, trouver des nouveaux médecins. Qui est prêt à venir? Est-ce qu'on peut avoir autant de pédiatres? Connaissant toutes les contraintes, parce qu'il y avait quand même beaucoup de « oui, mais », (...). Ici à [milieu urbain], il y a eu énormément d'élagage du service médical. (...) moi, j'ai vu ça s'effondrer. Donc honnêtement, on se demande vers qui qu'on va se retourner. »
(Direction/coordination clinique)

S'il est vrai que la contribution clinique de l'infirmière reste potentiellement la même, sans égards au territoire, les infirmières et les membres de leurs équipes ont également insisté sur la primauté du principe d'accès aux services pour les enfants vulnérabilisés par leur contexte de vie, en cohérence avec la mission première de la PSC.

« Est-ce qu'il y a quelque chose de plus significatif que l'accessibilité aux soins en pédiatrie sociale? » (IPS)

« Le service infirmier est un moyen que nous avons priorisé (...), comme nous n'avons pas tant de couverture médicale. » (Direction/coordination clinique)

Constat 2 : Les documents de référence servant à décrire le rôle infirmier en PSC pourraient être considérablement bonifiés.

Les cadres actuels en PSC ne représentent que partiellement la contribution potentielle de l'infirmière dans le continuum clinique de PSC, telle que les participantes à la recherche nous l'ont décrite. Également, ils ont pour point d'ancrage central le rôle de l'infirmière clinicienne en ÉO. Certaines infirmières ont relevé que cela ne faisait pas suffisamment justice à toute la richesse et à la complexité clinique du travail de l'infirmière auprès des enfants et des familles. Une infirmière exprime le souhait que son rôle soit représenté de manière plus compréhensive lors d'une éventuelle mise à jour du *Document de codification* (Fondation Dr Julien, 2013), dans l'optique de mieux faire comprendre toute l'étendue de ce qui peut être accompli par et avec l'infirmière. On peut en conclure, à la lecture de son témoignage, que cette information serait potentiellement utile non seulement pour les infirmières mais également aux membres de leurs équipes, et ce afin de favoriser leur meilleure intégration en PSC.

« Les infirmières, on regarde la codification et ça ne nous dit pas grand-chose. Comme si la codification demande à l'infirmière de jouer un rôle traditionnel, soit faire des prises de sang, prendre les signes vitaux, exécuter le plan médical... Puis là, on arrive sur le terrain puis oui, on fait des interventions médicales, mais beaucoup d'interventions psychosociales aussi, comme de la relation d'aide. » (IPS)

En bref, les consultations réalisées mettent en valeur la pertinence, à ce stade, de revoir et de considérablement bonifier la codification de la pratique infirmière en PSC. Cet objectif devra en conséquence être prioritaire dans le déploiement d'une seconde phase de la recherche, si celle-ci est appelée à se poursuivre.

2. Craintes associées au déploiement du rôle infirmier en PSC.

Cette thématique a été documentée auprès des groupes de participantes suivants :

- ✓ Toutes les infirmières cliniciennes et IPS ayant participé à la recherche
- ✓ Toutes les directions et coordinations cliniques ayant participé à la recherche
- ✓ Tous les médecins ayant participé à la recherche

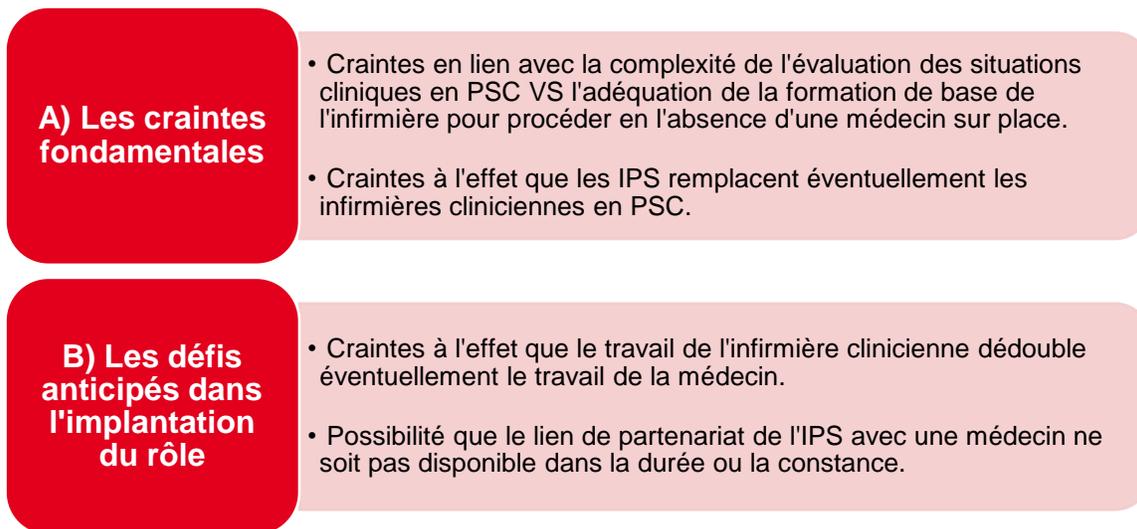
À l'origine du projet de recherche, des professionnelles de CPSC avaient confié à des représentants de la FDJ avoir des craintes, surtout relatives à la possibilité que des infirmières procèdent à des rencontres d'ÉO en l'absence d'un médecin. Ces craintes étaient surtout contextualisées dans la situation-type des IPS représentant seules l'expertise médicale en rencontre avec les familles durant les ÉO initiales. Nous avons donc documenté les craintes associées au déploiement du rôle infirmier en PSC auprès de l'ensemble des participantes à la recherche afin d'y voir plus clair.

Dans le cadre de notre recherche, ce sont les directions et coordinations cliniques qui ont partagé le moins de craintes, suivies de près par les infirmières. Les médecins ont été plus nombreux à partager des craintes, surtout à l'endroit de la pratique des IPS en ÉO. À une exception près, ces craintes ont été formulées par des professionnelles qui ne travaillaient pas avec le type d'infirmière concernée (clinicienne ou IPS) dans le continuum clinique de la PSC.

À noter : Il faut distinguer ici le cas de l'infirmière embauchée dans le cadre d'un projet spécifique du CPSC (documenté sommairement par la recherche à ce stade) de celui de l'infirmière embauchée pour assurer une expertise médicale autonome en ÉO. Les craintes recensées à l'endroit de la pratique des IPS concernent uniquement ce second cas de figure.

Nous avons donc vu émerger deux grandes catégories de craintes exprimées par les participantes à la recherche, qui sont représentées dans la figure 5. **Les craintes fondamentales** représentent des aspects dont la connotation est davantage émotive, liée à la rigueur et à l'éthique professionnelle de travail. Essentiellement, ces craintes trouvent leur source dans la peur d'ouvrir la porte à des changements structurels dans la pratique qui ne bénéficieraient pas aux enfants et aux familles rejointes et qui risquent également de dénaturer la PSC. **Les craintes liées aux défis dans l'implantation du rôle** dénotent plutôt un regard critique sur la mise en œuvre, qui peut s'avérer dans les faits plus ou moins efficace ou efficiente que prévu si certains aspects présentent un déficit de planification à court, à moyen et à long terme.

Figure 8 : Les craintes associées à l'implantation de la pratique infirmière en PSC



Citations illustrant des craintes fondamentales :

« [Je me préoccupe des] limites de la pratique des IPSPL dans un contexte de pédiatrie sociale en communauté. En évaluation-orientation, particulièrement. » (Médecin)

« Ça m'a fâchée (...) parce que l'infirmière clinicienne, elle a tout à fait sa place en centre de pédiatrie sociale. Je parle de l'infirmière qui a accès facilement à un médecin. (...) Dans mon contexte, je ne comprends pas pourquoi on va travailler sur le travail de l'infirmière praticienne spécialisée en communauté quand on aurait encore tellement de place à élargir le rôle de l'infirmière clinicienne. » (Infirmière clinicienne)

Citations représentant des craintes liées à l'implantation du rôle :

« Il faut faire attention pour ne pas dédoubler avec la tâche du médecin. » (Médecin)

« Il faudrait également qu'un plan de partenariat bien établi avec un médecin soit possible. » (Médecin)

Les contours d'un débat qui interpelle surtout les craintes fondamentales

Dans tous les cas, ces craintes sont principalement mentionnées par les participantes qui n'ont pas fait l'expérience du rôle infirmier en PSC. En outre, un regard transversal posé sur l'ensemble des données de la recherche nous permet de relativiser grandement les craintes formulées par certaines participantes, à propos des défis anticipés dans l'implantation du rôle, pour lesquelles des réponses apparemment suffisantes sont déjà proposées par d'autres participantes à la recherche. Les craintes fondamentales nous ont quant à elles semblées beaucoup plus complexes à résoudre, car les arguments qui y sont associés se sont avérés essentiellement subjectifs ou relatifs aux valeurs.

Constat 3 : Le plus souvent, les craintes relatives au déploiement de la pratique infirmière ne sont pas confirmées par les participantes ayant fait l'expérience du rôle de l'infirmière en PSC.

Un constat important de la recherche est que les craintes exprimées par certaines participantes face au déploiement de la pratique infirmière en PSC sont formulées par des professionnelles qui n'ont pas encore fait l'expérience concrète du rôle qui les préoccupe. D'abord, l'enjeu du dédoublement avec la tâche de la médecin n'a pas été présenté comme un risque possible par les infirmières rencontrées, ni par les participantes à notre étude qui travaillent avec elles. Il est à noter que même si les infirmières cliniciennes se sont dites impliquées à différentes étapes du continuum clinique, elles décrivent leur rôle comme se situant plus naturellement en SA, et représentent la médecin comme étant surtout impliquée en ÉO. Cette crainte recensée dans les sondages en ligne au sujet du dédoublement possible des rôles médecin – infirmière clinicienne a donc été formulée par des participantes qui n'avaient pas expérimenté la pratique infirmière dans leur CPSC. Pour ce qui est des IPS, elles mentionnent avoir été précisément recrutées pour assurer l'accessibilité aux soins dans le contexte d'une pénurie de médecins, qui menaçait le maintien des services essentiels au CPSC. La question du dédoublement des rôles se pose effectivement avec beaucoup moins d'acuité dans le contexte d'une offre de services médicaux qui peine déjà à fournir à la demande.

« C'est plate à dire, mais souvent, on est là pourquoi? Pour compenser pour le déficit au niveau médical et l'accessibilité aux soins. » (IPS)

Cela nous porte à penser que le problème du dédoublement du rôle soit potentiellement mal formulé. Ainsi, ce n'est pas tant le dédoublement des rôles qui s'avérerait polémique, mais davantage le chevauchement des rôles qui inquiète à certains égards. Quant aux préoccupations relatives à l'instabilité du lien de partenariat médecin – IPS, nous pouvons maintenant affirmer qu'elles ne sont déjà plus d'actualité, étant donné que les IPS ne sont désormais plus tenues de maintenir ces partenariats en vertu de la loi⁶.

Constat 4 : Les médecins expriment davantage de craintes que les autres groupes de professionnelles consultées. Ces craintes sont essentiellement formulées à l'endroit de la pratique des IPS en ÉO.

Les craintes fondamentales nous semblent cependant plus difficiles à résoudre à ce stade. Elles sont surtout exprimées par des médecins. Ainsi, la crainte de l'inadéquation entre le profil infirmier et les exigences souhaitées de la pratique médicale suppose notamment que l'autonomie infirmière y constitue possiblement une menace à la qualité des services.

⁶ Pour plus de détails sur cet aspect, veuillez consulter la section *Discussion – 2. En regard des balises légales de la pratique infirmière au Québec, quels standards la PSC devrait-elle poser pour ses milieux de pratique?*

« Quel profil d'IPS peut correspondre à un travail en communauté? » (Infirmière clinicienne)

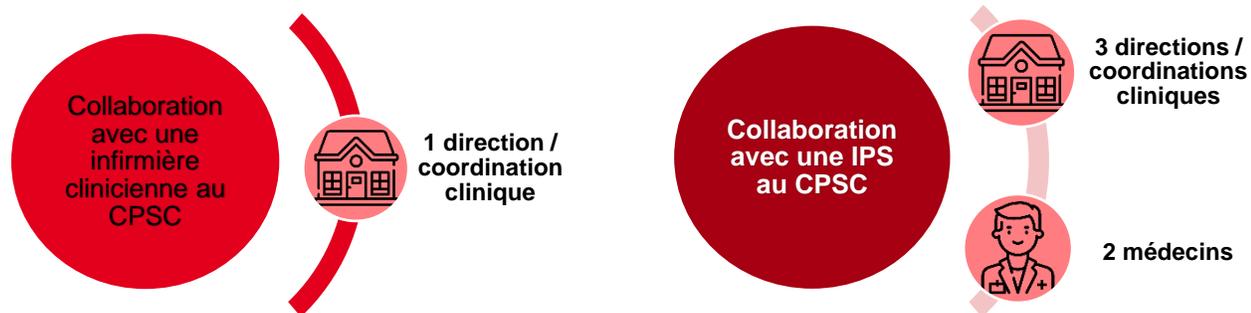
« Une formation à la pédiatrie est nécessaire, selon notre expérience. »
(Direction/coordination clinique) « Comme notre clientèle est vraiment complexe, je crois que ça prend de l'expérience et une formation sur le sujet avant de pouvoir pratiquer en PSC. » (Médecin)

Les professionnelles intéressées à s'engager dans cette réflexion aux implications cliniques importantes trouveront dans la section "discussion" de ce rapport de multiples arguments représentant différents positionnements possibles. Nous pouvons d'ores et déjà annoncer que la présente recherche n'aura pas permis de trancher à ce sujet, mais qu'elle offre cependant plusieurs pistes pour amorcer une réflexion bien ancrée dans la recherche.

3. Motivations ayant mené à embaucher des infirmières et espoirs et attentes envers leur rôle

Ici, il faut distinguer deux points de vue ; d'une part, celui des participantes issues de CPSC qui ont une infirmière clinicienne ou une IPS au sein de leur équipe et celui des autres participantes pour qui ce n'est pas le cas. Les premières (trois directions et coordinations cliniques, deux médecins et huit infirmières) nous ont partagé les motivations qui les ont amenées à recruter une infirmière dans leur équipe. Les secondes (huit directions et coordinations cliniques et huit médecins) nous ont plutôt mentionné quelles étaient leurs attentes et leurs espoirs envers le rôle des infirmières cliniciennes et des IPS en PSC, sans toutefois en avoir fait l'expérience concrète pour leur part.

Figure 9 : Répartition des directions et coordinations cliniques qui collaborent avec une infirmière dans leur CPSC



Note : La direction / coordination clinique qui collabore avec une infirmière clinicienne collabore également avec une IPS.

Les motivations ayant donné lieu à l'embauche d'infirmières dans les CPSC

Cette thématique a été documentée auprès des groupes de participantes suivants :

- ✓ Toutes les infirmières cliniciennes et IPS ayant participé à la recherche
- ✓ Les directions et coordinations cliniques de CPSC qui collaborent avec une infirmière dans leur équipe

Une direction / coordination clinique participante avait une infirmière clinicienne dans son équipe au moment de remplir le sondage en ligne. Cette infirmière a été embauchée dans l'intention qu'elle puisse offrir un soutien à la pratique des médecins, faire des opérations de triage, ainsi que de la prévention et du dépistage.

« Besoin de soutenir la pratique médicale exercée par 4 omnipraticiens qui viennent 1 journée par semaine chacun. Besoin de jouer le rôle de porte d'entrée triage avec la secrétaire clinique et l'intervenante psycho sociale. Besoin de s'occuper du volet prévention dépistage. » (Direction/coordination clinique)

L'analyse des données recueillies par sondages auprès des directions et coordinations cliniques indique que les IPS sont quant à elles le plus souvent recrutées pour assurer un rôle qui s'avère beaucoup plus proche de celui de la médecin, dans un contexte où les médecins sont difficiles à recruter en PSC.

« Notre médecin n'est pas disponible à toutes les semaines (environ 3 journées par mois). Aussi, elle [a d'autres projets]. Elle a tenté du recrutement auprès d'autres médecins sans succès. » (Direction/coordination clinique)

Une direction / coordination clinique a témoigné à l'effet que l'organisation actuelle des services de santé n'encourage effectivement pas les médecins à s'impliquer en PSC, ce qui menace la continuité des suivis médicaux en cours avec les familles.

« L'idée était de pouvoir assurer un suivi médical continu grâce à un poste salarié. Nos pédiatres sont payés à l'acte et, pour la plupart, sont malheureusement seulement sur les lieux pour leur clinique. » (Direction/coordination clinique)

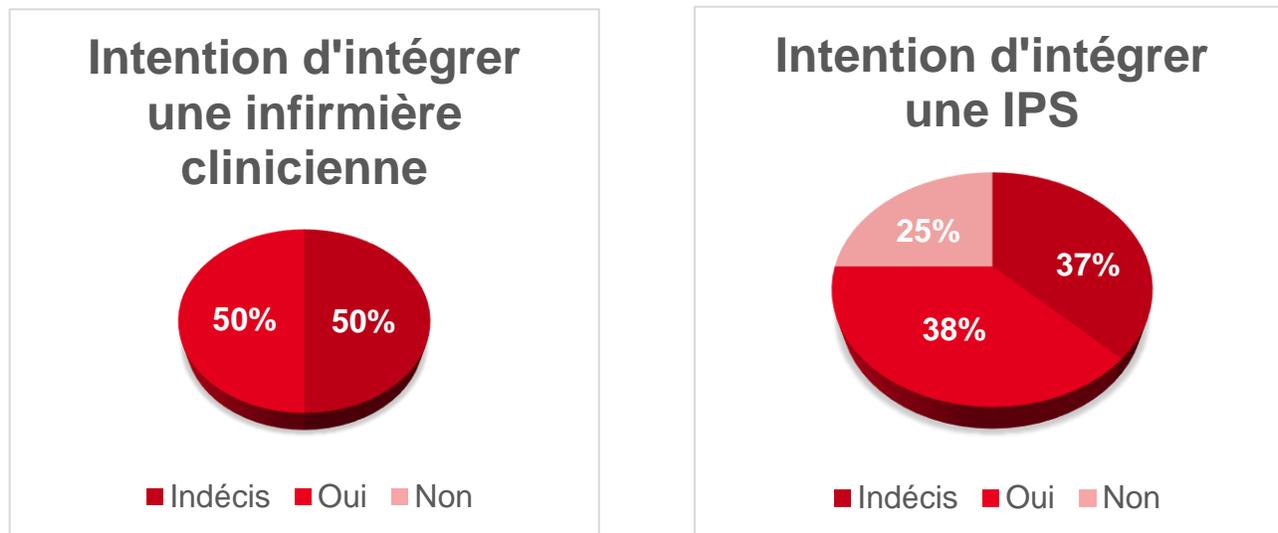
Les attentes et espoirs envers le rôle infirmier en PSC

Cette thématique a été documentée auprès des groupes de participantes suivants :

- ✓ Les directions et coordinations cliniques sans infirmière clinicienne ou IPS au CPSC
- ✓ Les médecins sans infirmière ou IPS au CPSC

Au moment de réaliser les sondages en ligne, huit des 11 directions et coordinations cliniques participantes n'avaient pas d'infirmière dans leur CPSC. La figure 7 (page suivante) représente l'intention de ces directions et coordinations cliniques d'intégrer une infirmière à leur équipe dans le futur, telle que sondée à l'hiver et au printemps 2020.

Figure 10 : Intention des directions et coordinations cliniques d'intégrer éventuellement des infirmières dans leurs équipes



Constat 5 : Les résultats des sondages aux directions et coordinations cliniques indiquent un intérêt marqué à intégrer des infirmières en PSC.

Ainsi, une minorité de directions et coordinations cliniques ayant répondu au sondage en ligne affirment ne pas être du tout intéressée à embaucher une infirmière dans le futur. Il est probable que l'offre de participation au sondage ait principalement attiré des directions et coordinations cliniques qui s'intéressent justement à l'implantation du rôle infirmier, et que cela ne représente pas adéquatement la tendance pour l'ensemble des CPSC au Québec. Malgré cette possibilité, on recense tout de même huit CPSC qui considèrent ajouter une infirmière clinicienne à leur équipe contre six CPSC dans le cas des IPS.

A) Attentes et espoirs envers le rôle de l'infirmière clinicienne

D'abord, concernant le rôle projeté de l'infirmière clinicienne, notons trois points de consensus dans les perceptions des directions / coordinations cliniques et des médecins. Une première attente commune envers l'infirmière clinicienne est qu'elle contribue à l'accroissement de la qualité de l'accompagnement des enfants et des familles.

