

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Liste des abréviations	xi
Remerciements	xii
Introduction	1
Chapitre 1 : Problématique.....	4
La mise en place de structures de première ligne au Québec.....	6
L'évolution législative du rôle infirmier au Québec	7
La variabilité de la pratique des infirmières cliniciennes en GMF	8
Les éléments influençant le déploiement du rôle des infirmières en médecine de famille	13
L'influence des perceptions dans le processus de déploiement du rôle	15
L'énoncé du problème : constats à l'égard du déploiement du rôle de l'infirmière en médecine de famille et de ses impacts.....	17
L'objectif de la recherche.....	18
Chapitre 2 : Recension des écrits	20
Le contexte de la pratique infirmière en médecine de famille	22
La profession infirmière au Québec	34
Les particularités associées à l'exercice du rôle professionnel de l'infirmière en médecine de famille	44
La synthèse de la recension des écrits	51
Chapitre 3 : Cadre de référence.....	54
La schématisation de la pratique professionnelle de Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher (2016a).....	55
Le modèle de l' <i>épisode de rôle</i> de Kahn, Wolfe, Quinn et Snoek (1964)	57
La définition des concepts à l'étude	59

L'intégration des composantes du cadre théorique	62
Chapitre 4 : Méthodologie	64
Type de recherche (devis)	65
Contexte de l'étude : les Groupes de médecine de famille	66
Population cible.....	67
Méthode d'échantillonnage	70
Méthodes de collecte des données et déroulement de l'étude	71
Description du plan d'analyse des données.....	76
Considérations éthiques.....	79
Chapitre 5 : Résultats	82
Article 1: <i>The expected, played and desired role of nurses in family medicine group: nurses and head physicians' perceptions</i>	84
Discussion	123
Considérations théoriques et méthodologiques.....	125
Recommandations	137
Conclusion	144
Références.....	147
Annexe A - Schématisation de la pratique professionnelle selon Poitras et al. (2016a)	159
Annexe B - Modèle théorique élaboré par Katz et Kahn (1978)	160
Annexe C - Modèle phénoménologique des rôles de Savoie et Forget (1983).....	161
Annexe D - Lettre de présentation : Infirmière clinicienne	162
Annexe E - Lettre de présentation : Médecin responsable de GMF	163
Annexe F - Guide d'entrevue semi-dirigée : Infirmière clinicienne	164
Annexe G - Guide d'entrevue semi-dirigée : Médecin responsable de GMF	169
Annexe H - Formulaire de consentement.....	173
Annexe I - Questionnaire de données sociodémographiques : Infirmière clinicienne .	179

Annexe J - Questionnaire de données sociodémographiques : Médecin responsable de GMF	185
Annexe K - Exemple de schématisation de l'analyse des données.....	186
Annexe L - Certificat du comité d'éthique de la recherche – Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides	187
Annexe M – Certificat du comité d'éthique de la recherche - Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.....	189
Annexe N – Preuve de soumission de l'article au <i>Journal of Family Nursing</i>	190
Annexe O – <i>The Enacted SCOPe of Nursing Practice (SCOP) model</i> de Déry et al. (2015)	191

Liste des tableaux de l'article

Tableau

1	Table 1. <i>Definitions of the concepts used in the study.</i>	93
2	Table 2. <i>Nurses' and physicians' perceptions of the role of family practice nurses.</i>	94
3	Table 3. <i>Characteristics of participating nurses and family physicians</i>	96

Liste des figures

Figure

- 1 Schématisation de la pratique professionnelle selon Poitras et al. (2016a) 159
- 2 Modèle théorique élaboré par Katz et Kahn (1978) basé sur le modèle
de l'*épisode de rôle* de Kahn et al. (1964). Traduit par Savoie et Forget (1983)
..... 160
- 3 Modèle phénoménologique des rôles de Savoie et Forget (1983). Adaptation du
modèle de Kahn et al.(1964) 161
- 4 *The Enacted SCOpE of Nursing Practice (SCOP) model* de Déry et al. (2015) 191

Liste des abréviations

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

CFPNA : *Canadian Family Practice Nurses Association*

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CISSSAT : Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centres locaux de services communautaires

DSI : Direction des soins infirmiers

FMG : *Family medicine group*

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

GMF : Groupe de médecine de famille

GMF-U : Groupe de médecine de famille universitaire

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PHC : *Primary health care*

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

UMF : Unité de médecine de famille

Remerciements

Mes premiers remerciements sont dédiés sans aucun doute à ma précieuse équipe de direction. Manon C., Manon L. et Marie-Eve, je vous suis éternellement reconnaissante de la générosité, du soutien et du dévouement dont vous avez fait preuve à mon égard. Vous avez accepté de partager la richesse de votre savoir avec moi et, chacune à votre couleur, vous m'avez tant appris et avez su faire en sorte que je me me surpasse. Les retombées positives de cette maîtrise vont au-delà de la réussite scolaire et pour cela, je vous suis redevable. Vous êtes pour moi à la fois trois femmes inspirantes, trois modèles professionnels impressionnants et trois mères de famille impliquées. Merci d'avoir cru en ma réussite dès les premiers instants!

Je tiens également à offrir mes remerciements aux évaluateuses de ce mémoire, Pre Emmanuelle Jean et Pre Annie Rioux-Dubois, et à la présidente du jury, Pre Joséanne Desrosiers. Votre expertise et vos recommandations ont permis d'améliorer la qualité et la rigueur de ce mémoire et je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Je souhaite également remercier le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec pour l'obtention de la bourse d'études MEES-Universités. Merci également à Mme Lise Langlois (CISSSAT), Dr Sabrina Paradis (GMF-U Aurores-Boréales) et M. Tomy Lapointe (CISSSAT) pour votre compréhension à l'égard de mes travaux de recherche et du temps que vous m'avez accordé pour les réaliser.

Merci à mes collègues infirmières, infirmières praticiennes et médecins du GMF-U des Aurores-Boréales pour la reconnaissance que vous accordez à la pratique infirmière en GMF. Tout spécialement, merci à mes collègues (et amies) Kim, France, Stéphanie M., Karolane, Élise et Marie-Ève. Par votre professionnalisme et votre passion pour la qualité des soins, vous êtes une source d'inspiration. Merci pour toutes ces discussions oh! combien enrichissantes sur la pratique infirmière en médecine de famille.

Un merci tout spécial aux participants de cette recherche. Sans vous, tout ceci n'aurait pu être réalisé. Merci à toutes les infirmières en GMF et aux médecins

responsables de GMF de la région qui ont démontré tant d'intérêt envers l'avancement de la pratique en médecine de famille et qui m'ont accueillie dans leurs milieux.

Merci à toutes les personnes que j'ai croisées durant le processus complet de la maîtrise : collègues étudiants et professeurs de partout au Québec et mes collègues de l'UER des sciences de santé de l'UQAT. Chaque rencontre a contribué directement ou indirectement à ma réussite. À tous ceux avec qui je suis restée en contact, au plaisir de relever de nouveaux défis ensemble et pour les autres, au plaisir d'échanger à nouveau.

Merci du fond du cœur à ma famille! Merci à mes parents, Lise et Gérald, de m'avoir soutenue et de m'avoir permis de m'épanouir depuis ma plus tendre enfance. Mes sœurs, Janick et Gabrielle, merci pour votre aide avec les garçons et de votre soutien lors de mes déplacements hors de la région. Un merci tout particulier à ma défunte Mamie. Nous avons manqué de temps pour célébrer la fin de cette aventure ensemble ... Merci d'avoir été une femme forte et inspirante tout au long de ta vie! Tu m'as appris à être fonceuse et à ne pas renoncer à surmonter les défis que la vie nous apporte.

Enfin, un immense merci à mon mari Alexandre et mes fils Louis-Raphaël et Félix-Antoine. Merci premièrement d'être présents dans ma vie. Alex, merci pour ta patience et ton soutien inconditionnel. Merci de me permettre d'être à la fois une femme, une mère et une professionnelle accomplie. Mes deux petits amours, merci de vos encouragements par vos bisous et vos câlins. J'espère que cette réussite saura vous démontrer que tout est possible et que nous serons toujours là pour vous soutenir dans votre réussite!

Introduction

Une organisation efficace des soins de première ligne est reconnue comme le pilier d'un système de santé de qualité, et ce, à un coût moindre (Kringos et al., 2010). Ainsi, afin de contrer l'augmentation croissante des coûts reliés au système de la santé, le gouvernement du Canada a placé en priorité la réforme de l'organisation des soins de première ligne axée sur l'efficience de l'utilisation des ressources professionnelles (Aggarwal & Hutchison, 2012). Jusqu'à ce jour, différents modèles d'organisation de soins de première ligne ont émergé à travers le pays (Aggarwal & Hutchison, 2012).

Ayant pour objectif principal l'optimisation de l'accessibilité aux soins de première ligne, le Québec a, quant à lui, implanté les Groupes de médecine de famille (GMF) au début des années 2000. Les GMF sont des organisations regroupant des médecins de famille avec divers professionnels de la santé dont, majoritairement, des infirmières cliniciennes (Émond et al., 2003). Parallèlement à cette réorganisation des soins de première ligne, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90) a permis d'élargir la portée du champ d'exercice de la profession infirmière afin de maximiser l'utilisation de son expertise dans le système de santé québécois (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012). Ces nouvelles réglementations ont donc favorisé la création du rôle d'infirmière en médecine de famille au Québec (Émond et al., 2003).

Toutefois, après près de vingt ans, plusieurs études ont recensé une grande variabilité de la pratique des infirmières en médecine de famille d'un milieu à l'autre (Beaulieu et al., 2006; D'Amour et al., 2008; Poitras, 2016). L'infirmière en médecine de famille est parfois perçue comme une collaboratrice et parfois comme une assistante médicale (Beaulieu et al., 2006; D'Amour et al., 2008). La littérature portant sur les infirmières œuvrant en médecine de famille souligne le manque de clarté à l'égard de la définition de leur rôle, ce qui occasionne une sous-utilisation de celles-ci (McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2016; Poitras, 2016).

Ce mémoire composé de cinq chapitres porte sur les perceptions à l'égard du rôle de l'infirmière en médecine de famille par les infirmières elles-mêmes et les médecins responsables de GMF pour mieux comprendre leur influence sur le rôle attendu, joué et souhaité de l'infirmière en médecine de famille, et pour mettre en évidence les écarts entre les perceptions. Le premier chapitre fait état de la problématique au sujet de la situation actuelle du déploiement et de la mise en œuvre du rôle des infirmières en médecine de famille. La recension des écrits réalisée sur le sujet suivra dans le deuxième chapitre. Le troisième chapitre, quant à lui, expose le cadre conceptuel utilisé dans le contexte de cette recherche. Puis, respectivement, le quatrième chapitre détaille l'ensemble de la méthode de recherche et le cinquième chapitre rapporte les résultats obtenus sous forme d'article. Enfin, la discussion de ce mémoire inclut les considérations et les recommandations en lien avec les résultats de la recherche.

Chapitre 1 :
Problématique

Au cours des dernières décennies, l'augmentation croissante de la demande en soins de santé et des coûts reliés au fonctionnement des systèmes de santé a forcé tous les paliers gouvernementaux du Canada à restructurer les organisations de prestation de soins (Aggarwal & Hutchison, 2012). Il est reconnu qu'une organisation des soins de première ligne adéquate est plus efficace à un moindre coût tout en améliorant la santé de la population (Kringos et al., 2010). Les problèmes d'accessibilité et de fragmentation des soins et le manque de cohérence dans le partage des tâches entre les professionnels de la santé expliquent en partie le besoin de rehausser et de favoriser le développement des pratiques professionnelles de première ligne efficaces (Kringos et al., 2010). Ainsi, constituant la porte d'entrée d'un système de santé, une offre de soins de première ligne forte et orientée en fonction de la philosophie de soins de santé primaires favorise l'utilisation judicieuse des ressources en santé (Aggarwal & Hutchison, 2012). Pour cause, les soins de santé primaires sont une philosophie globale qui va au-delà de la maladie et qui se consacre à la façon de dispenser les soins à chaque étape de la vie et dans tous les domaines de soins de santé (Instituts de recherche en santé du Canada, 2017). Cette philosophie place les besoins des patients au cœur de la dispensation des soins et assure une plus grande équité en matière de santé pour l'ensemble de la population (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Malgré les efforts des différents acteurs en santé et des gouvernements, il semble que l'efficacité de l'offre de soins de première ligne au Canada

accuse du retard en comparaison avec les autres pays de niveau socio-économique semblable (Aggarwal & Hutchison, 2012).

La mise en place de structures de première ligne au Québec

Relativement à ces enjeux, le gouvernement québécois a entrepris la réorganisation des soins de première ligne afin d'améliorer la performance de système de santé notamment influencée par le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et l'accroissement de la complexité des conditions de santé. Faisant suite aux recommandations du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000), aussi appelé commission Clair, les GMF ont ainsi été créés (Beaulieu et al., 2006; Émond et al., 2003). Le gouvernement propose alors aux médecins de famille issus de cabinets médicaux privés offrant des soins médicaux de première ligne dans la communauté de se regrouper afin de former des GMF (Émond et al., 2003). Il est prévu que la structure d'un GMF soit basée sur un travail de collaboration par l'ajout de professionnels de la santé, dont les infirmières cliniciennes, œuvrant dans ces milieux (Émond et al., 2003). Ainsi, les patients inscrits auprès d'un médecin de famille d'un GMF pourraient bénéficier d'une plus grande accessibilité aux soins de première ligne (D'Amour, Goudreau, Hudon, Beaulieu, Lamothe, Jobin, & Gilbert, 2008; Émond et al., 2003). La création des GMF a donc été perçue par les gouvernements comme une opportunité pour optimiser l'accessibilité et la rentabilité des soins de première ligne par l'utilisation accrue des compétences infirmières dans ces milieux de soins (D'Amour et

al., 2008; D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009; Émond et al., 2003; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012).

L'évolution législative du rôle infirmier au Québec

Parallèlement à la création des GMF, c'est en 2002 que des changements législatifs majeurs découlant de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90) ont conféré aux infirmières une plus grande autonomie. Entre autres, l'infirmière peut procéder, dans un contexte de première ligne, à l'évaluation physique et mentale d'une personne symptomatique en amont du médecin et initier des mesures diagnostiques et des traitements selon une ordonnance, ou décider d'orienter la personne vers le médecin ou les services disponibles en fonction des soins qui sont nécessaires. Visant à améliorer l'accès aux soins pour la population, ces changements ont permis la bonification du rôle des infirmières et ont souligné l'importance pour les infirmières de canaliser leur pratique professionnelle vers des activités davantage en lien avec leur formation et leur expertise (Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux, 2000).

Ainsi, ces changements mettent de l'avant la reconnaissance de l'expertise des infirmières cliniciennes dans le but de leur permettre de prodiguer des soins complexes dans des milieux cliniques spécialisés tels que les GMF (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012). Plus concrètement, ces mesures avaient pour objectif de

favoriser le déploiement optimal du rôle des infirmières en médecine de famille par la mise en œuvre de la pleine étendue de la pratique infirmière, c'est-à-dire la possibilité de réaliser l'ensemble des activités de soins pour lesquelles elles sont formées (Déry, D'Amour, & Roy, 2017).

La variabilité de la pratique des infirmières cliniciennes en GMF

Au moment de l'intégration des infirmières cliniciennes dans les GMF, leur rôle et l'étendue de leur pratique ont été établis en partenariat avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Cependant, ce rôle a été élaboré de façon sommaire sans indication claire de l'opérationnalisation de celui-ci en milieu clinique (Roy & Sylvain, 2004), laissant ainsi l'opportunité à chaque gestionnaire de GMF de déterminer précisément la nature des activités infirmières dans son établissement (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005). En effet, la structure de gouvernance des infirmières en GMF repose sur un partenariat, où l'autorité hiérarchique relève de la direction des soins infirmiers (DSI) et où l'autorité fonctionnelle relève du médecin responsable du GMF (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec / Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005). Or, cette stratégie d'intégration des infirmières cliniciennes dans les GMF a eu pour cause de placer les infirmières dans une position de vulnérabilité face à la gouvernance médicale. Il semble donc que l'influence des différents niveaux macrosociologique (contexte législatif et juridique, contexte

professionnel émergent), mésosociologique (structure organisationnelle, structure de gouvernance partagée, financement mixte) et microsociologique (culture d'équipe, relation employé/employeur) du système a contribué à un déploiement variable du rôle des infirmières cliniciennes en GMF occasionnant des écarts de pratique clinique (D'Amour et al, 2009).

En effet, près de vingt ans après l'arrivée des infirmières en médecine de famille au Québec, il est constaté que ce rôle ne se déploie pas jusqu'à la pleine étendue du champ d'exercice de la pratique infirmière. Des écarts importants ont été constatés entre le rôle initialement prévu et le rôle actuellement effectif dans les milieux (Beaulieu et al., 2006; Girard, 2016; Gosselin, Royer, Noël, Beauregard, Keays, & Gravel, 2016; Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, & Gallagher, 2016b; Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, Crossman, & Gallagher, 2018a; Poitras, Chouinard, Gallagher, & Fortin, 2018b). En fait, les infirmières cliniciennes en GMF n'exercent toujours pas, à ce jour, toutes les activités professionnelles possibles prévues dans leur champ d'exercice (Tremblay, 2015). Entre autres, il apparaît que la mise en œuvre du rôle infirmier en médecine de famille s'est en partie développée localement sous l'influence de la compréhension de ce rôle tant par les infirmières elles-mêmes que par les médecins de famille (Beaulieu et al., 2006; Poitras et al., 2018a).

Tout récemment, soit à l'automne 2019, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié le *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire - Dans une perspective de collaboration interprofessionnelle* (Gouvernement du Québec, 2019b) et la Canadian Family Practice Nurses Association (CFPNA) a publié le *National Competencies for Registered Nurses in Primary Care* (Association canadienne des infirmières en médecine familiale, 2019). Or, vu la parution tardive de lignes directrices sur les activités et les compétences des infirmières en médecine de famille, on recense en pratique un grand nombre d'activités réalisées par les infirmières cliniciennes en GMF (Beaulieu et al., 2006; Girard, 2016; Gosselin, Royer, Noël, Beauregard, Keays, & Gravel, 2016; Pelletier, 2008; Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, & Gallagher, 2016b; Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, Crossman, & Gallagher, 2018a; Poitras, Chouinard, Gallagher, & Fortin, 2018b). Il serait plutôt attendu que les infirmières cliniciennes en GMF concentrent leurs interventions dans les domaines des maladies chroniques, de la santé de la femme, de la périnatalité, de la pédiatrie, de la santé publique, des personnes âgées présentant des troubles cognitifs et en perte d'autonomie, et dans le cadre de la promotion et de la prévention de la santé (Gouvernement du Québec, 2019b). Cependant, il semble que l'éventail d'activités de soins infirmiers soit très diversifié et sous-optimal dans plusieurs domaines d'activités d'un milieu à l'autre.

Par exemple, selon les différents GMF, certaines infirmières contribuent activement au suivi de grossesse en partenariat avec le médecin tout au long de la

grossesse, et ce, par la prise en charge entière de certaines visites du suivi régulier, alors que d'autres réalisent seulement la collecte de données initiale au premier trimestre de la grossesse et que certaines ne sont jamais en contact avec cette clientèle (Gosselin et al., 2016). Or, ce constat va à l'encontre des principes des soins de santé primaires, sachant que les femmes enceintes ont de la difficulté à avoir accès à des soins obstétricaux et que la contribution au suivi de grossesse fait l'objet d'une activité professionnelle réservée de l'infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). Plus encore, il est connu que la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (clientèle la plus prise en charge par les infirmières en médecine de famille) est sous-optimale et davantage consacrée au suivi des personnes atteintes d'hypertension et de diabète (Poitras et al., 2018a; Poitras et al., 2018b). Il est également souligné que les personnes atteintes de troubles de santé mentaux courants (anxiété et dépression) sont peu prises en charge par les infirmières en médecine de famille et que celles-ci expriment un malaise et un manque de compétences face à cette clientèle (Girard, Hudon, Poitras, Roberge, & Chouinard, 2017). Toutefois, il demeure que peu d'études québécoises ont été réalisées en GMF jusqu'à ce jour (Beaulieu et al., 2006; Bouchard, 2016; Girard, 2016; Gosselin et al., 2016; Jean & Sylvain, 2010; Pelletier, 2008; Poitras, 2016), et qu'il est difficile d'avoir un constat juste de la pratique actuelle pour toutes les clientèles pour lesquelles l'infirmière en médecine de famille de GMF contribue à la prise en charge et assure le suivi de santé.

Il est également intéressant de constater que la pratique infirmière en médecine de famille peut être très variable, parfois peu liée au champ d'exercice légal, et sous-optimale

pour la santé de la population à travers le Canada. En effet, dans certains milieux plus de 50 % des infirmières en médecine de famille réalisent tous les jours des activités non infirmières telles que la prise de rendez-vous, la préparation de salle et le réapprovisionnement de matériel (Allard, Frego, Katz, & Halas, 2010). Malgré la présence importante d'activités non infirmières, 61 % d'entre elles pensent occuper pleinement leur champ de pratique (Allard et al., 2010). Ainsi, cette perception souligne probablement l'impact de l'absence de mentorat (p. ex. : par des infirmières expérimentées) et de guides de pratique professionnelle dans le processus de socialisation du rôle émergeant en médecine de famille.

Enfin, il est également reconnu que la collaboration et les relations interprofessionnelles influencent l'étendue effective du rôle infirmier (Roy, 2015). En effet, il est constaté que divers modèles de collaboration basés sur les besoins individuels des professionnels se sont forgés au fil des années entre les infirmières et les médecins de famille au détriment d'un modèle favorisant le développement de pratiques professionnelles et collaboratives optimales (Lukewich, Taylor, Poitras, & Martin-Misener, 2018). Ainsi, le rôle infirmier semble s'être polarisé sous deux modèles de pratiques collaboratives déployés à différents degrés : la prise en charge partagée des soins centrés sur le patient (rôle de collaboratrice) et les soins ponctuels en assistance au médecin (rôle d'exécutante) (Beaulieu et al., 2006; D'Amour et al., 2008; Gosselin et al., 2016). Le fait de conférer aux infirmières cliniciennes en GMF un rôle d'exécutante plutôt que de collaboratrice à part entière représente une utilisation sous-optimale pour la

population des compétences infirmières. De plus, il est rapporté dans la littérature que les infirmières en médecine de famille vivent davantage d'insatisfaction à l'égard de leur pratique professionnelle lorsqu'elles occupent un rôle orienté vers l'assistance médicale, puisqu'elles se sentent sous-utilisées en lien avec les compétences qu'elles possèdent (Allard et al., 2010; Akeroyd, Oandasan, Alsaffar, Whitehead, & Lingard, 2009; D'Amour et al., 2008; D'Amour et al., 2009; McInnes et al., 2016).

Les éléments influençant le déploiement du rôle des infirmières en médecine de famille

Sachant que le déploiement optimal d'un rôle se définit comme la possibilité de mettre en oeuvre l'ensemble des activités de soins pour lesquelles on détient la formation (Déry et al., 2017), il est pertinent d'identifier les facteurs qui favorisent ou limitent cette mise en oeuvre afin de mieux comprendre les écarts de pratique. Ils peuvent être d'origine organisationnelle, relationnelle ou professionnelle. D'un point de vue organisationnel, il est reconnu que plusieurs facteurs ont une influence sur le déploiement optimal du rôle infirmier (Déry, 2013) et sur la fréquence des activités réalisées par les infirmières en médecine de famille (Poitras et al., 2018b). Entre autres, on y retrouve la structure de gouvernance du GMF et l'influence de cette forme de gouvernance (D'Amour et al. 2009; Poitras et al., 2018a), l'organisation des lieux de travail et les structures de communications en place (Beaulieu et al., 2006) ainsi que les exigences ministérielles changeantes forçant la restructuration constante de l'offre de soins de première ligne

(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017a). De plus, il a été démontré que le plein déploiement du rôle des infirmières est limité par la surcharge de travail, l'ambiguïté de rôle et le manque d'autonomie bien qu'elles détiennent la formation et les compétences requises (Déry, Clarke, D'Amour, & Blais, 2016). D'un point de vue relationnel et personnel, des facteurs modulant la relation de collaboration entre les infirmières et les médecins en médecine de famille ont été également identifiés. La connaissance du champ de pratique des infirmières en médecine de famille, la reconnaissance de l'expertise infirmière par les médecins (D'Amour et al., 2009; Halcomb, Smyth, & McInnes, 2018; Poitras et al., 2018a; Roy & Sylvain, 2004) ainsi que l'ouverture de ceux-ci à partager certains actes et responsabilités (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005) ont été soulignées comme des éléments d'influence relatifs au développement de pratiques collaboratives efficaces.

De plus, le manque de reconnaissance de l'unicité et de la spécificité de la pratique infirmière en médecine de famille a été identifié comme barrière au déploiement du rôle. Il a été souligné que la pratique infirmière en médecine de famille nécessiterait une formation spécifique au même titre que les autres milieux de soins spécialisés tels que les soins critiques (Oandasan, Hammond, Gotlib Conn, Callahan, Gallinaro, & Moaveni, 2010; Poitras, 2016). Il semble qu'à ce jour la formation des infirmières bachelières (niveau de scolarité exigée pour la pratique en médecine de famille) demeure informelle et incomplète à l'égard de cette pratique infirmière distincte (Lukewich et al., 2018). Or,

selon une étude canadienne, 88 % des infirmières en médecine de famille réclament l'accès à de la formation continue adaptée à leur pratique (Allard et al., 2010).

Enfin, il est reconnu que le plein déploiement, par la mise en œuvre de l'ensemble des activités prévu au champ d'exercice, est prédictif lui-même de la satisfaction au travail (Déry et al., 2016). En effet, il est également souligné que le degré de satisfaction au travail des infirmières en soins de première ligne (dont celles travaillant en médecine de famille) est plus élevé lorsque qu'il y a présence d'un rôle professionnel défini, de respect, d'une reconnaissance du travail accompli, de relations de travail harmonieuses et d'une autonomie professionnelle (Halcomb et al., 2018). Sachant que l'insatisfaction des infirmières en médecine de famille entraîne des difficultés de rétention du personnel (Halcomb et al., 2018), cela occasionne des effets néfastes pour la qualité des soins puisqu'il est reconnu dans la littérature que la collaboration interdisciplinaire en première ligne permet d'offrir une gamme plus large de services, une amélioration de l'accessibilité aux services, une réduction des temps d'attente et une meilleure coordination des soins (Barrett, Curran, Glynn, & Godwin, 2007).

L'influence des perceptions dans le processus de déploiement du rôle

Plusieurs facteurs identifiés ont contribué au déploiement du rôle des infirmières cliniciennes en GMF, et ce, tant au niveau structurel qu'organisationnel. Parmi ces facteurs, il est reconnu que les limites du rôle de chacun des professionnels dans un travail

de collaboration s'établissent à partir de la compréhension et des perceptions que les uns et les autres se font de leur propre rôle et du rôle de l'autre professionnel (Beaulieu et al., 2006; Besner et al., 2011; McInnes et al., 2015). Ainsi, reconnaissant que le rôle de l'infirmière en médecine de famille évolue dans une organisation, l'étude des perceptions permet de mieux comprendre l'influence de la relation entre les infirmières cliniciennes en GMF et les médecins sur le déploiement du rôle des infirmières en médecine de famille.

Plus encore, la mise en commun de perceptions concernant un rôle permet de mettre en lumière les incompréhensions lorsqu'on rencontre des difficultés à l'égard du rôle que l'on croit devoir jouer (Katz & Kahn, 1978). Pour ce faire, il est intéressant d'identifier les perceptions des membres de l'organisation en fonction du rôle que la personne croit devoir jouer (rôle attendu), du rôle qu'elle doit jouer (rôle joué) et de celui qu'elle souhaite jouer (rôle souhaité) (Katz & Kahn, 1978). Des incompréhensions peuvent potentiellement être à l'origine de tensions de rôles nommées ambiguïté de rôle (lacune à l'égard de l'information et de l'orientation concernant le rôle attendu) et conflit de rôle (amalgame d'attentes incompatibles, incohérentes ou contradictoires à l'égard du rôle joué) (Katz & Kahn, 1978). Par conséquent, il importe donc que les acteurs impliqués possèdent une compréhension commune du rôle infirmier en médecine de famille. Cela permettrait de promouvoir le déploiement optimal du rôle par la prise de décisions éclairées pour mettre en place des stratégies organisationnelles favorisant l'usage adéquat de l'expertise des ressources professionnelles (Roy, 2015).

L'énoncé du problème : constats à l'égard du déploiement du rôle de l'infirmière en médecine de famille et de ses impacts

Malgré l'intégration des infirmières en médecine de famille depuis plusieurs années, il semble qu'il persiste un manque criant d'information sur l'opérationnalisation de ce rôle, ce qui potentialise le manque de clarté quant à leur place au sein des équipes en médecine de famille (Lukewich et al., 2018). Pourtant, plusieurs auteurs canadiens ont souligné ce besoin (Lukewich et al., 2018; Martin-Misener et al., 2014; Poitras, 2016), mais il demeure que rien n'existe à ce jour. Devant la variabilité de pratiques professionnelles et collaboratives, force est de constater que le rôle des infirmières en médecine de famille est mal compris et que des divergences de points de vue subsistent encore, occasionnant une sous-utilisation de celles-ci (Beaulieu et al., 2006; D'Amour et al., 2009; McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2015; Lukewich, et al., 2018).

La vision à l'égard d'une profession naît des perceptions et influence la pratique du rôle (Weis & Schank, 2002). Cependant, les études actuelles sur la pratique des infirmières cliniciennes en GMF sont davantage orientées vers la description des activités de soins réalisées par les infirmières. Il est ainsi difficile de connaître les perceptions des infirmières et des médecins concernant le rôle des infirmières en GMF. Sachant également que des écarts de pratique professionnelle existent, il devient donc intéressant de mieux connaître les perceptions des infirmières cliniciennes et des médecins responsables de GMF en regard du rôle attendu, joué et souhaité de l'infirmière en médecine de famille.

Ultimement, les écarts peuvent permettre de trouver des pistes de solutions dans le but de rallier les différentes perceptions vers une compréhension commune du rôle des infirmières en médecine de famille (Akeroyd et al., 2009; Al Sayah, Szafran, Robertson, Bell, & Williams, 2014; McCarthy, Cornally, Moran, & Courtney, 2012). Du point de vue des acteurs impliqués, développer une compréhension commune du rôle des infirmières pourrait permettre de réduire l'ambiguïté à l'égard du rôle (Roy, 2015). Ainsi, les infirmières en médecine de famille pourront être mieux outillées pour développer une pratique professionnelle cohérente envers les standards attendus, soit la possibilité d'accomplir toutes les activités de soins incluses dans l'étendue de la pratique infirmière (Déry et al., 2017). En fin de compte, un meilleur déploiement de la pratique professionnelle des infirmières en médecine de famille devrait contribuer à faciliter l'accessibilité aux soins de première ligne et à en rehausser la qualité (Martin-Misener et al., 2014).

L'objectif de la recherche

L'objectif de la présente étude est de décrire les perceptions associées au rôle des infirmières en médecine de famille par les infirmières elles-mêmes et les médecins responsables de GMF pour mieux comprendre l'influence des perceptions sur le rôle attendu, joué et souhaité des infirmières en médecine de famille, et pour mettre en évidence les écarts entre les perceptions.

Question de recherche

Quelles sont les perceptions des infirmières cliniciennes et des médecins responsables de GMF quant au rôle attendu, joué et souhaité de l'infirmière en médecine de famille?

Chapitre 2 :
Recension des écrits

La recension des écrits portera sur trois thèmes principaux afin de situer l'état actuel des connaissances au sujet de la pratique infirmière en médecine de famille. Pour débiter, le contexte de la pratique infirmière en médecine de famille sera abordé afin de faciliter la compréhension de l'émergence des GMF dans le système de santé québécois. La section suivante portera sur la profession infirmière au Québec afin de situer la création du rôle des infirmières en médecine de famille. Puis, plus spécifiquement, une recension des particularités associées à l'exercice du rôle de l'infirmière en médecine de famille suivra. Enfin, pour conclure ce chapitre, une courte synthèse permettra de résumer l'ensemble de la recension des écrits afin de mettre en lumière les points importants.

La stratégie de recherche utilisée pour interroger les différents moteurs de recherche et les banques de données disponibles sera d'abord présentée. La recherche documentaire s'est déroulée tout au long de la recherche dans le but d'inclure les connaissances les plus actuelles possible. Les fondements du contexte peuvent être identifiés grâce à une recension de la littérature grise. Les sites consultés ont été, entre autres, ceux de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) ainsi que l'ensemble des sites de répertoires de mémoires et de thèses, et ce, au sujet de la pratique des infirmières en médecine de famille. Les textes de loi ont également été consultés à partir des sites gouvernementaux.

Les mots-clés « Groupe de médecine de famille », « GMF », « infirmière clinicienne » et « rôle des infirmières cliniciennes GMF » ont été utilisés sur le moteur de recherche GOOGLE. Finalement, le portrait de l'état des connaissances concernant la mise en œuvre des rôles infirmiers, ainsi que les éléments qui les influencent a été réalisé dans les différentes bases de données. Les bases de données qui ont été utilisées sont CINAHL et PUBMED et les mots-clés suivants ont été utilisés selon diverses combinaisons dans les base de données : (« nurse role » OR « nurse ») AND (« primary health care » OR « primary care ») AND (« family medicine » OR « general practice » OR « family medicine group » OR « family health clinic » OR « primary care clinic ») AND (« perceptions » OR « attitudes » OR « opinion »).

Le contexte de la pratique infirmière en médecine de famille

Cette première partie a pour objectif d'aborder les thèmes entourant l'émergence des GMF dans le système de santé québécois afin d'en comprendre le contexte et l'évolution. Tout d'abord, une clarification des concepts de soins de santé primaires et des soins de première ligne sera exposée. Ensuite, il y aura une section sur l'offre de soins de première ligne spécifiquement au Québec dans les GMF et une seconde, qui présentera des milieux de pratique comparables aux GMF à l'international. Finalement, il y aura une présentation de la définition de l'infirmière en médecine de famille.

La clarification entre soins de santé primaires et soins de première ligne

En 1978, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins de santé primaires comme étant des soins de santé essentiels qui devraient être « [...] universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer [...] » (p. 3-4). À partir de la définition de soins de santé primaires établie par l'OMS (1978), on retient que l'universalité et l'accessibilité ainsi que la coordination et la continuité de soins de santé efficaces et efficients sont les valeurs fondamentales de la philosophie des soins de santé primaires. La philosophie des soins de santé primaires accorde également une grande importance à ce que les soins de santé soient orientés en fonction des besoins de la population et que les patients de tous les horizons puissent participer activement aux décisions en matière de soins de santé (Organisation mondiale de la Santé, 2008). La prévention et la promotion de la santé ainsi que la prise en charge des maladies chroniques sont également des enjeux au cœur des soins de santé primaires (Organisation mondiale de la Santé, 2008). De plus, l'utilisation des nouvelles technologies en santé et le déploiement d'équipes interdisciplinaires sont également fortement encouragés par la philosophie des soins de santé primaires (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Enfin, dans la littérature anglaise, les soins de santé primaires sont plus communément nommés *Primary health care* (PHC).

Un rapport rédigé par Trottier, Fournier, Diene et Contandriopoulos (2003) offre de brèves définitions des concepts de soins de santé primaires et de soins de première ligne. Il y est précisé que les deux concepts sont utilisés de manière interchangeable dans la littérature même si l'étude de leur définition respective démontre qu'ils ne signifient pas la même chose (Trottier et al., 2003). Les soins de santé primaires doivent être compris comme une approche globale du système de santé contrairement à un niveau de soins comme le sont les soins de première ligne (Trottier et al., 2003). Ainsi, les soins de santé primaires sont souvent confondus avec les soins de première ligne, et donc perçus comme un niveau de soins, car ils constituent généralement la porte d'entrée du système de santé (Trottier et al., 2003). Au Québec, les travaux de la Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair, 2000) ont permis de définir les services de première ligne comme suit :

Porte d'entrée du système de santé, les services de 1^{re} ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical, de la population. (p. 107)

Cette définition fait davantage référence à un concept d'offre de services hiérarchisés (p. ex. : première ligne, deuxième ligne) qu'à une philosophie de soins comme pour les soins de santé primaires.

De plus, selon les Instituts de recherche en santé du Canada (2017), les soins de première ligne regroupent l'ensemble des soins nécessaires de la naissance jusqu'à la mort

offerts en collaboration interdisciplinaire incluant la promotion et la prévention de la santé, la prise en charge des maladies chroniques ou aiguës, la réadaptation et les soins palliatifs dans tous les milieux de soins dans la communauté tels que le domicile, les bureaux de médecins, les centres de santé publique, les résidences pour personnes âgées et les milieux de travail. Dans la littérature anglaise, les soins de première ligne sont plus communément nommés *primary care*. Toutefois, cette appellation anglaise est parfois traduite par « soins primaires » dans la littérature française, en référence à « soins de première ligne », ce qui ajoute à la confusion conceptuelle. Or, dans cette recherche, c'est le terme « soins de première ligne », tel que défini par les Instituts de recherche en santé du Canada, qui sera utilisé.

Les soins de première ligne au Québec : Les Groupes de médecine de famille

L'implication financière du gouvernement du Québec dans la sphère de la santé publique et communautaire s'est concrétisée tardivement dans les années 1970 au détriment d'un système de santé auparavant centré sur une pratique hospitalière. C'est également à la fin des années 1960 et au début des années 1970 que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) fut créée et que la Loi sur l'assurance maladie fut adoptée pour que dorénavant les Québécois bénéficient de soins de santé communautaires et hospitaliers remboursés par l'État. En plus, c'est par la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971 que le gouvernement a proposé une structure de soins de première ligne financée entièrement par l'État avec la création des centres locaux de

services communautaires (CLSC) comme recommandé par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu, 1967-1972). Dans les CLSC, la volonté était d'inclure tous les professionnels de la santé (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, nutritionnistes, etc.) au sein d'une même entité afin d'offrir un éventail de soins de santé et de soins psychosociaux de proximité dans la communauté, et ce, en amont des services hospitaliers. Également, il était prévu que l'ensemble de la structure organisationnelle des CLSC serait gérée à même les fonds publics par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dans cette perspective, les CLSC représentaient donc un modèle novateur d'organisation des services de type « communautaire » imprégné de la philosophie des soins de santé primaires (Trottier et al., 2003). Toutefois, les médecins généralistes, qui avaient toujours été considérés par le gouvernement comme des travailleurs autonomes et payés par la population, ont été invités à intégrer cette nouvelle structure en modifiant leur mode de rémunération vers un modèle de rémunération salariale (ou à « tarif horaire ») (Breton, Lévesque, Pineault, & Hogg, 2011). Or, peu de médecins généralistes ont décidé de migrer vers ce modèle de pratique, notamment en lien avec le changement du mode de rémunération, les contraintes de pratique professionnelle et la structure de gouvernance des CLSC, et ont conservé majoritairement une pratique en cabinets privés et étant rémunérée par l'État au moyen de facturation d'actes médicaux à la RAMQ (Breton et al., 2011).

En réponse à l'échec du modèle CLSC, c'est en 2000 que la commission Clair a recommandé la réorganisation des services médicaux de première ligne par la création des

GMF afin de contrer les différentes problématiques dans le système de santé, telles que le manque d'accessibilité, de continuité et de coordination des services médicaux de première ligne, le partage inadéquat des soins dans l'équipe interdisciplinaire et l'engorgement des salles d'urgence pour des problèmes de santé mineurs (Émond et al., 2003). Plus concrètement, les recommandations de la commission Clair étaient, notamment :

[...] Que l'organisation d'un réseau de 1^{re} ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux; Que ce réseau soit formé à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins [...] Que le volet médical de ce réseau de 1^{re} ligne soit assumé par des *Groupes de médecine de famille*, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes [...] (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 43 et 52)

Le rapport de la Commission Clair recommande alors aux différents médecins de famille des cabinets privés et des CLSC de former des regroupements de médecins afin d'offrir collectivement des soins à une population inscrite. Donc, à même les infrastructures existantes des cabinets privés et des CLSC et tout en conservant la rémunération à l'acte des médecins, le MSSS propose un modèle où le financement et la gouvernance se partagent à différents niveaux entre les médecins et le MSSS (Breton et al., 2011). Partant donc d'un modèle d'approche communautaire fondé sur les soins de santé primaires, c'est à partir d'un modèle centré sur le professionnel, un modèle biomédical, que les GMF ont été créés (Trottier et al., 2003). Ainsi, la définition d'un GMF selon le MSSS est la suivante :

Le GMF se définit comme une organisation fonctionnelle composée de médecins de famille travaillant en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières. Les membres du GMF travaillent également avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux, notamment avec les travailleurs sociaux et les pharmaciens. (Émond et al., 2003, p. 21)

Dans le document d'Émond et al. (2003), *Devenir un groupe de médecine de famille (GMF) – Guide d'accompagnement*, les objectifs des GMF sont d'assurer l'accessibilité des services et la prise en charge des patients inscrits auprès d'un médecin membre du GMF, d'augmenter le nombre de personnes ayant un médecin de famille, d'améliorer la prestation et l'organisation des soins de première ligne et de contrer la dissolution de la médecine de famille. Afin de répondre à ces objectifs, l'offre de services de santé de chaque GMF varie en fonction de sa situation géographique, de la concentration de la population, et des différents problèmes de santé biopsychosociaux rencontrés par sa clientèle (Émond et al., 2003). Le GMF doit offrir des soins dans un délai jugé raisonnable en fonction du problème rencontré avec ou sans rendez-vous (Émond et al., 2003). Ultimement, les GMF doivent assurer la prise en charge globale de la clientèle, la gestion des maladies chroniques et la prévention et la promotion de la santé (Émond et al., 2003). De plus, l'organisation des GMF permet le partage des dossiers médicaux entre les membres d'un même GMF afin de favoriser l'accessibilité aux soins par des consultations auprès des autres médecins ou des autres professionnels du GMF (Gouvernement du Québec, 2019a).

Au 30 septembre 2019, il existait au Québec 353 GMF en activité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019). Initialement, le financement offert par *le Cadre de gestion GMF* du MSSS reconnaissait un GMF comme un groupe qui inclut de six à douze médecins et des infirmières couvrant un horaire de travail équivalant à 70 heures/semaine, soit l'équivalent de deux infirmières cliniciennes (Émond et al., 2003). Toutefois, en 2015, des changements politiques ont conduit à la refonte du *Cadre de gestion GMF* en place depuis 2002 et à l'introduction du *Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017c). Dorénavant, selon le nombre d'inscriptions pondérées de patients auprès des différents médecins de famille du groupe (c'est-à-dire en fonction de la vulnérabilité et/ou de la complexité des soins nécessaires pour la personne inscrite), un niveau de GMF entre 1 et 9 est attribué, soit respectivement pour 6 000 à 8 999 inscriptions pondérées et 30 000 inscriptions pondérées et plus (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017c). Ainsi, le financement et le soutien professionnel, tel que celui fourni par les infirmières, les travailleurs sociaux et les autres professionnels de la santé (nutritionnistes, kinésiothérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes ou psychologues), sont alloués au groupe de médecins de famille en fonction du niveau de GMF déterminé précédemment. Par exemple, un GMF de niveau 1 obtient l'équivalent d'une infirmière à temps plein, d'un travailleur social à mi-temps et d'un autre professionnel de la santé de son choix à mi-temps (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017c). Il est également prévu par ce programme de financer, selon un montant annuel, l'ajout d'un pharmacien contractuel à temps partiel pratiquant en milieu communautaire ou hospitalier (Ministère de la Santé et des Services

sociaux, 2017c). Finalement, la structure des GMF prévoit l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne dans l'équipe interprofessionnelle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017c).

De plus, ce nouveau programme de financement prévoit l'ajout d'obligations annuelles de performance des GMF à l'égard de l'accessibilité aux soins pour la clientèle inscrite (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017c). Entre autres, les GMF, toujours en fonction de leur niveau attribué, doivent fournir un nombre de jours et d'heures d'offre de services (jours, soirs, fins de semaine et jours fériés) et ils doivent atteindre un taux d'assiduité de 80 % (ce taux étant calculé à partir du nombre de visites auprès des médecins et des infirmières praticiennes du GMF sur le nombre de visites dans le réseau de première ligne, incluant, notamment, les visites au service d'urgence) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017c). L'enjeu de ces obligations est la perte de financement important pour le fonctionnement du GMF et le financement de ses professionnels, dont les infirmières cliniciennes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017c). Il est intéressant de noter que dans le calcul du nombre de visites annuelles des patients inscrits, les visites effectuées auprès des autres professionnels du GMF, notamment les rendez-vous avec des infirmières cliniciennes en GMF ne sont pas comptabilisés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017a).

La rémunération des médecins au Québec relève d'une structure très complexe (Roy et al., 2019), et seules les grandes lignes de cette structure seront ici fournies pour favoriser une compréhension de base chez le lecteur. La majorité des médecins de famille travaillant en GMF utilise un mode de rémunération à l'acte dans lequel chaque acte médical est facturé individuellement au moyen d'un code spécifique pour chaque geste posé (Strumpf, Ammi, Diop, Fiset-Lanel, & Tousignant, 2017). Cependant, comme dans tous les domaines médicaux, il est également possible pour les médecins de famille en GMF de choisir parmi deux autres modes de rémunération : à tarif horaire ou à honoraires fixes (forfait incluant les coûts d'un ensemble de soins médicaux pour un patient dans un délai de temps donné) (Roy et al., 2019). À cette somme, s'ajoute des montants forfaitaires pour les autres tâches nécessaires telles que l'administration du GMF par le médecin responsable ou l'enseignement dans les Groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U), ou bien des montants additionnels à l'inscription des patients ou au nombre de patients inscrits (Roy et al., 2019). Finalement, en ce qui concerne le temps qu'un médecin de famille peut utiliser pour des activités de collaboration (p. ex. : discussion de cas), notamment avec les infirmières cliniciennes en GMF, il est prévu que le médecin de famille peut facturer, à tarif horaire, jusqu'à concurrence d'un certain nombre d'heures à cet effet (Roy et al., 2019). Ainsi, il importe de garder en tête qu'en plus du taux d'assiduité, le mode de rémunération des médecins de famille en GMF pourrait influencer indirectement le type de collaboration entre les médecins de famille et les infirmières cliniciennes en GMF (complémentarité vs rentabilité médicale). Or, davantage d'études sont nécessaires pour évaluer les impacts du mode de rémunération des médecins de

famille sur la collaboration entre les médecins et les infirmières cliniciennes en GMF et sur l'utilisation et les coûts des soins de santé de première ligne (Strumpf et al., 2017).

Les soins de médecine de famille au Canada et à l'international

L'implantation des GMF est propre au Québec (Aggarwal & Hutchison, 2012). Toutefois, l'offre de soins de première ligne en médecine de famille existe sous des organisations similaires dans d'autres provinces canadiennes (Aggarwal & Hutchison, 2012; Martin-Misener et al., 2014) et partout dans le monde (Australian Primary Health Care Nurses Association, 2017; Health Service Executive, 2018). À l'intérieur de ces organisations, des infirmières bachelières travaillent en collaboration avec des médecins de famille afin d'offrir un ensemble de soins de première ligne (Australian Primary Health Care Nurses Association, 2017; Émond et al., 2003; Health Service Executive, 2018; Martin-Misener et al., 2014; Ministry of Health, 2016). Ainsi, on retrouve, par exemple, les *Family Health Teams* au Canada, en Ontario (Ministry of Health, 2016), les *Primary Care Teams* en Irlande (Health Service Executive, 2018) et les *General Practices* en Australie (Australian Primary Health Care Nurses Association, 2017).

Les infirmières en médecine de famille : Family Practice Nurses

La pratique des infirmières en médecine de famille représente l'une des branches de la pratique infirmière en santé communautaire avec la santé publique, les soins à domicile et les services communautaires (Infirmières et infirmiers en santé

communautaire du Canada, 2019). Elles sont donc nommées infirmières en médecine de famille (*family practice nurses*) ou infirmières en soins primaires (*primary care nurses*) (Association canadienne des infirmières en médecine familiale, 2019). Les infirmières en médecine de famille travaillent dans des équipes interdisciplinaires incluant des médecins de famille (en cabinets ou centres communautaires) et d'autres professionnels de la santé offrant des soins de première ligne (Association canadienne des infirmières en médecine familiale, 2019). Les infirmières en médecine de famille sont définies comme des infirmières généralistes spécialisées répondant à un large éventail de problématiques de santé, ce qui en constitue l'aspect distinctif (Martin-Misener et al., 2014). Les cibles d'intervention des infirmières en médecine de famille sont, entre autres, l'éducation en santé, la promotion et la prévention de la santé, la prévention et la gestion des maladies chroniques, les soins des plaies, la vaccination, la santé périnatale, pédiatrique et des femmes, la coordination des soins et l'orientation dans le système pour une clientèle de 0 à 99 ans, et ce, dans le continuum de la vie (Lukewich, et al., 2018).

La *Canadian Family Practice Nurses Association* (CFPNA) est une association qui représente ses membres auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), agit comme leader dans la promotion de l'optimisation du rôle des infirmières en médecine de famille et développe des programmes de formation continue. Jusqu'à ce jour, il n'existe pas de certification canadienne pour les infirmières en médecine de famille. Au Québec, la seule forme de regroupement professionnel pour les

infirmières en médecine de famille est la Communauté virtuelle de pratique des infirmières GMF du Québec.

La profession infirmière au Québec

Dans cette section, il sera question de comprendre les fondements et l'essence de la pratique infirmière au Québec. Les thèmes abordés seront le champ d'exercice, le rôle professionnel, l'étendue de la pratique et l'infirmière clinicienne afin de situer les assises professionnelles du rôle des infirmières en médecine de famille. Puis, pour terminer cette section, il sera question de la pratique des infirmières cliniciennes en GMF.

Le champ d'exercice de la profession infirmière

Comme toutes les autres professions, la profession infirmière est encadrée par un ensemble de lois et de réglementations. Au Québec, l'exercice de la profession infirmière repose sur la Loi sur les infirmières et les infirmiers (Loi sur les infirmières et les infirmiers [LII], RLRQ, chapitre I-8) et sur le Code des professions (Code des professions, RLRQ, chapitre C-26). Le champ d'exercice de la profession infirmière est probablement le plus vaste parmi toutes les professions de la santé et les activités découlant du champ d'exercice de la profession sont très variées (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Le champ d'exercice est :

[...] une description en termes généraux de la nature et de la finalité de la pratique et des principales activités d'une profession, qui définit ainsi le

domaine de pratique – la marque distinctive de la profession – et le contexte d’application des activités réservées aux membres d’un ordre professionnel. (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016, p. 107)

L’article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers définit le champ d’exercice des infirmières comme suit :

L’exercice infirmier consiste à évaluer l’état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l’être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu’à fournir les soins palliatifs.

Quant aux activités professionnelles, elles sont des actes qui, en fonction du risque de préjudice, sont réservés aux membres d’un ordre professionnel possédant les compétences et les connaissances nécessaires (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Dans le cadre de l’exercice infirmier, 17 activités sont réservées à l’infirmière (soit 14 activités réservées selon la Loi modifiant le Code des professions et d’autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (2002) et 3 activités partagées selon la Loi modifiant le Code des professions et d’autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (2009), en vigueur depuis le 20 septembre 2012). La portée du champ d’exercice qu’offre la profession infirmière ouvre la porte à l’émergence de nouveaux rôles infirmiers afin de répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016) tels que le rôle de l’infirmière en médecine de famille.

Le rôle professionnel de l'infirmière

Contrairement à l'exercice infirmier et aux activités professionnelles réservées de l'infirmière incluses dans son champ d'exercice, le rôle professionnel de l'infirmière demeure un concept ambigu dans la littérature scientifique et dans la littérature grise actuellement disponibles. Parmi les travaux en sciences infirmières disponibles sur le sujet, Dallaire (2008) prétend que pour jouer son rôle, la personne doit accomplir une fonction. Elle définit la fonction comme étant un ensemble d'activités précis nécessaire à l'accomplissement d'un rôle professionnel (Dallaire, 2008). À titre d'exemple, elle nomme l'expression « être dans l'exercice de ses fonctions » (p. 267) qui réfère au mandat attribué à une profession (Dallaire, 2008). Il existe cinq grandes fonctions au rôle professionnel de l'infirmière : soigner, coordonner, éduquer, superviser et collaborer (Dallaire, 2008). Toutefois, le modèle de rôle professionnel développé par O'Rourke (2003) propose, quant à lui, un regroupement des activités selon quatre dimensions : la pratique clinique, les connaissances scientifiques, le leadership et le partage de connaissances. Par conséquent, il apparaît que le rôle professionnel ne se limite pas qu'aux soins prodigués aux patients. Les travaux de D'Amour, Dubois, Déry, Clarke, Tchouaket, Blais et Rivard (2012) incluent plutôt six dimensions au rôle professionnel afin de classer l'ensemble des activités de soins : évaluation et planification des soins, enseignement à la clientèle et aux familles, communication et coordination des soins, intégration et encadrement du personnel, optimisation de la qualité et sécurité des soins, et mise à jour et utilisation des connaissances.