« Support auprès des familles. » (Direction/coordination clinique)

« Alternative très intéressante à la présence médicale, complémentarité, nouvelles possibilités dans le suivi des enfants et des familles (...). » (Médecin)

De plus, les deux groupes de participantes ont évoqué la possibilité d'une réponse plus rapide aux besoins de santé ponctuels exprimés par les familles, et ce directement au CPSC.

« Petites urgences de santé/ suivi médical » (Direction/coordination clinique)

« Attentes : pouvoir répondre rapidement aux multiples besoins de santé physique de notre clientèle, être la porte d'entrée de notre clientèle pour toutes les questions de santé physique et faire ainsi office de triage de 1ère ligne (...). » (Médecin)

Également, les deux groupes s'attendent à ce que l'ajout d'une infirmière clinicienne à l'équipe donne la possibilité au médecin de prendre plus de temps pour s'occuper des suivis complexes, advenant que celle-ci se concentre sur les suivis qualifiés de « *plus simples* ».

« Plus de temps pour les suivis plus complexes par le médecin » (Direction/coordination clinique)

« Suivi de situation plus simple. » (Médecin)

Les éléments mentionnés uniquement par les directions et coordinations cliniques, toujours au titre des espoirs et attentes envers l'infirmière clinicienne, sont l'« *élargissement* » de la vision médico-sociale » déjà présente en PSC et la facilité d'échange projetée entre l'infirmière clinicienne et les familles. Certains médecins formulent des attentes qui semblent, au premier abord, davantage centrées sur la gestion opérationnelle des rôles dans l'équipe. Par exemple, cette médecin évoque la prise en charge d'actes médicaux spécifiques ou la représentation possible de l'équipe par l'infirmière clinicienne aux PSI.

« Rôles qui seraient utiles: suivi de l'ajustement de la médication TDAH une fois que l'évaluation médicale a eu lieu, prévention auprès de la fratrie plus jeune, s'assurer que la vaccination est à jour, représentante d'équipe pour les PSI. » (Médecin)

« Ça pourrait être aidant pour certains suivis moins complexes ou mesure des signes vitaux, de la taille, du poids, de la TA et ce qui serait bien serait pour les vaccins et les bilans sanguins! » (Médecin)

« Attentes : (...) faire certains suivis médicaux demandés par le MD (poids, nutrition, médication, asthme, ivrs, otite), en contexte de pandémie et de télétravail: faire les E/P complémentaires aux E&O faites sur ZOOM. » (Médecin)

Également, une médecin conçoit difficilement comment une infirmière clinicienne pourrait s'assurer de la prise en charge médicale globale d'un enfant.

« À mon sens, une infirmière clinicienne pourrait aider au suivi ponctuel d'une problématique à la fois (ex: médication), mais j'ai du mal à comprendre comment une prise en charge globale puisse être applicable. » (Médecin)

Il est cependant à noter qu'une direction / coordination clinique participante qui a dans les faits expérimenté l'apport de l'infirmière clinicienne au CPSC a dépeint un portrait beaucoup plus global de sa contribution.

« L'infirmière contribue à la cohérence des services de santé dans un contexte de pratique médicale par plusieurs médecins à temps partiel. Elle assure un filet de sécurité par le traitement quotidien des rapports d'examen et les demandes de renouvellement de prescription que nous recevons. (...) Partage d'information et collaboration avec le CLSC pour les soins aux nourrissons et en allaitement, renforce les programmes préventifs par ses interventions: vaccination, prévention bébé secoué, mesures COVID, etc. » (Direction / coordination clinique)

B) Attentes et espoirs envers le rôle de l'IPS

Moyennant l'embauche d'une IPS, les directions et coordinations cliniques n'ayant pas encore expérimenté la collaboration avec ce type d'infirmière dans leur CPSC s'attendent notamment à ce que cette dernière prenne en charge des suivis médicaux et offre occasionnellement des soins d'urgence au CPSC. Une attente à relever est également que l'IPS puisse réaliser des É-O en l'absence d'un médecin (quoiqu'en présence de la travailleuse sociale).

« Évaluation/orientation en absence du médecin, soutien à l'équipe clinique, suivis médicaux, soins d'urgence. » (Direction/coordination clinique)

Pour ce qui est des attentes et espoirs des médecins envers le rôle de l'IPS, on constate qu'en général, elles ne s'attendent pas au même niveau d'autonomie professionnelle de l'IPS comparativement aux directions et coordinations cliniques qui se sont exprimées sur la question. Un médecin s'attendrait à ce que l'IPS puisse suivre l'évolution de la famille et l'informer au besoin dans les cas où la situation de l'enfant le nécessite. Un autre aimerait que l'IPS puisse aider à compléter des ABCdaires.

« Faire les suivis évolution de la médication. Nous faire un topo et suivi téléphonique quand une situation difficile est vécue par un enfant / une famille. » (Médecin)

« Pour faire l'Abécédaire de nos tout-petits. » (Médecin)

Une médecin évoque plutôt ici la prise en charge autonome de certains suivis de santé physique, sans spécifier dans quels cas cela pourrait s'appliquer :

« Prendre en charge complètement certains suivis de santé physique. » (Médecin)

Seulement une médecin ayant répondu à notre sondage travaille étroitement avec une IPS qui fait parfois des ÉO en son absence. On constate un contraste majeur entre sa perception des apports du rôle de l'IPS et celles des autres médecins qui se sont exprimés sur la question.

« Son champ de compétences est adéquat pour agir en tant que clinicienne avec la plupart des enfants. Lorsque les cas sont médicalement plus poussés, elle nous les réfère. (...) [Il en résulte un] Meilleur accès aux services médicaux [, une amélioration du] suivi des patients. [Ça] permet de faire des relances qui n'auraient pas eu lieu autrement. (...) J'ai travaillé avec de nombreuses IPSPL dans ma courte carrière. Ces professionnelles sont tout à fait aptes à prendre en charge des patients de première ligne. Pour les compétences utiles en pédiatrie sociale, plusieurs relèvent quant à moi du savoir être et des compétences relationnelles. Ce qu'une IPSPL peut maîtriser tout autant que n'importe quel médecin. » (Médecin)

4. Valeur ajoutée du rôle infirmier en PSC

Cette thématique a été documentée auprès des groupes de participantes suivants :

- ✓ Toutes les infirmières cliniciennes et IPS ayant participé à la recherche
- ✓ Les directions et coordinations cliniques de CPSC qui collaborent avec une infirmière dans leur équipe
- ✓ Les médecins de CPSC qui collaborent avec une infirmière dans leur équipe

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes intéressées à capter les différences et les similitudes possibles dans les représentations de la valeur ajoutée du rôle infirmier en PSC entre les infirmières, les médecins et les directions et coordinations cliniques. Aussi, nous nous sommes intéressées à la valeur ajoutée telle qu'expérimentée dans les faits et non projetée. Il nous semblait en effet plus valide de nous concentrer sur les perceptions des équipes qui avaient expérimenté la collaboration avec l'infirmière.

Au nombre des limites méthodologiques de notre démarche, notons qu'aucune médecin et seulement une direction / coordination clinique avait dans son équipe une infirmière clinicienne au moment de répondre au sondage en ligne. C'est donc l'analyse thématique des données provenant de cette direction / coordination clinique couplée à celle des entretiens menés avec quatre infirmières cliniciennes qui a constitué notre base de référence pour documenter la valeur ajoutée du rôle de l'infirmière clinicienne en PSC. En ce qui concerne la valeur ajoutée du rôle de l'IPS, nos analyses ont été réalisées à partir de données recueillies auprès de trois directions et coordinations cliniques et de deux médecins ayant répondu aux sondages en ligne et

travaillant avec une IPS dans leur CPSC, ainsi qu'à partir des transcriptions d'entretiens réalisées avec trois IPS.

La valeur ajoutée du rôle de l'infirmière clinicienne en PSC

La perspective d'une direction / coordination clinique

Lorsque questionnée par sondage, la seule direction / coordination clinique participante qui compte une infirmière clinicienne dans son équipe évoque tout d'abord la grande disponibilité de l'infirmière clinicienne à même le CPSC, de sorte à pouvoir répondre rapidement aux besoins ponctuels de santé exprimés par les familles.

« Les enfants créent un lien de confiance avec l'infirmière qui les rencontre lorsqu'ils ont des problèmes de santé mineurs, elle leur donne des informations et des conseils personnalisés, elle prodigue des soins infirmiers sur place au lieu d'aller dans des milieux inconnus. Elle est une personne accessible au quotidien. » (Direction/coordination clinique)

De l'avis de la direction / coordination clinique consultée, l'infirmière clinicienne est en mesure d'assurer un partage d'information plus étendu que ses autres collègues, à la fois avec les médecins et les intervenantes psychosociales du CPSC, ainsi qu'auprès des partenaires externes. Cela a pour effet de renforcer la cohérence du SA pour le bénéfice des enfants et des familles.

« L'infirmière contribue à la cohérence des services de santé dans un contexte de pratique médicale par plusieurs médecins à temps partiel. Elle assure un filet de sécurité par le traitement quotidien des rapports d'examen et les demandes de renouvellement de prescription que nous recevons. (...) Partage d'information et collaboration avec le CLSC. » (Direction/coordination clinique)

À la suite de l'arrivée de l'infirmière clinicienne au CPSC, la direction / coordination clinique consultée témoigne à l'effet que la tâche des médecins et des intervenantes psychosociales s'en voit allégée et simplifiée. Si les suivis de santé étaient auparavant pris en charge par les intervenantes psychosociales du CPSC, ils sont désormais assurés par l'infirmière clinicienne, qui dispose d'une formation adaptée pour le faire. Également, l'infirmière clinicienne met à profit ses compétences médicales au CPSC, en conformité avec les balises légales de sa pratique⁷.

⁷ Pour un survol des balises légales de la pratique infirmière des infirmières cliniciennes, vous pouvez vous rapporter à la section de ce rapport intitulée *Discussion – 2. En regard des balises légales de la pratique infirmière au Québec, quels standards la PSC devrait-elle poser pour ses milieux de pratique?*

« Le personnel clinique peut compter sur l'infirmière en cas d'inquiétudes en matière de santé et ce de façon rapide et quotidienne. L'infirmière s'occupe maintenant de tâches qui étaient assurées par les adjointes cliniques avant: suivi des requêtes demandées par le médecin en EO, triage téléphonique, liens avec les médecins, collecte d'information en lien avec les suivis de médication. Elle effectue aussi certains ABCdaires, ce qui laisse plus de disponibilité pour les médecins pour faire des EO et allège aussi les EO. »
(Direction/coordination clinique)

Enfin, la direction / coordination clinique consultée souligne les expertises fortes de l'infirmière clinicienne en prévention et promotion de la santé, ainsi qu'en périnatalité. Dans le CPSC concerné, ces forces ont donné lieu à des collaborations intéressantes avec différents partenaires pour le bénéfice des enfants et des familles.

« Partage d'information et collaboration avec le CLSC pour les soins aux nourrissons et en allaitement, renforce les programmes préventifs par ses interventions: vaccination, prévention bébé secoué, mesures COVID, etc. » (Direction/coordination clinique)

La perspective de quatre infirmières cliniciennes

L'analyse qualitative du discours des infirmières cliniciennes rencontrées met également de l'avant la composante relationnelle de leur rôle. À cet effet, une infirmière clinicienne utilisera l'analogie de la « courroie de transmission », qui évoque à la fois sa contribution en termes de partage d'information avec différentes personnes et organisations mobilisées autour de l'enfant et de sa famille, mais également les liens qu'elle contribue à créer et à solidifier entre ces acteurs. Il peut s'agir tant des liens entre la famille et le CPSC, entre les professionnelles du CPSC ou entre le CPSC et les partenaires externes, par exemple. À l'instar de la direction / coordination clinique consultée, les infirmières cliniciennes que nous avons rencontrées expliquent d'ailleurs contribuer à l'accroissement de la cohérence globale du SA auprès des familles.

« Il y a des familles qui ont vécu l'expérience de changer de médecin. Dans ce temps-là, j'ai comme le souci de cohérence. (...) Donc moi je travaille avec tous les médecins, je les vois tous. Mais entre eux, ils ne travaillent pas vraiment ensemble. » (Infirmière clinicienne)

Les infirmières cliniciennes misent d'ailleurs sur une approche de santé globale hautement compatible avec la PSC, et ce faisant occupent un rôle central dans leurs équipes, à la croisée des chemins entre l'expertise médicale et psychosociale. Elles disposent de compétences transversales à la fois avec le médecin et la travailleuse sociale.

« Pour les centres qui n'ont pas d'infirmière, cela requiert une plus grande disponibilité de la part du médecin pour coordonner le suivi médical, car il en assume la responsabilité. Il y a 5 ans, il n'y avait pas d'infirmière ici. C'étaient les travailleuses sociales qui prenaient un petit peu de ce mandat-là. S'il y avait quelque chose avec les médicaments d'un enfant TDAH, la travailleuse sociale posait quelques questions, rapportait l'information au médecin. » (Infirmière clinicienne)

« C'est une profession autonome en soi. Il y a plein de choses que je peux faire indépendamment du médecin. Qu'il y ait un médecin ou non. C'est pour ça qu'il y a des cliniques autogérées par des infirmières aussi. Je peux faire de l'enseignement, je peux faire de la prévention, de la promotion de la santé. » (Infirmière clinicienne)

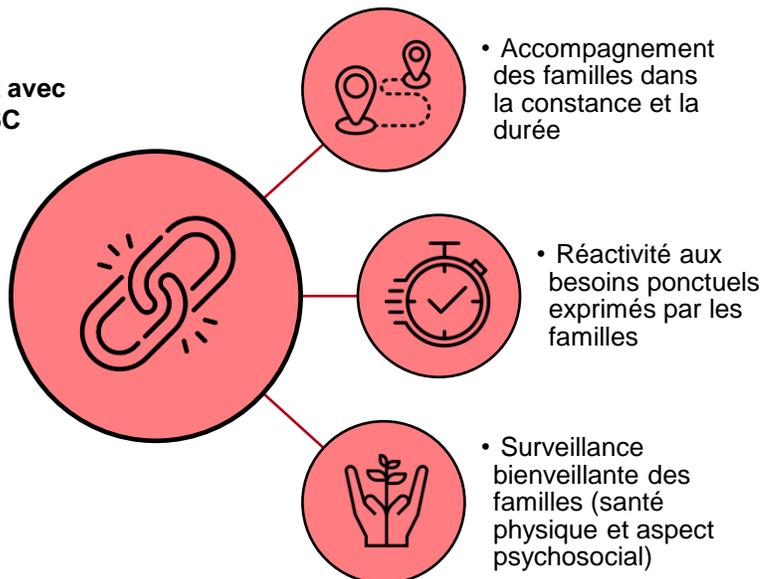
Figure 11 : Valeur ajoutée du rôle de l'infirmière clinicienne en PSC du point de vue des participantes à la recherche

**L'infirmière clinicienne améliore considérablement la qualité du suivi-
accompagnement.**



**Corroboré par 1 direction /
coordination clinique collaborant avec
une infirmière clinicienne au CPSC**

**Elle incarne une expertise clinique mixte
et transversale, qui lui est propre. Elle
arrime la force de travail collective en SA
et renforce le lien des familles au CPSC,
le tout dans une approche de santé
globale.**



Du point de vue des infirmières rencontrées, l'infirmière clinicienne favorise grandement l'accès aux services, qui demeure un enjeu important en PSC tout comme ailleurs. Elle est plus accessible auprès des familles que d'autres de ses collègues, car elle a pour ressource privilégiée le temps. Elle accompagne les familles dans la constance et la durée, forte d'une approche communautaire hautement compatible avec la PSC.

« Dans notre approche, on va prendre plus le temps d'évaluer tout le reste, dans une optique d'évaluation. Avant, et après, on peut avoir plus le temps de le faire que le pédiatre et les médecins. » (Infirmière clinicienne)

Les infirmières cliniciennes parlent également de leur grande réactivité face aux besoins ponctuels exprimés par les familles entre les rencontres d'ÉO, ainsi que de leurs réponses sensibles aux besoins et sécurisantes pour les parents et les enfants.

« Donc dans ces mandats-là, il y a quelque chose qui fait que c'est plus accessible en principe. Donc on répond. Donc quand il n'y a pas de médecin disponible, c'est clair pour les filles de l'accueil, que si moi je le suis, je peux assurer un suivi. Si c'est un appel téléphonique, quelque chose qui fait que c'est plus rapide, je peux les rediriger. Est-ce que c'est Info-Santé, ou l'urgence, et que c'est maintenant? Est-ce que c'est une clinique sans rendez-vous demain? Est-ce que c'est « je te rappelle, peut-être que dans deux jours, je valide, mais peut-être que j'ai un médecin qui est disponible et que ça va être correct. Je peux te rappeler demain, je te donne des conseils, et tu es outillé et rassuré ». Ou « viens me voir », je le vois, je l'évalue. Si ça dépasse [ce que je peux faire] parce qu'effectivement, il y a une otite. Moi, je ne suis pas la professionnelle qui peut diagnostiquer et qui peut le traiter. Et j'ai besoin d'un collègue médecin à ce moment-là. » (Infirmière clinicienne)

Elles évoquent également la surveillance bienveillante qu'elles réalisent en continu auprès des familles, tant au niveau de la santé physique que du fonctionnement psychosocial. Les infirmières cliniciennes peuvent ainsi mobiliser des ressources rapidement autour de la famille si un besoin émerge.

« Parce que la façon dont on organise nos suivis, une fois qu'on a proposé des choses à la famille, on ne va pas en rester là. On va les rappeler. Souvent, je dis à la famille « Je te propose ça, essaie-le. Et si tu veux, je me mets une petite note, je te rappelle dans un mois pour savoir comment ça va. » ». (Infirmière clinicienne)

En bref...

La direction / coordination clinique consultée semble s'entendre avec les infirmières rencontrées à propos de la valeur ajoutée du rôle de l'infirmière clinicienne en PSC. Ainsi, c'est surtout au niveau de l'accroissement de la qualité du SA que cette valeur ajoutée prend tout son sens.

Constat 6 : La valeur ajoutée de l'infirmière clinicienne en PSC, telle que décrite par les participantes à la recherche, est d'accroître la portée du modèle de PSC en améliorant la qualité du suivi-accompagnement (SA) auprès des familles.

La valeur ajoutée du rôle de l'IPS en PSC

La perspective de trois directions / coordinations cliniques

Les témoignages de trois directions et coordinations cliniques qui collaborent avec une IPS au sein de leur équipe parlent de la difficulté à recruter des médecins pour assurer un service médical de base au CPSC. Dans tous les cas, cette réalité est présentée comme une condition ayant conduit à l'embauche d'une IPS.

« L'idée était de pouvoir assurer un suivi médical continu grâce à un poste salarié. Nos pédiatres sont payés à l'acte et, pour la plupart, sont malheureusement seulement sur les lieux pour leur clinique. Nous avons aussi eu de la difficulté à recruter des pédiatres francophones. Comme l'IP peut examiner l'enfant, poser un diagnostic et prescrire la médication, ce poste était donc indispensable, surtout pour notre clientèle francophone. » (Direction / coordination clinique)

« [Nous avons] tenté du recrutement auprès d'autres médecin sans succès. L'IPS en question avait d'elle-même fait valoir son intérêt pour le CPSC. » (Direction / coordination clinique)

Conséquemment, du point de vue des directions et coordinations cliniques ayant embauché une IPS, l'accès aux services médicaux est au cœur des représentations de sa valeur ajoutée. Pour l'ensemble des directions et coordinations cliniques concernées, la présence de l'IPS permet de réaliser plus d'ÉO et de renforcer le SA dans leurs CPSC respectifs.

« Augmente notre potentiel de suivi médical et d'ÉO. » (Direction /coordination clinique)

« L'attente pour un rendez-vous est diminuée. (...) Permet d'avoir une journée clinique par semaine supplémentaire. » (Direction /coordination clinique)

L'IPS est parfois mise à profit pour desservir les populations les plus difficiles à rejoindre du territoire, que les médecins n'arrivent pas à voir en clinique.

« Soins de santé plus accessibles dans des secteurs plus reculés de notre territoire. (...) Contribuer à développer la pratique mobile. » (Direction / coordination clinique)

Les IPS sont également décrites comme étant parfois plus présentes au CPSC que les médecins. Pour cette raison, les directions et coordinations cliniques travaillant avec elles mentionnent qu'elles sont en mesure de réaliser certains suivis médicaux qui ne pourraient pas être faits autrement.