Le rôle professionnel revêt également un caractère évolutif et dynamique qui lui permet de s'adapter aux nouvelles formes d'attentes sociales et à la réorganisation des services de santé. Les travaux de D'Amour et al. (2009) soulignent trois exemples de création de nouveaux rôles infirmiers au Québec occasionnés par un changement de contexte de pratique tel que les GMF, de normes telles que l'autorisation du partage des actes médicaux avec les infirmières praticiennes spécialisées ou de fonctions telles que l'infirmière pivot en oncologie agissant à titre de gestionnaire de trajectoires de soins.

De plus, le rôle professionnel occupé par l'infirmière peut dépendre de son niveau de formation. La structuration des rôles infirmiers à partir des fonctions énoncées par Dallaire (2008) s'articule autour de quatre principaux secteurs : clinique, gestion, enseignement et recherche. Selon Dallaire (2008), dans chacun des secteurs, l'infirmière a la possibilité de réaliser un cheminement de carrière passant d'un rôle à l'autre à la suite de l'acquisition d'un niveau de formation plus élevé (p. ex. baccalauréat, maîtrise, doctorat).

Or, selon Roch et Ouellet (2010), le rôle professionnel se définit comme le résultat d'un mélange des éléments suivants : le champ disciplinaire, la formation, l'encadrement législatif, les particularités de la clientèle et les attentes du milieu de travail. Avec cette définition, deux composantes nouvelles s'ajoutent à la modulation de ce qu'est le rôle : la clientèle et le milieu de pratique.

En résumé, même en l'absence d'un consensus dans la littérature scientifique en sciences infirmières, le concept de rôle professionnel semble apparaître comme le pont entre le champ d'exercice et les tâches et les fonctions de la discipline. En d'autres mots, le rôle allie ce que l'infirmière doit faire, ce qu'elle fait et comment elle le fait telle une ligne de conduite servant à guider les décisions et les actions entreprises dans l'exercice du rôle. Or, devant un tel constat, une attention particulière sera portée dans le chapitre suivant afin de définir plus clairement le concept de rôle professionnel dans le contexte de ce projet de recherche.

L'étendue de la pratique infirmière

Afin de bien saisir sur le plan conceptuel où se situent les bases de cette recherche, il semble important de définir également le concept d'étendue de pratique. À ce jour, il ne semble pas exister de définition consensuelle pour le concept de l'étendue de pratique infirmière. Ce dernier est souvent utilisé dans la littérature sans définition conceptuelle précise (Besner et al., 2005). Déry et al. (2017) définissent l'étendue de pratique infirmière comme étant « l'éventail des fonctions et responsabilités confiées légalement aux infirmières et pour lesquelles elles détiennent la formation, les connaissances et les compétences » (p. 51). L'étendue de la pratique infirmière effective s'observe par les activités professionnelles réalisées en pratique (Déry, D'Amour, Blais, & Clarke, 2015; Déry et al., 2017). Toutefois, l'étendue de la pratique infirmière sera optimale seulement si les fonctions et les responsabilités sont en adéquation avec le niveau de formation,

l'expérience professionnelle et le poste de travail occupé (Besner et al., 2005; White, Oelke, Besner, Doran, McGillis Hall, & Giovannetti, 2008). Donc, on peut comprendre que l'étendue effective de la pratique infirmière n'est pas nécessairement toujours optimale (Déry et al., 2017). Ainsi, selon D'Amour et al. (2012), l'étendue effective de la pratique infirmière s'opérationnalise par le déploiement des tâches associées au rôle professionnel; soit la mise en œuvre du rôle.

L'infirmière clinicienne

La commission Clair (2000) recommande que les GMF soient composés de médecins de famille travaillant en collaboration avec des infirmières cliniciennes. Ainsi, elle définit l'infirmière clinicienne comme :

[Une] experte dans un domaine de pratique clinique. Son leadership s'exprime à travers les composantes majeures de son rôle, à savoir : la dispensation de soins directs ou par modèle de rôle, l'enseignement, la conception et le développement de programmes et de cheminements cliniques utiles à la coordination de suivi de clientèle, la recherche clinique, la consultation, la référence et la collaboration étroite avec l'équipe interdisciplinaire. (p. 108)

Ces infirmières cliniciennes doivent avoir suivi une formation universitaire de premier cycle (Émond et al., 2003). À titre explicatif, en 2000, à la demande du sous-ministre de l'Éducation, un rapport nommé *Projet de formation infirmière intégrée* (Carrier et al., 2000) a été produit pour, entre autres, préciser le niveau de compétences attendu au terme de la formation infirmière collégiale et de la formation infirmière universitaire. Dans le rapport, on précise que l'infirmière détentricice d'un baccalauréat en sciences infirmières

est en mesure d'exercer des activités cliniques et administratives en milieu spécialisé, et ce, auprès de la clientèle ayant des besoins complexes (Carrier et al., 2000). Il est également mentionné que le programme d'études universitaires donne les connaissances et les attitudes nécessaires, ainsi que les compétences professionnelles requises pour la pratique en milieu spécialisé (Carrier et al., 2000). L'infirmière clinicienne peut donc offrir de manière autonome et sécuritaire des soins généraux ou complexes, et ce, en l'absence d'encadrement clinique hiérarchique direct (Carrier et al., 2000).

Également, depuis 2005, le MSSS a redéfini les titres d'emploi associés aux différents postes occupés par les infirmières dans les établissements de santé. Dorénavant, pour l'infirmière bachelière qui détient un poste dans un établissement de santé, il faut utiliser l'appellation « infirmière clinicienne » et son rôle est défini comme suit :

Personne qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins biopsychosociaux d'usagers ou de groupes de personnes qui lui sont confiés. Elle évalue l'état de santé, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers des usagers présentant des problèmes de santé complexes et/ou des dimensions biopsychosociales variées. Elle prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie. Elle conçoit, applique et évalue les programmes de soins requérant des connaissances avancées, visant des problèmes de santé complexes et/ou comportant des dimensions biopsychosociales variées. Cette personne participe au développement ou adapte des outils cliniques et d'évaluation de la qualité des soins, elle coordonne le travail d'équipe et exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire. Elle identifie, pour les usagers, les besoins et interventions nécessitant une coordination de services dans l'établissement et entre différents établissements ou organismes du milieu. Elle assure, le cas échéant, la coordination de ces services. Elle assure l'orientation du nouveau personnel et participe à la formation des stagiaires. Elle supervise

l'enseignement fait aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes dans les programmes spécifiques et collabore à la recherche. (2016c, p. II.25)

Or, cette définition souligne notamment que l'infirmière clinicienne a un rôle caractérisé par l'autonomie professionnelle, le leadership clinique et la collaboration interprofessionnelle.

C'est donc par sa formation universitaire que l'infirmière clinicienne acquiert les habiletés et les compétences nécessaires pour la pratique en GMF (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016b). Toutefois, l'examen de la formation universitaire des infirmières au Canada révèle que les concepts reliés à la pratique en médecine de famille sont sous-représentés et confondus avec les autres concepts de santé communautaire (Lukewich et al., 2018; Martin-Misener et al., 2014). Diverses initiatives nationales, anglophones et à l'extérieur du Québec, ont émergé dans les dernières années afin d'offrir des programmes de perfectionnement spécialement destinés aux infirmières en médecine de famille (Lukewich et al., 2018).

La pratique des infirmières cliniciennes en GMF

L'infirmière qui travaille en GMF demeure employée du Centre intégré (universitaire) de Santé et Services sociaux (CISSS/CIUSSS) tout en étant à la fois sous l'autorité hiérarchique de la DSI et sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec / Fédération des médecins omnipraticiens

du Québec, 2005). Initialement en 2003, le développement de la pratique des infirmières en médecine de famille s'est basé sur le guide du groupe de soutien à l'implantation d'un GMF du MSSS (Émond et al., 2003). Toutefois, il demeure que chaque GMF a la responsabilité de décider de la nature des activités des infirmières selon les besoins spécifiques de la clientèle inscrite (Émond et al., 2003). La pratique infirmière en médecine de famille est donc centrée sur le patient à travers des soins à l'égard de la prévention et de la promotion de la santé, de l'évaluation, du suivi et de la coordination des soins en collaboration avec le médecin de famille dans le but d'assurer le suivi des patients (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016b). Plus concrètement, les activités professionnelles de l'infirmière en médecine de famille consistent, entre autres, à évaluer la condition physique et mentale des patients, à déterminer et à assurer le suivi du plan de traitement, à dépister les facteurs de risque, à appliquer des ordonnances collectives concernant des mesures diagnostiques et thérapeutiques ou l'administration ou l'ajustement de la médication selon son jugement, à faire de l'enseignement à l'égard de la prévention et la promotion de la santé, à réaliser des interventions de soutien à l'autogestion, à être un membre actif de l'équipe interprofessionnelle, à participer à la prise en charge des patients des besoins complexes, et à guider les patients vers les services adéquats requis en fonction de la condition de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016b; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec / Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005). Par exemple, l'infirmière en médecine de famille peut contribuer à la prise en charge systématisée de patients atteints d'hypertension artérielle, de diabète ou d'autres maladies chroniques (maladies pulmonaires obstructives

chroniques, troubles mentaux, insuffisance cardiaque, atteintes des fonctions cognitives, etc.) ou au suivi de grossesse (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016b; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec / Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005).

Or, la mise en œuvre du rôle des infirmières en médecine de famille semble s'être forgée au fil des dernières années à travers diverses pratiques collaboratives avec les médecins de famille. La pratique de l'infirmière en GMF est exercée sous deux modèles de pratique clinique : d'une part, il y a le partage de soins continus et conjoints dans une prise en charge longitudinale du patient et d'autre part, il y a les activités de soins ponctuels effectués à la demande des médecins (Beaulieu et al., 2006). Ce constat émerge d'une étude de Beaulieu et al. (2006) qui avait pour objectif d'évaluer le fonctionnement, l'organisation du travail et la dynamique de collaboration interprofessionnelle après l'implantation des premiers GMF ($n = 5$) au Québec dans une étude de cas multiples sur deux ans. Ainsi, dans cette étude, il a été souligné que le développement de la pratique infirmière varie d'un GMF à l'autre, qu'elle est dépendante de la gouvernance médicale à l'intérieur du GMF et que le partage des activités et responsabilités s'établit à différents degrés en lien avec les perceptions à l'égard du rôle de l'infirmière en médecine de famille à l'intérieur d'un GMF (Beaulieu et al., 2006). Il a été également mentionné que les deux formes de pratique infirmière peuvent coexister à l'intérieur du même GMF (Beaulieu et al. 2006). Cette double réalité du rôle des infirmières en GMF a été corroborée par l'étude de D'Amour et al. (2008), issue de l'analyse des résultats partiels de Beaulieu et al. (2006),

qui avait pour objectif d'analyser le développement de la pratique infirmière en GMF. Toutefois, il est reconnu que la pratique d'assistance et les soins ponctuels ne répondent pas de façon optimale aux besoins des patients (Beaulieu et al., 2006) et ne correspondent pas à la pleine capacité des compétences de l'infirmière clinicienne (D'Amour et al., 2008). Enfin, la coexistence de deux modèles de pratique divergents devient une source de tension intraprofessionnelle et interprofessionnelle en milieu de travail (Beaulieu et al., 2006) et une source d'insatisfaction professionnelle (D'Amour et al., 2008) limitant l'optimisation de la pratique infirmière en médecine de famille.

Les particularités associées à l'exercice du rôle professionnel de l'infirmière en médecine de famille

En raison du caractère limité de la littérature scientifique propre à la pratique infirmière en GMF, cette section de la recension des écrits inclut des études réalisées au Québec, au Canada et à l'international dans des milieux de première ligne où des infirmières bachelières travaillent en collaboration avec des médecins de famille, soit des milieux comparables au contexte des GMF. La recension des écrits a permis d'identifier quatre particularités associées à l'exercice du rôle professionnel de l'infirmière en médecine de famille : l'ambiguïté conceptuelle et opérationnelle du rôle professionnel, le leadership infirmier, la méconnaissance du rôle infirmier par les médecins de famille et la satisfaction professionnelle.

L'ambiguïté conceptuelle et opérationnelle du rôle professionnel

Il existe en ce moment une ambiguïté persistante sur la définition conceptuelle et opérationnelle du rôle infirmier (Besner et al., 2005; Poitras, Chouinard, Fortin, & Gallagher, 2016a). Cela a pour impact de créer une barrière considérable au déploiement d'une pratique optimale et autonome des infirmières en général (Besner et al., 2005; Déry et al., 2015) et plus précisément pour les infirmières en médecine de famille (Akeroyd et al., 2009; Allard et al., 2010; McInnes et al., 2015; Oelke et al., 2014; Poitras et al., 2016b). Il est constaté dans la littérature que les termes « rôle » et « tâches » sont régulièrement confondus (Poitras et al., 2016a). Les études en sciences infirmières en médecine de famille démontrent que plusieurs professionnels de la santé, dont les médecins et les infirmières elles-mêmes, ont tendance à décrire le rôle professionnel des infirmières à partir des tâches qu'elles réalisent quotidiennement dans l'exercice de leur rôle (Akeroyd et al., 2009; Besner et al., 2011). Par exemple, dans l'étude de Allard et al. (2010), il a été souligné que les infirmières en médecine de famille définissent leur rôle par l'énumération de tâches telles que faire des injections, du triage téléphonique, de la vaccination d'adultes, de la vaccination d'enfants, des tests de glycémie, de l'évaluation d'enfants en santé, du traitement de plaies, etc. Toutefois, la description des rôles professionnels en termes de tâches simples a pour conséquence de dévaloriser la contribution réelle des infirmières et renforce l'ambiguïté entourant le rôle de celles-ci (Besner et al., 2005; White et al., 2008).

Le leadership infirmier

La pratique de collaboration optimale exige que le rôle de chaque membre soit clairement défini afin que chacun puisse développer un fort sentiment d'identité professionnelle et qu'il ait confiance en sa contribution dans la prestation des soins (Besner et al., 2011; Halcomb, Salamonson, Davidson, Kaur, & Young, 2014). Or, dans une étude portant sur les perceptions à l'égard du rôle des infirmières en médecine de famille par les infirmières et les médecins, il est soulevé que les infirmières en médecine de famille ont de la difficulté à se positionner comme des professionnelles indépendantes qui contribuent à augmenter la qualité des soins aux patients (McInnes et al., 2016). Les résultats obtenus révèlent qu'elles ont également tendance à définir leur rôle autour d'activités d'assistance et de soutien au médecin en mettant à l'avant-plan la réduction de la charge de travail des médecins (McInnes et al., 2016). La difficulté des infirmières à définir leur propre rôle encourage donc le corps médical à percevoir le rôle des infirmières comme un rôle de soutien plutôt que de collaboration (McInnes et al., 2016). La présence d'un leadership fort et soutenant de la part des infirmières a été identifiée par des études québécoises et canadiennes comme un facteur qui facilite le déploiement optimal de la mise en œuvre du rôle (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2009; Oelke, White, Besner, Doran, McGillis Hall, & Giovannetti, 2008; Poitras et al., 2018a) et qui, par conséquent, optimise le travail de collaboration interprofessionnelle (Al Sayah et al., 2014).

La méconnaissance du rôle infirmier par les médecins de famille

Plusieurs études démontrent qu'il existe un manque de compréhension et une méconnaissance du rôle infirmier en médecine de famille par un bon nombre de médecins de famille (Allard et al., 2010; Al Sayah et al., 2014; D'Amour et al., 2008; D'Amour et al., 2009; Halcomb et al., 2014; Martin-Misener et al., 2014; McCarthy et al., 2012; McInnes et al., 2016; Oelke et al., 2014). La clarification du rôle semble essentielle pour le développement et la pérennité du rôle des infirmières en GMF (D'Amour et al., 2009). Il est impossible de faire abstraction de l'influence médicale sur la pratique infirmière en GMF. Même si l'infirmière est embauchée et employée par le CISSS/CIUSSS, elle est sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable de GMF du milieu dans lequel elle pratique (D'Amour et al., 2009; Poitras, 2016). Par conséquent, la mise en œuvre du rôle des infirmières, incluant l'organisation du travail et des activités de soins offertes, est sous la responsabilité du médecin responsable dans chaque GMF. Ainsi, selon l'étude de D'Amour et al. (2009) au sujet de l'influence de la gouvernance médicale sur le développement de la pratique infirmière au Québec, les infirmières en GMF seraient privées « de leur pouvoir légitime en tant que professionnelles, à savoir de déterminer la nature et l'étendue de leur pratique » (p. 307). Par ailleurs, l'étude de Allard et al. (2010) montre que la méconnaissance et la compréhension erronée du rôle des infirmières en médecine de famille de la part de certains médecins, additionnées à l'absence de lignes directrices concernant la pratique professionnelle en médecine de famille, entraînent une mauvaise utilisation et une sous-utilisation des ressources infirmières. Il semblerait, selon plusieurs études québécoises, canadiennes et internationales, que la collaboration

interprofessionnelle entre les infirmières et les médecins de famille et, par conséquent, le déploiement du rôle des infirmières soit influencée en fonction du niveau de confiance et de reconnaissance que ceux-ci accordent à l'expertise infirmière (Akeroyd et al., 2009; Al Sayah et al., 2014; Besner et al., 2011; McInnes et al., 2016; Oelke et al. 2014; Roy et Sylvain, 2004). Or, une collaboration étroite se base sur une relation où règne la confiance et à l'intérieur de laquelle chaque partie reconnaît les compétences et les connaissances du champ d'exercice de l'autre (Akeroyd et al., 2009; Al Sayah et al., 2014; Beaulieu et al., 2006). Le manque de compréhension de l'étendue de la pratique des infirmières en médecine de famille se traduit par le développement d'un rôle orienté vers l'accomplissement de tâches ponctuelles plutôt que par l'engagement dans une collaboration interprofessionnelle optimale (D'Amour 2009; McCarthy et al., 2012; McInnes et al., 2015; McInnes et al., 2016; McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2017a; Poitras et al., 2018a) davantage cohérent avec un partage de la prise en charge des patients à la hauteur des compétences des infirmières.

La satisfaction professionnelle

Il est rapporté qu'il existe un taux de satisfaction au travail inférieur lorsque le rôle des professionnels n'est pas clairement défini (Allard et al., 2010; Akeroyd et al., 2009; McInnes et al., 2016; White et al., 2008) puisque les infirmières perçoivent l'impossibilité de réaliser les activités normalement attendues en pratique professionnelle (Allard et al., 2010; Déry et al., 2015; Oelke et al., 2008). Ainsi, l'étude canadienne de Akeroyd et al.

(2009) et les études québécoises de Beaulieu et al. (2006) et de D'Amour et al. (2008) soulignent que dans un modèle où le rôle d'assistante médicale est préconisé, les infirmières en médecine de famille se sentent sous-utilisées sur le plan professionnel. Elles ont l'impression de devoir défendre leur expertise et donc, de devoir prouver aux médecins leurs compétences (Akeroyd et al., 2009; D'Amour et al., 2008; D'Amour et al., 2009; McInnes et al., 2016). La revue de littérature de Halcomb et al. (2018) fournit la première synthèse de la littérature sur la satisfaction au travail et les intentions de carrière des infirmières travaillant dans les soins de santé primaires, incluant des infirmières en médecine de famille. Le premier constat est qu'il existe peu de littérature sur le sujet (Halcomb et al., 2018). Toutefois, il semble que les facteurs qui contribuent positivement à la satisfaction au travail des infirmières incluent, entre autres, un rôle professionnel établi, le respect et la reconnaissance dans la pratique de la part des patients clients et des gestionnaires (Halcomb et al., 2018). En outre, quelques études ont souligné, parmi les facteurs ayant contribué positivement, le fait d'avoir un contrôle de la pratique clinique et l'inclusion dans le processus de prise de décision (Halcomb et al., 2018). Malheureusement, plus de la moitié des études rapportaient que les infirmières avaient l'intention de quitter leur poste actuel (Halcomb et al., 2018).

En conclusion de cette section, quelques études québécoises se sont attardées à décrire les activités des infirmières en GMF (Beaulieu et al., 2006; Bouchard, 2016; Girard, 2016; Gosselin et al., 2016; Jean & Sylvain, 2010; Pelletier, 2008; Poitras, 2016). Toutefois, les études disponibles qui s'intéressent à explorer et à comparer les perceptions

des médecins de famille sur le rôle des infirmières avec la perception que les infirmières ont de leur propre rôle sont rarissimes dans la littérature scientifique actuelle (Akeroyd et al., 2009; McInnes et al., 2016; Roy & Sylvain, 2004). Enfin, de ces rares études, une seule d'entre elles a été réalisée en contexte de GMF (Roy & Sylvain, 2004). L'étude de Roy et Sylvain (2004) a été menée auprès d'un groupe d'infirmières, de médecins et de gestionnaires et avait pour objectif de conceptualiser le rôle infirmier en GMF dans un contexte d'interdisciplinarité. Les résultats montrent que les différents acteurs ont une vision de la pratique infirmière axée vers une approche centrée sur le patient. Toutefois, il ressort de cette étude que la signification de la pratique infirmière s'interprète différemment d'un groupe à l'autre. Finalement, il est important de souligner que cette recherche fut réalisée avant le démarrage des GMF et que les résultats qui en découlent représentent donc les perceptions sur ce qui est attendu de la pratique infirmière en GMF.

Jusqu'à tout récemment, aucun cadre modèle québécois n'existait afin de guider la pratique infirmière en médecine de famille en GMF. Cette lacune s'observe également au niveau canadien (Akeroyd et al., 2009; Oelke et al., 2014; Lukewich et al., 2018) ainsi qu'au niveau international pour ce qui concerne la pratique des infirmières en médecine de famille (Halcomb, Stephens, Bryce, Foley, & Ashley, 2016). Or, il faut mentionner la parution très récente à l'automne 2019 du *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire - Dans une perspective de collaboration interprofessionnelle* commandée par le MSSS (Gouvernement du Québec, 2019b) et du

National Competencies for Registered Nurses in Primary Care de la CFPNA (Association canadienne des infirmières en médecine familiale, 2019). Le document du MSSS est destiné aux infirmières cliniciennes, à l'ensemble des décideurs de première ligne et aux médecins responsables des GMF et des GMF-U, et a pour objectif de les informer du standard de la pratique des infirmières cliniciennes en GMF afin de favoriser une compréhension commune et un développement d'une pratique plus cohérente avec l'ensemble du champ de pratique de l'infirmière (Gouvernement du Québec, 2019b). Quant à lui, le guide de la CFPNA énonce les compétences attendues des infirmières en médecine de famille afin d'optimiser le déploiement du rôle. Il importe de noter qu'au moment où la présente recherche a été effectuée, les deux guides n'avaient pas encore paru. Toutefois, faut-il encore que ces guides soient connus et intégrés dans les milieux cliniques par les équipes de soins et les gestionnaires, car la problématique réside également dans le fait qu'il faut qu'il y ait un changement de culture professionnelle, ce que la connaissance à elle seule de ces deux guides ne permet pas.

La synthèse de la recension des écrits

Pour résumer l'ensemble de la recension des écrits, la réorganisation des soins de première ligne, notamment par l'implantation des GMF, a pour but d'améliorer l'offre de services et de garantir une plus grande accessibilité à des soins. Selon la commission Clair (2000), la réussite de ce changement dans le système de santé passe par l'intégration des infirmières cliniciennes au sein des équipes de médecins de famille, par la reconnaissance

de leurs compétences et en prônant un rôle caractérisé par l'autonomie. Près de vingt ans après la création des GMF, il apparaît qu'il existe encore beaucoup de confusion entourant le rôle de l'infirmière en médecine de famille ainsi que sa mise en œuvre. Cette confusion est une barrière considérable au déploiement optimal du rôle de l'infirmière en médecine de famille et se traduit, entre autres, sur le plan clinique, par une variabilité de pratique concernant les activités réalisées par les infirmières et un modèle de pratique à deux vitesses : l'infirmière exécutante ou l'infirmière collaboratrice. Par conséquent, ce phénomène nuit à la concrétisation d'un travail interprofessionnel optimal, entraîne une mauvaise utilisation ou une sous-utilisation de ressources infirmières, qui sont pourtant limitées dans le système de santé québécois, et occasionne un taux de satisfaction au travail inférieur lorsque l'expertise infirmière n'est pas reconnue.

Malgré ces premiers constats, la littérature scientifique qui traite précisément de la définition du rôle professionnel infirmier en GMF demeure limitée. Tant les études réalisées à l'international que les études canadiennes sur le sujet ne peuvent rendre compte spécifiquement du contexte de pratique des GMF puisque les systèmes de santé et les structures organisationnelles de soins diffèrent d'un pays à l'autre, et même à l'intérieur de celui-ci. Les études québécoises disponibles jusqu'à maintenant au sujet de la pratique infirmière en GMF sont plutôt orientées dans le but de connaître les activités de soins réalisées. Une grande variabilité de la pratique y a été constatée (Beaulieu et al., 2006; Bouchard, 2016; Girard, 2016; Gosselin et al., 2016; Jean & Sylvain, 2010; Pelletier, 2008; Poitras, 2016). De plus, les études ont souligné que l'influence sur le plan

microsociologique de la relation entre les infirmières et les médecins de famille a des répercussions sur les activités réalisées par les infirmières cliniciennes en GMF (Beaulieu et al., 2006, D'amour et al., 2008, D'amour et al. 2009, Poitras, 2016).

En somme, on retient que la philosophie de soins de GMF repose sur la reconnaissance de l'expertise infirmière dans une relation d'étroite collaboration avec les médecins. Or, en l'absence d'un consensus clair et cohérent sur la compréhension du rôle de l'infirmière en médecine de famille par les différents acteurs du milieu, une recherche qualitative de type descriptif interprétatif sur le sujet s'avère très pertinente.

Chapitre 3 :
Cadre de référence

Le cadre de référence qui soutient cette recherche est constitué de deux composantes. D'une part, le cadre de référence a été élaboré à partir de la schématisation de la pratique professionnelle de Poitras et al. (2016a) qui permet l'inclusion de la dimension conceptuelle et de la dimension opérationnelle dans la description du concept de rôle. D'autre part, le cadre de référence inclut le cadre théorique de Kahn, Wolfe, Quinn et Snoek (1964) nommé *épisode de rôle*, qui reconnaît la dynamique des différentes attentes et perceptions des membres d'une organisation sur la mise en œuvre d'un rôle. Ces deux composantes seront d'abord présentées. Puis, les définitions retenues pour les concepts à l'étude dans cette recherche seront présentées, pour finalement terminer avec une proposition d'intégration des deux composantes du cadre de référence, incluant les concepts étudiés.

La schématisation de la pratique professionnelle de Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher (2016a)

Tout d'abord, la structure conceptuelle du rôle est inspirée de la proposition découlant des travaux de Poitras et al. (2016a) sur la description de la pratique professionnelle (Annexe A) en sciences infirmières. La schématisation proposée par Poitras et al. (2016a) a permis de développer une nomenclature permettant de mieux exposer les multiples facettes du concept de rôle professionnel tout en alliant une

définition conceptuelle et opérationnelle de celui-ci. La nomenclature proposée utilise les termes rôle professionnel, domaine et activité afin de définir de façon opérationnelle le concept de rôle (Poitras et al., 2016a). Le rôle professionnel, de façon conceptuelle, correspond à une fonction assumée par l'infirmière, tandis que le domaine regroupe les activités de soins de même nature et les activités sont les actions de soins entreprises par l'infirmière auprès d'un patient (Poitras et al., 2016a). Le rôle professionnel est modulé par les normes professionnelles, le cadre législatif de la profession, l'étendue de la pratique infirmière et les attentes sociales à l'égard du rôle (Poitras et al., 2016a). La schématisation de la pratique professionnelle inclut également plusieurs autres composantes d'influence de l'exercice d'un rôle soit les connaissances, les responsabilités, les attitudes, les habiletés et le contexte de pratique (Poitras et al., 2016a). La reconnaissance de la définition conceptuelle et opérationnelle du rôle professionnel et l'utilisation de la nomenclature (rôle professionnel, domaine et activité) proposée par Poitras et al. (2016a) apparaît donc comme une avenue judicieuse dans le cadre de cette recherche pour l'utilisation d'un langage commun entre l'étudiante-chercheuse et les participants, pour l'élaboration des guides d'entrevue, pour s'assurer d'une compréhension commune du concept de rôle professionnel dans l'équipe de recherche, pour structurer l'analyse des données et pour faciliter l'interprétation des résultats.

Le modèle de l'*épisode de rôle* de Kahn, Wolfe, Quinn et Snoek (1964)

Tout d'abord, Kahn et al. (1964) ont proposé un modèle théorique appelé *épisode de rôle*. Selon le modèle, le rôle est associé à une position hiérarchique qui s'observe par des comportements ou des tâches réalisés par une personne dans l'exercice de ses fonctions et qui vise l'accomplissement d'une mission à l'intérieur d'une organisation (Kahn et al., 1964). Comme il est reconnu que l'atteinte du but est nécessaire au bon fonctionnement de l'organisation, il en découle l'émergence d'attentes formelles et informelles de la part des membres de l'organisation face au rôle (Kahn et al., 1964). Dans la théorie proposée par ces auteurs, la mise en œuvre du rôle correspond donc à un processus dynamique et itératif entre la personne et les autres membres de l'organisation (Kahn et al., 1964). C'est par l'entremise de rétroactions cycliques que les attentes de la personne et des membres de l'organisation sont véhiculées (Kahn et al., 1964). Les rétroactions cycliques sont décomposées en quatre composantes de l'*épisode de rôle* : rôle attendu, rôle transmis, rôle perçu et rôle exercé (Kahn et al., 1964). Le rôle attendu (Kahn et al., 1964) représente les attentes concernant les activités à accomplir et les fonctions à remplir compte tenu de la position que la personne occupe (Katz & Kahn, 1978). Les attentes sont émises par chacun des acteurs gravitant autour du rôle (Katz & Kahn, 1978). Elles sont modulées à partir des croyances de chacun sur ce que doit ou ne doit pas faire la personne dans l'exercice de son rôle (Katz & Kahn, 1978). Le rôle transmis (Kahn et al., 1964) fait référence à la transmission des attentes et à l'influence exercée par les constituants sur la personne (Katz & Kahn, 1978). Le rôle perçu (Kahn et al., 1964) renvoie à la façon dont la personne interprète la transmission des attentes et décide des

comportements à adopter (Katz & Kahn, 1978). Enfin, le rôle exercé (Kahn et al., 1964) se rapporte aux comportements observables adoptés en concordance ou non avec le rôle attendu (Katz & Kahn, 1978). Kahn et al. (1964) ont également reconnu l'existence de problématiques associées à l'exercice d'un rôle, soit les tensions de rôle (p. ex. ambiguïté et conflit de rôle).

Notons que ce modèle a été repris et bonifié par Katz et Kahn (1978), notamment par la reconnaissance de l'influence de facteurs organisationnels, d'attributs de la personne et de facteurs interpersonnels sur la conception d'un rôle, et qui peuvent avoir un impact sur l'émergence de tensions de rôle (Annexe B). Royal (2007) a réalisé une étude de la littérature sur les facteurs d'influence largement inspirée des trois catégories proposées par Katz et Kahn (1978), soit les caractéristiques personnelles, les caractéristiques interpersonnelles et les caractéristiques organisationnelles. Par exemple, les caractéristiques personnelles incluent, notamment, l'âge, les traits de personnalité, la formation et l'ancienneté. Les caractéristiques interpersonnelles regroupent, entre autres, la communication, le comportement du supérieur et le climat à l'intérieur du groupe. Puis, quelques-unes des caractéristiques organisationnelles sont le niveau hiérarchique, et la structure de contrôle et de subordination. Royal (2007) conclut, à la lumière des écrits, qu'il est difficile d'établir clairement la causalité entre les facteurs d'influence, la mise en œuvre d'un rôle et les tensions de rôle potentielles. Il demeure toutefois pertinent de les garder en considération puisque chaque rôle évolue dans un environnement qui lui est

propre (Royal, 2007). Ainsi, dans le cadre de cette recherche, l'attention a été portée sur le noyau de *l'épisode de rôle* soit celui de Kahn et al. (1964).

De plus, Savoie et Forget (1983) dans une adaptation du modèle de Kahn et al. (1964) ont proposé le rôle préféré en tant que cinquième composante (Annexe C) du modèle *épisode de rôle*. Ce rôle représente l'ensemble des attentes propres à la personne, relevant directement de ses besoins et de ses aspirations personnelles (Savoie & Forget, 1983). L'ajout de cette composante représente donc une dimension intéressante de la mise en œuvre d'un rôle souhaité qui pourrait être différent de celui qui est joué. La composante issue de l'adaptation de Savoie et Forget (1983) a été retenue pour le cadre de référence de cette recherche. Ainsi, l'utilisation de ce modèle permet d'identifier les perceptions de la personne et des autres membres au sein de l'organisation en regard du rôle que la personne croit devoir jouer (attendu), le rôle qu'elle doit jouer (joué) et celui qu'elle souhaite jouer (souhaité). Ce modèle semble donc approprié pour guider la description et la compréhension de la mise en œuvre du rôle attendu, joué et souhaité de l'infirmière en médecine de famille à travers ses interactions avec le médecin responsable de GMF.

La définition des concepts à l'étude

La première moitié de cette section portera sur la définition du concept de rôle dans le cadre de cette recherche. La deuxième moitié expliquera les sous-concepts de rôle attendu, joué et souhaité utilisés dans le cadre de ce mémoire.

Rôle

Le concept de « rôle » est largement présent dans la littérature scientifique, mais il n'existe pas nécessairement de consensus quant à sa définition. Dans une perspective fonctionnaliste, l'individu est perçu comme un acteur qui a des obligations à remplir dans un but précis tel une prescription. Les travaux phares de Kahn, Wolfe, Quinn et Snoek (1964) qui ont eu pour but d'étudier les différentes dynamiques ayant un impact sur le rôle vont dans le même sens. Dans le modèle de l'*épisode de rôle* de Kahn et al. (1964), le rôle est défini comme un ensemble de comportements reliés à une position donnée dans une organisation. Toujours dans cette même perspective, Biddle et Thomas (1966) et Biddle (1979) définissent le rôle comme étant un ensemble de comportements qualifiant une personne ou une occupation dans un contexte précis. Par ailleurs, cette définition a largement été reprise par des auteurs en sciences infirmières consultés dans le cadre de cette recherche (D'Amour et al., 2009; Poitras et al., 2016a; Roch & Ouellet, 2010).

Toutefois, parmi les articles recensés en sciences infirmières pour ce travail, peu d'entre eux proposent une définition concrète et détaillée de ce qu'est un rôle dans la discipline infirmière en tant que telle. Ainsi, tandis que plusieurs études se limitent à présenter le rôle tel qu'il est défini dans la littérature et dans les textes de loi, plusieurs autres proposent une définition du rôle tel qu'il est articulé en pratique par des énumérations de tâches et d'interventions (Poitras et al., 2016a). D'autres auteurs soulignent également la nécessité de développer des aptitudes, des habiletés et des

connaissances par une formation académique pour accomplir un rôle (Oandasan et al., 2010; Oelke et al., 2014). Enfin, Poitras et al. (2016a) ont publié une étude de portée et proposent une définition du concept de pratique professionnelle dans la discipline infirmière. Les auteurs ont constaté que les différents écrits utilisent plusieurs concepts différents (pratique, rôle, activités, tâches, interventions, habiletés, connaissances, aptitudes, responsabilités et attitudes) sans proposer une structure claire rendant ainsi difficile la compréhension du concept (Poitras et al., 2016a). À la lumière de leur recherche, les auteurs proposent de définir le rôle infirmier comme étant une fonction assumée par l'infirmière (Poitras et al., 2016a). Le rôle est modulé par les normes professionnelles, le cadre législatif de la profession, l'étendue de la pratique infirmière et les attentes sociales à l'égard du rôle (Poitras et al., 2016a). Celui-ci est conceptuel et s'opérationnalise dans la pratique par l'expression d'activités infirmières pouvant être classées en domaine d'activités. La schématisation de la pratique professionnelle de Poitras et al. (2016a) constitue l'une des composantes du cadre de référence de cette recherche et, par conséquent, c'est donc cette définition du rôle qui est retenue dans le cadre de cette recherche.

Rôle attendu, joué et souhaité

Les définitions retenues du rôle attendu et joué sont largement inspirées par les travaux de Kahn et al. (1964) qui constituent la deuxième composante du cadre de référence de cette recherche. Respectivement, le rôle attendu et le rôle joué dans le cadre

de cette recherche incluent les dimensions du rôle attendu et du rôle transmis, et les dimensions du rôle perçu et du rôle exercé du modèle de l'*épisode de rôle* de Kahn et al. (1964). Rappelons que l'*épisode de rôle* de Kahn et al. (1964) regroupe quatre composantes du rôle qui correspondent respectivement à l'émission des attentes (rôle attendu), l'influence exercée lors de la transmission de celles-ci (rôle transmis), la réception (rôle perçu) et la mise en application ou non des attentes (rôle exercé) (Kahn et al., 1964). Ainsi, le rôle attendu de cette recherche inclut toutes formes d'attentes émises directement ou indirectement à l'égard du rôle des infirmières en médecine de famille et le rôle joué représente les caractéristiques influençant et modulant les activités cliniques des infirmières en médecine de famille. Pour terminer, la dernière dimension du rôle exploré est le rôle souhaité, qui est défini dans le cadre de cette recherche, par le désir de voir dans l'exercice du rôle des infirmières en médecine de famille des pratiques se réaliser découlant de besoins et d'aspirations personnels. Cette définition est inspirée du modèle phénoménologique des rôles de Savoie et Forget (1983) (adaptation du modèle de Kahn et al., 1964).

L'intégration des composantes du cadre théorique

Pour les besoins de cette recherche, il importe de rappeler que la schématisation de la pratique professionnelle de Poitras et al. (2016a) sert à la définition du rôle de l'infirmière en médecine de famille tandis que le modèle d'épisode de rôle de Kahn sert à identifier les perceptions de la personne (infirmière clinicienne en GMF) et des autres

membres de l'organisation (médecins de famille) en regard du rôle (infirmière en médecine de famille) que la personne croit devoir jouer (rôle attendu), du rôle qu'elle doit jouer et de celui qu'elle souhaite jouer. L'intégration mutuelle des deux composantes du cadre de référence se réalise donc sous une forme imbriquée, dans laquelle la schématisation professionnelle de Poitras et al. (2016a) est utilisée comme point de départ à la description générale du rôle professionnel. Celui-ci se rattache au rôle joué du modèle de Kahn et al. (1964) représenté par les comportements observables du rôle. Quant à eux, les rôles attendu et souhaité ont été utilisés comme éléments de comparaison et d'influence par rapport à la définition perçue par les infirmières et les médecins du rôle joué des infirmières en médecine de famille. Finalement, en comparant à l'aide de cette schématisation les perceptions des infirmières et médecins qui seront dégagées à l'égard du rôle de l'infirmière en médecine de famille, il sera possible de souligner les similitudes et les divergences de perceptions entre les deux groupes.

Chapitre 4 :

Méthodologie

Cette section présente les choix méthodologiques retenus dans le cadre de cette recherche, incluant le type de recherche, le contexte de l'étude et le milieu à l'étude, la population cible et la taille de l'échantillon, la méthode d'échantillonnage, les méthodes de collecte de données et le déroulement de l'étude, la description du plan d'analyse des données et les considérations éthiques.

Type de recherche (devis)

Un devis de recherche qualitative de type descriptif interprétatif a été utilisé dans la présente étude. Ce type de devis a été retenu, car il permet de décrire de nouveaux savoirs sur un phénomène émergent relié à la pratique clinique (Thorne, 2016; Thorne, Reimer Kirkham, & MacDonald-Emes, 1997; Thorne, Reimer Kirkham, & O'Flynn-Magee, 2004). La dimension interprétative du devis réside dans la recherche d'explications afin de comprendre la signification du phénomène d'intérêt (Thorne, 2016; Thorne et al., 1997; Thorne et al., 2004). Le phénomène ciblé dans la présente recherche est relatif aux perceptions du rôle des infirmières en médecine de famille par les infirmières elles-mêmes et les médecins responsables de GMF. Par l'exploration des expériences personnelles, ce devis permet de comprendre la signification du phénomène par la mise en évidence des points de vue des différents acteurs impliqués (Gallagher 2014). Enfin, l'étude qualitative descriptive interprétative « peut contribuer à une pratique

professionnelle adaptée à la réalité des personnes visées » (Gallagher 2014, p. 25). Ultimement, l'étude qualitative descriptive se veut un premier pas vers la compréhension de la signification d'un phénomène peu connu et crée une base d'informations pour faire le pont vers de futures études sur le sujet (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Contexte de l'étude : les Groupes de médecine de famille

Rappelons que le GMF se définit « comme une organisation fonctionnelle composée de médecins de famille travaillant en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières » (Émond et al., 2003, p. 21) et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017b). L'offre de services de santé du GMF varie en fonction de la situation géographique, de la concentration de la population, des différents problèmes de santé rencontrés et des problématiques sociales auprès de la clientèle inscrite (Émond et al., 2003). Au 30 septembre 2019, il existait au Québec 353 GMF en activité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019).

Milieu à l'étude

Le choix du milieu de recherche a été effectué en tenant compte de la proximité et de l'accessibilité du milieu pour l'étudiante-chercheuse. C'est ainsi que la collecte de données s'est déroulée dans les différents GMF de la région administrative de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette région est située à l'extrême ouest du Québec et constitue en partie

la frontière entre le Québec et l'Ontario. La région est délimitée au nord par la région du Nord-du-Québec, au sud, par l'Outaouais et à l'est, par la Mauricie. En 2018, on y comptait 147 508 habitants pour une superficie de 57 349 km² (Institut de la statistique du Québec, 2019). Au total, on compte sept GMF en Abitibi-Témiscamingue (GMF de Rouyn-Noranda (Rouyn-Noranda), GMF des Aurores-Boréales (La Sarre), GMF Témiscavie (Ville-Marie), GMF Centre de santé Témiscaming (Témiscaming), GMF Les Eskers (Amos), GMF Harricana (Amos) et GMF de la Vallée-de-l'Or (Val-d'Or)) rattachés au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT). Le nombre de professionnels de la santé dans chacun des GMF de la région varie en fonction du nombre d'inscriptions de patients (entre 6 000 et plus de 30 000 patients inscrits). La majorité des GMF sont inclus dans des structures organisationnelles nommées GMF-U (unité d'enseignement de médecine de famille pour les étudiants et les résidents).

Population cible

Les infirmières cliniciennes et les médecins responsables de GMF ont été ciblés pour l'étude en raison de leur implication majeure dans le déploiement du rôle de l'infirmière en médecine de famille. Le nombre d'infirmières cliniciennes varie d'un GMF à l'autre et est déterminé en fonction du niveau de GMF basé sur le nombre de patients pondérés (en fonction de la complexité de la prise en charge) inscrits (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017c). En consultant les données de déclaration annuelle

de l'OIIQ, il est constaté qu'il est difficile de connaître le nombre d'infirmières cliniciennes en GMF. Pour cause, en 2018-2019, l'OIIQ a procédé à des changements dans la déclaration annuelle, notamment en ce qui concerne le « domaine de pratique » afin de regrouper les domaines incluant un petit nombre d'infirmières (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2019). Ainsi, les infirmières cliniciennes en GMF pouvaient désormais choisir le domaine regroupé « Soins de première ligne » puis choisir parmi l'une des options suivantes : « Enfants, parents et famille, Santé des jeunes/scolaire, Santé sexuelle ou Services courants », ou tout simplement choisir « Autres domaines » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2019). De plus, il est impossible de savoir exactement le nombre d'infirmières en GMF, puisqu'il est possible de déclarer l'employeur comme le CISSS/CIUSSS (comme toutes les autres infirmières de première ligne relevant des programmes CLSC) ou le GMF directement (comme employeur privé). Malgré une démarche auprès de M. Daniel Marleau, analyste, responsable de la rédaction et de la production du portrait provincial de l'OIIQ, il est impossible de connaître spécifiquement le nombre d'infirmières cliniciennes en GMF. Toutefois, d'après les informations obtenues auprès de la DSI du CISSSAT, 25 infirmières cliniciennes travaillent actuellement en GMF sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les infirmières cliniciennes

Les infirmières ont été sélectionnées en fonction des critères suivants : détenir un poste ou un contrat de remplacement d'infirmière en médecine de famille au CISSSAT et

avoir au minimum 6 mois d'expérience en GMF. Parmi les critères d'exclusion, on retrouve seulement le fait de prévoir être en congé au moment de l'étude. Dans le but de rendre plus riche la description du rôle, et ce, malgré un échantillon restreint en nombre d'infirmières, une attention a été portée à recruter des infirmières ayant des caractéristiques différentes (âge, formation initiale, expériences de travail antérieures et nombre d'années de pratique à l'intérieur du GMF).

Les médecins responsables de GMF

Les médecins responsables de GMF ont été sélectionnés en fonction des critères suivants : détenir un poste de médecin responsable de GMF au CISSSAT et avoir au minimum 6 mois d'expérience en GMF. Le seul critère d'exclusion est le fait de prévoir être en congé au moment de l'étude.

Taille de l'échantillon

En recherche qualitative, il demeure difficile de cerner la taille exacte de l'échantillon. Ainsi, l'attention est davantage portée à la richesse des informations obtenues de la part des participants (Grove et al., 2013). Dans le cadre de cette recherche, un échantillon d'au moins 12 participants (8 infirmières en médecine de famille et 4 médecins responsables de GMF) a été jugé acceptable (Grove et al., 2013; Savoie-Zajc, 2009). Ce nombre tient compte à la fois des contraintes de temps liées à la réalisation d'une recherche dans le cadre d'études de 2^e cycle et d'une atteinte potentielle de la

saturation des données sur le sujet. Il a été également convenu que la taille de l'échantillon aurait pu être ajustée à la hausse ou à la baisse selon la saturation des données (Grove et al., 2013). Au final, 12 participants ont été recrutés.

Méthode d'échantillonnage

Un échantillonnage par choix raisonné non probabiliste a été privilégié dans le but de recruter des participants « experts du phénomène étudié » (Gallagher, 2014, p. 10) et qui détiennent des expériences et des caractéristiques différentes.

Les infirmières cliniciennes

Un premier contact a été fait avec la directrice adjointe à la DSI responsable du volet de la première ligne et auprès des médecins responsables de chacun des GMF par l'entremise de la table régionale de concertation des GMF afin de leur parler de la recherche et d'avoir leur approbation pour recruter des infirmières dans les différents GMF. Après avoir obtenu l'autorisation de la DSI et des médecins responsables de GMF, une lettre de présentation (Annexe D) a été envoyée à toutes les infirmières cliniciennes répondant aux critères d'inclusion. La lettre les a informées qu'elles seront ensuite contactées par l'étudiante-chercheuse pour le recrutement. Le but de cet échange a été d'expliquer les différentes étapes de la recherche (la tenue des entrevues et le remplissage du questionnaire de données sociodémographiques) ainsi que l'implication attendue et de vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion. Les infirmières ont eu la possibilité de poser

des questions. Chaque infirmière contactée a été libre d'accepter ou non la participation à l'étude. Le cas échéant, un consentement verbal a été documenté et le consentement écrit a été recueilli avant le déroulement de l'entrevue.

Les médecins responsables de GMF

Une lettre de présentation (Annexe E) a été envoyée personnellement à tous les médecins responsables de GMF répondant aux critères d'inclusion après le contact initial d'autorisation (voir **Méthode d'échantillonnage – Les infirmières cliniciennes**). La lettre les a informés qu'ils seraient ensuite contactés par l'étudiante-chercheuse pour le recrutement. Le but de cet échange a été d'expliquer les différentes étapes de la recherche ainsi que l'implication attendue et de vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion. Chaque médecin responsable de GMF contacté a pu poser des questions et était libre d'accepter ou non la participation à l'étude. Le cas échéant, un consentement verbal a été documenté et le consentement écrit a été recueilli avant le déroulement de l'entrevue.

Méthodes de collecte des données et déroulement de l'étude

Différentes méthodes de collecte de données ont été utilisées dans le cadre de cette recherche : les entrevues individuelles semi-dirigées, les entrevues de validation, le journal de bord et le questionnaire sociodémographique.

Entrevues individuelles

L'objectif des entrevues individuelles était de permettre aux infirmières cliniciennes et aux médecins responsables de GMF de décrire et de partager leurs perceptions du rôle des infirmières (Fortin & Gagnon, 2016; Savoie-Zajc, 2009). Les guides d'entrevue semi-dirigée ont été adaptés pour les infirmières (Annexe F) et les médecins responsables de GMF (Annexe G). Ils ont été construits en fonction de la littérature existante sur le rôle des infirmières cliniciennes en médecine de famille et des deux cadres de référence : le cadre théorique de Kahn et al. (1964) et la schématisation de la pratique professionnelle de Poitras et al. (2016a). Par exemple, des questions pour les infirmières cliniciennes et les médecins responsables de GMF ont été : « Racontez-moi une journée/semaine type en détaillant quelles sont les activités de l'infirmière clinicienne en GMF à votre connaissance. », « En regard des activités réalisées que vous m'avez décrites, quel est selon vous le rôle que vous effectuez actuellement (soit le rôle joué) comme infirmière en GMF? » et « En regard des activités réalisées que vous m'avez décrites, quel est selon vous le rôle qui est actuellement effectué (soit le rôle joué) par les infirmières cliniciennes en GMF ? ». Deux entrevues ont été réalisées pour tester le guide d'entrevue auprès d'infirmières cliniciennes. Ces infirmières cliniciennes étaient issues de GMF situés à l'extérieur de la région. Les questions du guide ont été ajustées, mais seulement quelques reformulations mineures ont été nécessaires. Par la suite, la première entrevue de la recherche a été écoutée par un membre de l'équipe de direction afin de conseiller l'étudiante-chercheuse dans le déroulement des entrevues subséquentes. De plus, les questions ont été adaptées au fur et à mesure du déroulement de la collecte de

données. Finalement, des notes ont été rédigées immédiatement à la fin de chacune des entrevues pour permettre de souligner des informations à clarifier, d'indiquer des éléments non verbaux propres à l'entrevue (expressions faciales, gestes, émotions), de dégager les principaux thèmes de la rencontre et de souligner les éléments importants de la discussion (Savoie-Zajc, 2009) pendant que les propos étaient encore frais en mémoire.

Un contact par courriel a permis préalablement de fixer un rendez-vous pour réaliser les entrevues. Elles se sont toutes tenues dans le milieu de pratique des participants sauf pour une seule entrevue qui s'est tenue ailleurs à la demande du participant. Immédiatement avant le début des entrevues, les participants ont signé le formulaire de consentement (Annexe H). Toutes les entrevues ont été animées par l'étudiante-chercheuse et ont été enregistrées en mode audionumérique. La durée prévue de 45 à 60 minutes a été respectée.

Entrevues de validation

L'objectif des entrevues de validation était d'effectuer un retour auprès de chacun des participants afin de valider ses propos et de s'assurer de rapporter la situation comme il l'avait décrite (Grove et al., 2013; Miles & Huberman, 2003). Ainsi, une synthèse schématisée de l'analyse de l'entrevue de chacun lui a été transmise dans un courriel dans lequel il lui était demandé d'émettre ses commentaires à propos de la synthèse ou de proposer des correctifs et des ajouts au besoin. Ensuite, une entrevue de validation a été

proposée à chaque participant par l'étudiante-chercheuse afin de vérifier que la synthèse était fidèle à sa perception du rôle des infirmières en médecine de famille. Selon les commentaires ou spécifications mentionnés par les participants, des modifications ont été apportées.

Un contact par courriel a permis préalablement de fixer un rendez-vous pour réaliser les entrevues. Ces entrevues ont été réalisées à distance par visioconférence ou par contact téléphonique à la convenance des participants. Les entrevues ont été d'une durée de 15 à 30 minutes et enregistrées en mode audionumérique.

Journal de bord

Un journal de bord a été tenu par l'étudiante-chercheuse afin d'assurer un processus de réflexivité et d'enrichir le contenu des analyses (Fortin & Gagnon, 2016). Le journal de bord a permis une prise de conscience par l'étudiante-chercheuse de ses a priori, de ses biais et de ses préjugés dans le but qu'elle puisse tenter, au mieux, d'en faire abstraction dans l'analyse des données. Ce journal contient par exemple des observations, des réflexions, des impressions personnelles et des questionnements.

Questionnaire de données sociodémographiques

Un questionnaire autoadministré a été rempli à la fin de chaque entrevue avec les infirmières cliniciennes et les médecins responsables de GMF.

Les infirmières cliniciennes. Le questionnaire autoadministré adressé aux infirmières cliniciennes (Annexe I) a permis de documenter le sexe, l'âge, le dernier diplôme infirmier obtenu, la possibilité de formation dans un autre domaine, le nombre total d'années d'expérience de travail, le ou les milieux de travail dans les cinq dernières années, le nombre d'années d'expérience de travail en GMF, le type de poste occupé en GMF et la possibilité d'avoir déjà travaillé avec l'équipe médicale du GMF dans un autre contexte.