*« Énorme appui aux pédiatres puisque c'est souvent l'[IPS] qui fait les suivis médicaux. »
(Direction / coordination clinique)*

« Suivis continus comme l'IP est sur les lieux 3.5 jours/semaine (vs les pédiatres qui sont moins présents - payés à l'acte). » (Direction / coordination clinique)

Du point de vue des directions / coordinations cliniques consultées, les IPS assurent également une meilleure continuité des suivis médicaux au CPSC. Elles peuvent contribuer, par leur expertise médicale, à la fluidité du SA, en dialogue avec d'autres expertises et de concert avec l'ensemble des professionnelles du CPSC qui s'y impliquent.

« L'[IPS] étant sur les lieux plus régulièrement que les pédiatres, le personnel peut plus facilement la consulter au besoin. » (Direction / coordination clinique)

Fortes de leur approche communautaire, les IPS s'impliquent également auprès des partenaires, ce qui est perçu comme un atout du point de vue des directions et coordinations cliniques consultées.

« Étant sur les lieux plus régulièrement, l'IP peut faire du "outreach" dans la communauté. Ateliers dans les écoles/centres communautaires. » (Direction / coordination clinique)

« Assure également un bon partenariat (médecins et écoles). » (Direction / coordination clinique)

Pour une direction / coordination clinique, la valeur ajoutée de l'IPS renvoie également à ses compétences et expertises spécifiques, qui sont le reflet de son parcours individuel, lui conférant par exemple, dans un cas en particulier, une expertise ciblée auprès des enfants présentant des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

« Notre IPS a une spécialité en enfance dont les TDAH. » (Direction / coordination clinique)

En bref, les directions et coordinations cliniques qui collaborent avec une IPS dans leur équipe valorisent tant son apport au niveau du SA que son potentiel à assumer une expertise médicale autonome en ÉO, ce qui permet ultimement aux CPSC durement touchés par la pénurie de médecins à rencontrer leur mission première auprès des enfants et des familles.

La perspective de deux médecins

Seulement deux médecins ayant répondu au sondage en ligne collaborent avec des IPS dans leur CPSC. Une médecin corrobore la perspective des directions et coordinations cliniques à propos de la valeur ajoutée de leur rôle en PSC. Dans son CPSC, l'IPS est sollicitée tant en ÉO qu'en SA. La médecin en question témoigne d'un impact favorable qui se fait ressentir tant au niveau du nombre d'ÉO réalisées qu'au niveau de l'intensité du SA avec les familles.

« Meilleur accès aux services médicaux. Améliore le suivi des patients, permet de faire des relances qui n'auraient pas eu lieu autrement. » (Médecin)

Elle souligne aussi que l'IPS partage bon nombre de compétences et d'expertises transversales avec elle, et qu'elle est en mesure de les actualiser au moment de l'ÉO en son absence. Dans ce CPSC, les cas les plus complexes sur le plan médical sont cependant systématiquement référés aux médecins au moment de la pré-évaluation en vue d'une ÉO.

« Son champ de compétences est adéquat pour agir en tant que clinicienne avec la plupart des enfants. Lorsque les cas sont médicalement plus poussés, elle nous les réfère. » (Médecin)

La deuxième médecin ayant participé au sondage décrit un autre type d'implication possible de l'IPS en PSC. Dans ce CPSC, l'IPS porte de façon autonome un projet axé sur la périnatalité sociale. Cependant, cette IPS n'est pas sollicitée pour assurer l'expertise médicale en ÉO. Elle joue plutôt un rôle centré sur le SA des futurs parents ayant vécu des traumatismes relationnels dans l'enfance.

« L'infirmière praticienne spécialisée en première ligne est la porteuse du dossier d'implantation de notre clinique de périnatalité sociale. (...) Elle nous permet d'offrir des soins sensibles aux traumatismes à une clientèle de futurs parents. » (Médecin)

En bref, cette médecin témoigne d'une voie alternative d'intégration pour l'IPS, soit celle de l'experte clinique en charge d'un projet à vocation particulière. Cette voie d'intégration se présente cependant comme une exception parmi les cas que nous avons recensés. D'après les propos que nous avons recueillis auprès des directions et coordinations cliniques, la majorité des CPSC qui embauchent une IPS le font d'abord et avant tout pour continuer d'assurer un service médical qui répond aux besoins des enfants et des familles dans un contexte de pénurie de médecins en PSC. Ces CPSC ne sont d'ailleurs pas parvenus à un niveau de développement suffisamment avancé pour être en mesure d'annexer des projets d'envergure à leurs services réguliers, qu'ils peinent parfois à maintenir.

La perspective de trois IPS

En ce qui concerne la valeur ajoutée de leur rôle en PSC, les témoignages des trois IPS que nous avons rencontrées sont, règle générale, plutôt cohérents avec ceux des autres groupes de participantes à la recherche ayant travaillé avec elles en PSC. Toutefois, on dénote tout de même une certaine différence, au sens où les IPS nous parlent moins de leur rôle en SA que de leur rôle en ÉO. En effet, si l'infirmière clinicienne est tout à fait compétente pour assurer un SA de qualité en PSC, la valeur ajoutée de l'IPS par rapport à l'infirmière clinicienne est alors de potentiellement pouvoir déployer davantage d'autonomie dans l'exercice de son rôle en ÉO.

Constat 7 : La valeur ajoutée de l'IPS en PSC, telle que décrite par des participantes à la recherche qui en ont fait l'expérience concrète, est typiquement d'augmenter le nombre d'ÉO, et conséquemment d'augmenter l'accès aux services de PSC.

Un élément important à mentionner d'entrée de jeu est que les IPS disent incarner une expertise médicale différente de celle de la médecin, mais résolument opérante en ÉO. Nous avons déjà évoqué la grande richesse et la diversité des expertises et compétences des infirmières ayant participé à la présente recherche. Les IPS que nous avons rencontrées témoignent effectivement de l'amalgame de leur formation de base et de leurs expériences cliniques riches et variées, qui donnent une valeur ajoutée distinctive à leur contribution en PSC.

« Donc étant donné mon passé avec ce que j'ai vu, j'avais vraiment de l'affinité pour la clientèle pédiatrique. Et particulièrement le TDAH, tout ce qui était de l'ordre des problèmes au niveau du comportement. Et j'avais pas mal un dada en pédopsychiatrie, même si j'étais infirmière en première ligne. » (IPS)

Une IPS souligne également que la culture professionnelle des IPS est naturellement compatible avec l'approche de PSC, ce qui en fait une candidate tout indiquée pour incarner les valeurs et les principes qui y sont défendus.

« Ce qui est pertinent aussi de dire, c'est que l'approche des infirmières, et des infirmières praticiennes, c'est vraiment une approche qui colle beaucoup, beaucoup à la pédiatrie sociale. Parce que les familles sont souvent incluses, on prend toujours la personne dans sa globalité, on a toujours plus de temps avec nos patients. C'est quand même une approche qui colle beaucoup, beaucoup à l'approche nursing ou à l'approche « infirmière avancée » Ça fait partie déjà de ce que je faisais. De prendre tout le côté social de l'enfant et de l'inclure dans les paramètres de santé. » (IPS)

La figure 9 résume les principaux éléments de valeur ajoutée du rôle de l'IPS en PSC, tel que les IPS consultées les perçoivent. Des IPS expliquent qu'elles ont effectivement été recrutées pour pallier le manque de médecins, parfois dans des situations où le CPSC était menacé de devoir fermer si elles ne venaient pas changer rapidement la donne.

« C'est plate à dire, mais souvent, on est là pourquoi? Pour compenser pour le déficit au niveau médical et l'accessibilité aux soins. » (IPS)

« C'est que si je ne m'implique pas, la clinique elle est fermée [oui]. Il n'y aura pas de suivi. » (IPS)

Figure 12 : La valeur ajoutée du rôle de l'IPS en PSC du point de vue des participantes à la recherche

L'IPS incarne une expertise médicale différente de la médecin, mais opérante en ÉO.

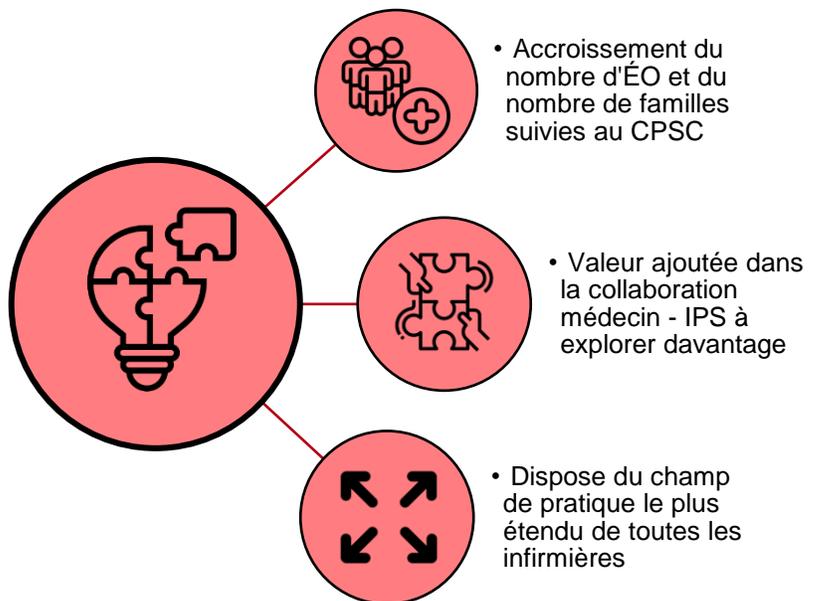


Corroboré par 1 médecin qui collabore avec une IPS dans son CPSC



Non-corroboré par 1 médecin qui collabore avec une IPS dans son CPSC

Elle incarne une expertise clinique forte et qui lui est propre (amalgame formation + expérience clinique). En ÉO, elle peut formuler des hypothèses diagnostiques valides et opérantes qui demeurent renforcées par la co-intervention.



Les IPS ont cependant défendu leur valeur ajoutée distinctive, et n'ont pas tenté de se représenter comme équivalentes à une médecin.

« Je ne suis pas là pour remplacer un médecin. C'est quand même un rôle assez différent. » (IPS)

Une IPS explique qu'après qu'elle soit arrivée au CPSC, il a même été plus facile de recruter des médecins pour y travailler par la suite, en raison de la valeur ajoutée anticipée du travail de collaboration médecin-IPS.

« (...) on a trouvé deux, trois médecins qui étaient intéressés parce que justement ça, le travail de collaboration, et de partenariat avec un médecin, c'est facilitant, tant pour moi que pour lui. » (IPS)

Même si elles ne partagent pas tout l'éventail des expertises de la médecin, les IPS que nous avons rencontrées se considèrent suffisamment compétentes pour assumer l'expertise médicale requise en ÉO, avec le soutien non seulement des médecins du CPSC mais aussi du reste de l'équipe clinique. Les IPS disposent d'ailleurs du champ de pratique le plus étendu de toutes les formations infirmières disponibles au Québec. Malgré leurs grandes compétences conférées par leur formation, la plus longue de toutes les infirmières praticiennes au Canada, nous avons constaté que la légitimité de leur pratique en ÉO était remise en question, essentiellement à partir de l'analyse des questionnaires en ligne complétés par des médecins.

En bref...

Constat 8 : L'analyse du discours des IPS soulève un point de tension majeur en PSC ; à savoir les situations où les écarts aux standards des compositions d'équipe prônés actuellement par le cœur du modèle en ÉO (médecin – travailleuse sociale – avocat) ne sont pas favorisés, en dépit d'un manque criant d'accès aux services de PSC dans certaines communautés.

En bref, le discours des IPS met en évidence que si certaines étapes du processus clinique de PSC doivent impliquer exclusivement certaines professionnelles, cela a nécessairement un prix ; celui de rendre l'accès aux services beaucoup moins opérant dans les faits. Or, les IPS, et peut-être éventuellement d'autres professionnelles de la PSC, sont susceptibles de ressentir un choc de valeurs à ce niveau, car l'accès aux services de santé demeure un principe fondamental dans leur culture de pratique.

« Donc est-ce qu'il y a quelque chose de plus significatif que l'accessibilité aux soins en pédiatrie sociale? » (IPS)

5. Éléments qui favorisent l'intégration et le plein déploiement du rôle infirmier en PSC

Cette thématique a été documentée auprès des groupes de participantes suivants :

- ✓ Toutes les infirmières cliniciennes et IPS ayant participé à la recherche
- ✓ Les directions et coordinations cliniques de CPSC qui collaborent avec une infirmière dans leur équipe (Une minorité de directions et coordinations cliniques a commenté spontanément à propos de cette thématique.)

Nous avons brièvement questionné les infirmières et les directions / coordinations cliniques à propos des éléments qui, selon elles, favorisent l'intégration optimale d'une infirmière en PSC. Six thématiques ont été évoquées, soit 1) les caractéristiques de l'infirmière, 2) la collaboration médecin-infirmière, 3) la collaboration entre l'infirmière et les autres professionnelles de l'équipe, 4) les modes d'organisation du travail et les ressources disponibles au CPSC, 5) le positionnement des décideurs publics et des institutions partenaires et 6) la proactivité de la FDJ dans le développement de balises pour la pratique.

Les caractéristiques de l'infirmière

Au nombre des caractéristiques de l'infirmière qui contribuent au plein déploiement de son rôle en PSC, les participantes à la recherche ont mentionné la confiance de l'infirmière en ses propres capacités et compétences, couplée d'une bonne connaissance de l'infirmière de ses limites personnelles et professionnelles.

« (...) mon rôle élargi m'a beaucoup servi à départager ce qui était mortel dans les prochaines heures de ce qui n'était pas mortel. (...) Dans le sens qu'en pédiatrie sociale, je vois plus facilement peut être des situations de négligence, et de stress toxique. J'ai plus le flair peut-être parce que j'ai été exposée beaucoup. Mais, en même temps, c'est tu un flair là? Ce n'est pas nécessairement basé sur des affaires scientifiques. Mais ça, c'est mon expérience. Le fait que je sois à l'aise, je pense, c'est parce que j'ai la formation de praticienne. » (IPS)

« Et si ce sont des choses qui me sortent de ma zone de confort, [je vais consulter], ça dépend. Ça, c'est souvent pour des situations vraiment précises. » (IPS)

La capacité d'adaptation et la réactivité de l'infirmière face aux opportunités d'accompagnement des familles a aussi été soulevée en tant que qualité à incarner en PSC.

*« Avec une clientèle vulnérable, il est là ton momentum, donc il faut que tu le prennes. »
(Infirmière clinicienne)*

« Dans la préparation, ça été aussi beaucoup de me dire « c'est correct si tu rencontres une famille, et que tu n'es pas préparée comme tu le souhaiterais ou que tu ne connais pas toute leur histoire ». (Infirmière clinicienne) »

Les infirmières qui disposaient d'un réseau de contacts établi avec des médecins de la région ou des organismes partenaires du CPSC ont aussi souligné que cela leur avait donné une longueur d'avance à leur arrivée au CPSC.

« (...) ça fait 25 ans que je pratique ici, ça fait déjà 5 ans que la clinique TDAH roule. Donc les travailleurs sociaux, l'équipe de la DPJ, tout le monde me connaît. T'sais, donc il y a cette facilité-là peut-être aussi. » (IPS)

Il a aussi été relevé que la formation académique et l'expérience préalable de l'infirmière devait être adéquate en regard de la façon dont son rôle est envisagé au départ par la direction / coordination clinique. À cet effet, il a été relevé que le choix d'embaucher une infirmière clinicienne a des implications différentes que le choix d'embaucher une IPS.

« (...) si le médecin n'est pas présent au centre, je pense que l'infirmière clinicienne a [tout de même une] place à l'analyse et à travailler avec la population qu'on côtoie (...) Et la marge va être encore différente avec une infirmière praticienne spécialisée. » (Infirmière clinicienne)

Une expérience préalable de l'infirmière en PSC ou dans un champ d'expertise connexe est considérée comme un atout. L'expérience préalable dans la communauté l'est également, dans les sens où l'infirmière qui connaît bien le portrait de la communauté au départ est à même de mieux comprendre les besoins des enfants et des familles.

« Il faut quand même avoir assez d'expérience, c'est juste ça. La personne qui a travaillé en CHSLD, qui est formée pour le CHSLD, si elle arrive en pédiatrie sociale, il faut qu'elle ait quand même une expertise, qu'elle ait de l'expérience en pédiatrie. » (IPS)

« Être à l'aise dans son milieu, bien connaître son milieu. Je pense que ce sont tous des facteurs qui font que c'est gagnant. » (IPS)

De l'avis d'une infirmière, l'intérêt préalable de l'infirmière postulante pour l'accompagnement de clientèles marginalisées est à valider d'entrée de jeu. Celle-ci souligne que le rôle infirmier en CPSC pourrait ne pas correspondre aux attentes des infirmières habituées à pratiquer auprès de la population générale. Il faut notamment valider l'attrait de l'infirmière pour la composante du rôle relative à l'éducation à la santé des patients, qui occupe une place importante en PSC.

« Je ne pense pas que ça plairait à tout le monde d'être une vulgarisatrice autant. Souvent, on ne fait que la base là, c'est par exemple d'expliquer qu'un bébé, ça ne se mouche pas. « Il faut que tu le fasses, je vais te le montrer ». Une autre clientèle, qui serait peut-être dans la classe moyenne, un peu plus aisée, l'aurait compris, serait allée chercher des ressources, aurait été sur internet, aurait peut-être un réseau plus soutenant. Mais il fallait vraiment revenir à l'expression très simple. Peut-être qu'il en a qui se diraient « voyons, ce n'est pas assez challengeant là. Ils n'ont pas [oui] assez de questions poussées pour moi. ». (Infirmière clinicienne)

Constat 9 : L'intégration optimale des infirmières en PSC est influencée non seulement par les caractéristiques de l'infirmière à l'embauche, mais également par plusieurs autres facteurs contextuels sur lesquels les acteurs de la PSC peuvent exercer une influence.

La collaboration médecin-infirmière

De l'avis des infirmières que nous avons rencontrées, l'établissement d'une relation de confiance entre la médecin et l'infirmière est l'un des éléments jugés les plus importants pour favoriser le plein déploiement de la pratique infirmière en PSC. De l'avis d'une participante, il pourrait être difficile pour une infirmière de faire valoir sa compétence et sa capacité d'autonomie professionnelle auprès de médecins qui ne la connaissent pas et qui ne valorisent pas nécessairement toute l'étendue possible de sa pratique, qui pourrait alors ne pas être implantée dans sa pleine mesure au CPSC.

« Donc même si ça fait juste quelques années que j'ai été engagée au centre de pédiatrie, j'ai un plus gros historique avec les pédiatres parce que je les connaissais avant, du milieu hospitalier. Ils savaient comment je travaille. Ils me connaissaient déjà. Ça a fait en sorte que ça été plus facile, je pense, pour me faire valoir et pour avoir un poids dans ce que je peux apporter comme information, versus une infirmière qui, malgré qu'elle a peut-être un très beau bagage, les gens vont prendre plus de temps à la connaître et à lui laisser sa place, je pense. » (Infirmière clinicienne)

Dans le même ordre d'idées, l'établissement d'un lien de collégialité médecin-infirmière aura été, de l'avis d'une IPS, une condition préalable au plein déploiement de sa pratique au CPSC.

« (...) quand il y a quelque chose que je veux [valider], Dr. [nom] arrive ici. Si j'ai besoin qu'elle entérine [une hypothèse diagnostique], c'est d'emblée [qu'elle va me soutenir]. (...) Personne ne s'enfarge dans « avais-tu le droit? » ou « peux-tu, toi? ». On ne s'enfarge pas avec ça. Et si je ne peux pas, moi je le connais mon rôle. Je ne le ferai pas. » (IPS)

Deux IPS soulignent également l'importance que la communication entre la médecin et l'infirmière soit facile, fluide et ouverte.

« Qu'il y ait un super bon lien avec le médecin ». Il faut que les canaux de communication avec le médecin soient vraiment faciles. » (IPS)

« Mais oui, j'ai son cellulaire, elle peut m'appeler, je peux l'appeler, puis des fois, on va communiquer comme ça. » (IPS)

Tant du point de vue des IPS que des infirmières cliniciennes rencontrées, l'absence de rapport hiérarchique entre la médecin et l'infirmière doit également caractériser le lien de collaboration. Cette collégialité dans la relation médecin-infirmière gagnerait donc à être instaurée dès le départ.