Les médecins responsables de GMF. Le questionnaire autoadministré adressé aux médecins responsables de GMF (Annexe J) a permis de documenter le sexe, l'âge, la possibilité de formation dans un autre domaine, le nombre total d'années d'expérience de travail, le ou les milieux de travail dans les cinq dernières années, le nombre d'années d'expérience de travail en GMF, le nombre d'années d'expérience à titre de médecin responsable de GMF et la possibilité d'avoir déjà travaillé avec l'équipe infirmière du GMF dans un autre contexte.

Description du plan d'analyse des données

Afin d'atteindre le but de la recherche, les propos ont été examinés en profondeur, analysés et organisés dans le but d'extraire les principaux thèmes dominants et d'en comprendre leur signification (Fortin & Gagnon, 2016) selon l'approche proposée par Miles et Huberman (2003) en trois étapes majeures : la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration/vérification des conclusions.

La condensation des données a été réalisée en deux phases, soit la codification simple et la codification thématique (Miles & Huberman, 2003). D'abord, les entrevues initiales ont été écoutées attentivement et ont été retranscrites verbatim. Une lecture attentive et répétée des verbatims a servi à se familiariser avec leurs contenus et a permis une immersion totale (Grove et al., 2013). Ainsi, avant d'amorcer l'analyse des données, il a été possible d'avoir une vue d'ensemble et une idée générale des thèmes contenus dans les données recueillies (Fortin & Gagnon, 2016). Lorsque cela a été pertinent, les notes du journal de bord et les notes d'entrevues ont été intégrées dans les verbatims des entrevues correspondantes sous forme d'annotations pour permettre d'enrichir les données narratives recueillies et d'optimiser l'analyse de celles-ci (Savoie-Zajc, 2009).

Ensuite, l'étudiante-chercheuse a élaboré une grille de codification mixte inspirée du cadre de référence de l'étude, de la littérature recensée et de la question de recherche (Miles & Huberman, 2003) avec la définition respective de chaque code. Des thèmes tels

que rôle attendu, rôle joué, rôle souhaité (Kahn et al. 1964), activité et domaine (Poitras et al., 2016a) ont été intégrés dès le début. L'équipe de direction et l'étudiante-chercheuse ont ensuite validé la grille et se sont assurées d'une compréhension commune des définitions des codes utilisés. Par la suite, l'étudiante-chercheuse a ciblé au hasard un petit échantillon des verbatims d'entrevues individuelles (une entrevue « infirmière » et une entrevue « médecin ») afin de repérer systématiquement les thèmes récurrents relatifs à l'objectif initial de cette recherche. La grille de codification a été révisée et bonifiée à la lumière des thèmes qui ont émergé au fur et à mesure des lectures. Ensuite, la tenue d'une rencontre avec l'équipe de direction et l'étudiante-chercheuse a servi à s'assurer de l'habileté de l'étudiante-chercheuse à coder les verbatims. Un exercice de codage multiple a alors été réalisé (Miles & Huberman, 2003). Pour ce faire, deux verbatims ont été codés par tous les membres de l'équipe de recherche incluant l'étudiante-chercheuse et une comparaison du codage a été réalisée. Les désaccords ont été discutés jusqu'à une entente mutuelle. Cette démarche de validation a aussi permis de raffiner et de préciser certaines définitions de la grille d'analyse. Enfin, cette version de la grille d'analyse a été utilisée systématiquement pour analyser la totalité du matériel, mais celle-ci a été bonifiée dans un processus itératif, notamment en fonction des nouveaux thèmes qui ont émergé de l'ensemble des verbatims.

La codification thématique des données a été effectuée par la suite en regroupant les éléments issus de la codification simple en un nombre plus restreint de thèmes qui ont

permis la compréhension plus globale d'un modèle se dégageant des propos des participants (Miles & Huberman, 2003).

Pour la deuxième étape, soit la présentation des données, celles-ci ont été présentées sous forme de schémas (Miles et Huberman, 2003) pour chacune des entrevues afin de créer des liens entre les concepts pour aller au-delà de la description (construction de sens). Un exemple est présenté à l'Annexe K. L'utilisation d'entrevues de validation a permis de présenter à chaque participant le schéma de l'analyse des données de sa propre entrevue. Ainsi, des précisions ou modifications ont été réalisées avant la mise en commun des données de l'ensemble des entrevues.

Pour la troisième étape, soit l'élaboration/vérification des conclusions, un retour auprès des participants et un mouvement de va-et-vient entre les données brutes et les données analysées ont permis d'assurer la concordance des conclusions (Miles et Huberman, 2003). Les conclusions ont été également corroborées par les codirectrices. Cela a mené vers l'élaboration d'une structure qui a permis de synthétiser l'ensemble des données recueillies et qui a permis de faire ressortir les caractéristiques du phénomène à l'étude (Fortin & Gagnon, 2016).

Finalement, des données sociodémographiques se rapportant à l'échantillon ont été présentées à l'aide d'intervalles pour respecter l'anonymat des participants. Ces données ont permis de dresser un portrait de l'échantillon de cette étude.

Considérations éthiques

Cette recherche a obtenu l'approbation des comités d'éthique de la recherche du CISSS des Laurentides (Annexe L) et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (Annexe M). La participation à cette recherche a été faite sur une base volontaire. Avant d'accepter de participer ou de signer un consentement, les participants ont été informés des aspects éthiques de la recherche inhérents à leur participation. Un consentement écrit a été obtenu le cas échéant. Une attention particulière a été portée à ce que les participants comprennent bien les considérations éthiques, notamment le droit de se retirer en tout temps de la recherche sans préjudice et sans avoir à se justifier.

La confidentialité de toutes les données personnelles a été assurée tout au long de l'étude. Les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites. Une fois la transcription intégrale réalisée, les enregistrements ont été détruits. Toutefois, les données sont demeurées confidentielles puisque seules les codirectrices de recherche et l'étudiante-chercheuse ont eu accès aux transcriptions des entrevues. Les noms des participants ont été retirés des verbatims et ont été remplacés par des codes de façon à assurer l'anonymat. Une liste des noms des participants avec leur code correspondant a été constituée et seule

l'étudiante-chercheuse y a accès. Également, en toutes circonstances l'anonymat des personnes (collègues, employeur, etc.) auxquelles les participants ont pu faire allusion dans leurs propos a été préservé. Les formulaires de consentement, les questionnaires remplis, les retranscriptions d'entrevues et le journal de bord seront gardés sous clé jusqu'à ce qu'ils soient détruits cinq ans après la fin de la recherche. Les résultats et les éventuelles publications générés par cette étude ne permettront en aucun temps d'identifier de façon personnelle un participant en particulier.

Les risques et inconvénients

Le principal inconvénient inhérent à la participation à cette recherche était la perte de temps personnel nécessaire au déroulement de l'entrevue individuelle, au remplissage du questionnaire sociodémographique et à la participation à l'entrevue de validation. Les risques liés à la participation à cette recherche étaient pratiquement nuls. Or, il aurait été possible que les questions posées lors de l'entrevue individuelle génèrent certains sentiments chez les participants, notamment de l'inconfort sur des aspects touchant leur identité professionnelle et les relations avec leurs collègues de travail. Concernant les relations avec leurs collègues de travail, il aurait été possible que la participation à cette recherche mette en lumière certaines divergences d'opinions qui auraient pu conduire à des conflits interprofessionnels. Ainsi, les participants étaient avisés qu'en tout temps il était possible de reformuler les questions si cela pouvait créer un malaise ou si l'intention de la question était mal comprise. Également, ils pouvaient choisir de ne pas répondre à

certaines des questions. Pour éviter toute anxiété de performance, les participants étaient avisés qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses; l'important était de répondre selon ses émotions et ses connaissances. Finalement, si les participants avaient évoqué des problèmes relatifs au travail ou avaient ressenti le besoin de parler d'aspects qui dépassaient les objectifs de cette recherche, les infirmières auraient été encouragées à consulter le Programme d'aide aux employés (PAE) de leur établissement et les médecins, le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). Toutefois, aucun événement de ce type n'est survenu pendant la tenue des entrevues individuelles et des entrevues de validation.

Les bénéfices

Les participants n'ont pu retirer aucun bénéfice personnel de leur participation à cette recherche si ce n'est la possibilité de réfléchir de manière approfondie au rôle de l'infirmière en médecine de famille. Les principaux bénéfices découlant de la participation à cette recherche ont été la contribution à l'avancement des connaissances sur le rôle des infirmières en médecine de famille. Les participants ont été informés et continueront à être informés des publications générées afin d'en prendre connaissance, si tel est leur souhait.

Chapitre 5 :

Résultats

Les résultats de cette étude sont présentés sous forme d'article à l'intérieur de ce mémoire. L'article scientifique est intitulé « *The expected, played and desired role of nurses in family medicine group: nurses and head physicians' perceptions* ». La rédaction a été réalisée par l'étudiante-chercheuse, Andréanne Bernier, Inf. B. Sc., et l'article a été révisé par les coauteures et codirectrices de mémoire, Manon Champagne, Ph. D., Manon Lacroix, Inf. IP-Soins de santé primaire (Ont.) et Marie-Eve Poitras, Inf., Ph. D. L'article a été soumis à la revue scientifique *Journal of Family Nursing* le 30 octobre 2019 en fonction des critères de rédaction exigés. La preuve de soumission se retrouve à l'Annexe N. L'autorisation des coauteures a été obtenue pour inclure l'article dans le présent mémoire.

Title: The expected, played and desired role of nurses in family medicine group: nurses and head physicians' perceptions.

Andréanne Bernier, RN, B.Sc.inf.¹

andreanne.bernier@uqat.ca

Manon Champagne, PhD²

manon.champagne@uqat.ca

Manon Lacroix, NP¹

manon.lacroix@uqat.ca

Marie-Eve Poitras, RN, PhD³

marie-eve.poitras@usherbrooke.ca

1 Department of Health Sciences, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Québec, Canada

2 Vice-Rectorate for Education, Research and Creation, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Québec, Canada

3 Department of Family Medicine/School of Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

This study was supported by Manon Champagne's and Manon Lacroix's institutional funds. Andréanne Bernier was supported by a master's degree scholarships from the Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) in partnership with universities in Quebec (Canada).

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest: none

Abstract

Nearly twenty years after the integration of nurses into family medicine groups (FMG) in the Province of Quebec (Canada), it seems that significant gaps remain between the “designed” role and the “effective” role of nurses. Based on descriptive interpretive qualitative research, the purpose of this study is to describe the perceptions of family practice nurses (FPN) and FMG head physicians to better understand their influence on the expected, played and desired roles of FPNs, and to highlight the gaps between both groups’ perceptions. This study found that the expected role remains unknown, the played role is influenced by medical practice and government requirements, and a more coherent deployment of the role, in line with all FPN’s competencies, is desired. Finally, the differences between perceptions of the role of FPNs lead to role ambiguity and role conflict that make it difficult to exercise.

Keywords: role, nurse, Family Medicine Group, primary care, qualitative research.

Introduction

In recent decades, rising demand for health care and the costs of operating healthcare systems have forced all levels of government in Canada to restructure healthcare delivery (Aggarwal & Hutchison, 2012). A strong primary care services offer promotes the judicious use of health-oriented resources (Aggarwal & Hutchison, 2012). Problems of accessibility and fragmentation of care services and lack of consistency in interprofessional task sharing in the healthcare system partly explain the need to enhance and foster the development of primary care professional practices (Kringos et al., 2010).

Following the recommendations of the *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* (2000) in the early 2000s, Family Medicine Groups (FMG) were created by bringing together family physicians and nurses in the same interdisciplinary primary health care setting (Beaulieu et al., 2006; Émond et al., 2003). FMGs were seen as an opportunity for governments to optimize the accessibility and cost effectiveness of primary care by integrating nurses with a bachelor's degree into these care settings (D'Amour, Goudreau, Hudon, Beaulieu, Lamothe, Jobin, & Gilbert, 2008; D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009; Émond et al., 2003; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012).

However, the role of the family practice nurse was summarily developed without a clear indication of its operationalization in a clinical setting (Roy & Sylvain, 2004), thus

providing each FMG with the opportunity to determine precisely the nature of the nursing activities in their area (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005). Nearly twenty years later, it appears that the role of these nurses remains unclear for nurses themselves, but also for family physicians. Nurses and family physicians have a different understanding of the actual and potential role of family practice nurses and tend to describe it through the tasks they perform or to confuse it with other primary care professional roles (Akeroyd, Oandasan, Alsaffar, Whitehead, & Lingard, 2009; McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2016). To date, family practice nurses still do not perform all the potential professional activities within their scope of practice (Tremblay, 2015; Poitras, Chouinard, Gallagher, & Fortin, 2018b).

In the absence of clear guidelines on the role of family practice nurses in Canada (Allard, Frego, Katz, & Halas, 2010; Oelke, Besner, & Carter, 2014; Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, Crossman, & Gallagher, 2018a), it is recognized that there is significant variability in the practice of family practice nurses in interdisciplinary primary health care settings (Besner, Drummond, Oelke, McKim, & Carter, 2011; D'Amour et al., 2008; Poitras et al., 2018b). Among these activities, more than 50% of family practice nurses perform non-nursing activities each day such as scheduling appointments, preparing rooms and replenishing supplies (Allard et al. 2010). As a result, only 61% of family practice nurses think they are working to their full scope of practice (Allard et al. 2010). As reported in literature, family practice nurses experience greater dissatisfaction with their practice when their role is oriented towards medical assistance leading to a feeling

of underutilization (Allard et al., 2010; Akeroyd et al., 2009; D'Amour et al., 2008; D'Amour et al., 2009; McInnes et al., 2016). This problem creates a gap between family practice nurses expected and practiced roles but also causes significant discontent.

The vision of a profession comes from perceptions and influences the practice of the role (Weis & Schank, 2002). Recognizing that clarity of roles is fundamental to effective collaboration between family physicians and nurses (Al Sayah, Szafran, Robertson, Bell, & Williams, 2014; D'Amour et al., 2009; McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2015), it becomes important to know better the perceptions of family practice nurses and family physicians regarding the expected, played and desired role of family practice nurses.

Aim of the study

The purpose of this study was to describe the perceptions of the role of family practice nurses by nurses and FMG head physicians to better understand their influence on the expected, played and desired role of family practice nurses, and to highlight gaps between both groups' perceptions.

Study Design

This qualitative research used an interpretive descriptive design described by Thorne (2016). The interpretative dimension of the design lies in seeking explanations in order to understand the significance of the phenomenon of interest (Thorne, 2016; Thorne, Reimer Kirkham, & MacDonald-Emes, 1997; Thorne, Reimer Kirkham, & O'Flynn-Magee, 2004). By exploring personal experiences, this design helps to understand the meaning of the phenomenon by highlighting the points of view of the various actors involved (Gallagher, 2014).

Setting

The FMG defines itself as “a group of family physicians working with nurses with a bachelor's degree” (Émond et al., 2003, p. 21) and other health and social services professionals to increase access to primary care for registered patients (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017b). FMG services vary according to geographical situation, population concentration, and the various health and social issues encountered (Émond et al., 2003). In September 2019, there were 353 FMGs across the Province of Quebec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019). The number of nurses varies from one FMG to another and is determined by the number of family physicians and the number of patients registered by the FMG (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017c).

Sample and recruitment

We used a non-probability purposive sample method to recruit “expert” participants to describe and fully understand the phenomenon as lived by the participants who have various experiences and characteristics (Gallagher, 2014). We recruited eight family practice nurses and four head physicians in seven FMGs ($n = 12$) in rural communities of one administrative region of the Province of Quebec. This research has been of great interest to the general population of family practice nurses and FMG head physicians. More participants than the number targeted by the research expressed the wish to participate in it. However, in order to achieve saturation of the data, the additional candidates were thanked for their interest and informed of the possibility of additional interviews if necessary. All accepted this proposal, which was not considered relevant at the end of the data analysis. In this context, it should be noted that the participants were selected based on the relevance for the research to have a sample as diversified as possible (age, education, previous work experiences, and number of years of practice in the FMG).

The research project was approved by the research ethics committees of *Centre intégré de Santé et de Services sociaux des Laurentides* and the *Université du Québec in Abitibi-Témiscamingue*. A first contact was initiated with the Assistant Director of Nursing responsible for primary care services and with the head physician of each FMG to inform them about the research project and obtain their approval to recruit nurses in the FMGs. A cover letter was then sent to all family practice nurses who met the inclusion

criteria to inform them that they would be contacted for recruitment through the method of their choice (telephone, email). The purpose of this exchange was to explain the different stages of the project as well as their expected involvement. Where applicable, verbal consent was documented, and written consent was completed prior to the interview.

Data collection

We conducted semi-structured individual interviews to allow nurses and FMG head physicians to share their perceptions of the role of family practice nurses (Fortin & Gagnon, 2016; Savoie-Zajc, 2009). We adapted the semi-structured interview guides for each of the participant groups. They were built on the existing literature on the role of family practice nurses and two frames of reference: the theoretical framework of Kahn, Wolfe, Quinn and Snoek (1964) and the schematization of the professional practice of Poitras, Chouinard, Fortin and Gallagher (2016). Interviews were conducted in each participant's practice setting unless they had a constraint and lasted 45 to 60 minutes. A sociodemographic questionnaire that included occupational questions was also used to collect data. Validation interviews were conducted later to corroborate participants' comments (Grove, Burns, & Gray, 2013; Miles & Huberman, 2003). In an iterative process, a schematic summary of the analysis of their interview was emailed to them and they were asked to comment or propose edits as needed. Then, a short telephone discussion was conducted to collect comments and/or modifications that were made.

Data analysis

Verbatim transcripts were thoroughly examined, analyzed and organized in order to extract the dominant themes and understand their meaning (Fortin & Gagnon, 2016). Based on Miles and Huberman's (2003) approach, three major steps were used: data reduction, data presentation and the development / verification of conclusions. The student researcher developed a mixed coding grid based on the study's framework, the literature review, and the research question (Miles & Huberman, 2003) with a definition for each code. Table 1 presents the definitions of the main concepts used in this research. The management team validated the grid and agreed on the definition of each code and a meeting with the management team and the student researcher ensured the student researcher's ability to code the verbatim. A multiple coding exercise was performed (Miles & Huberman, 2003). Then, the data was presented as a schematization (Miles & Huberman, 2003) to create links between the concepts and go beyond description. Seeking feedback from the participants ensured that verbatim analyses reflected the perceptions expressed. Moving back and forth between the raw data and the analyzed data ensured consistency of the conclusions (Miles & Huberman, 2003) which were also corroborated by the student's co-directors. This led to the development of a schematization that synthesized all the data collected and made it possible to highlight the characteristics of the phenomenon under study (Fortin & Gagnon, 2016).

Table 1. *Definitions of the concepts used in the study*

Professional role	Role is defined as a set of behaviours related to a given position in an organization (Kahn et al., 1964). Behaviours are guided by a set of laws, norms and standards resulting from a social expectation (Poitras et al., 2016).
Expected role	The expected role (Kahn et al., 1964) represents the expectations expressed by each of the actors around the role regarding the activities to be performed and the functions to be performed, given the position that the person occupies (Katz & Kahn, 1978). The expected role also refers to the transmission of expectations and the influence exerted by the constituents on the target person, being called the transmitted role (Katz & Kahn, 1978).
Played role	The exercised (Kahn et al., 1964) or played role refers to the obvious and observable behaviours adopted in accordance or not with the expected role (Katz & Kahn, 1978). The played role is influenced by how the target person interprets the “received messages” and determines the behaviours applicable to his or her role; which is a sub-component of the played role: the perceived role (Katz & Kahn, 1978).
Desired role	The preferred role, from the phenomenological model of roles of Savoie and Forget (1983) (adaptation of the Kahn et al., 1964 model), represents the set of expectations specific to the person, resulting from his or her personal needs and aspirations.

Results

The analysis of the results made it possible to identify similarities and differences between nurses' and FMG head physicians' perceptions about the role of family practice nurses. The perceptions are presented according to the following themes: definition of the professional role, expected, played and desired role. A summary of the results is presented in the Table 2.

Table 2. *Nurses' and physicians' perceptions of the role of family practice nurses*

Nurses	Common perceptions	Family physicians
- Refers to accessibility to health care - A collaborative role or a supportive role to the medical team	<u>Professional Role:</u> Promote accessibility to primary health care and the health network	- Refers to the contribution made to accessibility of care provided by the physician - A collaborative role in the medical team
Variable according to nurses' perception of physician satisfaction	<u>Expected Role Characteristic :</u> Lack of knowledge	Integration of nurses represented a change in the practice of family medicine
- Differences in practice within the same FMG sometimes lead to tensions between nurses - Shared care with nurses: to diversify the offer of care or to accelerate the production of care	<u>Played Role Developed according to :</u> - Characteristics of medical practice - Availability of physicians in the FMG office - Types of clientele managed by the physician - Needs of the FMG medical team - Overload of work experienced by family physicians - Orientations provided by the FMG's medical governance - Governmental requirements	- Opportunity to fill gaps in continuity of care - Highlight a lack of nursing resources granted in FMG to meet the demand for care
	<u>Desired Role</u> - Development of a common understanding of the role - Full occupation of the field of practice	

Sample characteristics

Nurses. Eight nurses, from five different FMGs, accepted to participate in the study. All of them hold a bachelor's degree in nursing sciences. Table 3 presents nurses' characteristics.

Family physicians. Four FMG head physicians out of a potential of seven different FMG accepted to participate in the research project. Table 3 presents FMG head physicians' characteristics.

Table 3. *Characteristics of participating nurses and family physicians*

Nurse	Age group	Years of experience as a nurse	Years of experience in the FMG
Nurse 1	20-29	5-10	≤ 4
Nurse 2	40-49	16-24	11-15
Nurse 3	50-59	25 and more	8-10
Nurse 4	50-59	25 and more	11-15
Nurse 5	30-39	11-15	≤ 4
Nurse 6	40-49	16-24	11-15
Nurse 7	40-49	16-24	8-10
Nurse 8	30-39	11-15	≤ 4
Family physician	Age group	Years of experience as a family physician	Years of experience as FMG head physician
Family physician 1	50-59	16-24	8-10
Family physician 2	30-39	5-10	≤ 4
Family physician 3	50-59	25 or more	11-15
Family physician 4	40-49	16-24	≤ 4

The number of healthcare professionals (two to seven nurses) in each of the FMGs in the region varies according to the number of patients (patients registered between 9,000 and over 30,000). The majority of FMGs include a family medicine training unit (for medical students and family medicine residents). Six FMG are multi-site clinics and half of the nurses must move from one clinic to the other to meet patients according to family physicians' workplaces.

Definition of professional role

Two dimensions of the definition of the role of family practice nurses emerged as previously suggested by Poitras et al. (2016). On the one hand, participants expressed a conceptual definition that describes the function of the family practice nurses. On the other hand, participants defined the role in a more operational way in which it is described through the activities carried out daily. Clinical activities were grouped by domain according to the schematization of Poitras et al. (2016) in order to adequately organize the definition of the role.

Role function. Nurses and physicians agree that the family practice nurse's role was developed to facilitate access to primary care since the FMG is one of the population's first points of contact with the healthcare network : *“Well, when we talk about primary care [nurses],[...] they always say that it is the first doorway for patients.”* (Nurse 8); *“They are on the frontline, even before, I would say, a doctor”* (Family physician 3). However, the understanding of the notion of accessibility for nurses seems to refer to accessibility to health care, while for some physicians, the notion of accessibility refers to the nurse's contribution to the accessibility of care provided by the physician: *“But the biggest, the biggest one I find, is that patient services have improved. Accessibility with [our nurse] [...] because there they can't reach me when I'm in the hospital”* (Family physician 1).

Role domains and activities. For nurses and physicians, the role of the family practice nurse is defined according to four domains of care: prevention and health promotion, assessment and care planning, communication and coordination of care, and nurse-physician collaboration. In addition, the four domains of the family practice nurse's role are composed of nursing activities of varying intensity in the different study settings and according to the type of health problem encountered.

For prevention and health promotion, participants mentioned that the family practice nurse is mainly involved in health education. She educates, counsels, reassures and empowers patients towards their health, and reinforces certain behaviours with patients who have different health or illness experiences: *“Teaching. A lot. Yes, we do a lot of health promotion”* (Nurse 5); *“Sometimes I just give them advice [to patients] and “Ah [it’s settled]!” Some of them need to be reassured”* (Nurse 3).

Care assessment and planning appear to be more developed with clients with acute health problems. The family practice nurse then assesses needs, establishes priorities and ensures that the patient receives the required care, as explained by one physician: *“We make them do pre-assessments of people who come without an appointment. So, it allows them to do some triage [...] but also to apply collective prescriptions if it’s possible to apply them, to redirect the patient”* (Family physician 4).

As for the domain of communication and care coordination, it is mainly concerned with clients with complex health needs (e.g., chronic diseases, neurocognitive disorders, etc.). The family practice nurse then acts as a liaison through referrals to other health professionals or as a central healthcare worker in the coordination of interprofessional care: *“Many of us will start referring our patients to the right professionals to help them”* (Nurse 7); *“I consider myself to be [...] the pivot healthcare worker [...] I consider myself to be always there, as the doctor will always be there”* (Nurse 6).

Finally, nurses and physicians defined the role of the family practice nurse as a close collaborator of the family physician in the management of the FMG’s registered patients. Some nurses and physicians will talk about a *“partnership”* or *“team”* role as expressed by one physician: *“I see it as a collaborative role in the medical team. [...] Basically, this collaboration is about providing the most care to our patients.”* (Family physician 3). However, some nurses, for their part, perceive that their role is to *“support”* medical practice, as illustrated in the following excerpt: *“Supporting physicians. We’re really there to support them, to lighten their workload”* (Nurse 5).

Expected role

Nurses and physicians agree on the fact that there is a lack of knowledge of the expected role. On the other hand, a gap between perceptions was highlighted by the nurses: the influences of physicians’ level of satisfaction with the expected role.

Lack of knowledge of the expected role. Physicians noted that the integration of family practice nurses represented a change in the practice of family medicine. Many deplored the lack of support from the health centres' nursing managers to adapt to the role of the family practice nurse: *"It's like... there's no recipe. It's all very well also the FMG structure, there, with all that paperwork... As if we read that, on top of everything else!"* (Family physician 1). All physicians who were present when their FMG was created pointed out that they did not know what the role of the family practice nurse was or the expected clinical activities. For example, one physician mentioned the following: *"The role [of the nurses] was not clear, so neither were the expectations nor what we do"* (Family physician 2). This lack of knowledge of the expected role was also shared by all nurses: *"So when I started here, I knew absolutely nothing about the role. No, the page was blank"* (Nurse 3). Nurses were therefore inspired by the practices developed in the other FMGs in the province and targeted the activities to be implemented according to the needs of their FMG, as illustrated by this excerpt: *"We really had to organize ourselves, there [...] we went to look for examples in other FMGs throughout Quebec on the Internet"* (Nurse 6).