« Et c'est super important aussi de mettre en évidence que [nom de la médecin partenaire], ce n'est pas mon superviseur. [Nom de la médecin partenaire], je ne suis pas son employée, je ne suis pas son infirmière praticienne. On est en partenariat, on travaille comme partenaires. Il ne m'utilise pas. Par exemple, ça pourrait être facile de dire « ah, ben [nom de l'IPS], toi, tu pourrais vérifier, admettons, tout le temps, le carnet vaccinal », (...) Ou de tout le temps prendre les signes vitaux, et de peser le patient, et ça, je n'accepterais pas de faire ça. Je veux dire, ça, ça ne serait vraiment pas mon rôle, il ne serait pas déployé de façon optimale. » (IPS)

« C'est sûr qu'ici, il n'y a pas vraiment de notion hiérarchique. En fait, on a vraiment misé là-dessus. C'est venu avec son lot de défis, dépendamment de qui est en place. Mais il reste que c'est vraiment quelque chose qui est hyper, hyper, hyper important pour nous. » (Infirmière clinicienne)

Une IPS explique qu'elle a été impliquée de façon proactive dans le recrutement de médecins dans son CPSC, ce qui a constitué une belle opportunité pour elle de bien aligner les attentes des médecins avec la nature de sa pratique et de défendre la valeur ajoutée de son rôle auprès d'eux et ce, avant même qu'ils n'intègrent l'équipe du CPSC.

« Donc quand je reviens de là, et j'ai eu un beau cas, je vais faire exprès pour aller le partager ce petit wow-là avec quelques médecins que je sais qu'ils disent « Ah! ». À ce moment-là, certains vont dire « Oui, ce serait quelque chose qui m'intéresserait. ». [Je pense à un médecin qui est intéressé.] Il va probablement ralentir sa pratique [bientôt]. Mais il est tellement excellent ce médecin-là. Et sa façon d'être, son calme... C'est vraiment une personne extraordinaire. Je me dis que s'il ralentit sa pratique, et qu'il fait une journée par mois de pédiatrie sociale... Les belles petites victoires, les petits wow de pédiatrie sociale, on sait avec qui les partager pour essayer d'hameçonner [des personnes avec qui on aimerait travailler]. » (IPS)

Des infirmières ont également défendu l'importance de recruter des médecins qui ont des compétences reconnues auprès de la clientèle pédiatrique, afin de favoriser un meilleur lien de collaboration. Des participantes ont exprimé que ce lien doit demeurer soutenant et enrichissant sur le plan clinique pour elles.

Selon elles, il n'est pas nécessaire que les médecins recrutés aient beaucoup d'expérience en PSC précisément pour être en mesure de jouer ce rôle, mais ils doivent au minimum partager les valeurs de l'approche de PSC au départ.

« Et est-ce que c'est important que le médecin partenaire en pédiatrie sociale, il connaisse la pédiatrie sociale un peu? P: Moi, je te dirais que oui, absolument, absolument. » (IPS)

« On essaie de chercher de la relève, moi et [nom de la médecin], et ce n'est pas à n'importe qui qu'on va le demander. Parce qu'on le sait qu'il y en a qui sont plus expéditifs, et qu'il y en a que c'est trop long, qu'il faut que ça l'aille plus vite. Il faut un type de médecin particulier pour aller en pédiatrie sociale, oui. » (IPS)

La collaboration entre l'infirmière et les autres professionnelles de l'équipe

De l'avis des infirmières rencontrées, certains éléments doivent caractériser la relation entre l'infirmière et les autres membres de l'équipe du CPSC afin que la pratique infirmière s'implante adéquatement. D'abord, l'ouverture de l'équipe à modifier ses processus internes pour donner une place légitime à l'infirmière au CPSC est une condition préalable en ce sens. Cela implique d'engager l'équipe relativement tôt dans une réflexion à propos de la redéfinition possible du rôle de chacun suivant l'ajout de l'infirmière. Une infirmière clinicienne explique que cette démarche a demandé de revisiter l'ensemble des apports cliniques des professionnelles du CPSC en fonction de leurs formations et de leurs expertises, pour ensuite redistribuer les rôles et les responsabilités au sein de l'équipe.

*« Donc j'ai beaucoup travaillé avec les directrices cliniques sur le rôle de chacun et sur la place et l'implication que l'infirmière peut avoir au sein de l'équipe. (...) il y avait plein d'avenues où je me rendais compte qu'on pouvait les aider. Où on pouvait jouer un rôle important. Pour moi, ce rôle-là était à prendre. Donc, on a travaillé vraiment sur la redéfinition du rôle de chacun. En faisant ce travail-là, on s'est rendu compte aussi qu'au sein de l'équipe, il y a beaucoup de gens qui ne savaient pas c'était quoi le rôle de l'infirmière, c'était quoi le rôle de la travailleuse sociale, c'était quoi le rôle du médecin, c'était quoi le rôle de l'art-thérapeute, c'était quoi le rôle de la psychoéducatrice. »
(Infirmière clinicienne)*

Cela implique d'ailleurs que le rôle de l'infirmière soit démystifié auprès des membres de l'équipe, afin qu'il soit bien connu de tous. De l'avis des infirmières que nous avons rencontrées, cette connaissance du rôle de l'infirmière par l'ensemble des professionnelles du CPSC, incluant le personnel administratif, est vraiment importante pour qu'elles soient en mesure de saisir les opportunités d'accompagnement auprès des familles.

« Mais la travailleuse sociale, depuis qu'elle connaît mieux mon rôle, c'est vraiment plus facile. C'est vraiment gagnant. Et je l'ai vu ici dans ma pratique aussi. Les secrétaires, si elles ne connaissent pas ton rôle, c'est sûr qu'elles ne bookent pas ton horaire (rires) avec des patients pour qui c'est pertinent d'être vus par une IPS. » (IPS)

« Et le fait de mettre un cadre plus défini, ça va permettre que les centres qui sont un petit peu réfractaires, admettons, à embaucher des infirmières, parce qu'ils ne voient pas la plus-value qu'on peut apporter, qu'ils comprennent mieux et qu'ils s'approprient cette professionnelle-là qui, selon moi, a toute sa place. Ça peut se faire au niveau des équipes, mais il faut que ça se fasse, à mon avis, au sens plus global pour permettre une implantation qui va être plus solide. Ça ne peut pas rester au bon vouloir de chacun selon moi, parce que même si on est toutes infirmières, on est toutes différentes. On a toutes notre personnalité, notre bagage professionnel différent. Et ça, ça fait en sorte qu'on va peut-être s'orienter plus vers certaines pratiques versus d'autres. Si on travaille de cette façon-là, ce n'est pas optimal selon moi. » (Infirmière clinicienne)

À l'inverse, l'équipe doit également faire valoir auprès de l'infirmière récemment embauchée l'importance du travail transdisciplinaire et de la co-intervention en PSC. Plusieurs infirmières ayant participé à notre recherche confient avoir expérimenté au préalable des contextes de travail qui exigeaient un niveau d'autonomie important. Par exemple, il est typiquement exigé des infirmières en rôle élargi et des IPS de se débrouiller à peu près seules dans certaines situations.

« Il y en a qui ont de la misère avec ça parce qu'ils sont habitués de leader les rencontres, ils sont habitués d'aller au-devant des choses. Et là, je te dirais que c'est plus l'équipe sociale, que moi, qui lead la rencontre. Et, c'est correct. Moi, je suis habituée de travailler en multi, donc il n'y a aucun problème. Mais ce n'est pas pour tout le monde ça non plus. » (IPS)

« Tu sais, dans les débuts, c'était comme «eille, je suis capable de le faire là», c'est moi qui le faisais, j'étais capable «mais non, je vais le faire, je vais le faire». L'autre était « ben, ça fait partie de mon rôle », « ben oui mais je l'ai fait, je l'ai toujours fait » (rires). Tu sais [rires], ça été difficile à délaissier. Peut-être que pour les nouvelles infirmières aujourd'hui, ça va être plus simple. Mais moi, j'ai, tu sais, j'ai été mindée dans ça, j'ai été moulé comme ça à tout faire, toute seule. » (Infirmière en rôle élargi)

Les modes d'organisation du travail et les ressources disponibles au CPSC

Les infirmières ont aussi relevé que certains éléments qui concernent l'organisation du travail en lien avec les ressources disponibles au CPSC ont nécessairement un impact sur le déploiement de leur rôle. Elles soulignent tout d'abord que les ressources financières et matérielles doivent être suffisantes pour qu'elles puissent déployer et maintenir leur mandat dans les temps. Cela inclut les ressources suffisantes pour maintenir une équipe de base en place.

« J'aurais besoin (...) d'une TS à temps plein qui a son permis, qui a son titre de travailleuse sociale. Et la direction voudrait avoir deux trois ARH de plus. Mais on n'a pas l'espace pour les accueillir. Déjà, moi je travaille dans le bureau clinique. J'ai toujours travaillé ici dans la salle clinique. Je n'ai pas de bureau à moi, je n'ai jamais eu de bureau à moi. » (Infirmière en rôle élargi)

Selon les ressources disponibles, les infirmières ne disposent pas toutes du même temps de travail au CPSC. En ce qui concerne les infirmières cliniciennes, elles sont en présence en moyenne 3,6 jours par semaine. Pour ces infirmières, le temps de présence augmente en moyenne à 4,3 jours par semaine lorsque le CPSC les emploie directement en tout ou en partie. Quant à elles, les IPS ayant participé à notre recherche passent globalement beaucoup moins de temps au CPSC, soit en moyenne 1,3 jours par semaine. La seule IPS à être employée directement par son CPSC y travaille 2,5 jours par semaine. Or, le temps de présence au CPSC a été décrit par des infirmières comme un élément clé qui leur a permis d'approfondir leur rôle en SA.

« Par exemple pour monter des ateliers, des projets poussés, tu sais pour pousser ma pratique un peu plus, ça me prend du temps à moi pour développer tout ça. Donc qu'est-ce que je priorise dans mon horaire, et quels services je vais offrir. » (Infirmière clinicienne)

Il a également été mentionné que les infirmières qui ont débuté leur pratique en PSC par une exposition intensive aux processus, aux situations cliniques, aux enfants et aux familles ont pu déployer leur pratique de façon optimale plus rapidement. Cette intégration aura été facilitée par les membres de leur équipe, qui les ont systématiquement invitées en clinique d'ÉO ou dans d'autres processus cliniques s'y prêtant pendant une certaine période.

« Moi quand je suis rentrée, je me suis dit « je ne connais personne », dans le sens où je ne connais pas la clientèle. Donc j'étais beaucoup en clinique. Ça me permettait que les familles voient un visage, que ce soit comme très concret [rires]. Et je voyais les opportunités et les besoins en clinique parce qu'on en parle. » (Infirmière clinicienne)

Les infirmières ont aussi témoigné à l'effet que des enjeux se posent lorsque l'infirmière est embauchée via un déploiement de ressources professionnelles. Parmi les infirmières ayant participé à cette recherche, deux infirmières cliniciennes et deux IPS étaient prêtées par un CIUSSS ou un CISSS. Dans ces situations, il a été relevé qu'une bonne collaboration de l'employeur est nécessaire, par exemple en regard des besoins des infirmières en matière de formation continue. De plus, ces infirmières expliquent que leur performance au CPSC devrait être évaluée de manière résolument flexible par l'employeur, parce que les indicateurs traditionnellement utilisés dans d'autres milieux de pratique sont en décalage avec l'approche de PSC.

« Que l'employeur soit facilitant, ça aide aussi beaucoup au niveau des problèmes de rôle de l'IPS, que ça soit au niveau des heures de formation ou des heures de travail, ça prend quand même une bonne collaboration de l'employeur. » (IPS)

« Mais moi, dans la structure, mon employeur, c'est le CIUSSS qui me prête. Ce qu'ils attendent de moi ici, et c'est un petit peu flou et pas très encadré. On s'attend à ce que je vois un certain nombre de patients par année ou que je fasse un certain nombre de références. C'est flou. On n'est même pas dans l'ordre des chiffres non plus. » (Infirmière clinicienne)

Dans une perspective davantage axée sur le déploiement du rôle infirmier à long terme, cela demande, du point de vue d'une infirmière clinicienne, que des efforts conscients soient faits afin de développer le rôle infirmier dans le temps, en concordance et en complémentarité avec les rôles et mandats des autres professionnelles de la PSC.

« (...) on aurait encore tellement de place à élargir le rôle de l'infirmière clinicienne. Je donne un exemple. On a, dans notre rôle, une tâche où on est habileté à faire du dépistage pour le développement des enfants de prématurée. Mais ça, on ne l'utilise pas. Et pourtant, c'est un gros bout de notre clientèle. Mais on dirait qu'on n'y touche pas, on ne s'en va pas là. C'est sûr qu'on ne peut pas travailler sur tous les fronts en même temps. Un moment donné, il faut faire des choix pour organiser le travail. » (Infirmière clinicienne)

Le positionnement des décideurs publics et des institutions partenaires

Quoique cette question a été relativement peu discutée, certaines infirmières ont tout de même nommé des initiatives qui devraient, de leur avis, mobiliser les décideurs publics et les grandes institutions, afin de favoriser une meilleure intégration des infirmières en PSC. Du côté des IPS, il a été mentionné que des politiques gouvernementales plus ouvertes à la présence des IPS en PSC seraient les bienvenues.

« (...) ce n'est pas là que le ministère veut nous déployer. » (IPS)

« Qu'on ne passe pas par la porte d'en arrière là. Ceux qui veulent y aller, ce serait intéressant qu'on puisse y aller. » (IPS)

L'infirmière en rôle élargi aimerait quant à elle que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) clarifie le rôle de l'infirmière en dispensaire au Québec. Selon elle, il serait important que l'OIIQ statue sur cette question primordiale rapidement, notamment pour pouvoir réfléchir les balises du rôle en PSC.

« Tu sais, même l'OIIQ là a jamais été capable de répondre à notre questionnaire à savoir, tu sais, le rôle de l'infirmière en rôle élargi dans les communautés autochtones en dispensaire. I: Ils ne le savent pas? P: Non. » (Infirmière en rôle élargi)

Issue des Premières Nations, cette infirmière témoigne également de la difficulté des jeunes autochtones à intégrer les programmes collégiaux et universitaires en soins infirmiers, mais également les programmes liés aux autres professions requises en PSC, à commencer par le travail social.

« Je fais partie du comité de l'Université [nom] (...). Ça fait longtemps qu'on en n'a pas eu. Et c'est un peu ça je leur disais « vous ne donnez plus de places réservées aux Premières Nations », et ils en refusaient. Une personne que je connais a appliqué au bac en travail social, et elle a (...) un diplôme (...) au cégep, et elle a été refusée. » (Infirmière en rôle élargi)

La proactivité de la FDJ dans le développement de balises pour la pratique

De l'avis de certaines infirmières et directions / coordinations cliniques, des initiatives sont également espérées de la part de la FDJ. Les infirmières participantes invitent tout d'abord la FDJ à mieux représenter le rôle de l'infirmière dans la codification des pratiques de PSC, qu'il soit question de l'infirmière clinicienne, de l'IPS ou de l'infirmière en rôle élargi.

« Plus je prends de l'expérience, plus je sens que j'exerce mon rôle d'infirmière. Par contre, au début, il aurait été facilitant que la codification de la Fondation soit plus explicite par rapport au rôle de l'infirmière en pédiatrie sociale. » (Infirmière clinicienne)

« (...) quand j'ai commencé à pratiquer, personne ne pouvait répondre à mes questionnements. J'appelais à la Fondation, et ils me disaient « Mais [prénom], on ne peut pas te répondre parce qu'il n'y a personne qui fait ce que tu fais. C'est toi qui ouvres le sentier, le chemin. C'est toi qui débroussailles ça parce qu'il n'y en a pas ». » (Infirmière en rôle élargi)

*« Étant donné que nous voulions faire preuve de transparence auprès de la Fondation, nous avons demandé avant même l'embauche de l'IPS, s'il était possible pour nous de le faire. La situation d'incertitude provenant de la Fondation quant à la possibilité ou non de le faire fut inquiétante, étant donné notre manque de ressource autres. Aussi, le rôle qu'elle pouvait tenir au Centre n'étant pas totalement défini, laissait place à l'incertitude. Par contre, de notre côté, nous n'avions pas d'inquiétudes face à ses compétences et le fait qu'elle travaillait déjà en clinique avec notre médecin facilitait la tâche. »
(Direction/coordination clinique)*

Certaines participantes souhaiteraient également qu'une promotion du rôle infirmier auprès de l'ensemble des professionnelles des CPSC et des partenaires soit réalisée.

« I : Vous n'êtes peut-être pas, d'après ce que tu me dis, naturellement encouragées à vous diriger vers la pédiatrie sociale, d'après ce que j'en comprends. P : Aucunement,

*aucunement, tu n'entendras jamais parler de la pédiatrie sociale, du tout. I : Ça arrive souvent qu'une infirmière me confie qu'elle ne savait pas que c'était une possibilité »
(IPS)*

*« Et aussi, veut, veut pas, on ne savait pas. Moi, j'ai su par la suite qu'il y avait des ouvertures. Et même avec le CIUSSS, on a eu une discussion la semaine passée. »
(Direction/coordination clinique)*

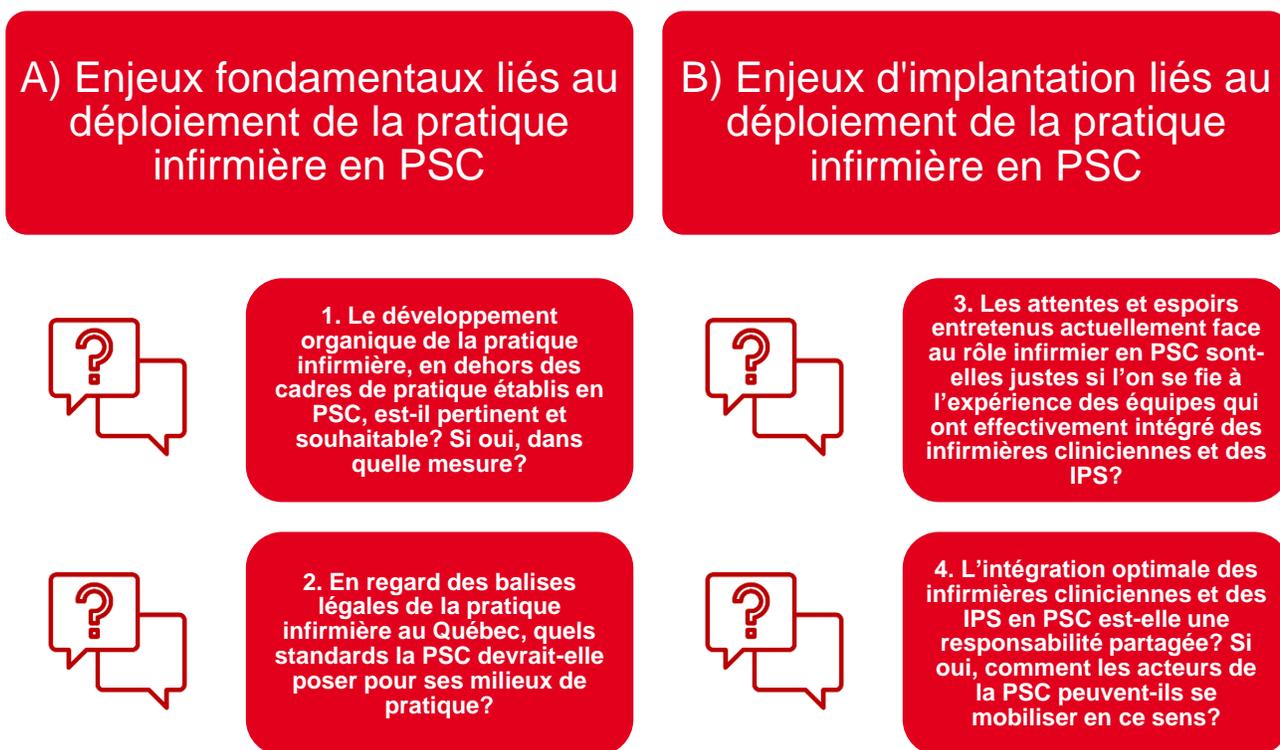
Il a également été suggéré que le rôle infirmier soit considéré dans la certification, et que des balises particulières pour le rôle de l'infirmière en rôle élargi y soient spécifiées. Ici, une infirmière défend la pertinence de permettre plus de flexibilité dans les compositions d'équipes en région éloignée, afin de mieux soutenir la pratique infirmière dans un contexte de pénurie de TS et de médecins.

*« Moi, je ne suis pas dans la même position que toi là ». Tu sais, je dis « à Montréal, si t'as une TS qui s'en va, ça va être facile pour toi d'aller recruter une TS, mais pas moi ». Tu sais, il n'y en a même pas pour les services sociaux. C'est toutes des ARH aux services sociaux [oui]. Tu sais, oui, je pense qu'il n'y en a une. Écoute dans le temps que j'étais aux services de santé, et que je travaillais avec les services sociaux, ça fait à peu près trois, quatre ans, il y avait une TS pour tous les services sociaux [oui]. Comment veux-tu que moi, je puisse aller en recruter une? On en a eu une, elle n'a pas été capable de "toffer". Elle m'a dit « [nom], c'est trop pour moi. Tu sais, c'est loin de ma famille. Comment tu veux je me bâtisse une vie? », elle travaillait à temps plein. À juste retourner les samedis, « je pars le vendredi soir, j'ai une journée le samedi, et le dimanche, il faut déjà que je revienne ».
(Infirmière en rôle élargi)*

Discussion : Enjeux soulevés par la recherche et pistes de réflexion.

À la lumière de l'ensemble des résultats présentés jusqu'ici, nous présentons quatre questions centrales qui pourraient être discutées dans un espace de réflexion collective. Ces questions se rapportent respectivement aux deux catégories de craintes exprimées par les participantes à la recherche, suivant la répartition illustrée dans la figure 10. Les principaux arguments recensés dans la recherche seront donc repris et mis en parallèle avec la littérature scientifique pertinente dans les prochaines sections afin d'alimenter les réflexions à cet égard.

Figure 13 : Enjeux soulevés par la recherche et questions centrales associées



A) Enjeux fondamentaux liés au déploiement de la pratique infirmière en PSC

Deux questions structurantes qui attestent d'enjeux fondamentaux liés au déploiement de la pratique infirmière en PSC seront présentées ici (voir questions 1 et 2). Celles-ci ont trait aux craintes fondamentales exprimées par certaines participantes à la recherche. Essentiellement, ces craintes trouvent leur source dans la peur d'ouvrir la porte à des changements structurels dans la pratique qui ne bénéficieraient pas aux enfants et aux familles rejointes et qui risquent également de dénaturer la PSC.

Un constat important de la recherche est que ces craintes sont essentiellement formulées par des professionnelles qui n'ont pas encore fait l'expérience du rôle infirmier qui les préoccupe. À ce sujet, la littérature scientifique nous apprend que la prise de risque associée aux changements de pratique, dont les effets n'ont pas encore été constatés, génère naturellement de la peur et de la résistance. Champagne (2002) souligne avec justesse que « *si l'on valorise l'expérimentation et l'apprentissage, on prend forcément des risques, c'est-à-dire qu'on implante des changements dont on connaît mal l'efficacité potentielle.* » (Champagne, 2002) (p.21). Or, dans le cas qui nous concerne, au-delà des projections sur l'efficacité potentielle du changement, c'est la question des effets potentiellement négatifs que ce changement pourrait entraîner qui inquiète certaines participantes.

1. Le développement organique de la pratique infirmière, en dehors des cadres de pratique établis en PSC, est-il pertinent et souhaitable? Si oui, dans quelle mesure?

Un aspect important à relever est que le déploiement de la pratique infirmière en PSC s'est fait de manière essentiellement organique dans les dernières années. En l'absence de modèles d'intégration rendus disponibles par la FDJ pour baliser la pratique des IPS, ces dernières nous ont confié avoir déployé leur rôle à travers un travail de composition réalisé conjointement avec leurs équipes. Ces expérimentations ont parfois été suivies par la direction clinique de la FDJ, parfois non. Certains collaborateurs impliqués dans la planification initiale du présent projet ont d'ailleurs témoigné à l'effet qu'au moment de réaliser l'étude de Dagenais et al. (2017), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec considérait peu probable qu'elles arrivent en PSC. Actuellement au Québec, on estime à environ 850 le nombre d'IPS qui pratiquent (Venne, 2021). Le gouvernement souhaite voir ce nombre grimper à 2000 en 2024 (Venne, 2021). Il est donc réaliste de penser que de plus en plus d'IPS s'intéressent éventuellement à la PSC. Dans le cadre de notre recherche, tant les directions / coordinations cliniques que les IPS ont décrit la PSC comme un champ de pratique qui a le potentiel de susciter l'intérêt clinique des IPS.

*« L'IPS en question avait d'elle même fait valoir son intérêt pour le CPSC. »
(Direction/coordination clinique)*

« (...) on était à la recherche d'un médecin, on n'en trouvait pas, en fait (...) Donc, on en est venu à se dire « ben moi, ça serait l'fun là. Si je pouvais, je le ferais. S'il y a un médecin, tant mieux. Si je suis toute seule, je suis capable. » (IPS)

« (...) je ne peux pas dire que [nom de la médecin] avait pensé à moi, du tout. Je l'avais vue faire le tour, et demander à quelques-uns, puis c'était resté comme ça. Et un moment donné, c'est moi qui l'ai vue. Et j'ai dit « c'est quelque chose qui m'intéresserait ». » (IPS)

À ce stade, la lecture compréhensive du développement organique du rôle infirmier en PSC nous amène à le conceptualiser comme une réponse qui se veut innovante et agile face à un problème contextuel : celui de la difficulté à recruter des médecins. Nous avons vu que pour plusieurs CPSC, le principe d'accès aux services a supplanté celui du respect des cadres de pratiques établis. Rappelons que dans certains CPSC à l'heure actuelle, des infirmières cliniciennes en milieu urbain réalisent des ÉO de suivi en l'absence d'un médecin, une pratique qui, en PSC, était jusqu'alors traditionnellement réservée aux infirmières pratiquant en milieu rural. Toutefois, la littérature scientifique invite à ne pas conclure trop rapidement que les changements de pratique doivent être planifiés pour s'avérer adéquats ou constructifs. Selon Champagne (2002), les théories de l'apprentissage et de la complexité appliquées à l'étude des changements organisationnels impliquent que le processus de changement échappe souvent au contrôle absolu des gestionnaires et que les perturbations de l'ordre établi peuvent générer des apprentissages pertinents et éventuellement structurants au sein des organisations.

« Le processus de changement est collectif. Les gestionnaires sont des agents de changement parmi d'autres. Le processus n'est jamais vraiment sous contrôle. Le changement est à la fois délibéré et émergent. Les organisations apprennent à travers l'action. La complexité favorise l'apprentissage. » (Champagne, 2002) (p.20)

Il y a aussi cette valeur fondamentale qui s'exprime fort dans le discours des infirmières et des directions et coordinations cliniques : celle du droit d'accès aux services de santé des enfants issus de milieux vulnérabilisants. D'ailleurs, la PSC se positionne elle-même en ce sens. Le principe d'accès est systématiquement repris dans les énoncés généraux portant sur sa mission et son bien-fondé. Or, la pertinence du rôle infirmier pour favoriser l'accès des populations vulnérables aux services de santé qu'ils requièrent est largement documentée dans la littérature scientifique. Plus encore, le rôle infirmier pourrait bien représenter l'innovation que les planificateurs de la santé attendent en ce sens. Simthman et al. (2020) ont élaboré une typologie des composantes de l'innovation organisationnelle en vue de favoriser l'accès aux services de santé de 1^{re} ligne des personnes en situation de vulnérabilité. Pour y arriver, ils ont réalisé une revue de littérature étendue, couplée d'une revue de cas n'ayant pas fait l'objet de publications scientifiques. Ils présentent cette typologie suivant l'image de "blocs de construction", qui peuvent être combinés de différentes manières pour développer des offres de soins innovantes, ou simplement ajoutés aux processus organisationnels existants. La figure suivante représente une traduction libre des 18 blocs ayant émergé de l'analyse des 330 études de cas retenues par les auteurs.

Figure 14 : 18 stratégies innovantes pour favoriser l'accès aux services de santé de première ligne des populations vulnérables

- 1 Identification proactive des besoins (veille et dépistage)
- 2 Aide à la navigation dans les services (aide à l'information)
- 3 Courtage de services (accompagnement actif vers d'autres services)
- 4 Extension des services de soins de santé primaires (services de proximité-services mobiles)
- 5 Parcours de soins intersectoriels/organisationnels (collaboration avec les partenaires et fast tracks)
- 6 Prise de rendez-vous proactive et contact proactif (soutien à l'assiduité)
- 7 Services culturellement adaptés
- 8 Expertise communautaire incarnée par des travailleurs communautaires (services ancrés)
- 9 Expériences et interventions de groupe
- 10 Plages-horaires étendues
- 11 Accès simplifié (rendez-vous rapides)
- 12 Services de santé en ligne
- 13 Services sans rendez-vous
- 14 Offre de transport
- 15 Expansion des rôles et/ou rôles transversaux
- 16 Guichets d'accès unique (services médicaux et psychosociaux sur place)
- 17 Prise en charge des coûts pour les patients
- 18 Intervenant dédié (gestion des cas)

Source : (Smithman et al., 2020) (pp .6-11).

Une lecture comparative des caractéristiques de la PSC et du cadre proposé par Smithman et al. (2020) permet d'entrée de jeu de relever plusieurs points en commun. Par exemple, la PSC, résolument ancrée dans la communauté, représente un guichet d'accès unique (services médicaux et psychosociaux sur place) et offre des services culturellement adaptés et personnalisés. Également, des composantes du rôle de l'infirmière clinicienne et de l'IPS, tels que représentés par les participantes à la recherche, sont tout à fait cohérentes avec le cadre de Smithman et al. (2020). Les infirmières cliniciennes et les IPS sont d'abord fortes de leur approche communautaire, ce qui renvoie à la thématique 8) expertise communautaire incarnée par des travailleurs communautaires (services ancrés). La majorité des infirmières que nous avons rencontrées concrétisent également la thématique 10) plages-horaires étendues et 13) services sans rendez-vous. En ce qui concerne la valeur ajoutée de l'infirmière clinicienne, que les participantes à la recherche ont contextualisé surtout en suivi-accompagnement, les thématiques 1) identification proactive des besoins (veille et dépistage), 2) aide à la navigation dans les services (aide à l'information), 3) courtage de services (accompagnement actif vers d'autres services), 6) prise de rendez-vous proactive et contact proactif (soutien à l'assiduité), 9) expériences et interventions de groupe et 18) intervenant dédié (gestion des cas) ont été identifiées par les participantes à la recherche comme des apports considérables à l'offre de services en PSC. Il a été relevé que les infirmières cliniciennes partageaient des expertises transversales avec la médecin et la travailleuse sociale (ou l'intervenante psychosociale), ce qui renvoie à la thématique 15) expansion des rôles et/ou rôles transversaux. En ce qui concerne la valeur ajoutée de l'IPS, que les participantes à la recherche ont majoritairement situé en ÉO, c'est cette même thématique 15) expansion des rôles et/ou rôles transversaux qui prend tout son sens, à travers la vision d'une expertise médicale incarnée par l'IPS en ÉO en l'absence de la médecin sur place. Les données de la recherche nous indiquent également que des IPS sont mises à profit conformément à la thématique 4) extension des services de soins

de santé primaires (services de proximité–services mobiles) et 6) parcours de soins intersectoriels / organisationnels (collaboration avec les partenaires et fast tracks).

En bref...

Nous sommes à même de constater que là où certains semblent y voir une menace sérieuse à l'intégrité des pratiques de PSC, l'extension du rôle infirmier en ÉO semble être perçue par d'autres comme une solution agile et innovante permettant de continuer d'actualiser la PSC dans leurs communautés. En outre, la littérature scientifique portant sur la gestion du changement dans les organisations suggère que le développement organique de la pratique infirmière ne constitue pas nécessairement un problème en soi.

2. En regard des balises légales de la pratique infirmière au Québec, quels standards la PSC devrait-elle poser pour ses milieux de pratique?

D'ailleurs, certaines participantes à notre recherche semblent avoir vu ce problème autrement, en proposant que c'est plutôt le développement du rôle infirmier à l'extérieur des balises légales de la pratique qui représenterait une dérive. À cet effet, il est important de souligner que les infirmières réfèrent souvent, dans leurs témoignages, à leur cadre légal de pratique pour situer leur marge de manœuvre en PSC dans l'exercice de leur rôle.

« C'est sûr qu'en en parlant avec [nom de la médecin partenaire], parce que tu sais, il faut que j'en parle avec [nom de la médecin partenaire] selon la loi, et je pratique selon la loi. »
(IPS)

Mais alors, comment expliquer cette disparité dans l'interprétation de la signification des balises légales de la pratique infirmière en PSC? En effet, comme nous le verrons dans la section suivante, les défenseurs de la pratique infirmière autonome en ÉO font autant référence dans leur discours aux balises légales de la pratique que leurs opposants, ce qui met en valeur l'absence de consensus sur le sens même de leur application en PSC. Un retour vers la littérature pertinente est ici proposé, afin d'éclairer la réflexion à propos de ces perceptions divergentes. Cet exercice peut sembler contre-intuitif, considérant que les balises légales de la pratique infirmière se présentent au départ comme un cadre objectif qui transcende les organisations de soins de santé. Néanmoins, nous ne sommes pas en mesure de trancher clairement à propos de cet enjeu important au moyen de la recherche à ce stade. Les prochaines sections font état de notre cheminement en ce sens et posent des questions fondamentales pour la suite des réflexions.

Les balises légales de la pratique infirmière au Québec – transformations récentes et implications

D'abord, soulignons que des changements législatifs importants sont survenus durant le projet de recherche. Ces changements auront évidemment un impact sur la codification à faire du rôle de l'IPS en PSC. Depuis le 25 janvier 2021, de nouvelles modifications à la *Loi sur les infirmières et infirmiers* sont venues étendre le champ d'exercice des IPS. Celles-ci découlent du projet de loi 43 initié en 2019 et intitulé [Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé](#) (McCann, 2019). Cette prise de position du législateur se veut structurante pour le déploiement de leur rôle dans l'ensemble des milieux où elles pratiquent. Un premier changement à relever est que les IPS ne relèvent plus du Collège des médecins, mais bien de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Elles n'ont conséquemment plus l'obligation de pratiquer dans le cadre d'une entente de partenariat avec un.e médecin.

« Tous ces changements montrent que la pratique de la médecine devient de plus en plus interdisciplinaire. (...) » explique la Dre Nathalie Saad, vice-présidente du Collège des médecins. » (Venne, 2021)

Afin de bien comprendre la signification de ces changements du point de vue des participantes à la recherche, il est important de bien situer les IPS par rapport à l'ensemble des formations infirmières, spécialisations et des champs de pratique possibles. D'abord, il faut souligner que les IPS formées au Québec évoluent en spécialité, et ce dès le début de leur formation.

Actuellement, il existe cinq spécialités pour la pratique de l'IPS, soit : soins aux adultes, néonatalogie, santé mentale, soins pédiatriques, soins de première ligne.
(Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec, 2021)

Toutes les IPS ayant participé à la recherche et qui ont été formées au Québec sont des IPS en soins de première ligne (IPSPL). Or, à la lumière des derniers changements législatifs, toutes les IPS peuvent diagnostiquer des maladies dans leur spécialité, en plus des maladies chroniques et des problèmes de santé courants, déterminer les traitements médicaux correspondants et effectuer le suivi de grossesses. Toutefois, seulement l'IPS spécialisée en santé mentale (IPSSM) peut diagnostiquer et traiter les troubles mentaux. Cette distinction entre la santé physique et la santé mentale est d'ailleurs très importante à considérer en PSC, qui demeure une approche de santé globale. Ainsi, les IPSPL n'ont pas légalement le droit de diagnostiquer des troubles mentaux. Si elles assurent seules l'expertise médicale en ÉO, il faudra au minimum trouver des stratégies pour composer avec cet enjeu.

"L'évaluation des troubles mentaux est réservée aux IPSSM [IPS en santé mentale] et aux professionnels habilités en raison des hauts risques de préjudice que cette activité comporte. Néanmoins, les IPS doivent évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et continuer de le faire, puisqu'il s'agit d'un facteur déterminant pour l'accessibilité aux soins et aux services. Ainsi, tout comme une suspicion de cancer est orientée vers les services appropriés, une suspicion de trouble mental doit être orientée vers les professionnels habilités à l'évaluer (...)." (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2020)

« Ils sont allés faire une distinction entre la santé physique et la santé mentale dans le projet de loi. Ce que ça veut dire, c'est qu'aussitôt que j'arrive avec un diagnostic qui est apparenté à la santé mentale, c'est comme si je n'avais plus les compétences pour le faire. » (IPS)

Excluant cette particularité, les nouvelles modifications à la Loi sont néanmoins venues légitimer plus de pratiques pour les IPS. Ces pratiques étaient autrefois traditionnellement réservées aux médecins. Pour mieux comprendre l'étendue du droit de pratique de chacun, ainsi que les zones de chevauchement entre les rôles, nous proposons de faire une lecture comparative des articles de loi décrivant les activités réservées aux médecins, aux IPS et aux infirmières cliniciennes.

L'article 31 de la loi médicale stipule que dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes :

- 1° diagnostiquer les maladies;
- 2° prescrire les examens diagnostiques;
- 3° utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 4° déterminer le traitement médical;
- 5° prescrire les médicaments et les autres substances;
- 6° prescrire les traitements;
- 7° utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques;
- 8° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques;
- 9° effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements;
- 10° décider de l'utilisation des mesures de contention;
- 11° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);
- 12° administrer le médicament ou la substance permettant à une personne en fin de vie d'obtenir l'aide médicale à mourir dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001).

Source : [Loi médicale](#) (Loi médicale, RLRQ c M-9, 2021)

Or, en vertu des nouvelles modifications à la Loi sur les infirmières et infirmiers, les IPS peuvent désormais exercer, en plus des activités propres à leur profession d'infirmière et en fonction de leur classe de spécialité, huit des 12 activités habituellement réservées aux médecins.

L'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, en vigueur depuis le 25 janvier 2021, stipule que les activités suivantes peuvent être réalisées à la fois par les médecins et les IPS, à condition que les IPS respectent leur classe de spécialité :

- 1° diagnostiquer les maladies;
- 2° prescrire les examens diagnostiques;
- 3° utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 4° déterminer le traitement médical;
- 5° prescrire les médicaments et les autres substances;
- 6° prescrire les traitements;
- 7° utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice;
- 9° effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements;

Source : [Loi sur les infirmières et les infirmiers](#) ("Loi sur les infirmières et infirmiers, RLRQ c I-8," 2021)

En ce qui concerne les infirmières cliniciennes, elles se réfèrent principalement aux 17 activités réservées énoncés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers pour déployer leur rôle dans leurs différents milieux de pratique. Ces activités sont également praticables par les IPS.

Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière :

- 1° évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- 2° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- 3° initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
- 4° initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);
- 5° effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
- 6° effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
- 7° déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
- 8° appliquer des techniques invasives;
- 9° contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
- 10° effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- 11° administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
- 12° procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
- 13° mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
- 14° décider de l'utilisation des mesures de contention;
- 15° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

16° évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14;
17° évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Source : [Loi sur les infirmières et les infirmiers](#) ("Loi sur les infirmières et infirmiers, RLRQ c I-8," 2021)

Ainsi, le déploiement du rôle infirmier en PSC ne saurait faire abstraction du cadre légal de la pratique, dont l'exercice est à ce stade entièrement supervisé par l'OIIQ, tant pour les IPS que pour les infirmières cliniciennes. Un constat important à relever à ce stade est donc que la FDJ n'a pas la légitimité de déterminer quelles pratiques infirmières sont légales dans les CPSC. Cette responsabilité de respecter le cadre légal de pratique est celle des infirmières, qui demeurent en principe surveillées par l'OIIQ. Les standards de pratique infirmière posés par l'OIIQ sont conçus pour être respectés de manière constante, et ce à travers tous les milieux de pratique. Toutefois, nous verrons plus loin que la PSC se distingue à plusieurs égards des milieux de pratiques pour lesquels les infirmières sont traditionnellement destinées. Conséquemment, les balises légales de la pratique infirmière n'ont pas été conçues spécifiquement pour le type de travail qui se fait en PSC.

Perspectives croisées à propos de la capacité de l'IPS à poser le diagnostic médical en ÉO

Un premier argument relevé en faveur de l'autonomisation du rôle de l'IPS en ÉO est que la valeur ajoutée de la spécialisation médicale en PSC pourrait bien être surévaluée. Plus précisément, une IPS pose la question à savoir jusqu'à quel point la spécialisation médicale est le gage d'une qualité de services en ÉO. Elle souligne que la PSC n'a pas pour mandat d'évaluer ou de prendre en charge les urgences médicales à proprement parler. Or, la valeur ajoutée de l'expertise médicale spécialisée, au-delà des limites légales du rôle de l'IPS, voir de la médecin généraliste, serait précisément d'évaluer et de traiter les conditions médicales les plus urgentes et les plus complexes avec acuité, ce qui n'est pas de toute façon du ressort de la PSC.