The influence of family physicians' level of satisfaction with the expected role. Some nurses perceive that the expected role is partly dependent on the medical team's degree of satisfaction of their work. For example, one nurse reflected a more hierarchical perception of the expected role of the family practice nurse in relation to the (often heterogeneous) expectations of the family physicians: *"It's clear yes and no [the expected*

role] because it seems that we have to adapt to each work practice of each physician with whom we may collaborate so that they're satisfied" (Nurse 8). On the other hand, no physician mentioned this element of influence regarding the expected role of family practice nurses.

Played role

Nurses and physicians agree on elements that influencing and modulating the clinical activities of the family practice nurse, which corresponds to role played: the characteristics of the medical practice, the needs of the medical team and the governmental requirements. Also, physicians added the front-line services already in place in the territory. However, the impact of these elements on the role of the family practice nurse nuances the perceptions of two groups which allow us to target differences at different levels.

The characteristics of medical practice. Nurses and physicians indicated that the clinical activities of the family practice nurses are mainly developed according to the characteristics of the context of medical practice, namely the clinical availability of family physicians and the types of clientele managed by the family physician.

According to many nurses and physicians, the clinical activities of family practice nurses are determined by the physician's availability to meet the requests of his or her registered clientele. For example, one nurse explains how clinical activities are structured in her FMG because most family physicians also have a hospital practice, which limits the number of days spent in the FMG office:

What doctors found difficult was that they, too, wear several hats, that they won't only have office consults. They do emergency work, they do tours, and they do geriatrics. [...] So what's been put in place is that everything that can be referred to the nurse is referred to the nurse. (Nurse 2)

In addition, nurses and physicians emphasized the influence of the types of clienteles managed by the family physicians and their practice specialty (obstetrics, geriatrics, etc.) as an element modulating clinical activities. Consequently, the contribution to the management of the FMG's clienteles by the family practice nurse directly depends on the physician's functioning with his clientele, as explained by this physician:

But there are clinics that do more perinatal care, this nurse will do more perinatal care. There is one clinic that has less perinatality but was taking care of more new patients. [...] They were saying: "But you can help me by taking on a new patient." [...] So the role is somewhat modulated by the needs of each clinic. (Family physician 3)

On the other hand, there is a significant difference in perception from nurses. For nurses, this reliance on the assignation of a family physician and his or her clientele leads

to differences in practice within the same FMG. One nurse pointed out how this organization of shared care sometimes leads to tensions between family practice nurses: *“We don’t all have the same [role]. I think it’s a bit of a shame because I’m afraid it might lead him to make comparisons. I’m afraid the doctors will compare us”* (Nurse 6).

The needs of the FMG medical team. It was also pointed out by physicians that the overload of work experienced by the family physician’s influence which clinical activities are delegated to nurses and nurses, for their part, underlined the influence of the clinical orientations provided by the medical governance of the FMG on their role.

Physicians see through the contribution of family practice nurses the opportunity to fill a lack of accessibility to medical: *“The overload of work that physicians currently experience does not allow them to offer this continuity of care as regularly as nurses do at the moment”* (Family physician 3). However, two models of nursing contribution have been reported and this leads to diverging perceptions for nurses regarding their role. On the one hand, there is the family practice nurse, who uses her assessment skills to determine the most appropriate care path :

If, for example, it is unbalanced diabetes, we could set up an appointment with a FMG nurse for him [...] If we judge that the person needs to see a doctor, [...] we will schedule it with a doctor. If, on the other hand, an external resource is needed, [...] for example, well, we will contact the Community health center referral. (Nurse 4)

This contribution to the management of the FMG's clientele has been viewed positively by nurses as they feel they are using their skills fully : *"It leads us to [...] develop [...] other skills [...] rather than chronic diseases, it is more acute [...] I find it interesting [...] it stimulates us"* (Nurse 6). On the other hand, the family practice nurse is used to accelerate the production of care services. Conversely, this situation creates a feeling of underutilization of their skills among some nurses :

I don't think I'm being used to my full potential. I note the reason for the consultation, I take the vital signs, if it's a child I weigh him, I take one's temperature, I prepare the ground if you want for the consultation. And then [the doctors], they use this note, and then they pursue. So, it's much faster. (Nurse 3)

Also, as explained by this nurse, the clinical activities of the family practice nurses also depend on the care orientations by the leading physicians, depending on what they consider to be a priority or relevant for the FMG: *"But it's certain that if, in the executive management, they do not see this need, [...] it may not develop as much. Of course, perhaps when some people retire and others take their place, perhaps the vision will change too"* (Nurse 2).

The governmental requirements. Nurses and physicians noted the difficulty in identifying the role of family practice nurses due to changes in the healthcare system and in expectations surrounding primary care organizations. Because of the perpetual changes related to the provision of care to meet client needs, this particularity of the role makes it difficult for family practice nurses to develop professional identity and requires them to

constantly reappropriate their practice: “[family practice nurses’ practice] is constantly changing as well. So, we have to adapt to all this ourselves” (Nurse 8). The FMG funding structure is based on a partnership with the public healthcare system that requires the annual achievement of objectives aimed at improving access to primary care services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017c). Under penalty of losing significant subsidies, which are vital to the maintenance of FMG activities (in particular, to finance the nursing resource funding), nurses and physicians recognized that these requirements have an impact on the clinical activities of family practice nurses : “It was that [the client assessment] that was prioritized because there were government standards for the FMG to be reappointed or renewed” (Nurse 7); “I mean, [the nurses] were just putting out fires. The rest of us have a walk-in that must work. You can’t define a role well. [...] You’re in the “What’s most pressing? [...]” (Family physician 4). In addition, one physician noted that the ratio of family practice nurses funded in each FMG was considered insufficient by several family physicians to adequately meet the demand for care: “The gaps are in terms of availability and time, because we can’t hide the fact that we don’t have a nurse assigned to each doctor, there [...] they are completely snowed over” (Family physician 3).

The primary services on the territory. The clinical activities of the family practice nurses are influenced by the primary care services already in place on the territory, to develop complementarity or fill a gap in services. This was more emphasized by physicians than nurses. The following excerpt illustrates the sometimes difficult

relationship between hospitals and FMGs with regard to the coordination of service delivery by network nurses and family practice nurses:

There was a lot of coordination at the time with the hospital, and with the nurses. For diabetes because there, the nurses at the diabetes clinic said that we were stealing patients. [...] Patients must be followed and are not followed. (Family physician 2)

Desired role

Many nurses and physicians mentioned that they had difficulty defining the desired role of family practice nurse because they did not really know the full extent of the role. Despite a lack of knowledge of the optimal role of the family practice nurse, it is hoped that the role can be further developed. Indeed, many family practice nurses feel that their role is not being developed to the maximum of their full professional potential and would like to see better sharing of care with family physicians: *“But of course, as I tell you, it would be to increase my functions [...] in terms of common health problems. Adding tasks, doctors delegating a little more”* (Nurse 5). This deployment of the role is also strongly desired by family physicians. One of them lists a good number of examples of clinical activities that could optimize access to care through a more varied contribution from family practice nurses:

More opportunities to expand their role as well. There are many things they could potentially do, [standardized follow-ups for healthy 0-5-year-old], [periodic medical examination] follow-ups for women and men, integrated with chronic disease follow-ups. If the patient is healthy, it doesn't take a doctor, and a nurse is totally competent to organize this. (Family physician 3)

In addition, the participants mainly wanted more support and guidance on the optimal deployment of the role. Some nurses and physicians would like access to a reference guide about the full scope of the family practice nurse's role, i.e., a practice guide that outlines how the role could be exercised and what knowledge, skills and attitudes are expected from the family practice nurse. For one of the participating nurses, a guide that would set expectations for the family practice nurse's best practice would promote the development of a common understanding of the role: *"Perhaps it would be clearer, what our role is, clearer... how far we can go. Well, maybe we wouldn't have to fight to create that trust relationship either [with doctors]"* (Nurse 8). Finally, given their difficulty in describing a desired role, participants proposed strategies and tools to promote the development of this role.

Strategies and tools to support the development of the desired role. Among the wishes expressed by nurses and physicians regarding the role of the family practice nurse, several strategies and tools were highlighted, such as fostering professional leadership, enabling the integration of collective prescriptions, and establishing methods for interprofessional communication and effective care coordination.

Foster professional leadership. Nurses would like to have more opportunities to express their nursing leadership to fully assume their role and enhance interprofessional collaboration by strengthening a bond of trust, as this nurse explains:

I would like to talk more with my doctors, show them what I can do... and they will learn to trust me more. And then after that, well, maybe what I'm about to say will have a little more impact. (Nurse 1)

This promotion of the nurse's role is also encouraged by physicians:

Well, it goes beyond my role [as leader of the FMG]. It's up to you to promote it. I tell the nurses: "Go to introduce yourself, go see people. Here is how I can help you. Here's what I could do with you. » (Family physician 4)

To enable them to fully exercise their professional leadership, nurses want to be included in meetings where decisions are made within the FMGs. For one of the nurses interviewed, taking part in decisions about the deployment of her own role is a major concern, as it has a direct impact on the power she may have over her practice: *"Perhaps more so the involvement, in the decisions [...] So that they see our vision too, [...], for the implementation of a service, it might be interesting"* (Nurse 2).

Allow for the integration of collective prescriptions. A greater proportion of nurses than physicians believe that the integration of medical activities, including prescription drugs (collective prescriptions), would allow the family practice nurse to optimize her contribution to the management of FMG patients. For many nurses, such as the one whose testimony follows, collective prescriptions are perceived as tools that promote professional autonomy, reducing the dependency relationship with the family physician and increase the speed of intervention and care processes for the patient: *"Because sometimes, what I find a little disappointing is that sometimes you see a patient, you say, "Well, I'll wait for the doctor's answer. [...] To be able to provide guidance right away. [...] Saves time, I think, somewhere"* (Nurse 4).

Establish methods for interprofessional communication and effective care coordination. Some nurses and doctors wish to develop a model of outreach work that promotes a more appropriate sharing of care between the various stakeholders through the implementation of formal and informal means of communication. For a doctor, this outreach work would mean a better sharing of care activities, but above all a better coordination of care that would increase its quality and the positive impact on patients' health: *"Being several healthcare workers for the patient[...] I would like much more for us to be in close proximity. [...] Where we would improve our partnership, we would improve our relationship. Quality of care, effect on the patient"* (Family physician 4).

Discussion

The purpose of this study was to describe perceptions of the role of family practice nurses by nurses and FMG head physicians to better understand their influence on the expected, played and desired role of family practice nurses, and to highlight gaps between perceptions. The results allow us to understand that there appear to be differences in perceptions of the role of family practice nurses and that as a result, forms of intra- and inter-professional tensions are perceptible.

The use of the schematization of Poitras et al. (2016) in this study made it possible to structure the definition of the role while allowing the integration of its conceptual (function in the exercise of its role) and operational (implementation of the role)

definitions in order to understand its multiple facets. This bridged the way participants perceive what the family medicine nurse does daily and the rationale for performing their role. The perceptions of nurses and physicians converge on the function of the nurse's role in primary care: Promote accessibility to primary care since the FMG is one of the population's first points of contact with the healthcare network. For example, according to the Commissaire à la santé et au bien-être (2016), 60% of emergency room visits result from minor health problems that could be treated at FMGs. As mentioned by D'Amour et al. (2008), Quebec's legislative framework (Bill 90) and government guidelines were initially put in place, when the FMGs were created, to facilitate the emergence of collaborative practices and the sharing of responsibilities between nurses and physicians.

The four domains of care identified are consistent with the current literature on family practice nursing. Indeed, the domains of health promotion and prevention and health assessment and care planning are also reported in the study of Halcomb, Salamonson, Davidson, Kaur and Young (2014), Oelke et al. (2014) and Poitras (2016) on family nursing practice. In the domain of communication and coordination of care, family practice nurses are perceived as "*liaisons*" for people with complex needs (e.g., chronic diseases). These results are similar to Poitras' (2016) results indicating that family practice nurses carry out care management activities (communication with the patient, support for navigation in the health system and coordination of care within the FMG), but that they carry out very few case management activities (interprofessional collaboration,

participation in the individualized care and services plan and problem solving within the team) with patients with complex healthcare needs. Finally, in the domain of nurse-physician collaboration, differences in interprofessional and intraprofessional perceptions are more noticeable. Perceptions of this field oscillate to varying degrees between activities related to medical practice assistance and activities related to interprofessional collaboration, as in the studies of Beaulieu et al. (2006) and D'Amour et al. (2008).

For nurses, it is interesting to note that some of the nurses in this study define themselves as physician assistants, despite the professional advances made by nurses since the change in Quebec's legislative framework that has allowed a new division of professional fields of practice to reflect the evolution of skills of professionals. Such a perception was also emphasized in the study of McInnes et al. (2016), which argues that this misinterpretation of nurses reflects a pyramidal, hierarchical and employer-led vision induced by the organizational structure, which places the physician manager responsible for the nurses. This fact may explain why nurses perceive that the expected role is variable according to the satisfaction of physicians. Also, it is possible to believe that a nursing practice mainly oriented towards medical practice and family physicians' needs, as highlighted by the results of this study, is contributing to the confusion surrounding the expected role of the family practice nurse. Finally, Beaulieu et al. (2006) observed that collaboration and cohesion between family practice nurses and FMG physicians were better when the skills of the family practice nurse were more fully utilized to meet the

needs of “all FMG registered clients” than when the family practice nurses were “allocated” to a number of family physicians to meet their needs and those of their clients. In this study, nurses pointed out that being attributed to a family physician ratio or being used to accelerate the production of care services promote the development of variable and divergent silo nursing practices that contribute to further confusion about the role of family practice nurses and underutilization of their skills.

For physicians, the obligations to provide medical services in the public system, such as hospitalization and emergency, has contributed to reducing medical availability (Beaulieu et al., 2006) and the attractiveness of client follow-up practices such as FMGs (Contandriopoulos et al., 2018). The perceptions of physicians indicate that the organization and sharing of care, either in terms of continuity of care or in terms of the production of care with family practice nurses refer to a lack of accessibility to the care provided by the physician. On the one hand, beyond task sharing, new models of collaboration with other health professionals in primary care are leading family physicians to redefine their practices (Côté, Freeman, Jean and Denis, 2019). These changes are perceived positively by some and negatively by others, in addition to requiring them to develop new collaborative and leadership skills (Côté et al., 2019). On the other hand, it appears that medical assistance practice is seen by some as a strategic measure to improve the profitability of medical practice (McInnes, Peters, Bonney and Halcomb, 2017). Thus, it is possible that the method of remuneration of family physicians and the non-accounting

by the government of visits made by other FMG professionals (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017a) influence the sharing of clinical activities with the family practice nurses and contribute to the insufficient involvement of the latter in contributing to patient care (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017).

Also, nurses and physicians expressed difficulty in describing the desired role of family practice nurses. They agree that family practice nurses could be more effective within their scope of practice. As emphasized by the study of McInnes et al. (2016), the ambiguity surrounding the role of family practice nurses does not allow optimal implementation of it. However, as mentioned by the physicians in our study, there seems to be a lack of support for the deployment of the family practice nurse role and they experience role overload daily. To better support the deployment of the family practice nurse, Lukewich, Taylor, Poitras and Martin-Misener (2018) indicate that the existence of a practice guideline would also help to assess the current deployment of family practice nurses' practice, optimize interprofessional collaboration among primary care teams and establish optimal standards of care for family practice nurses. It will remain to be seen in the coming years whether the recent publication of the *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire* from the ministère de la Santé et des Services sociaux (Gouvernement du Québec, September 2019) and the *National Competencies for*

Registered Nurses in Primary Care from the Canadian Family Practice Nurses Association (December 2019) will contribute to a better understanding of the role.

As pointed out by the nurses in this study, it would be desirable for them to be able to exercise their professional leadership in the FMG decision-making committees. Other studies also noted the absence of nurses in decision-making processes (McInnes et al., 2015; Poitras, 2016). In addition, the development of a shared governance model with nurses is a strategy for deploying the full scope of nurses' practice (Roy, 2015) and influences positively the judicious use of nursing resources in interprofessional teams (Besner et al., 2011).

Finally, the use of the theoretical framework of Kahn et al. (1964) helped to better understand the influence of perceptions resulting from interactions with various actors (nurses and physicians) on the expected, played and desired role of family practice nurses. All the results obtained suggest that family practice nurses are experiencing inconsistencies called role tensions by Kahn et al. (1964). More specifically, given the structure and organization of the FMGs and the health system, role ambiguity and role conflict could be identified among the perceptions of nurses and physicians. To our knowledge, this observation was made for the first time regarding specifically the role of the family practice nurse. Role ambiguity is the lack of information needed to adequately play its role and role conflict occurs when incompatible expectations are raised, making

it difficult or impossible to exercise the role (Katz & Kahn, 1978). In addition, the interpretation of the two forms of role tensions using the elements included in the scales of the role ambiguity (six elements) and conflict role play (eight elements) of Rizzo, House and Lirtzman (1970) translated into French by Lachance, Tétreault and Pépin (1997) appears interesting for the purpose of this research. Thus, for the ambiguity of the role, it appears difficult for family practice nurses to know their level of authority, the goals and objectives of work in a precise way, the responsibilities inherent in the role, the exact expectations of the organization and clear explanations for performing the tasks. Then, for role conflict, family practice nurses receive conflicting demands, do things that may be accepted, but not by others, or that could be done in a different way, lack the human and organizational resources to accomplish their role and work on things they consider irrelevant to their level of expertise. Recognizing that role ambiguity and role conflict have negative repercussions on organizational structures such as decreased productivity, high staff turnover and decreased job satisfaction (Kahn et al., 1964; Katz & Kahn, 1978), the results presented here could therefore provide a starting point for finding strategies to optimize the role of family practice nurses.

Strengths and limitations

The innovative nature of this research is based on the fact that the role of family practice nurses in FMG has studied little so far. Interpretative qualitative descriptive research was appropriate to allow the understanding of a phenomenon little studied until

now and to draw a portrait of its characteristics in a particular context with the people involved (Thorne, 2016). The strength of this study lies in the fact that it focuses on the perception of family practice nurses and FMG head physicians. This research has generated great interest throughout the family practice nurses and FMG head physicians in the region where it was conducted, which partly reflects its social relevance.

In terms of limitations, it appears from the findings of this research that the phenomenon of deploying the role of family practice nurses is multifactorial, multidimensional and evolving. Thus, the use of a descriptive design does not do justice to the wealth of it. It is possible to believe that the perception of the FMG head physician does not necessarily represent the perception of all the physicians of his FMG, with the characteristics associated with the role of the physician in charge; develop and support interprofessional collaboration in the FMG (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016). Also, as the FMG structure includes a model of co-management with health centres, interviews with nursing managers would have been interesting (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016).

Conclusion

The results of this research made it possible to highlight the differences in perceptions regarding the expected, played and desired role of the family practice nurse. It possible to understand that there is ambiguity surrounding the role of family practice

nurses and that differences in perceptions lead to role conflicts that make it difficult to exercise the role of family practice nurses. Considering these findings, it is imperative that family practice nurses and FMG head physicians, decision makers, managers and researchers work to implement strategies for resolving family practice nurse role conflicts in order to contribute to the full deployment of the role and thus increase the efficiency and effectiveness of FMG care. It appears that the development of a practice guide and the development of professional leadership through a shared governance structure would be desirable measures to support the full deployment of the role of the family practice nurse. In short, future research would be relevant to facilitate the implementation of best practices and strategies to reduce family practice nurse role conflicts in order to better support the deployment of nurse professional practices in FMGs.

References

- Aggarwal, M. & Hutchison, B. (2012). *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Ottawa, Canada. Retrieved from <https://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-FR.sflb.ashx>
- Akeroyd, J., Oandasan, I., Alsaffar, A., Whitehead, C., & Lingard, L. (2009). Perceptions of the role of the registered nurse in an urban interprofessional academic family practice setting. *Nursing Research*, 22 (2), 73-84.
- Allard, M., Frego, A., Katz, A., & Halas, G. (2010). Analyse du rôle des infirmières autorisées dans les programmes canadiens en médecine familiale. *Infirmière Canadienne*, 106 (3), 20-24.
- Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R., & Williams, B. (2014). Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19–20), 2968–2979.
- Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É. ... Lebeau, R. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle : Étude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec*. Québec: Canada.
- Besner, J., Drummond, J., Oelke, N., McKim, R., & Carter, R. (2011). *Optimizing the Practice of Registered Nurses in the Context of an Interprofessional Team in Primary Care*. Rapport final. Retrieved from <http://www.albertahealthservices.ca/researchers/ifres-hswru-pc-nursing-report-2010.pdf>
- Canadian Family Practice Nurses Association. (2019). National Competencies for Registered Nurses in Primary Care. Retrieved from <https://www.cfpna.ca/national-core-competencies>
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2016). *Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 128 p.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2017). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016*. Retrieved from https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE_RapportGlobal_2016_ACCESS.pdf

- Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) (2000). *Rapport et recommandations – Les solutions émergentes*. Québec : Canada.
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Duhoux, A., Hudon, C., Vadeboncoeur, A., ... Sainte-Croix, D. (2018). *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec*. Rapport de recherche produit dans le cadre de l'action concertée intitulée Regards sur les modes de rémunération des médecins financée par le Commissaire à la santé et au bien-être. Retrieved from <https://www.pocosa.ca/RapportFINAL.pdf>
- Côté, N., Freeman, A., Jean, E., & Denis, J.-L. (2019). Advanced practice nursing: Qualitative study of implications for family physicians' perceptions of their own work. *Canadian Family Physician*, 65 (8) e356-e362.
- D'Amour, D., Goudreau, J., Hudon, É., Beaulieu, M., Lamothe, L., Jobin, G., & Gilbert, F. (2008). L'essor des soins infirmiers en GMF. *Perspective Infirmière*, 5(7), 4-11.
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.
- Émond, J. G., Pettigrew, J., Côté, C., Lalancette, J., Sasseville, D. L., Mageau, A. ... Racette, L. (2003). *Devenir un GMF : guide d'accompagnement*. Le Groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Retrieved from http://pro.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/Medecins/1_gerer_ma_pratique/3_pratique_en_GMF/Guide_accompagnement_MAJ_mai_2009.pdf
- Fortin, M. F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal, QC : Chenelière éducation.
- Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative : description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans Corbière, M. et Larivière, N. *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, 5-28. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement du Québec (2019). *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire*. Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-924-11W.pdf>

- Grove, S.K., Burns, N., & Gray, J.R. (2013). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7e éd.). St-Louis, MR: Elsevier.
- Halcomb, E., Salamonson, Y., Davidson, P., Kaur, R., & Young, S. (2014). The evolution of nursing in Australian general practice: a comparative analysis of workforce surveys ten years on. *BMC Family Practice*, 15, 52.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., & Snoek, J. D. (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.
- Katz, D. & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (2e éd.). New York: Wiley.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G.W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., ... Wilm, S. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*, 11, 81.
- Lachance, L., Tétreault, B., & Pépin, D. (1997). Validation canadienne-française de la mesure de conflit et d'ambiguïté de rôle de Rizzo et al. (1970). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29(4), 283-287.
- Lukewich, J., Taylor, S., Poitras, M. E., & Martin-Misener, R. (2018). Advancing family practice nursing in Canada: An environmental scan of international literature and national efforts towards competency development. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 31(2), 66-78.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 1973-1985.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb E. (2016). A qualitative study of collaboration in general practice: Understanding the general practice nurse's role. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1960-1968.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2017). The influence of funding models on collaboration in Australian general practice. *Australian Journal of Primary Health*, 23 (1), 31-36.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Paris : De Boeck.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Guide d'intégration des professionnels en GMF : Infirmière clinicienne*. Retrieved from

http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-20W_infirmiere-clinicienne.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). *Comment améliorer son taux d'assiduité*. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-12W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). *Guide d'intégration des professionnels en GMF*. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001529/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017c). *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-09W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Accès aux services médicaux de première ligne*. Retrieved from <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/>

Oelke, N. D., Besner, J., & Carter, R. (2014). The evolving role of nurse in primary care medical settings. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 629-635.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2012). *À quand un financement adéquat des soins infirmiers dans la communauté? La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé*. Mémoire de l'OIIQ présenté à la commission nationale d'experts sur l'amélioration du système de santé de l'association des infirmiers du Canada. Retrieved from <http://www.oiiq.org/sites/default/files/mémoire-aiic-370MA.pdf>

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec & Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (OIIQ & FMOQ) (2005). *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*. Montréal. Retrieved from http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/FAQ/oiiq_fmoq.pdf

Poitras, M. E. (2016). *L'infirmière en GMF : vers une meilleure connaissance des activités réalisées auprès des personnes atteintes de maladies chroniques* (Thèse de doctorat). Université de Sherbrooke, Sherbrooke.

Poitras, M. E., Chouinard, M. C., Fortin, M., & Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC Nursing*, 15(31).

- Poitras, M. E., Chouinard, M. C., Fortin, M., Girard, A., Crossman, S., & Gallagher, F. (2018a). Nursing activities for patients with chronic disease in family medicine groups: A multiple- case study. *Nursing Inquiry*, 25(4).
<https://doi.org/10.1111/nin.12250>
- Poitras, M. E., Chouinard, M. C., Gallagher, F. & Fortin, M. (2018b). Nursing activities for patients with chronic disease in primary care settings: A practice analysis. *Nursing Research*, 67(1), 35-42.
- Roy, C. (2015). *Stratégies à privilégier pour permettre aux infirmières et infirmiers de déployer pleinement leur étendue de pratique* (Travail dirigé de maîtrise). Université de Montréal, Montréal.
- Roy, D. & Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et en contexte d'interdisciplinarité. *Perspective infirmière*, Septembre/Octobre, 17-26.
- Savoie, A. & Forget, A. (1983). *Le stress au travail: mesures et prévention*. Montréal : Agence d'Arc.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Dir.) : *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5e éd.). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Thorne, S.E. (2016). *Interpretive description: qualitative research for applied practice* (2e éd.). New-York, NY: Routledge.
- Thorne, S, Reimer Kirkham, S., & MacDonald-Emes, J. (1997). Interpretive description: A noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing & Health*, 20, 169– 177.
- Thorne, S., Reimer Kirkham, S., & O'Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1). Retrieved from http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/3_1/pdf/thorneetal.pdf
- Tremblay, L. (2015). *Groupe de médecine de famille : la contribution des infirmières*. Montréal. Retrieved from <http://www.oiiq.org/salle-de-presse/documents-dinteret/lettres-ouvertes/groupe-de-medecine-de-famille-la-contribution-de>
- Weis, D. & Schank, M. J. (2002). Professional values: Key to professional development. *Journal of Professional Nursing*, 18(5), 271-275.