« Je pense qu'il n'y a pas de problème. Parce que les urgences que moi, j'ai vues jusqu'à date en pédiatrie sociale, quand il y a eu urgence, c'était une urgence sociale [oui]. C'était la DPJ qu'on devait faire intervenir, un enfant qu'on devait envoyer à l'urgence pour après s'en aller en urgence psychiatrique. (...) Dans un de mes pires cas, la petite avec sa hanche cassée, la démarche n'aurait pas été différente si ça avait été un médecin qui aurait été là. » (IPS)

Un second argument est qu'à formation égale, les infirmières conservent théoriquement les mêmes droits d'exercice à travers l'ensemble du système de santé québécois. Selon une IPS, il ne serait pas justifié d'exiger d'autres standards de pratique pour la PSC. Une autre IPS mentionne par ailleurs que si les IPS sont perçues en PSC comme ne disposant pas d'une formation adéquate pour assurer un rôle opérant en ÉO, les standards de la PSC ne concordent alors ni avec les exigences des autres employeurs du réseau de la santé, ni avec le cadre de pratique légalement reconnu partout ailleurs.

*« Je n'ai pas l'impression qu'il y a un gros clash dans la terminologie qui est utilisée pour décrire l'évaluation en vue de trouver une problématique de santé [oui] au niveau praticienne, et médecin. Parce que s'il y en avait une différence, c'est différents standards en pédiatrie sociale. S'il y avait une différence, je n'aurais pas le droit de faire ça dans mon bureau à [ville]. En théorie, ce n'est pas de la seconde zone là. Je ne ferais pas des soins qui sont de moins de qualité, même si je n'ai pas l'approche nécessairement de pédiatrie sociale [oui], parce que ce n'est pas ça que je fais ici. (...) »
(IPS)*

« Mon raisonnement, c'est que j'en vois des enfants [dans mon autre milieu de pratique], dans des situations problématiques avec des problématiques de santé, et des situations de vulnérabilité, j'en ai dans mon bureau. Je me dis : pourquoi ici, [en pédiatrie sociale,] je ne pourrais pas. Je ne comprends pas pourquoi je serais moins compétente là tout d'un coup en pédiatrie sociale que dans mon bureau [ailleurs]. » (IPS)

Une médecin suggère quant à elle que les exigences devraient s'avérer plus élevées en PSC que dans d'autres milieux de pratique. Elle se questionne sur l'inadéquation fondamentale entre la nature de la formation des IPS et l'exigence de procéder à l'ÉO suffisamment rapidement, précisément dans le contexte de la PSC.

« Les IPS ont une formation essentiellement de "pattern recognition" et non de raisonnement hypothético-déductif, ce qui fait en sorte qu'un manque d'exposition peut nuire au processus diagnostique en limitant la banque de diagnostics différentiels possibles. De plus, le questionnaire en pédiatrie sociale représente un réel défi pour plusieurs raisons (ex: nombre d'intervenants, barrières linguistiques ou éducationnelles), il est facile de prendre beaucoup de temps et j'ai du mal à imaginer combien de temps mettrait une IPS pour compléter une entrevue en pédiatrie sociale à voir ce qui se fait en première ligne en GMF. » (Médecin)

Les données de la présente recherche ne nous permettent cependant pas de préciser en combien de temps les médecins de la PSC parviennent généralement à clarifier le diagnostic. Le sens commun nous amène à formuler l'hypothèse selon laquelle cela pourrait se faire à l'issue de plusieurs rencontres d'ÉO dans au moins une partie des situations rencontrées. Or, si le standard d'efficacité en PSC doit être situé à partir de la pratique des médecins dans les faits, il ne faudrait pas non plus exiger de l'IPS qu'elle dépasse ce qui est exigé d'elles. Dans la mesure où il arrive souvent aux médecins de la PSC de demander des expertises externes pour préciser leur lecture clinique des situations les plus complexes vues en ÉO, une IPS nous amène à questionner le bien-fondé de l'exigence plus élevée qui lui serait injustement imposée si elle n'avait pas la même latitude dans l'exercice de son rôle. Si on exigeait d'elle que, de concert avec ses collègues, elle arrête sur place une lecture clinique de la situation de l'enfant, de surcroît sans pouvoir recourir à des expertises externes pour préciser le diagnostic, les exigences portées envers elle seraient potentiellement plus grandes que celles actuellement portées envers les médecins.

« En tant qu’infirmière praticienne, ce n’est pas un diagnostic que je peux émettre. Donc, je ne vais pas émettre ce diagnostic-là. La seule chose, c’est que j’ai beaucoup de confrères et consœurs, des médecins partenaires, qui peuvent eux donner le diagnostic. Mais honnêtement, ils ne le savent pas. Ils savent encore moins que moi comment patauger là-dedans. Donc de la façon qu’on fonctionne, c’est que je ne vois pas les gens pour leur donner un diagnostic. Je vois les gens qui ont eu un diagnostic ou qui ont une hypothèse diagnostique, et on a besoin que je peaufine le traitement, que je m’assure qu’il n’y a pas de comorbidité connexe qui peut teinter, des fois, le diagnostic. Tu sais, des fois, c’est la poule ou l’œuf, est-ce l’anxiété ou le TDAH qui donne le symptôme? Il faut être capable de départager ça. C’est pour ça que mes alliés, ce sont les psychologues scolaires. » (IPS)

Dans cet ordre d’idées, un mémoire récent publié par l’Association des infirmières praticiennes spécialisées (Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec, 2020) offre une perspective alternative sur la valeur ajoutée d’un processus diagnostique infirmier qualifié d’"itératif". On y décrit une méthode diagnostique qui est l’apanage de l’IPS et qui permet de préciser la situation clinique au fil du temps plutôt qu’à l’issue d’une rencontre.

« Le processus de démarche clinique en vue de poser un diagnostic est itératif. Comme les médecins, les IPS utilisent une méthode d’analyse probabiliste rigoureuse. Elles repèrent et mettent en lien un ensemble d’indices à l’histoire et à l’examen physique qui mène parfois à la reconnaissance immédiate d’un « patron » clinique évoquant un diagnostic clair. Le plus souvent, ce processus génère plutôt la priorisation d’hypothèses diagnostiques qui seront testées, infirmées ou confirmées par différents moyens comme des méthodes d’investigation (ex : prélèvements, imagerie), l’observation de l’évolution naturelle ou la réponse au traitement. Ainsi, une impression diagnostique se précise dans le temps, et un diagnostic final n’est pas toujours posé avec certitude. » (Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec, 2020)(pp.13-14)

Cette vision d’un diagnostic résolument évolutif, qui s’appuie sur des expertises complémentaires, semble cohérente, de l’avis des infirmières ayant participé à la recherche, en regard de la lecture typiquement rigoureuse et graduelle de la complexité des situations cliniques rencontrées en PSC. Du point de vue des IPS et des infirmières cliniciennes que nous avons rencontrées, cette lecture repose nécessairement sur une force de travail transdisciplinaire.

« Ici, on est dans du complexe. La force de l’intervention d’équipe prend vraiment tout son sens. » (IPS)

« Le défi, c’est les familles qui viennent. On a besoin de notre équipe. » (Infirmière clinicienne)

Les infirmières que nous avons rencontrées ont plutôt tendance à voir la PSC s'incarner à travers la conjugaison d'expertises multiples et non d'une pratique individualisée de la médecine en ÉO. La question se pose donc à savoir si quelconque professionnel peut prétendre à l'exercice parfaitement autonome de son rôle en ÉO, et en PSC au sens large.

« Ici, on est dans du complexe. La force de l'intervention d'équipe prend vraiment tout son sens. » (IPS)

De plus, particulièrement dans le discours des IPS, on dénote une recommandation à l'effet que la formation IPS à elle-seule ne suffit pas en PSC, et qu'il importe d'engager des infirmières aux profils qui ont acquis suffisamment d'expérience de travail dans des champs d'expertises compatibles avec la PSC. En ce sens, l'exposition à une « *banque de diagnostics différentiels* » n'est pas automatiquement limitée pour toutes les IPS.

« C'est qu'il faut quand même avoir assez d'expérience, c'est juste ça. La personne qui a travaillé en CHSLD, qui est formée pour le CHSLD, si elle arrive en pédiatrie sociale, il faut qu'elle ait quand même une expertise, qu'elle ait de l'expérience en pédiatrie [oui]. » (IPS)

Ainsi, à travers le discours des participantes à la recherche, les balises légales de la pratique des IPS sont interprétées, puis exemplifiées en PSC. Alors qu'on aurait pu s'attendre à ce que la transposition de standards objectifs et définis par la Loi fasse consensus, différentes perspectives sur un même sujet se sont plutôt exprimées. Il persiste donc un flou à propos de ce qui peut et de ce qui ne peut pas correspondre aux standards légaux de la pratique des IPS en PSC. Une infirmière clinicienne offre une piste explicative à cet égard, en mentionnant que la PSC se fonde sur des cadres de référence qui diffèrent fondamentalement de ceux des autres établissements de santé et de services sociaux au Québec. Conséquemment, cette infirmière doute même que l'OIIQ ait une position bien établie sur la question.

« (...) la pédiatrie sociale, ça n'a été créé ni par le Collège des médecins, ni par l'Ordre des infirmières. (...) C'est comme si personne va se mouiller, j'ai l'impression; ce qui fait qu'il n'y a pas de décision. La pédiatrie sociale, c'est tellement organique aussi que ça clash avec les structures, parce que c'est en continu, c'est en mouvance, ça évolue, ça change de forme dans le temps. » (Infirmière clinicienne)

La PSC : une approche alternative et auto-déterminée

L'histoire du développement de la PSC nous montre qu'elle s'est affranchie dès le départ d'un certain nombre de balises institutionnelles en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux et qu'à certains égards, elle évolue indépendamment de ses normes. Notamment, l'approche populationnelle régit l'allocation de ressources dans les services de santé de première ligne destinés à l'ensemble de la population québécoise, tandis que la PSC mise sur une approche alternative de soins « sur mesure » destinés à un groupe particulier de la population, celui des enfants vulnérabilisés par leur contexte de vie.

Suivant l'approche populationnelle valorisée dans le réseau de la santé et des services sociaux, les besoins de l'ensemble de la population sont mis en dialogue avec les besoins des populations vulnérables, qui disposent d'un même bassin de ressources disponibles pour y répondre. L'exercice de la responsabilité populationnelle implique donc de *"s'approprier les données sociosanitaires et en arriver à une vision commune de la réalité territoriale, des besoins, de leurs causes afin d'améliorer la santé de toute la population."* (Laplante, Arsenault, & Bonnier-Viger, 2014) (p.3) À l'opposé, en PSC, toutes les ressources disponibles (humaines et matérielles) sont mises à profit de sorte à formuler des réponses particulièrement sensibles aux besoins de chaque enfant rejoint. Cette distinction est nécessairement importante, car elle suppose une offre de services spécialisée et relativement autonome en PSC. Elle suppose aussi que le réseau de la santé, en collaboration avec les universités, forme les IPSPL en fonction des objectifs stratégiques des planificateurs de la santé, et des tâches et des responsabilités qu'elles ont habituellement à acquitter sur le terrain afin de les rencontrer. L'OIIQ veille alors au respect des standards de pratique précisément attendus dans ces contextes.

La PSC s'est donnée les moyens de s'autodéterminer dans une large mesure. Fondés suivant un modèle d'entrepreneuriat social, les CPSC du réseau québécois disposent d'une certaine latitude dans le choix et l'utilisation des ressources qu'ils souhaitent mettre à profit pour répondre aux besoins de leur population-cible. La PSC établit également des standards de qualité relativement élevés pour elle-même. Elle s'est dotée de son propre processus de certification qui assure que les services sont adaptés en fonction des besoins complexes des enfants suivis dans les CPSC. Ce processus vise à assurer la qualité et la fidélité de la mise en œuvre de l'approche. Il encadre d'ailleurs le programme de soutien financier des CPSC du réseau québécois. En ce sens, la PSC se donne les moyens de poser des exigences potentiellement plus élevées en termes de qualité de service comparativement à l'offre de services à la population générale. Chaque enfant est ainsi accompagné dans la durée dans une formule sur mesure et flexible, qui tient compte de sa situation particulière. La PSC se déploie donc à travers, mais également par-delà les cadres établis dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les établissements partenaires sont mis à profit dans l'intérêt de l'enfant, mais là où leur implication s'arrête, celle du CPSC peut continuer. En bref, la FDJ, de par son statut d'entreprise sociale, jouit d'une certaine autonomie financière lui permettant de déployer une offre de services à son image. Cela suppose qu'elle puisse formuler des exigences particulièrement élevées envers ses équipes cliniques. En contrepartie, les membres de ces équipes peuvent aussi choisir de pratiquer dans d'autres milieux si le modèle de PSC ne leur permet pas au final de déployer pleinement leur pratique et leur expertise. Cette dualité soulève donc l'enjeu de l'équilibre entre les exigences posées aux professionnelles de la PSC et la capacité à recruter une force de travail opérante dans les CPSC.

La crainte de la substitution de la médecin par l'infirmière est-elle pertinente à entretenir en PSC?

Plusieurs médecins ayant participé à notre recherche ont formulé des craintes au sujet des dérives possibles de l'extension du rôle de l'IPS, qui tendrait à venir occuper en ÉO un rôle traditionnellement réservé au médecin. Or, des craintes de cet ordre ont aussi été recensées dans une étude réalisée par Sangster-Gormley et al. (Sangster-Gormley et al., 2015), qui a documenté les perceptions des collègues d'infirmières praticiennes (IP) récemment intégrées dans des équipes de soins de santé de première ligne en Colombie-Britannique. Dans cette étude, un nombre restreint de professionnels, tous des médecins et des infirmières cliniciennes, ont manifesté des réserves importantes quant à l'adéquation entre l'expertise médicale de l'IP et les tâches qui lui étaient assignées dans leur équipe. Ces participants.tes se sont positionnés en faveur d'une expertise médicale essentiellement incarnée par le/la médecin. Malgré tout, la majorité des participants.tes sondés dans cette étude (des gestionnaires, des infirmières, des membres du personnel administratif, des médecins, des travailleurs sociaux et des éducateurs) ne partageait pas cette

préoccupation. Le plus souvent, le chevauchement de leurs rôles avec celui des infirmières praticiennes n'a pas été jugé comme un problème après avoir fait l'expérience concrète de la collaboration avec ces infirmières. Comment expliquer alors la coexistence de ces deux perspectives divergentes, que nous avons observée également dans notre étude?

À partir d'une revue étendue de la littérature scientifique, Benoit et al. (Benoit, Pilon, Lavoie, & Pariseau-Legault, 2017) font la démonstration qu'il existe effectivement un chevauchement, une interdépendance et une complémentarité entre le rôle des IP et celui d'autres professionnels de la santé rattachés aux équipes multidisciplinaires dans lesquelles elles pratiquent. Benoit et al. (2017) relèvent également que le développement d'une approche collaborative interprofessionnelle, bien que réclamée par la plupart des associations professionnelles d'infirmières au pays, a du mal à s'implanter en pratique. En appui à la pratique autonome des IP, une revue systématique de la littérature réalisée par Horrocks et al. (Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002) avait mis en valeur quelques années auparavant que les prises en charge réalisées par les IP s'avéraient pourtant de qualité au moins égale comparativement à celles des médecins, et ce de manière consistante entre les études :

"Patients were more satisfied with care by a nurse practitioner (standardised mean difference 0.27,95% confidence interval 0.07 to 0.47). No differences in health status were found. Nurse practitioners had longer consultations (weighted mean difference 3.67 minutes, 2.05 to 5.29) and made more investigations (odds ratio 1.22,1.02 to 1.46) than did doctors. No differences were found in prescriptions, return consultations, or referrals. Quality of care was in some ways better for nurse practitioner consultations." (Horrocks et al, 2002, p. 819)

Or, à la lumière des réflexions amenées par notre recherche, nous postulons que de poser le problème du déploiement du rôle infirmier en PSC à partir du concept de la substitution de la médecin par l'infirmière n'est ni pertinent, ni souhaitable. Les infirmières que nous avons rencontrées n'ont d'ailleurs jamais prétendu vouloir remplacer les médecins. Ce positionnement est d'ailleurs cohérent avec une thèse de doctorat récente portant sur *L'intégration et la négociation du rôle de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires en contexte de collaboration interprofessionnelle*, dans laquelle Rioux-Dubois (2019) note :

"(...) qu'un discours axé sur la substitution ou le remplacement des médecins (MD) contraint l'avancement de la PIA (pratique infirmière avancée). L'avancement de la pratique infirmière doit se situer dans l'élargissement du champ de pratique traditionnel des soins infirmiers vis-à-vis d'un haut niveau d'autonomie et d'une utilisation optimale de connaissances infirmières (Bryant-Lukosius et collab., 2004). Miser principalement sur le potentiel curatif du rôle de l'IP peut être risqué." (Rioux-Dubois, 2019, p.14)

Dans la perspective d'enrichir de façon optimale tout le travail transdisciplinaire qui se fait quotidiennement en PSC auprès des enfants et des familles, nous postulons que la FDJ gagnerait en effet à encourager le plein déploiement du rôle de chaque type de professionnel qui œuvre en CPSC. En accord avec les valeurs incarnées par la PSC, nous suggérons donc d'y entrevoir l'intégration de l'infirmière à travers un modèle dit

"collaboratif transdisciplinaire". Ce modèle se fonde effectivement sur les meilleures pratiques que nous avons pu recenser dans la littérature scientifique. Notons que les travaux de Benoit et al. (2017) se sont avérés particulièrement structurants pour notre démarche, qui s'en inspire grandement. Le modèle collaboratif transdisciplinaire a l'avantage de répondre à une aspiration centrale de l'approche de PSC et nous semble cohérent avec le discours des infirmières et des professionnelles qui travaillent avec elles, du moins celles qui ont participé à notre recherche. Ce modèle s'inscrit en opposition avec un modèle que nous qualifierions plutôt d'"axé sur la définition du rôle", qui positionne la contribution infirmière essentiellement dans une vision centrée sur la tâche, avec pour objectif prioritaire l'atteinte d'un haut niveau d'efficacité des services offerts. Rappelons que cette visée d'efficacité est cohérente avec une approche populationnelle des soins de santé, où l'argent investi doit produire un maximum de services pour un maximum de personnes, le tout à moindre coût. En PSC, l'approche personnalisée amène plutôt à déployer beaucoup d'expertises et de moyens autour d'un nombre plus restreint d'enfants particulièrement vulnérabilisés par leur contexte de vie.

Figure 15 : Le modèle collaboratif transdisciplinaire : pour une intégration cohérente de la pratique infirmière en PSC

Modèle axé sur la définition de la tâche :	Modèle collaboratif transdisciplinaire :
<ul style="list-style-type: none"> • Valorisation de l'expression individuelle des expertises: chacun est cantonné dans sa pratique ; les rôles ne doivent pas se chevaucher, par crainte de faire en double et de perdre en efficacité. • Perspective centrée sur la tâche, point focal sur la logique de remplacement / de substitution : les tâches sont attribuées de façon figée, en fonction de la formation. Selon ce point de vue, la substitution de la médecin par l'infirmière peut être jugée légitime ou non. • En conséquence, il est prioritaire de bien clarifier les rôles pour assurer une bonne intégration de l'infirmière dans l'équipe multidisciplinaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorisation de la mise en dialogue des expertises. • La complémentarité des expertises est valorisée, le chevauchement devient une pratique agile d'adaptation au contexte, par crainte d'une réponse autrement absente ou mal adaptée au besoin complexe. • Perspective centrée sur la réponse adéquate au besoin : importance de la valeur ajoutée particulière et complémentaire des différents types de professionnelles. Cela implique d'encourager le plein déploiement de chaque type de pratique professionnelle. • En conséquence, il est prioritaire de bien définir le partage des responsabilités en fonction de la situation rencontrée (là où le rôle de l'un devient le rôle de l'autre et pour quels motifs).

Exemples d'appuis au modèle axé sur la définition de la tâche, avec pour point focal le remplacement possible de la médecin (voir d'autres types de professionnelles) par l'infirmière :

Témoignages de professionnels qui prétendent que la médecine devrait être pratiquée uniquement par des médecins : "There are a few nurses and physicians that do not think the NP is needed or are resistant to the NP because they think only doctors should practice medicine." (Sangster-Gormley et al., 2015)(p.125).