Discussion

Le but de cette recherche qualitative de type descriptif interprétatif était de décrire les perceptions associées au rôle des infirmières en médecine de famille par les infirmières elles-mêmes et les médecins responsables de GMF pour mieux comprendre l'influence des perceptions sur le rôle attendu, joué et souhaité de celles-ci, et pour mettre en évidence les écarts entre les perceptions. Ainsi, les résultats de cette recherche ont permis de comprendre que les écarts entre le rôle attendu, joué et souhaité, qui témoignent d'un déploiement sous-optimal du rôle des infirmières en médecine de famille, occasionnent des tensions de rôle nommées ambiguïté de rôle et conflit de rôle qui en rendent difficile l'exercice.

Le présent chapitre vise à discuter de l'ensemble des forces et des limites de cette recherche et de sa pertinence scientifique. Les résultats obtenus seront également expliqués et comparés à la littérature scientifique publiée sur le sujet afin de cibler les concordances et les discordances. Comme ce chapitre est complémentaire à la discussion incluse dans l'article présenté au chapitre précédent, il importe de noter que les considérations empiriques se retrouvent dans l'article. En ce qui concerne les considérations méthodologiques et théoriques de cette recherche, elles sont présentées dans ce chapitre du mémoire. Cette section du chapitre au sujet des considérations sera suivie de propositions de recommandations pour la recherche, la formation et les

organisations qui pourraient éventuellement aider à réduire les écarts entre les perceptions et contribuer à mieux soutenir le déploiement du rôle des infirmières en médecine de famille.

Considérations théoriques et méthodologiques

Dans cette première partie de la discussion, deux volets seront abordés : les considérations théoriques et les considérations méthodologiques, incluant le respect des critères de rigueur scientifique.

Considérations théoriques

L'exploration des perceptions sur le rôle de l'infirmière en médecine de famille a permis de contribuer à une meilleure connaissance de la situation actuelle de la pratique des infirmières en médecine de famille par la mise en perspective de l'ambiguïté et du conflit de rôle vécus par celles-ci. Sous ce nouvel angle, les résultats de cette recherche permettent de mettre en lumière le besoin de cibler des stratégies pour réduire l'ambiguïté et le conflit de rôle et ainsi, favoriser le plein déploiement de la pratique des infirmières en médecine de famille.

Rappelons que le cadre de référence de cette recherche inclut deux composantes, soit la schématisation de la pratique professionnelle de Poitras et al. (2016a) et le modèle

théorique de Kahn et al. (1964). Tout d'abord, la schématisation de la pratique professionnelle de Poitras et al. (2016a) a servi de référence pour la définition du concept de rôle étudié dans le cadre de cette recherche. L'utilisation de cette schématisation a été pertinente pour sa reconnaissance des dimensions conceptuelle et opérationnelle du concept de rôle. Cela a permis de faire le pont entre la manière dont les participants perçoivent ce que l'infirmière en médecine de famille fait au quotidien (définition opérationnelle) et ce qu'elle est dans l'exercice de son rôle (définition conceptuelle). À partir de la schématisation de Poitras et al. (2016a), il a été possible de mettre en lumière comment les infirmières et les médecins expriment plus aisément une définition opérationnelle que conceptuelle du rôle des infirmières en médecine de famille. Il est intéressant de constater que cette tendance à décrire le rôle des infirmières en médecine de famille de manière opérationnelle a déjà été soulignée dans l'étude qualitative de Akeroyd et al. (2009) au sujet des perceptions à l'égard du rôle des infirmières en médecine de famille par les professionnels travaillant dans un milieu d'enseignement en médecine de famille. Besner et al. (2011) soulignent que la difficulté qu'ont les infirmières et les médecins à différencier les tâches et le rôle de l'infirmière en médecine de famille a pour cause d'augmenter l'ambiguïté entourant ce rôle. Dans les résultats de la présente étude, cette ambiguïté entourant le rôle de l'infirmière en médecine de famille a été montrée par la difficulté des participants à exprimer une définition holiste du rôle. Ainsi, de façon quasi unanime, les participants ont énuméré des activités de soins pour définir le rôle de l'infirmière en médecine de famille (p. ex. : faire « l'enseignement des bonnes habitudes de vie »). Il est également possible de croire que ce phénomène de réduction du

rôle aux tâches quotidiennes réalisées par l'infirmière en médecine de famille a pour conséquence de nuire au déploiement de dimensions moins tangibles de son rôle (p. ex. : expression du leadership à travers les équipes interdisciplinaires). À l'opposé de cette position, il a été souhaité par les participants de promouvoir davantage l'expression du leadership professionnel pour favoriser l'engagement et la responsabilisation des infirmières en médecine de famille à l'égard du processus de prise de décisions dans les structures de gouvernance du GMF.

Malgré la reconnaissance de l'existence simultanée des dimensions conceptuelle et opérationnelle du rôle, il demeure que le concept de rôle est un phénomène complexe à décrire (Poitras et al., 2016a). La seule utilisation de ces deux dimensions de la schématisation de Poitras et al. (2016a) représente une limite de cette recherche. En effet, ces travaux soulignent l'existence de plusieurs autres composantes d'influence de l'exercice d'un rôle, soit les connaissances, les responsabilités, les attitudes, les habiletés et le contexte de pratique. L'inclusion de ces composantes d'influence permettrait d'enrichir la définition du rôle des infirmières en médecine de famille et de mieux contextualiser l'exercice de ce rôle.

Quant à la deuxième composante du cadre de référence, le cadre théorique de Kahn et al. (1964), elle propose un modèle théorique appelé *épisode de rôle*, qui correspond à un processus d'échanges d'attentes dynamique et itératif relatif à la mise en œuvre d'un

rôle entre la personne et les autres membres d'une organisation. Le modèle de Kahn et al. (1964) utilise une nomenclature (rôle attendu, transmis, perçu et exercé) qui a été fort utile pour décrire les perceptions associées au phénomène et pour comprendre les liens et leur influence sur le phénomène étudié. Par conséquent, l'utilisation de ce modèle a permis de comprendre qu'il existe des dynamiques humaines et sociales entre les personnes impliquées (infirmières et médecins) dans la mise en œuvre d'un rôle et de quelle façon ces dynamiques influencent l'exercice de ce rôle. Ainsi, on peut observer comment l'exercice d'un rôle dans une organisation ne peut se résumer qu'à une description formelle de tâches et qu'il n'est pas seulement influencé par les éléments organisationnels du contexte de pratique (p. ex. : normes professionnelles, cadre législatif, champ d'exercice). On reconnaît donc l'implication active de la personne à l'égard de l'interprétation et de l'application des attentes émises de façon directe et indirecte par elle-même et par les autres membres de l'organisation relativement à l'exercice de son rôle. Plus concrètement, le modèle permet de mettre en perspective que l'exercice du rôle de l'infirmière en médecine de famille repose en partie sur les aspirations personnelles et professionnelles de l'infirmière elle-même et sur les attentes formelles et informelles exprimées par les médecins responsables de GMF. Enfin, découlant de ces dynamiques humaines et sociales, des incohérences nommées tensions de rôle par Kahn et al. (1964) ont émergé des résultats de cette recherche. Plus précisément, l'ambiguïté et le conflit de rôle ont pu être identifiés parmi les perceptions des infirmières et des médecins. L'interprétation des deux formes de tensions de rôle à l'aide des éléments inclus dans les échelles de mesure de l'ambiguïté de rôle et du conflit de rôle de Rizzo, House et Lirtzman

(1970), traduites en français par Lachance, Tétreault et Pépin (1997), apparaît intéressante au regard de l'objectif de cette recherche. Ainsi, pour l'ambiguïté de rôle, en s'inspirant des six éléments traduits par Lachance et al. (1997), il semble qu'il est difficile pour les infirmières en médecine de famille de connaître leur niveau d'autorité, les buts et les objectifs précis de leur travail, les responsabilités inhérentes à leur rôle, les attentes exactes de l'organisation et les explications claires pour accomplir les tâches. Puis, selon les huit éléments du conflit de rôle traduits par Lachance et al. (1997), les infirmières en médecine de famille reçoivent des demandes incompatibles, font des choses possiblement acceptées par certains, mais pas par les autres ou qui pourraient être faites d'une façon différente, manquent de ressources humaines et organisationnelles pour accomplir leur rôle et travaillent à des choses qu'elles jugent non pertinentes en regard de leur niveau d'expertise. Enfin, l'attention portée au noyau de *l'épisode de rôle* du modèle de Kahn et al. (1964) a permis de rendre compte du caractère évolutif de la mise en œuvre du rôle.

Comme mentionné dans la section présentant le cadre de référence dans le chapitre de la recension des écrits, l'adaptation par Katz et Kahn (1978) du modèle de *l'épisode de rôle* de Kahn et al. (1964) reconnaît également l'influence de facteurs organisationnels, d'attributs de la personne et de facteurs interpersonnels sur la conception d'un rôle. Bien que l'attention ait été portée au noyau du modèle dans le cadre de cette recherche, certains des propos des participants ont mis en lumière l'existence de ces éléments d'influence sur le rôle de l'infirmière en médecine de famille. Entre autres, sur le plan organisationnel, la structure de gouvernance des GMF et les exigences ministérielles ont été mentionnées.

Sur le plan personnel, la formation initiale et continue des infirmières en médecine de famille a été soulignée. Finalement, sur le plan interpersonnel, le niveau de confiance et le niveau de reconnaissance entre les infirmières et les médecins ont été nommés. La prise en considération de certains des facteurs organisationnels, personnels et interpersonnels quant à la mise en œuvre du rôle des infirmières en médecine de famille a permis de mieux rendre compte du caractère multifactoriel du phénomène. Toutefois, compte tenu de l'objectif de la présente recherche, l'analyse et l'interprétation des données ne visaient pas un examen approfondi des facteurs d'influence reconnus par Katz et Kahn (1978).

Considérations méthodologiques

Au sujet du devis de recherche, une recherche qualitative descriptive interprétative telle que décrite par Thorne (2016) fut appropriée afin de permettre la compréhension d'un phénomène peu étudié jusqu'à ce jour, tout en mettant à l'avant-plan la reconnaissance de l'influence de la « subjectivité humaine » (Gallagher, 2014, p. 8). L'approche descriptive de ce devis de recherche a permis premièrement de dresser le portrait d'un phénomène afin de documenter ses caractéristiques dans un contexte particulier auprès des personnes impliquées (Thorne, 2016). Puis, l'approche interprétative de ce devis a permis de créer, à partir du point de vue des participants, des relations entre les données descriptives pour comprendre comment ces relations modulent le phénomène étudié (Thorne, 2016). Ainsi, la force de cette recherche et la richesse des données obtenues résident dans le fait qu'elle s'intéresse à la perception des infirmières cliniciennes et des médecins responsables de

GMF, deux des principaux acteurs concernés par le phénomène étudié. Dégager les différentes perceptions à l'égard du rôle attendu, joué et souhaité des infirmières en médecine de famille a contribué à cibler les écarts, et à mieux comprendre les caractéristiques qui influencent positivement ou négativement le déploiement du rôle des infirmières en médecine de famille. Or, il apparaît à la lumière des conclusions de cette recherche que le phénomène du déploiement du rôle des infirmières en médecine de famille est multifactoriel et multidimensionnel. Le devis méthodologique utilisé dans cette recherche a permis d'atteindre l'objectif initial des présents travaux. Toutefois, la complexité du phénomène justifierait l'utilisation d'un devis de recherche qui permettrait d'en arriver à un niveau d'inférence plus élevé dans les explications.

Dans le cadre de cette recherche, les GMF situés sur le territoire d'une région rurale éloignée de la province de Québec ont constitué le milieu à l'étude en raison de la proximité de ce milieu pour l'étudiante-chercheuse. Comme mentionné dans le profil du milieu à l'étude, quatre des sept GMF sur le territoire sont inclus dans une structure organisationnelle nommée GMF-U. Plus concrètement, les GMF-U sont des GMF ayant une mission d'enseignement universitaire en médecine de famille auprès de résidents en médecine de famille, et des étudiants et stagiaires de différentes professions en santé (Gouvernement du Québec, 2019a). Dans ce contexte, il est possible de croire que les perceptions à l'égard du rôle des infirmières en médecine de famille de ces milieux ont été influencées par une culture d'équipe différente. D'autres études réalisées en milieu d'enseignement universitaire de médecine de famille ont souligné que les milieux

d'enseignement favorisaient une meilleure connaissance des rôles des professionnels du GMF et plus particulièrement celui des infirmières en médecine de famille (Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, Lachapelle, Laroche, & Lardeux, 2017; Contandriopoulos, Duhoux, Perroux, Lachapelle, Laroche, & Lardeux, 2018). De plus, toujours selon les mêmes études, la culture d'équipe non hiérarchique est davantage développée dans ces milieux, notamment grâce à la participation de tous les professionnels aux tâches d'enseignement (Contandriopoulos et al., 2017; Contandriopoulos et al., 2018). Ainsi, il aurait été intéressant de distinguer les perceptions des participants en fonction des milieux de pratique. Toutefois, par souci de confidentialité à l'égard de l'identité des participants, cette analyse n'a pas été faite.

Au sujet de la population cible, il est possible de croire que la perception du médecin responsable ne représente pas nécessairement la perception de l'ensemble des médecins de son GMF, particulièrement, en lien avec les caractéristiques associées au rôle de médecin responsable, notamment de favoriser la coordination des soins offerts à partir de l'expertise de chaque professionnel et de promouvoir la collaboration interprofessionnelle dans le GMF (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). Par conséquent, il aurait pu être intéressant d'inclure plusieurs profils de médecins de famille travaillant en GMF. De plus, comme la structure des GMF inclut un modèle de cogestion avec le CISSS/CIUSSS à l'égard de la gestion des ressources infirmières et l'encadrement des activités cliniques réalisées par celles-ci (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a), des entrevues auprès des gestionnaires des infirmières

cliniciennes rattachés au CISSS (représentant de la DSI) auraient permis d'explorer la perception d'un autre acteur important dans le déploiement du rôle en GMF.

En ce qui concerne le recrutement des participants, cette recherche a soulevé un grand intérêt parmi l'ensemble de la population des infirmières cliniciennes et des médecins responsables de GMF. Plus de participants que le nombre ciblé par la recherche ont manifesté le souhait de participer à celle-ci. Ceci tend à montrer la pertinence sociale de cette recherche. La présentation en personne de la recherche par l'étudiante-chercheuse dans le cadre de la rencontre régionale des GMF auprès des médecins responsables a été bénéfique. Tous ont démontré beaucoup d'enthousiasme à l'égard d'une recherche pouvant soutenir l'optimisation du rôle des infirmières en médecine de famille. Ainsi, il avait été convenu à ce moment que toutes les infirmières cliniciennes de la région pouvaient librement participer à la recherche sur leur temps de travail, au moment qui leur convenait le mieux, et ce, sans égard à la participation de leur médecin responsable. Il a également été possible de contacter les infirmières individuellement par l'entremise de leur messagerie électronique professionnelle. Spontanément, plusieurs infirmières et médecins jeunes et âgés, expérimentés et débutants, ont exprimé leur désir de participer à une telle recherche. Par conséquent, le nombre d'infirmières et de médecins intéressés a surpassé le nombre établi pour chaque catégorie de participants. Or, en vue de l'atteinte de la saturation des données, les candidats supplémentaires ont été remerciés pour leur intérêt et informés de la tenue possible d'entrevues additionnelles au besoin. Tous ont accepté cette proposition qui n'a pas été jugée pertinente à la fin de l'analyse des données.

Dans ce contexte, il est à noter que les participants ont été retenus en fonction que l'échantillon soit le plus diversifié possible.

Pour terminer, pour ce qui concerne la collecte des données, la tenue de deux entrevues semi-dirigées ayant servi à tester le guide d'entrevue auprès d'infirmières en médecine de famille a été bénéfique. Ce processus a permis de préciser ou de reformuler les questions qui ont été incomprises par les participantes. Également, l'écoute de la première entrevue par une des co-directrices de recherche a permis de guider l'étudiante-chercheuse dans la tenue des entrevues semi-dirigées subséquentes. Comme suggéré par Miles et Huberman (2003), l'analyse des entrevues simultanément à la collecte de données a permis de cibler les éléments à faire clarifier ou approfondir par les participants et ainsi, d'animer de mieux en mieux les entrevues qui ont suivi. Toutefois, notons que les données recueillies sont uniquement issues d'entrevues individuelles semi-dirigées. La tenue d'un groupe de discussion focalisée aurait pu permettre de recueillir des données riches émanant des opinions et des réactions grâce aux interactions entre les participants du groupe (Fortin & Gagnon, 2016). Enfin, parmi les autres limites de cette recherche, un biais de désirabilité sociale pourrait exister parce que les médecins responsables ont pu être craintifs d'exprimer des opinions négatives ou divergentes à l'égard du rôle des infirmières par crainte de déplaire aux chercheuses lors des entrevues individuelles.

Respect des critères de rigueur scientifique. Pour assurer la rigueur méthodologique et la valeur scientifique de cette recherche, voici les différentes mesures qui ont été mises en place pour satisfaire aux critères de rigueur scientifique soit la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmabilité (Fortin & Gagnon, 2016).

Le critère de crédibilité permet d'assurer la concordance entre la description du phénomène par les participants et la présentation que le chercheur en fait (Fortin & Gagnon, 2016). Ce critère a été satisfait par la tenue du journal de bord, l'enregistrement audionumérique des entrevues et leur transcription intégrale, l'application d'un processus de codification rigoureux, un exercice de codage multiple avec l'équipe de direction (Fortin & Gagnon, 2016) et la tenue d'entrevues de validation (Grove et al., 2013). Plus concrètement, la tenue de rencontres avec l'équipe de direction et l'étudiante-chercheuse lors de l'analyse des données et la tenue d'entrevues de validation auprès des participants a permis d'assurer une meilleure crédibilité des résultats en diminuant le niveau de subjectivité et les biais possibles pouvant découler du manque d'expérience de l'étudiante-chercheuse.

En ce qui concerne la transférabilité, la description de l'échantillon à partir des réponses au questionnaire visant à recueillir des données sociodémographiques et la description des GMF pourront favoriser le potentiel de transfert des conclusions à d'autres contextes (Fortin & Gagnon, 2016). Toutefois, une attention particulière a été portée à ne

divulguer que ce qui est pertinent afin d'éviter que les GMF ou les participants ne soient identifiables. Également, lors de la rédaction de l'article, un souci particulier a été porté à décrire le contexte spécifique de la pratique des infirmières en médecine de famille au Québec. En effet, la publication de l'article dans une revue ayant une portée internationale nécessite une telle adaptation pour favoriser la transférabilité des conclusions de la recherche à travers les différents contextes internationaux de pratique des infirmières en médecine de famille (p. ex. : formation, normes professionnelles, milieu de travail, contexte politique).

Pour ce qui concerne le respect de la fiabilité, la description détaillée de chacune des étapes du déroulement de l'étude afin d'augmenter la traçabilité de la démarche scientifique, la présence de deux composantes dans le cadre de référence, la tenue du journal de bord et le soutien continu de l'équipe de direction tout au long de la collecte de données et de l'analyse des données (Fortin & Gagnon, 2016) ont permis de satisfaire à ce critère en facilitant le suivi d'un processus de recherche rigoureux.

Finalement, la confirmabilité renvoie au fait de viser l'objectivité et la neutralité dans l'établissement des liens entre les données, les résultats et l'interprétation de ceux-ci (Fortin & Gagnon, 2016). D'une part, ce critère a été satisfait par la description détaillée de chacune des étapes de façon à faciliter la traçabilité de la démarche scientifique. D'autre part, l'enregistrement audionumérique, la transcription des entrevues individuelles, la

tenue du journal de bord, la triangulation des points de vue de l'étudiante-chercheuse et de l'équipe de direction lors de l'analyse des données et l'utilisation de citations intégrales dans l'écriture de l'article ont permis de réduire l'influence de biais liés aux *a priori* des chercheuses dans l'analyse et l'interprétation des données.

Recommandations

Dans les lignes qui suivent, il sera question des recommandations qui ont émergé à la suite de l'analyse des résultats de cette recherche. Trois secteurs sont touchés par les recommandations : la recherche, la formation et les organisations.

Recommandations pour la recherche

Au regard des résultats obtenus, il apparaît que de futures recherches pourraient être effectuées dans le but de soutenir le déploiement du rôle des infirmières en médecine de famille. L'ambiguïté et le conflit de rôle entourant le rôle des infirmières en médecine de famille soulevés par la présente étude constituent des pistes intéressantes de recherche pour faire émerger des stratégies possibles pour les réduire et, ainsi, mieux soutenir le déploiement du rôle des infirmières en médecine de famille. Il demeure que le rôle des infirmières en médecine de famille constitue un phénomène complexe dont l'étude approfondie gagnerait à s'appuyer sur l'utilisation d'un devis de recherche tel que l'étude de cas ou un devis mixte par exemple. L'utilisation de ces types de devis permettrait respectivement une compréhension plus élargie et une explication en profondeur du

phénomène ou un enrichissement des données obtenues à l'aide de multiples sources et techniques (Fortin & Gagnon, 2016).

Par exemple, il serait intéressant d'utiliser l'outil développé par Déry (2013) servant à mesurer l'influence de caractéristiques associées à l'emploi et de caractéristiques personnelles (niveau de formation, expérience professionnelle et besoin de croissance professionnelle) sur l'étendue effective de la pratique. Indirectement, le modèle permet de mesurer l'effet de l'étendue effective de la pratique sur la satisfaction au travail et les impacts sur les organisations et les soins. Les assises théoriques de cet outil sont la théorie des caractéristiques de l'emploi (Hackman & Oldham, 1974), le modèle tension-autonomie (Karasek, 1985), la théorie du rôle (Biddle, 1979) (incluant l'ambiguïté, le conflit et la surcharge de rôle) et les travaux de D'Amour et al. (2012) portant sur l'étendue effective de la pratique infirmière. Ainsi, l'utilisation d'un devis de recherche mixte incluant des entrevues ainsi que l'outil *The Enacted SCOpe of Nursing Practice (SCOP) model* (Annexe O) auprès d'une population composée d'infirmières en médecine de famille permettrait d'explorer de façon plus approfondie l'ambiguïté et le conflit de rôle et d'en mesurer l'influence ainsi que les répercussions sur l'étendue de la mise en œuvre du rôle des infirmières en médecine de famille et sur leur niveau de satisfaction professionnelle. Enfin, l'interprétation des résultats obtenus pourrait conduire à l'élaboration de stratégies d'amélioration relatives aux caractéristiques du travail et aux caractéristiques individuelles incluses dans le modèle et culturellement ancrées à la pratique des infirmières en médecine de famille.

Aussi, il a déjà été souligné que l'ambiguïté de rôle influence le déploiement du rôle des infirmières (Déry, 2013) et qu'elle se rapporte à un manque de connaissances à l'égard de l'information et de l'orientation concernant le rôle attendu (Katz & Kahn, 1978). Sachant que les orientations ministérielles principalement émises sous forme de descriptions de tâches ne semblent pas avoir guidé adéquatement l'émergence de ce rôle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016b), il semblerait pertinent de faire des recherches pour trouver des solutions pour réduire cette ambiguïté. Par exemple, il pourrait être intéressant de développer un projet de recherche qualitative de type « recherche-action » à l'intérieur duquel l'implantation d'un guide de pratique pourrait être déployée et soutenue par des acteurs du milieu de la recherche et des milieux cliniques. En ce sens, la recherche-action se veut un type de recherche dynamique regroupant les chercheurs en collaboration avec les acteurs du milieu pour comprendre et transformer une situation ou un contexte clinique dans le but de soutenir des changements bénéfiques (Holloway & Galvin, 2017). Cela permettrait de développer des connaissances sur les enjeux entourant la pratique des infirmières en médecine de famille tout en favorisant le changement dans les organisations de santé.

Une autre piste de recherche intéressante serait d'aborder la question de l'influence des perceptions sur le rôle de l'infirmière en médecine de famille dans un GMF sous l'angle de l'ethnographie. L'ethnographie permet de comprendre les comportements sociaux des personnes à partir de la dimension culturelle d'un groupe (Fortin & Gagnon, 2016). En reconnaissant que les GMF représentent une forme d'écosystème distinct, il

serait intéressant de décrire en profondeur les mécanismes sociaux qui régissent le déploiement du rôle de l'infirmière clinicienne en GMF.

Recommandations pour la formation

La majorité des infirmières (jeunes et expérimentées) ayant participé à cette recherche ont exprimé avoir fait montre de méconnaissance à l'égard du rôle de l'infirmière en médecine de famille avant leur arrivée en poste, ce qui a rendu plus difficile l'appropriation de leur rôle. Cela laisse supposer que la formation universitaire actuelle présente des lacunes pour les infirmières œuvrant dans le domaine de la médecine de famille. L'étude canadienne de Oelke et al. (2014) auprès d'infirmières en médecine de famille a déjà mentionné le besoin de rehausser la formation dans ce domaine. Il semble qu'à ce jour le domaine de la médecine de famille ne fait pas l'objet d'un contenu spécifique et que la plupart des concepts qui y sont rattachés sont enseignés de façon sporadique dans l'ensemble du baccalauréat (Lukewich et al., 2018). Certaines études ont déjà souligné le caractère unique de la pratique infirmière en soins de première ligne (Besner et al., 2011; Martin-Misener et al., 2014) et particulièrement, en médecine de famille (Girard, 2016; Poitras, 2016). Devant les résultats de la présente étude et des études présentées dans ce mémoire, il apparaît que les institutions d'enseignement supérieur de l'ensemble du Canada, et plus spécifiquement au Québec, auraient avantage à revoir la place accordée au développement des compétences des infirmières en soins de première ligne et en médecine de famille.

Les infirmières ayant participé à cette recherche ont également souligné le besoin que soit rehaussée et adaptée l'offre de formation continue dans les domaines des soins de première ligne et de la médecine de famille. Il était évident pour les infirmières rencontrées, et même pour les médecins, que la formation continue occupe une place importante et essentielle pour la qualité des soins en médecine de famille. Également, il est reconnu que les infirmières en médecine de famille sont plus susceptibles d'être isolées des autres équipes de soins infirmiers en lien avec l'étalement des milieux de pratique hors des centres hospitaliers (Allard et al., 2010). Par conséquent, cela a pour effet de limiter les occasions de soutien et de développement du rôle, d'où l'importance d'encourager la création de liens de réseautage entre les infirmières en médecine de famille malgré les distances géographiques parfois importantes et les réalités de pratique différentes (Allard et al., 2010). Notons, en revanche, que les infirmières participantes ont souligné la pertinence de la communauté virtuelle des infirmières de GMF du Québec pour le soutien à la pratique des infirmières en médecine de famille. Il semble donc important, à la lumière des résultats de cette recherche, de favoriser davantage l'accessibilité à la formation continue afin de mieux soutenir les infirmières en médecine de famille dans l'exercice de leur rôle.