Exemple d'une méta-analyse qui confirme la capacité de l'infirmière en pratique avancée à remplacer le médecin : "(...) doctor-nurse substitution has the potential to reduce doctors' workload and direct healthcare costs" (Laurant et al., 2005)(p.2)

Témoignage d'une participante à notre recherche qui craint l'effacement du rôle de l'infirmière clinicienne au profit de celui de l'IPS : « Ça m'a fâchée (...) parce que l'infirmière clinicienne, elle a tout à fait sa place en centre de pédiatrie sociale. Je parle de l'infirmière qui a accès facilement à un médecin. (...) Dans mon contexte, je ne comprends pas pourquoi on va travailler sur le travail de l'infirmière praticienne spécialisée en communauté quand on aurait encore tellement de place à élargir le rôle de l'infirmière clinicienne. » (Infirmière clinicienne)

Exemples d'appuis au modèle collaboratif transdisciplinaire, avec pour point focal la complémentarité des expertises et la valeur ajoutée du chevauchement entre les rôles :

Ancrage dans un modèle de partage des responsabilités, avec le chevauchement des rôles posé comme une réponse agile à un changement dans l'état de santé du patient : "Les infirmières et les médecins travaillent ensemble quotidiennement et depuis longtemps à la prise en charge des patients dans les hôpitaux et d'autres milieux de la santé. Il arrive dans le cas du travail des médecins et des IP que leurs champs d'exercices en viennent à se chevaucher. Ce chevauchement peut se faire alors que survient un changement dans l'état de santé d'un patient, afin de prescrire un examen diagnostique, d'assurer un suivi ou de demander une consultation chez le spécialiste. Pour éviter toute confusion résultant de ce chevauchement, il est indispensable que tous les membres de l'équipe interprofessionnelle saisissent bien le partage des responsabilités que se sont donné respectivement les professionnels de la santé. Ceci précisément pour éviter que l'un suppose à tort que l'autre effectuera l'intervention nécessaire. Dans un tel contexte dit collaboratif entre les professionnels de la santé, l'intégration des IP dans un rôle de « leader » pourrait grandement contribuer à améliorer la communication, qui est un enjeu important de sécurité, comme nous l'avons déjà souligné. Ce rôle des IP aurait pour effet d'assurer une meilleure coordination des soins, étant donné leur implication dans le plan de soin auprès des patients." (Benoit et al., 2017)(p.700).

Ancrage conceptuel qui témoigne d'une vision du rôle infirmier qui devrait être perçu comme une offre particulière de soins plutôt que comme un amalgame de tâches possibles : "Ces divers positionnements, et les discours qui les accompagnent, peuvent

être à la source de descriptions disparates du rôle des IP, notamment en tant qu'ajout ou complément au système (Sangster-Gormley, 2011; Sangster-Gormley et collab., 2013; Tye et Ross, 2000) ou en tant que remplacement/substitution (Niezen et Mathijssen, 2014). De telles conceptualisations du rôle des IP suivent un continuum d'allocation des tâches, lequel n'est pas corroboré par les données de la présente étude. Nos données attestent plutôt d'un dynamisme et d'une pluralité de rôles. Le rôle complémentaire suppose une offre unique de soins et une pleine autonomie professionnelle, ce qui n'était pas toujours le cas de nos participantes agissant comme fournisseurs secondaires de soins. Foth et ses collègues (2015) affirment que, dans un contexte néolibéral d'efficience et de réduction des coûts, la complémentarité n'est pas prise en compte." (Rioux-Dubois, 2019)(p.318)

Témoignage d'une infirmière ayant participé à notre recherche, qui postule que l'approche infirmière puisse répondre adéquatement aux besoins personnalisés d'un enfant : « Les problématiques qu'on voit ici chez nos enfants, moi comme infirmière, je vais les aborder d'une façon. Et peut-être que dans cette situation, ça va bien répondre avec cet enfant-là, et cette famille-là. » (Infirmière clinicienne)

Témoignage d'une infirmière ayant participé à notre recherche, qui ne prétend pas remplacer un médecin : « Je ne suis pas là pour remplacer un médecin. C'est quand même un rôle assez différent. » (IPS)

En bref...

Ce rapport se termine donc par une question ouverte portant sur la place de l'infirmière dans le modèle de PSC, et plus particulièrement en ce qui concerne l'ÉO. Le diagnostic différentiel a été évoqué par des participantes à la recherche comme l'une des finalités centrales de l'ÉO. Il est entendu que ce processus requiert de mobiliser des expertises spécialisées, traditionnellement celles de la médecine, du travail social et du droit, mais potentiellement aussi d'autres expertises cliniques. Toutefois, l'expertise médicale spécialisée est-elle nécessaire pour tous les enfants, dans toutes les situations, à n'importe quel moment de la trajectoire de services? Une infirmière pourrait-elle être considérée comme plus indiquée qu'un médecin en ÉO dans certaines situations? Existe-il des situations où l'infirmière pourrait représenter un meilleur choix comparativement au médecin? Quels besoins pourraient être anticipés en ce sens avant une première ÉO, ou avant une ÉO de suivi? Dans une optique cohérente en regard du paradigme collaboratif transdisciplinaire que nous venons de proposer, nous rappelons que des infirmières ont évoqué à cet égard que la finalité première serait de répondre par la PSC à des besoins personnalisés et uniques à l'enfant, qui ne requièrent pas toujours la même constellation d'expertises.

Une réflexion collective devrait également porter sur l'équilibre à situer entre les standards de pratique élevés en PSC et la valeur d'accès juste et équitable aux services. En d'autres mots, plusieurs participantes suggèrent que la poursuite de l'excellence en PSC ne devrait pas aller jusqu'à rendre inopérant l'accès équitable aux services de santé, une valeur qui fait partie de la mission première de la PSC.

Finalement, une voie possible à envisager pour permettre des accommodements dans certaines situations particulières est celle du processus dérogatoire. Un tel processus permettrait d'embaucher une infirmière d'exception pour remplir un rôle d'exception dans les situations qui l'exigent. Il faudrait alors faire la

démonstration qu'elle dispose de la formation, des expertises et des compétences suffisantes pour mener à bien ce rôle résolument plus « autonome » que ce qui est officiellement prescrit par les cadres de pratique en PSC. Un accompagnement clinique par une infirmière d'expérience, possiblement issue d'un autre CPSC, pourrait aussi être envisagé suivant l'embauche, dans la mesure du possible et pour une période jugée suffisante, afin d'assurer qu'une qualité adéquate de services soit maintenue.

B) Enjeux d'implantation liés au déploiement de la pratique infirmière en PSC

Nous avons également vu émerger des données de la recherche deux questions structurantes attestant d'enjeux d'implantation liés au déploiement de la pratique infirmière en PSC. Ces enjeux se rapportent aux défis anticipés dans l'implantation du rôle exprimés par certaines participantes. Rappelons que ces enjeux dénotent plutôt un regard critique sur la mise en œuvre, qui peut s'avérer dans les faits plus ou moins efficace ou efficiente que prévu si certains aspects présentent un déficit de planification à court, à moyen et à long terme.

3. Les attentes et espoirs entretenus actuellement face au rôle infirmier en PSC sont-elles justes si l'on se fie à l'expérience des équipes qui ont effectivement intégré des infirmières cliniciennes et des IPS?

Nous avons vu que les participantes à notre recherche ne se positionnent pas toutes de la même façon en regard du niveau d'autonomie souhaité de l'infirmière dans son rôle. L'analyse des témoignages recueillis dans le cadre de la recherche indique également que la transversalité des rôles et compétences de l'infirmière se posent à la fois dans le rapport médecin - infirmière et infirmière - intervenante psychosociale. Sans équivoque, cette transversalité questionne et confronte certains médecins. Du côté des intervenantes psychosociales, rien ne nous indique pour le moment que ce soit le cas. Afin de mieux mettre les choses en perspective, nous avons jugé intéressant de proposer une typologie sommaire du potentiel transformatif du rôle de l'infirmière dans un CPSC à la suite de son embauche, qui se fonde sur la perspective des équipes qui ont expérimenté le rôle dans les faits.

Cette posture, qui n'est certes pas neutre, se veut pourtant objective. Elle donne une base de crédibilité supplémentaire aux équipes qui travaillent actuellement avec des infirmières dans leur CPSC. Elle permet de situer différents positionnements possibles des équipes en place - allant d'une vision non-souhaitable, qui cantonne l'infirmière dans un rôle accessoire et hiérarchiquement inférieur au médecin et à la travailleuse sociale, vers des visions à privilégier, qui reconnaissent son autonomie propre et son potentiel à soutenir le développement et à parfaire la vision clinique du CPSC.

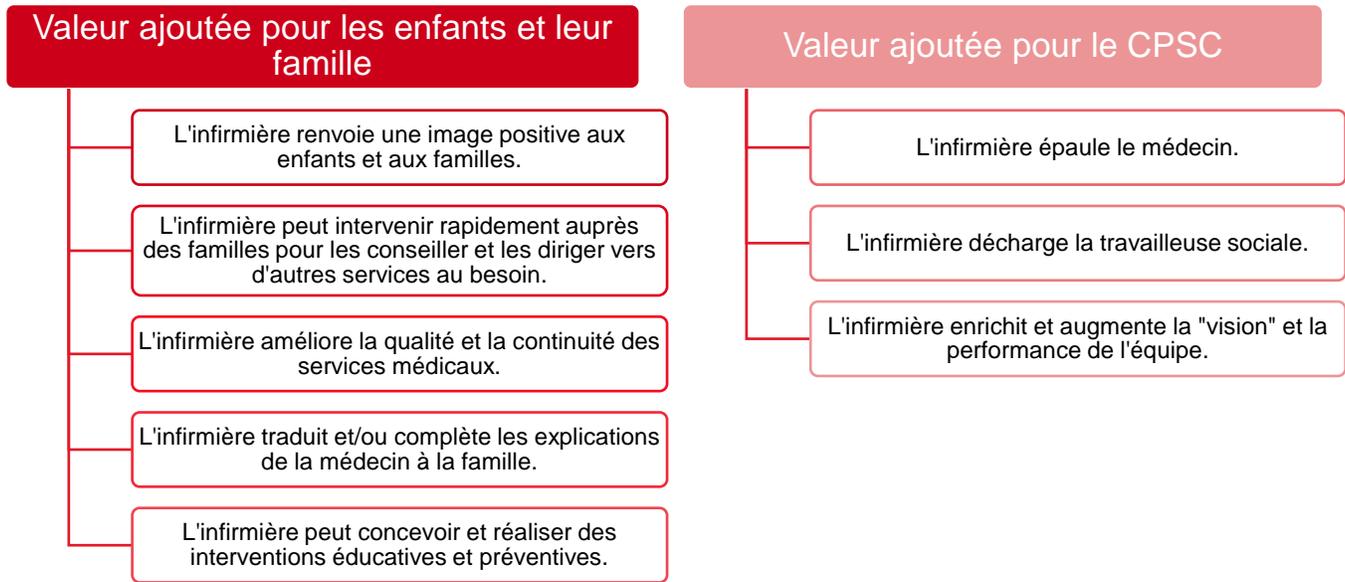
Représentation 1 : L'infirmière qui « décharge » et « assiste » la médecin et l'intervenante psychosociale

Dans cette catégorie thématique, nous incluons les représentations de l'infirmière qui s'approprie uniquement des fonctions parce que les médecins et les intervenantes psychosociales n'ont pas suffisamment le temps pour les faire, par exemple les suivis de santé les moins complexes, les représentations de l'équipe dans les PSI ou encore, par exemple, les suivis de médication ou médicaux « demandés par le médecin ». Dans le cadre de notre recherche, ce schème de pensée est porté exclusivement par des médecins et des directions et coordinations cliniques qui n'ont pas encore concrètement expérimenté la collaboration avec une infirmière en PSC.

« Attentes : (...) faire certains suivis médicaux demandés par le MD (poids, nutrition, médication, asthme, ivrs, otite), en contexte de pandémie et de télétravail: faire les E/P complémentaires aux E&O faites sur ZOOM. » (Médecin)

Il est à noter qu'en 2017, dans le cadre du projet pilote visant l'intégration d'infirmières cliniciennes en PSC qui nous a précédé, Dagenais et al. (2017) avaient déjà documenté les perceptions de la valeur ajoutée du rôle infirmier en PSC. Pour se faire, ils avaient réalisé des entretiens qualitatifs individuels auprès de six infirmières cliniciennes, six médecins et trois travailleuses sociales de CPSC qui avaient à l'époque relativement peu ou pas du tout expérimenté le rôle dans les faits. Au titre des éléments de valeur ajoutée de l'infirmière clinicienne en PSC, Dagenais et al. (2017) avaient relevé deux catégories thématiques, soit : 1) la valeur ajoutée pour les enfants et les familles et 2) la valeur ajoutée pour l'équipe en place et le centre. La figure suivante représente les différents thèmes recensés dans cette recherche. On constate donc, d'une part, que cette perception d'une infirmière qui "épaulé" et "décharge" vient rejoindre le discours de certaines participantes à notre recherche. Également, on y dénote des éléments beaucoup plus larges attestant de la valeur ajoutée pour le CPSC (ex. "augmente la "vision" et la performance de l'équipe") et aussi de la valeur ajoutée pour l'enfant et sa famille (ex. "L'infirmière traduit et/ou complète les explications du médecin à la famille"). Pour notre part, nous avons vu émerger une déclinaison un peu différente des contributions infirmières, soit celle de l'infirmière qui vient consolider le développement du CPSC et celui de l'infirmière qui amène une couleur particulière au modèle de pratique du CPSC. En bref, nous reprenons des éléments similaires, mais nous les organisons différemment pour mettre en valeur le potentiel transformatif de l'infirmière dans la trajectoire de développement du CPSC.

Figure 16 : La valeur ajoutée de l'infirmière clinicienne en PSC dans l'étude de Dagenais et al. (2017)



Source : (Dagenais et al., 2017) (pp .22-26).

Représentation 2 : L'infirmière qui consolide le développement du CPSC

L'infirmière est parfois représentée par les participantes à la recherche comme une force de travail supplémentaire qui devient éventuellement nécessaire à certains CPSC dans leur trajectoire de développement. Cette représentation diffère de la première en ce sens que l'infirmière y est décrite comme une professionnelle autonome dans sa pratique mais résolument aidante pour ses collègues, dont la contribution est vue comme beaucoup plus globale que dans le premier cas de figure. Elle crée des liens étroits avec les familles, offre une réponse rapide et ponctuelle aux urgences de santé, fait office de triage de première ligne et prend en charge des suivis de santé physique. En d'autres termes, sa contribution au CPSC amène une meilleure qualité de services aux enfants et aux familles à partir d'un certain stade dans le développement d'un CPSC. L'infirmière répond alors au besoin de rendre les trajectoires des familles plus « cohérentes » entre les différentes professionnelles du CPSC, qui sont plus nombreuses qu'au départ. De l'avis des participantes qui se situent dans ce schème de pensée, l'infirmière clinicienne ou l'IPS occupe donc une place qui est éventuellement à prendre dans la trajectoire d'évolution du CPSC, qui doit accompagner un nombre grandissant de familles dans le temps.

« L'infirmière contribue à la cohérence des services de santé dans un contexte de pratique médicale par plusieurs médecins à temps partiel. Elle assure un filet de sécurité par le traitement quotidien des rapports d'examen et les demandes de renouvellement de prescription que nous recevons. (...) Partage d'information et collaboration avec le CLSC pour les soins aux nourrissons et en allaitement, renforce les programmes préventifs par ses interventions: vaccination, prévention bébé secoué, mesures COVID, etc. » (Direction / coordination clinique)

« C'est pour ça qu'on mise vraiment sur une couverture de soins infirmiers large, et que c'est super important pour nous. Parce que pour nous, il y a comme une notion de ré-affiliation et de liens de confiance. L'infirmière devient un peu comme l'hybride entre le médecin et la travailleuse sociale. Ça devient une alliée vraiment importante pour créer des liens, surtout avec les parents, je dirais. Donc, ça, ça fait partie un peu d'une réflexion plus large qui explique pourquoi on mise donc ben sur le soin infirmier, nous ici au centre à [ville]. » (Direction / coordination clinique)

Cette représentation se fonde donc résolument sur une vision fonctionnelle du rôle de l'infirmière, qui met beaucoup l'accent sur la planification adéquate de la force de travail au CPSC. Elle est d'ailleurs évoquée autant par des professionnelles qui ont expérimenté la collaboration avec l'infirmière que par d'autres qui projettent de le faire. Elle représente beaucoup la perception des directions et coordinations cliniques.

Représentation 3 : L'infirmière qui amène une couleur particulière au modèle de pratique d'un CPSC

En bout de ligne, on voit émerger des représentations d'infirmières qui se caractérisent par leur approche particulière, qui vient considérablement enrichir l'expertise clinique au CPSC, pour le bénéfice des enfants et des familles.

« Avec notre savoir, on obtient [parfois] vraiment plus que le pédiatre. Ce n'est pas qu'on le fait mieux, mais on le fait différemment, on le fait avec notre approche. » (Infirmière clinicienne)

Ici, des participantes représentent la contribution infirmière dans l'équipe en tenant compte toute l'étendue et la richesse de son modèle de pratique. On représente l'infirmière dans son rôle, mais on donne encore plus d'importance à la couleur de son approche. Dans cette perspective, les infirmières sont particulièrement appréciées parce que leur pratique est complémentaire à celle de leurs collègues et augmente la richesse des services offerts au CPSC. On souligne le caractère autonome de la pratique infirmière, résolument différente des autres professionnelles de la PSC. On explique que les infirmières misent sur leurs compétences et expertises particulières, avant tout au bénéfice des familles. Ce sont vraiment ces représentations qui peuvent nous amener à réfléchir à propos de ce que le rôle apporte de particulier ou de différent par rapport à ce que font les autres collègues au CPSC. Il est tantôt question de l'élargissement de la vision médico-sociale d'une équipe, des expertises spécifiques qu'elles incarnent (souvent en prévention / promotion de la santé et en périnatalité), de leur rôle distinctif en suivi-accompagnement ou du fait qu'elles soient porteuses de projets spécifiques à vocation particulière qui répondent à des besoins ciblés de la clientèle. Cette perspective est essentiellement portée par les participantes qui ont expérimenté la pratique infirmière dans leurs équipes. Il s'agit d'une vision essentiellement centrée sur la valeur ajoutée de l'infirmière pour les enfants et les familles.

« Moi, je vais prendre le côté nursing. Je vais dire ce que je suis capable de faire, et où est ce qu'on s'en va avec ça ». L'infirmière a son expertise. L'enfant a son expertise, les

parents, tu sais, tout le monde a sa place. Et c'est sur un pied égalitaire. » (Infirmière en rôle élargi)

« C'est une profession autonome en soi. Il y a plein de choses que je peux faire indépendamment du médecin. Qu'il y ait un médecin ou non. C'est pour ça qu'il y a des cliniques autogérées par des infirmières aussi. Je peux faire de l'enseignement, je peux faire de la prévention, de la promotion de la santé. » (Infirmière clinicienne)

Une vision adéquate du rôle au départ?

En bref, les résultats de notre recherche tendent à confirmer que plusieurs professionnelles de la PSC qui n'ont pas encore expérimenté la collaboration avec une infirmière clinicienne ou une IPS en CPSC ont des attentes et espoirs qui ne sont pas confirmés par les équipes qui en ont fait l'expérience. Nous pourrions donc qualifier ces attentes d'inadéquates, si l'on convient d'ancrer notre vision de la réalité dans celle des acteurs qui en ont fait l'expérience. L'exemple le plus flagrant est celui de la première représentation, dans laquelle l'infirmière ne fait qu'« assister » et « décharger » la médecin et l'intervenante psychosociale. Nous avons déjà relevé à plusieurs reprises que pour les infirmières que nous avons rencontrées, ainsi que pour leurs collègues, cette représentation de l'infirmière en PSC ne fait pas de sens et ne correspond pas à ce qui se passe sur le terrain. Benhaberou-Brun (2019) soulignait d'ailleurs récemment que « *le rôle infirmier reste encore incompris, souvent circonscrit à des tâches techniques et en chevauchement avec celui d'autres intervenants du milieu de la santé* » (Benhaberou-Brun, 2019) (p.34). Ici, une infirmière décrit ce qui est, à notre sens, une représentation du chevauchement des tâches :

« Donc ça finit par se regrouper un peu. Donc on en a discuté, et après, il y a des choses que moi, je peux faire, que le médecin pourrait faire aussi. » (Infirmière clinicienne)

La transversalité que nous mettons de l'avant évoque plutôt cette expertise opérante mais non identique entre l'infirmière et les autres professionnelles du CPSC. Déry et al. (2017) soulignent d'ailleurs qu'afin de veiller au déploiement optimal du rôle infirmier, les gestionnaires de soins de santé doivent « *adopter des modèles d'organisation qui permettent d'articuler la spécificité du rôle infirmier (Jansen, 2008; Nathenson et al., 2007).* » (Déry, D'amour, & Roy, 2017) (p.53). En PSC, cela signifie qu'il faille justement s'intéresser à documenter la contribution particulière que les infirmières apportent par rapport aux autres professionnelles. Ce concept de transversalité représente donc mieux, à notre sens, la valeur ajoutée distinctive du rôle que nous ont défendu les infirmières rencontrées :

« Les problématiques qu'on voit ici chez nos enfants, moi comme infirmière, je vais les aborder d'une façon. Et peut-être que dans cette situation, ça va bien répondre avec cet enfant-là, et cette famille-là. » (Infirmière clinicienne)

4. L'intégration optimale des infirmières cliniciennes et des IPS en PSC est-elle une responsabilité partagée? Si oui, comment les acteurs de la PSC peuvent-ils se mobiliser en ce sens?

Dagenais et al. (2017) ont conceptualisé le déploiement optimal de la pratique infirmière en PSC comme une « *responsabilité partagée* » (p.34). Nous proposons donc de nourrir la réflexion à ce stade en offrant des pistes d'actions à l'intention de deux parties prenantes d'influence qui sont directement impliquées dans le déploiement du rôle infirmier, soit la direction clinique de la FDJ et des directions et coordinations cliniques des CPSC. Ces pistes d'actions peuvent être envisagées comme des leviers permettant de faciliter l'intégration des infirmières en PSC. Cela permet de circonscrire les avenues possibles à court et à moyen terme, de sorte à avoir un impact plus direct et plus rapide. Toutefois, la possibilité d'engager éventuellement des acteurs plus distaux, tels que les représentants d'universités ou les décideurs publics, n'est pas à écarter.

Pistes d'actions à l'intention de la FDJ

La figure suivante présente une synthèse des pistes d'actions à envisager par la FDJ afin de favoriser l'intégration des infirmières en PSC.

Figure 17 : Pistes d'action à l'intention de la FDJ

- ✓ **Réaliser une codification plus claire et plus complète du rôle infirmier en PSC, qui valorise et décrit :**
 - **l'autonomie professionnelle de l'infirmière ;**
 - **l'interdépendance de son expertise par rapport aux autres expertises en PSC ;**
 - **le caractère distinctif de sa pratique en PSC ;**
 - **les différentes voies d'intégration possibles en PSC, notamment pour l'IPS ;**
 - **la pratique infirmière en région éloignée.**

- ✓ **Considérer la mise sur pied d'une communauté de pratique en soins infirmiers adaptés à la PSC.**

- ✓ **Mieux documenter le travail de fond de l'ensemble des professionnelles de la PSC impliqués dans le suivi-accompagnement des enfants et des familles, incluant les infirmières cliniciennes qui y jouent un rôle primordial.**

Soulignons d'abord une recommandation déjà énoncée par Dagenais et al. (2017), à l'effet que le rôle de la FDJ dans le déploiement de la pratique infirmière devrait être reconsidéré « (...) en faveur d'un leadership renforcé sur les modalités de l'intégration de l'infirmière en CPSC (formations à la PSC, sensibilisation des centres aux bénéfices d'intégrer une infirmière dans les équipes, accompagnement et soutien spécifiques aux centres s'engageant dans cette démarche). » (p.34) À la lumière des constats de la présente recherche, nous suggérons pour notre part que la FDJ réalise en priorité une codification plus claire et plus complète du rôle infirmier en PSC, de sorte à représenter ce rôle de manière compréhensive aux équipes souhaitant possiblement aller de l'avant avec l'embauche d'une infirmière et soutienne mieux les équipes en place. Pour offrir un accompagnement aux CPSC désirant embaucher une infirmière clinicienne ou une IPS à compter de maintenant, la mise sur pied d'une communauté de pratique en soins infirmiers adaptés à la PSC est une avenue à considérer.

Les représentations de la valeur ajoutée des rôles de l'infirmière clinicienne et de l'IPS documentés dans cette recherche constituent des points de départ à partir desquels il est d'ores et déjà possible de réfléchir la codification du rôle infirmier en PSC. Les infirmières cliniciennes ont situé la valeur ajoutée de leur rôle au niveau de l'accroissement de la qualité du suivi-accompagnement (SA). Or, le document *Modèles d'intégration du rôle de l'infirmière en PSC* (Julien et al., 2017) a surtout balisé le rôle de l'infirmière clinicienne dans le cadre de l'ÉO. L'ÉO occupe d'ailleurs une place prépondérante en PSC, car on y situe le cœur du modèle de PSC, ainsi que les processus qui y sont rattachés en tant que bases de l'approche. Toutefois, notre recherche met en valeur à quel point le SA est un processus central, car c'est à travers lui que les recommandations issues de l'ÉO sont transposées dans la pratique. Il est donc particulièrement important de documenter le travail de fond de l'ensemble des professionnelles de la PSC qui y contribuent, incluant les infirmières cliniciennes qui y jouent un rôle primordial.

« Je ne peux pas imaginer que toutes les familles ressortent de là en ayant tout compris de A à Z, en ayant tout intégré, en ayant l'esprit vraiment clair et en sachant vers quoi s'enligner, vers quoi s'orienter. Si l'infirmière, elle peut ramener un peu les éléments qui ont été apportés dans la rencontre [d'ÉO], de dire à la famille « regardez, quand on s'est rencontrés la dernière fois, on a parlé de telle, telle chose. Est-ce que vous vous en souvenez? ». Ça permet, éventuellement, avec le temps, d'être capable d'amener la famille, d'accompagner la famille, où on veut. L'accompagner versus si ce sont juste des évaluations orientations et qu'il ne se passe rien entre. » (Infirmière clinicienne)

De plus, il faudrait également documenter les voies alternatives d'intégration en PSC pour l'IPS, par exemple son implication possible dans des projets à vocation clinique particulière.

Dans tous les cas, les infirmières que nous avons rencontrées invitent à ce que le texte de la codification valorise l'autonomie professionnelle de l'infirmière, qui ne saurait être confinée à un rôle d'assistante ou d'exécutante. L'autonomie infirmière devrait d'ailleurs y être conceptualisée comme une autonomie d'interdépendance aux ressources présentes dans son environnement, incluant l'accès à des expertises internes et externes au CPSC lorsque la situation le requiert. Il devrait également être mentionné dans la codification que la formation académique et l'expérience clinique pertinente, en interaction avec la composition d'équipe, sont des éléments à considérer pour légitimer le niveau d'autonomie souhaité dans l'exercice du rôle infirmier.

Au-delà de ces enjeux, les infirmières ayant participé à la présente recherche expriment toute l'importance de reconnaître le caractère unique et distinctif de leur pratique. Actuellement les descriptions qui ont été

faites de leur rôle restent essentiellement centrées sur les tâches qu'elles peuvent ou ne peuvent pas réaliser. Sachant que cette première phase de recherche a déjà fait émerger beaucoup d'informations utiles pour porter cette réflexion plus loin, une seconde phase pourrait possiblement capter beaucoup plus en détail les subtilités de différents modèles de pratique infirmière en cours. Dans cette perspective, Dagenais et al. (2017) avaient souligné l'importance de constituer de « véritables documents de référence » à l'image de « référentiels de métiers » (p.34) pour guider adéquatement l'implantation des différentes pratiques professionnelles en PSC. Dans cette refonte, il faudra idéalement prévoir des modalités pour la pratique infirmière en région éloignée. Ultimement, tous ces changements devraient également reflétés, lorsque jugé nécessaire, dans le référentiel de certification.

Pistes d'actions à l'intention des directions et coordinations cliniques

La figure suivante présente maintenant une synthèse des pistes d'actions à envisager par les directions et coordinations cliniques afin de favoriser l'intégration des infirmières dans leurs équipes.

Figure 18 : Pistes d'action à l'intention des directions et coordinations cliniques

- ✓ **Entretien d'une culture organisationnelle qui n'encourage pas les rapports hiérarchiques entre la médecin et l'infirmière.**
- ✓ **S'assurer de l'ouverture préalable de l'équipe du CPSC aux changements de pratique amené par l'ajout d'une infirmière à l'équipe.**
- ✓ **Impliquer, si possible, des infirmières expérimentées en PSC dans le recrutement des médecins dans leur CPSC.**
- ✓ **Dans le contexte d'un déploiement de ressources professionnelles, bien s'entendre au préalable avec l'établissement partenaire qui prête l'infirmière à propos de la nature des tâches, rôles et responsabilités de l'infirmière et des attentes en matière de couverture. Les dispositifs d'accès à de la formation continue doivent aussi être convenus.**
- ✓ **Mettre en place un espace de dialogue entre l'infirmière et l'équipe à son arrivée, afin de co-construire les contours souples et adaptatifs de son rôle au CPSC.**
- ✓ **Intégrer le rôle de l'infirmière dans une planification stratégique à long terme, établie préalablement à l'embauche.**
- ✓ **S'inspirer des résultats de la recherche pour définir des critères à l'embauche de l'infirmière (expérience pertinente, capacité d'adaptation, disposition à travailler en contexte transdisciplinaire intérêt pour le travail auprès des populations vulnérables, etc.).**
- ✓ **Exposer intensivement l'infirmière aux processus, aux situations cliniques et aux enfants et familles, et ce dès son arrivée au CPSC.**

Nous suggérons aux directions et coordinations cliniques de s'assurer, avant même l'embauche d'une infirmière, que le terrain soit fertile à l'établissement d'une relation de confiance entre l'infirmière et les autres professionnelles du CPSC. Les témoignages des infirmières participantes convergent vers trois pistes possibles à cet égard, soit : 1) entretenir une culture organisationnelle qui n'encourage pas les rapports hiérarchiques entre la médecin et l'infirmière ; 2) s'assurer de l'ouverture préalable de l'équipe du CPSC aux changements de pratique amené par l'ajout d'une infirmière à l'équipe ; 3) impliquer, si possible, les infirmières expérimentées de la PSC dans le recrutement des médecins dans leur CPSC. De façon analogue au point 2, Dagenais et al. (2017) suggéraient aussi d' « (...) inciter les centres désireux de recruter une infirmière à entamer une réflexion d'équipe au sujet de leurs attentes et de leurs besoins (...). » (p.34) préalablement à son embauche.

Dans la même optique, dans le contexte d'un déploiement de ressources professionnelles, nous suggérons aux directions et coordinations cliniques de bien s'entendre au préalable avec l'établissement partenaire qui prête l'infirmière à propos de la nature des tâches, rôles et responsabilités de l'infirmière et des attentes en matière de couverture (ex. nombre de patients ou de références attendues). Les dispositifs d'accès à de la formation continue doivent aussi être convenus. Les infirmières nous ont indiqué que ces éléments étaient importants à prendre en compte afin de ne pas compromettre le déploiement du rôle infirmier.

L'accueil de l'infirmière devrait également, de l'avis de Dagenais et al. (2017), impliquer « (...) la mise sur place d'un espace de dialogue entre l'infirmière et l'équipe à son arrivée, répété dans les premiers mois de son intégration qui permettrait, au besoin, de parvenir à une sorte de « contractualisation » (ouverte, souple et adaptative) des rôles de chacun. » (p.35). Ici, nous postulons que le rôle de l'infirmière ne pourra jamais être exactement le même d'une communauté à l'autre en raison des particularités locales, et qu'un travail de co-construction de concert avec l'ensemble des membres de l'équipe est important à réaliser dès l'embauche de l'infirmière.

Également, nous suggérons que l'implantation du rôle infirmier soit réfléchi dans une perspective à long terme. Ce rôle doit selon nous s'intégrer dans une planification stratégique établie préalablement à l'embauche. L'élaboration de plans de contingence par les directions et coordinations cliniques ayant pour objectif de maintenir l'infirmière en poste à travers les fluctuations de ressources financières dans le temps est une avenue à considérer en ce sens. Les témoignages des infirmières et des médecins nous invitent à investir les mandats infirmiers dans une visée de continuité, considérant que les infirmières changent positivement les processus organisationnels, qui en deviennent éventuellement dépendants. Nous avons d'ailleurs relevé que le rôle de l'infirmière clinicienne consolide le développement de certains CPSC et qu'elle vient éventuellement y occuper une place à prendre.

Concernant les critères d'embauche à privilégier, l'analyse du discours des infirmières nous amène à proposer les éléments suivants. Il ne faut pas les considérer d'emblée comme une liste exhaustive, mais plutôt comme des éléments à prendre en considération dans le processus d'embauche. En effet, la question n'a pas été posée directement aux participantes et il s'agit plutôt à ce stade d'un résultat secondaire de la recherche.

Critères d'embauche suggérés :

- Expérience de l'infirmière en PSC ou avec des clientèles similaires.
- Capacité d'adaptation aux changements et réactivité de l'infirmière face aux opportunités d'accompagnement.

- Confortable en contexte multidisciplinaire.
- Compréhension des implications liées à l'accompagnement des enfants et des familles (complexité psychosociale autant que médicale et intérêts correspondants).
- Confiance de l'infirmière en ses capacités et compétences. Autonomie professionnelle.
- Connaissance de l'infirmière de ses limites personnelles et professionnelles. Réflexivité, capacité d'identifier et de mettre à profit les ressources de son environnement.

D'autres éléments pourraient aussi être considérés comme des atouts importants au moment de l'embauche :

- Expérience de l'infirmière dans la communauté (compétence locale et engagement communautaire)
- Histoire de collaboration avec des professionnelles du CPSC ou des partenaires du CPSC.

Finalement, nous suggérons, toujours en cohérence avec les données de la recherche, qu'une exposition intensive de l'infirmière aux processus, aux situations cliniques et aux enfants et familles soit mise en œuvre dès son arrivée au CPSC. Un moyen privilégié qui a été suggéré pour y parvenir est de valoriser la présence de l'infirmière en clinique dès le départ.

Conclusion

Ce premier cycle de recherche est manifestement parvenu à sa fin. Il a notamment mis en valeur des divergences fondamentales de positionnements entre les acteurs impliqués, que le secteur du soutien scientifique à l'amélioration des pratiques de l'IPSC n'a pas la légitimité de résoudre. Le rôle du chercheur n'est d'ailleurs pas de trancher en faveur de l'une ou l'autre des parties sous l'égide de la recherche-action. La recherche-action se présente plutôt comme une méthode pour encadrer une force de travail fédératrice au service de l'innovation des pratiques. Cette force de travail doit inclure l'ensemble des parties prenantes aux différentes questions de recherche, et porter plus haut toutes les voix, sans discrimination, incluant les voix dissidentes. Les points de vue qui s'opposent à l'ordre établi sont particulièrement importants à entendre et à considérer en recherche-action, car s'ils déstabilisent initialement, ils représentent souvent des perturbations qui s'avèrent constructives finalement. Appliqué à cette recherche, cela signifie qu'il faut, à l'image des meilleures pratiques de PSC, engager les différentes parties prenantes à résoudre ensemble les enjeux entourant le déploiement du rôle infirmier. Cela ne peut se faire qu'au travers d'espaces de discussion et d'échanges inclusifs, ouverts et respectueux des différents points de vue possibles, de sorte à stimuler les idées nouvelles et les solutions inédites et à repérer les zones de cohésion possibles pour avancer collectivement. Dans la mesure où la constitution d'un tel dispositif consultatif puisse prendre effet rapidement, une seconde phase de recherche visant à porter les réflexions et les pistes d'action encore plus loin, de même qu'à mettre à jour la codification de la pratique infirmière en PSC pourrait être déployée à compter de 2022.

Annexes

Annexe 1 : Vue d'ensemble de la répartition des thématiques documentées en fonction des groupes et sous-groupes de participantes à la recherche.

	GROUPES ET SOUS-GROUPES DE PARTICIPANTeS						
	Infirmières			Directions/ Coord. cliniques		Médecins	
	Clin	IPS	Zone éloignée	Avec INF au CPSC	Sans INF au CPSC	Avec INF au CPSC	Sans INF au CPSC
1. Implication des infirmières dans le continuum de services en PSC	X	X	Donnée manquante ⁸	X			
2. Craintes associées au déploiement du rôle infirmier en PSC	X	X	X	X	X	X	X
3. Motivations ayant donné lieu à l'embauche d'infirmières dans les CPSC	X	X	X	X			
4. Attentes et espoirs envers le rôle infirmier en PSC					X		X
5. Valeur ajoutée au rôle infirmier en PSC	X	X	Donnée manquante	X		X	
6. Éléments qui favorisent l'intégration et le plein déploiement du rôle infirmier en PSC.	X	X	X	X		X	

⁸ L'implication de l'infirmière en rôle élargi dans le continuum de services en PSC et la valeur ajoutée de son rôle n'ont été que partiellement couvertes dans le cours de l'entretien de recherche qualitatif réalisé et demanderont à être précisés davantage dans le futur.

Références

- Anadón, M., & Savoie-Zajc, L. (2007). La recherche-action dans certains pays anglo-saxons et latino-américains: une forme de recherche participative. *Recherches participatives: multiples regards*, 1, 13-30.
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. (2020). *Mémoire de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). Analyse et recommandations de l'AIPSQ sur le projet de Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées 2020.*
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. (2021). Infirmières praticiennes spécialisées. Page web consultée le 17 décembre 2021 : <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/devenir-ips>
- Benhaberou-Brun, D. (2019). Le jugement clinique au cœur de la pratique. *Perspective infirmière*, 16(1), 34-35.
- Benoit, M., Pilon, R., Lavoie, A.-M., & Pariseau-Legault, P. (2017). Chevauchement, interdépendance ou complémentarité?, la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario. *Santé publique*, 29(5), 693-706.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.*
- Dagenais, C., Guichard, A., Têtu, I., Dupont, D., & Portfilio-Mathieu, L. (2017). *Évaluation du projet "Intégration des infirmières cliniciennes au sein du mouvement de la pédiatrie sociale en communauté du Québec" de la Fondation du Dr Julien.*
- Déry, J., D'amour, D., & Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. Une contribution importante à la performance du système de santé. *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55.
- Fondation Dr Julien. (2013). *Document de codification. Pédiatrie sociale en communauté.* Montréal (Québec).
- Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj*, 324(7341), 819-823.
- Julien, M., Ouellet, N., Arla, D., Hivon, M., & Mena Martinez, D. (2017). *Modèles d'intégration de l'infirmière en pédiatrie sociale en communauté.*
- Laplante, O., Arsenault, C., & Bonnier-Viger, Y. (2014). *Stratégie sur l'approche populationnelle et le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle.* Sainte-Marie (Québec).
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane database of systematic reviews*(2).
- Loi médicale, RLRQ c M-9. (2021). Page web consultée le 17 décembre 2021 : <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/rlrq-c-m-9/derniere/rlrq-c-m-9.html>

- Loi sur les infirmières et infirmiers, RLRQ c I-8. (2021). Page web consultée le 17 décembre 2021 : <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/rlrq-c-i-8/derniere/rlrq-c-i-8.html>
- McCann, D. (2019). *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*. Page web consultée le 17 décembre 2021 : <http://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-43-42-1.html>
- Mena Martinez, D., & Dagenais, C. (2018). *Infirmières et infirmiers en pédiatrie sociale: un projet de transfert de connaissances*. Page web consultée le 17 décembre 2021 : <https://www.oiiq.org/infirmieres-et-infirmiers-en-pediatrie-sociale-un-projet-de-transfert-de-connaissances>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2020). *Problème de santé mentale et trouble mental : qu'est-ce qui les distingue?* Page web consultée le 17 décembre 2021 : <https://www.oiiq.org/probleme-de-sante-mentale-et-trouble-mental-qu-est-ce-qui-les-distingue?inheritRedirect=true&redirect=%2Fsante-mentale-les-ips-doivent-occuper-la-place-qui-leur-revient>
- Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, RLRQ c M-9, r 13.* (2021). Page web consultée le 17 décembre 2021 : <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/regl/rlrq-c-m-9-r-13/derniere/rlrq-c-m-9-r-13.html>
- Rioux-Dubois, A. (2019). *L'intégration et la négociation du rôle de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires en contexte de collaboration interprofessionnelle*. Université d'Ottawa.
- Roy, M., & Prévost, P. (2013). La recherche-action: origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches qualitatives*, 32(2), 129-151.
- Sangster-Gormley, E., Griffith, J., Schreiber, R., Borycki, E., Feddema, A., & Thompson, J. (2015). Interprofessional Collaboration: Co-workers' Perceptions of Adding Nurse Practitioners to Primary Care Teams. *Quality in Primary Care*, 23(3), 122-126.
- Smithman, M. A., Descôteaux, S., Dionne, É., Richard, L., Breton, M., Khanassov, V., & Haggerty, J. L. (2020). Typology of organizational innovation components: building blocks to improve access to primary healthcare for vulnerable populations. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-17.
- Venne, J.-F. (2021, 13 mars 2021). Accès aux soins de santé: le grand brassage. *Le Devoir*. Page web consultée le 17 décembre 2021 : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/596645/acces-aux-soins-le-grand-brassage>