Recommandations pour les organisations

Il faut se soucier des impacts relatifs aux conséquences des tensions de rôle vécus par les infirmières en médecine de famille. Il est reconnu que les tensions de rôles

occasionnent des répercussions nuisibles dans les structures organisationnelles telles que la baisse de productivité et le roulement important de personnel (Kahn et al., 1964; Katz & Kahn, 1978). Dans la situation où la personne (infirmière) ne se sent pas en mesure de conjuguer avec le conflit de rôle, il y aura inévitablement une diminution de la satisfaction au travail (Kahn et al., 1964). Par conséquent, une mobilité accrue du personnel pourrait survenir. En effet, Halcomb et al. (2018) ont démontré que bon nombre d'infirmières en première ligne (dont celle en médecine de famille) ont signifié le désir de quitter leur emploi dans un futur prochain relié à des facteurs organisationnels et relationnels tels que le manque de soutien, la surcharge de travail et la qualité des relations interprofessionnelles.

Également, les résultats de cette recherche montrent que les infirmières en médecine de famille doivent faire preuve d'un leadership fort pour pouvoir occuper davantage leur champ d'exercice. Plusieurs études auprès d'infirmières en soins de première ligne ont déjà fait état de constatations similaires (D'Amour et al., 2009; Martin-Misener et al., 2014; McIness et al., 2017b; Poitras, 2016). Le partage d'autorité fonctionnelle et hiérarchique entre les médecins et les DSI, tel que le recommandait la Commission Clair (2000), ne semble pas aussi optimal en pratique qu'en théorie à la lumière des résultats de cette recherche. En effet, il a été constaté que la majorité des infirmières participantes perçoivent davantage les médecins responsables comme étant leur gestionnaire hiérarchique, plutôt que leurs gestionnaires de la DSI qui, selon la Loi

sur les services de santé et les services sociaux, sont responsables de l'encadrement des activités cliniques de la profession infirmière.

Par ailleurs, un travail de transfert des connaissances est déjà prévu dans le cadre de cette recherche. Des rencontres dans chaque GMF seront offertes et l'article présentant les résultats sera envoyé à toutes les infirmières et tous les médecins responsables de GMF. Également, une rencontre avec les membres de la DSI du CISSSAT est déjà planifiée pour assurer la diffusion des résultats. Il s'avère donc important que les médecins gestionnaires et les DSI considèrent les résultats de cette recherche pour mieux comprendre la situation actuelle du rôle des infirmières en médecine de famille et développent une compréhension commune du rôle infirmier pour l'ensemble des GMF de leur territoire. Par conséquent, il serait souhaitable que les différents gestionnaires en médecine de famille se concertent afin de mettre en place les conditions et ressources nécessaires pour favoriser la mise en œuvre de la réalisation de l'ensemble des activités de soins possibles dans l'étendue de la pratique. Ainsi, cela permettrait aux infirmières en médecine de famille de contribuer véritablement à l'amélioration de l'accès aux soins, ce pour quoi elles ont été incluses dans les GMF.

Conclusion

Pour conclure ce mémoire, rappelons que depuis quelques décennies, la croissance constante des coûts associés à la dispensation des soins de santé force la réorganisation de l'offre des soins à travers le monde. Sachant que des soins de première ligne bien structurés constituent la base d'un système de santé efficient et efficace, le Québec a créé les GMF au début des années 2000. Ainsi, l'utilisation accrue des infirmières dans le domaine de la médecine de famille avait pour but d'augmenter l'accessibilité et la continuité des soins de première ligne.

Parallèlement, de nouvelles lois et normes ont vu le jour au Québec afin d'élargir l'étendue de la pratique infirmière et de favoriser le plein déploiement de l'exercice de leur rôle. Malgré tout, une méconnaissance et une sous-utilisation des infirmières en médecine de famille persistent. Cette recherche qualitative descriptive interprétative visait à décrire les perceptions associées au rôle des infirmières en médecine de famille par les infirmières elles-mêmes et les médecins responsables de GMF pour mieux comprendre l'influence des perceptions sur le rôle attendu, joué et souhaité de celles-ci, et pour mettre en évidence les écarts entre les perceptions.

Les résultats de la recherche ont permis de comprendre que les écarts entre le rôle attendu, joué et souhaité, qui témoignent d'un déploiement sous-optimal du rôle des infirmières en médecine de famille, occasionnent des tensions de rôle, nommées ambigüité et conflit de rôle qui rendent difficile l'exercice du rôle. Puisqu'il est reconnu dans la littérature que l'ambigüité et le conflit de rôle peuvent conduire à une baisse de productivité, un roulement important de personnel et une diminution de la satisfaction au travail, il serait pertinent de consacrer davantage de recherche sur la pratique des infirmières en médecine de famille.

Enfin, les infirmières et les médecins responsables de GMF, les décideurs, les gestionnaires et les chercheurs devront travailler à l'implantation de stratégies de résolution de l'ambigüité et du conflit de rôle des infirmières en médecine de famille pour contribuer au plein déploiement du rôle et, ainsi, mieux soutenir les soins et les services en GMF.

Références

- Aggarwal, M. & Hutchison, B. (2012). *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé: Ottawa, Canada. Repéré à <https://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-FR.sflb.ashx>
- Akeroyd, J., Oandasan, I., Alsaffar, A., Whitehead, C., & Lingard, L. (2009). Perceptions of the Role of the Registered Nurse in an Urban Interprofessional Academic Family Practice Setting. *Nursing Research*, 22 (2), 73-84.
- Allard, M., Frego, A., Katz, A., & Halas, G. (2010). Analyse du rôle des infirmières autorisées dans les programmes canadiens en médecine familiale. *Infirmière Canadienne*, 106 (3), 20-24.
- Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R., & Williams, B. (2014). Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19–20), 2968–2979.
- Association canadienne des infirmières en médecine familiale. (2019). *National Competencies for Registered Nurses in Primary Care*. Repéré à <https://www.cfpna.ca/national-core-competencies>
- Australian Primary Health Care Nurses Association (2017). *General practice nursing*. Repéré à <https://www.apna.asn.au/profession/what-is-primary-health-care-nursing/general-practice-nursing>
- Barrett, J., Curran, V., Glynn, L., & Godwin, M. (2007). CHSRF synthesis: Interprofessional collaboration and quality primary healthcare. Repéré à http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport_E_FINAL.pdf
- Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É. ... Lebeau, R. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle : Étude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec*. Québec: Canada.
- Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., ... Watson, L. (2005). *A systematic approach to maximizing nursing scopes of practice*. Repéré à http://www.cfhifcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/besner_final.pdf

- Besner, J., Drummond, J., Oelke, N., McKim, R., & Carter, R. (2011). *Optimizing the Practice of Registered Nurses in the Context of an Interprofessional Team in Primary Care*. Rapport final. Repéré à <http://www.albertahealthservices.ca/researchers/ifres-hswru-pc-nursing-report-2010.pdf>
- Biddle, B. (1979). *Role theory. Explications, identities and behaviors*. New York, San Francisco, London: Academic Press.
- Biddle, B. & Thomas, E. (1966). *Role theory: Concepts and research*. New York, London, Sydney: Wiley.
- Bouchard, I. (2016). *Exploration des rôles et de la collaboration des infirmières en première et deuxième lignes dans le suivi des personnes avec maladies chroniques* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., & Hogg, W. (2011). L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins*, 42, 101-109.
- Carrier, D., Carrier, R., Cloutier, C., Desgagnés, M., Doyon, O., Lambert, C., Lessard, L. M. ... Pépin, J. (2000). *Projet de formation infirmière intégrée*. Rapport du Comité des spécialistes soumis au Comité directeur sur la formation infirmière intégrée. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs42157>
- Code des professions, RLRQ, chapitre C-26.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu). (1967-1972). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec : Canada.
- Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) (2000). *Rapport et recommandations - Les solutions émergentes*. Québec : Canada.
- Contandriopoulos, D., Duhoux A., Perroux, M., Lachapelle, K., Laroche, D., & Lardeux., A. (2017). *L'UMF-GMF Notre-Dame. Rapport descriptif*. Équipes de Soins Primaires Intégrés. Repéré à <https://www.pocosa.ca/wp-content/uploads/2017/04/DESCRIPTIONNDmars2017v2.pdf>
- Contandriopoulos, D., Duhoux A., Perroux, M., Lachapelle, K., Laroche, D., & Lardeux., A. (2018). *CLSC-UMF de Parc-Extension. Descriptif de milieu*.

Équipes de Soins Primaires Intégrés. Repéré à https://www.pocosa.ca/wp-content/uploads/2015/07/PX_janvier2018.pdf

Dallaire, C. (Ed.). (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal. QC : Gaëtan Morin Éditeur.

D'Amour, D., Dubois, C. A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R., & Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: A new tool for nurse leader. *The Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255.

D'Amour, D., Goudreau, J., Hudon, É., Beaulieu, M., Lamothe, L., Jobin, G., & Gilbert, F. (2008). L'essor des soins infirmiers en GMF. *Perspective Infirmière*, 5(7), 4-11.

D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.

Déry, J. (2013). *L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle* (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Montréal.

Déry, J., Clarke, S. P., D'Amour, D., & Blais, R. (2016). Education and role title as predictors of enacted (actual) scope of practice in generalist nurses in a pediatric academic health sciences center. *Journal of Nursing Administration*, 46(5), 265–270.

Déry, J., D'Amour, D., Blais, R., & Clarke, S. P. (2015). Influences on and outcomes of enacted scope of nursing practice – A new model. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 136-143.

Déry J., D'Amour, D., & Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. Une contribution essentielle à la performance du système de santé. *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55

Émond, J. G., Pettigrew, J., Côté, C., Lalancette, J., Sasseville, D. L., Mageau, A. ... Racette, L. (2003). *Devenir un GMF : guide d'accompagnement. Le Groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à http://pro.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/Medecins/1_gerer_ma_pratique/3_pratique_en_GMF/Guide_accompagnement_MAJ_mai_2009_.pdf

- Fortin, M. F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal, QC : Chenelière éducation.
- Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative : description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans Corbière, M. et Larivière, N. *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, 5-28.
- Girard, A. (2016). *Description de la pratique des infirmières en groupe de médecine de famille œuvrant auprès des personnes atteintes de maladies chroniques physiques et présentant des troubles mentaux courants* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi.
- Girard, A., Hudon, C., Poitras, M. E., Roberge, P., & Chouinard, M. C. (2017). Primary care nursing activities with patients affected by physique chronic disease and common mental disorders: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1385–1394.
- Gosselin, S., Royer, A.-M., Noël, P., Beauregard, M.-F., Keays, J., & Gravel, S. (2016). *Intégration des infirmières et des autres professionnels dans les groupes de médecins de famille. Expérience sherbrookoise*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, 254 p.
- Gouvernement du Québec (2019a). *Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-desservices/gmf-gmf-u-et-super-clinique/>
- Gouvernement du Québec (2019b). *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-924-11W.pdf>
- Grove, S.K., Burns, N., & Gray, J.R. (2013). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7e éd.). St-Louis, MR: Elsevier.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1974). *The job diagnostic survey: an instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects*. Report no. TR-4. New Haven, CT: Yale University, Department of Administrative Sciences.

- Halcomb, E., Salamonson, Y., Davidson, P., Kaur, R., & Young, S. (2014). The evolution of nursing in Australian general practice: a comparative analysis of workforce surveys ten years on. *BMC Family Practice*, 15, 52.
- Halcomb, E., Smyth, S., & McInnes, S. (2018). Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary healthcare: an integrative review. *BMC Family Practice*, 19, 136.
- Halcomb, E., Stephens, M., Bryce, J., Foley, E., & Ashley, C. (2016). Nursing competency standards in primary healthcare: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1193–1205.
- Health Service Executive (2018). *About Primary Care Teams, (PCT)*. Repéré à <https://www.hse.ie/eng/services/list/2/primarycare/pcteams/>
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. (2019). *Modèle et normes de pratique professionnelle des soins infirmiers en santé communautaire au Canada*, p. 1-45. Repéré à <https://www.chnc.ca/fr/normes-de-pratique>
- Institut de la statistique du Québec (2019). *L'Abitibi-Témiscamingue ainsi que ses municipalités régionales de comté (MRC)*. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_08/region_08_00.htm
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (2017). *Soins de santé communautaires de première ligne*. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/43626.html>
- Jean, E. & Sylvain, H. (2010). Exploration des suivis systématiques de clientèles en groupe de médecine de famille (GMF) selon la perspective d'infirmières de 12 régions du Québec. *L'Infirmière Clinicienne*, 7(1), 1-8.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., & Snoek, J. D. (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.
- Karasek, R. A. (1985). *Job content questionnaire and user's guide*. Los Angeles, CA: University of Southern California, Department of Industrial and System Engineering.
- Katz, D. & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (2e éd.). New York: Wiley.

- Kringos, D. S., Boerma, W. G.W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., ... Wilm, S. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*, 11, 81.
- Lachance, L., Tétreault, B., & Pépin, D. (1997). Validation canadienne-française de la mesure de conflit et d'ambiguïté de rôle de Rizzo et al. (1970). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29(4), 283-287.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. (2002). Loi 90, L.Q., chapitre 33.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. (2009). L.Q., chapitre 28.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers [LII], L.R.Q., chapitre I-8.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre 48, 1971
- Lukewich, J., Taylor, S., Poitras, M. E., & Martin-Misener, R. (2018). Advancing family practice nursing in Canada: An environmental scan of international literature and national efforts towards competency development. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 31(2), 66-78.
- Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Bullard, C., Campbell, D., Carter, N., Donald, F., Kilpatrick, K., ... Yuille, L. (2014). Optimisation du rôle des infirmières et des infirmiers dans les soins primaires au Canada : rapport final. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Repéré à <https://www.cna-aicc.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/optimisation-du-role-des-infirmieres-et-infirmiers-dans-les-soins-primaires-au-canada.pdf?la=fr&hash=72441D8CECF8569DA978C80ECEB9EB219B777193>
- McCarthy, G., Cornally, N., Moran, J., & Courtney, M. (2012). Practice nurses and general practitioners: Perspectives on the role and future development of practice nursing in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2286–2295.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 1973-1985.

- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb E. (2016). A qualitative study of collaboration in general practice: Understanding the general practice nurse's role. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1960-1968.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb E. (2017a). Understanding collaboration in general practice: a qualitative study. *Family Practice*, 34 (5), 621-626.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Paris: De Boeck.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016a). *Guide d'intégration des professionnels en GMF. Guide d'intégration des professionnels en GMF - Collaboration: conditions gagnantes*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-25W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016b). *Guide d'intégration des professionnels en GMF. Infirmière clinicienne*. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-20W_infirmiere-clinicienne.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016c). *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux*. Repéré à <http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/download.php?f=76220781cff4a9cfd7a5ec06b838fee8>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). *Comment améliorer son taux d'assiduité*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-12W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). *Guide d'intégration des professionnels en GMF*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001529/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017c). *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-09W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Accès aux services médicaux de première ligne*. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/>

- Ministry of Health (2016). *Family Health Teams*. Repéré à <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/>
- Oandasan, I. F., Hammond, M., Gotlib Conn, L., Callahan, S., Gallinaro, A., & Moaveni, A. (2010). Family practice registered nurses: The time has come. *Canadian Family Physician*, 56(10), 375-382.
- Oelke, N. D., Besner, J., & Carter, R. (2014). The evolving role of nurse in primary care medical settings. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 629-635.
- Oelke, N. D., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: An examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Leadership*, 21(1), 58-71.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2012). *À quand un financement adéquat des soins infirmiers dans la communauté? La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé*. Mémoire de l'OIIQ présenté à la commission nationale d'experts sur l'amélioration du système de santé de l'association des infirmiers du Canada. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/memoire-aiic-370MA.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015). *Standards de pratique de l'infirmière Soins de proximité en périnatalité*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1457804/4443-perinatalite-web.pdf/ec1f97ec-89c6-cf81-41f6-5c86076bb030>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. 3^e édition. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2019). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2018-2019. Le Québec et ses régions*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2018-2019.pdf
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec & Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (OIIQ & FMOQ) (2005). *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*. Montréal. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/FAQ/oiiq_fmoq.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (1978). *Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata*. Genève.

Repéré à
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf?sequence=1>

- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*. Repéré à https://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf?ua=1
- O'Rourke, M. W. (2003). Rebuilding a professional practice model: the return of role-based practice accountability. *Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 95-105.
- Pelletier, F. (2008). *L'activité infirmière dans deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec* (Mémoire de maîtrise). Université Laval, Québec.
- Poitras, M. E. (2016). *L'infirmière en GMF : vers une meilleure connaissance des activités réalisées auprès des personnes atteintes de maladies chroniques* (Thèse de doctorat). Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Poitras, M. E., Chouinard, M. C., Fortin, M., & Gallagher, F. (2016a). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC Nursing*, 15(31).
- Poitras, M. E., Chouinard, M. C., Fortin, M., Girard, A., & Gallagher, F. (2016b). Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 3(126), 24-37.
- Poitras, M. E., Chouinard, M. C., Fortin, M., Girard, A., Crossman, S., & Gallagher, F. (2018a). Nursing activities for patients with chronic disease in family medicine groups: A multiple- case study. *Nursing Inquiry*, 25(4). <https://doi.org/10.1111/nin.12250>
- Poitras, M. E., Chouinard, M. C., Gallagher, F. & Fortin, M. (2018b). Nursing activities for patients with chronic disease in primary care settings: A practice analysis. *Nursing Research*, 67(1), 35-42.
- Roch, G. & Ouellet, N. (2010). Approches stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec. *L'infirmière clinicienne*, 7(2), 7-17.
- Roy, C. (2015). *Stratégies à privilégier pour permettre aux infirmières et infirmiers de déployer pleinement leur étendue de pratique* (Travail dirigé de maîtrise). Université de Montréal, Montréal.
- Roy, D. & Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et on contexte d'interdisciplinarité. *Perspective infirmière*, Septembre/Octobre, 17-26.

- Roy, G., Brunelle-Ménard, É., Desbiens, L.-C., Faubert, J., Lebel, K., Montplaisir, S., Rioux, A. ... St-Onge, M. (2019). *La rémunération des médecins – Mémoire informatif à l'intention des étudiants en médecine du Québec*. Fédération médicale étudiante du Québec. Repéré à https://www.fmeq.ca/wp-content/uploads/2019/08/Me%CC%81moireRe%CC%81mune%CC%81rationMe%CC%81decine_v19-08-26.pdf
- Royal, L. (2007). *Le phénomène des tensions de rôle chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec* (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Montréal.
- Savoie, A. & Forget, A. (1983). *Le stress au travail: mesures et prévention*. Montréal : Agence d'Arc.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Dir.) : *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5e éd.). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Strumpf, E., Ammi, M., Diop, M., Fiset-Lanel, J., & Tousignant, P. (2017). The impact of team-based primary care on healthcare services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. *Journal of Health Economics*, 55, 76-94.
- Thorne, S.E. (2016). *Interpretive description: qualitative research for applied practice* (2e éd.). New-York, NY: Routledge.
- Thorne, S, Reimer Kirkham, S., & MacDonald-Emes, J. (1997). Interpretive description: A noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing & Health*, 20, 169– 177.
- Thorne, S., Reimer Kirkham, S., & O'Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1). Repéré à http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/3_1/pdf/thorneetal.pdf
- Tremblay, L. (2015). *Groupe de médecine de famille : la contribution des infirmières*. Montréal. Repéré à <http://www.oiiq.org/salle-de-presse/documents-dinteret/lettres-ouvertes/groupe-de-medecine-de-famille-la-contribution-de>
- Trottier, L. H., Fournier, M. A., Diene C. P., & Contandriopoulos, A. P. (2003). *Les soins de santé primaires au Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé*. Université de Montréal. Repéré à <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R03-03.pdf>
- Weis, D. & Schank, M. J. (2002). Professional values: Key to professional development. *Journal of Professional Nursing*, 18(5), 271-275.

White, D., Oelke, N. D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L. M., & Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: Descriptions and challenges. *Nursing Research*, 21(1), 45-56.

Annexe A

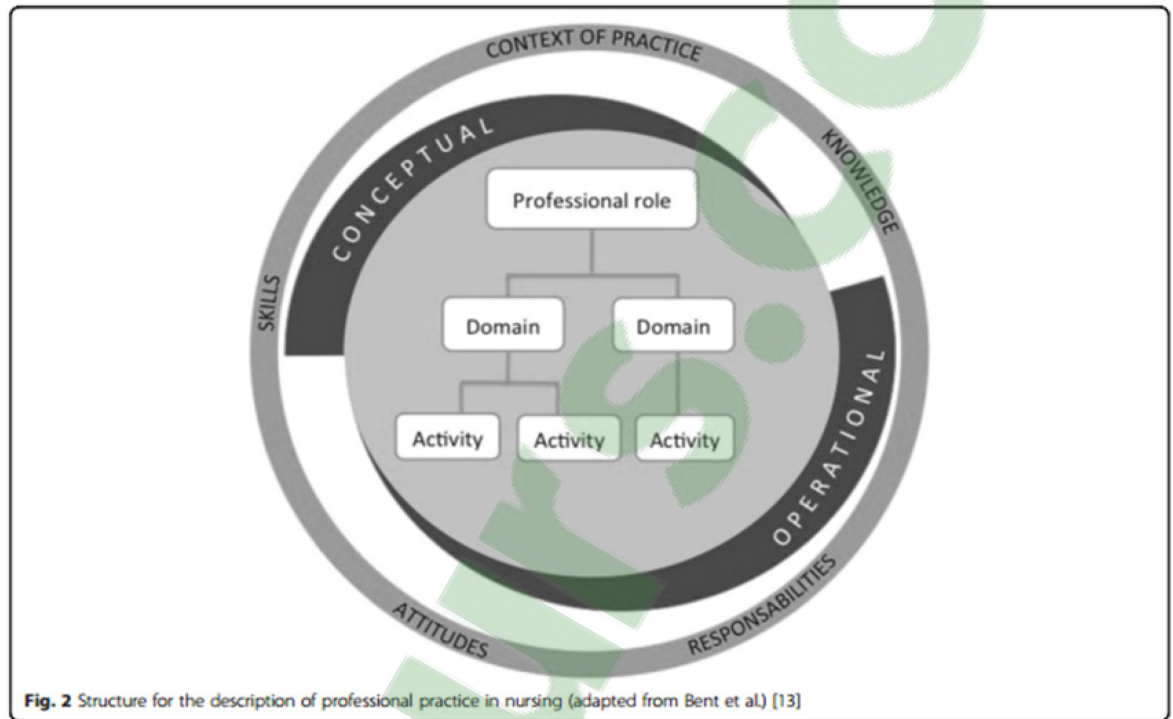


Figure 1. Schématisation de la pratique professionnelle selon Poitras et al. (2016a).

Annexe B

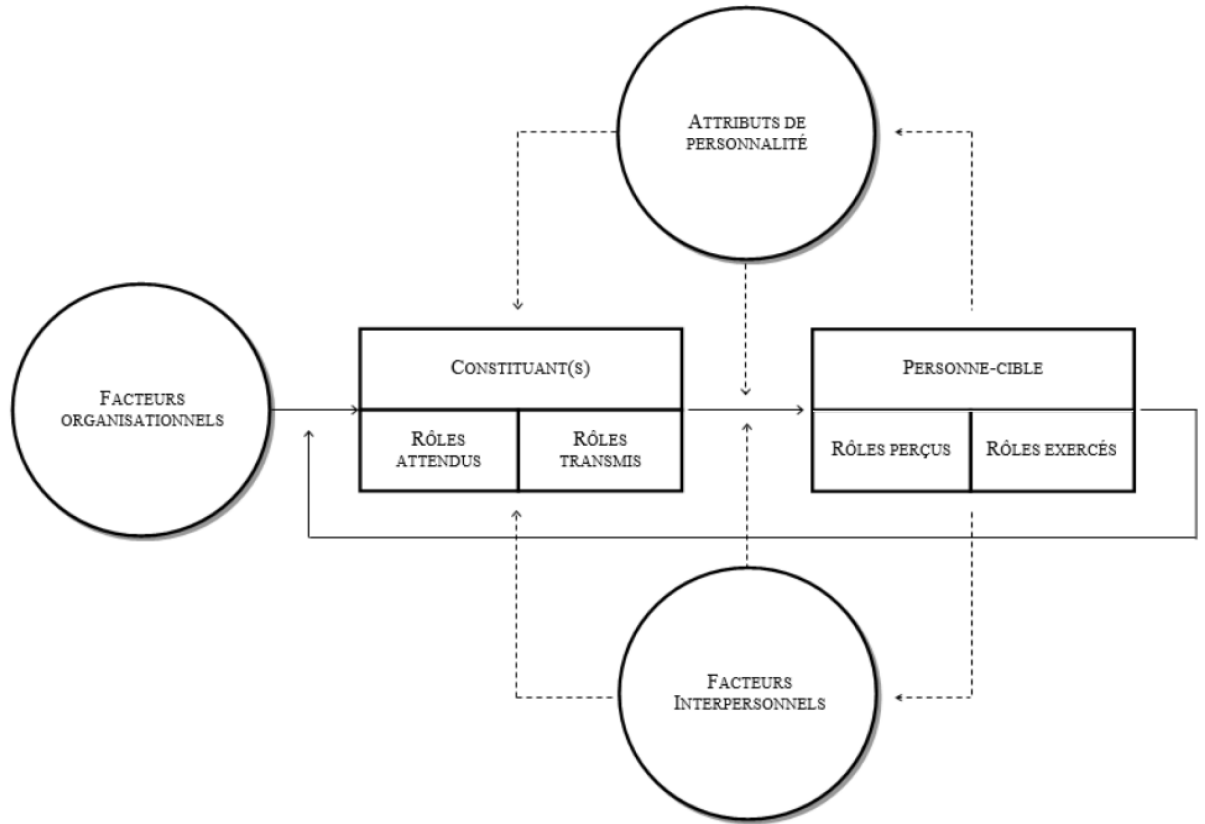


Figure 2. Modèle théorique élaboré par Katz et Kahn (1978) basé sur le modèle de l'épisode de rôle de Kahn et al. (1964). Traduit par Savoie et Forget (1983).

Annexe C

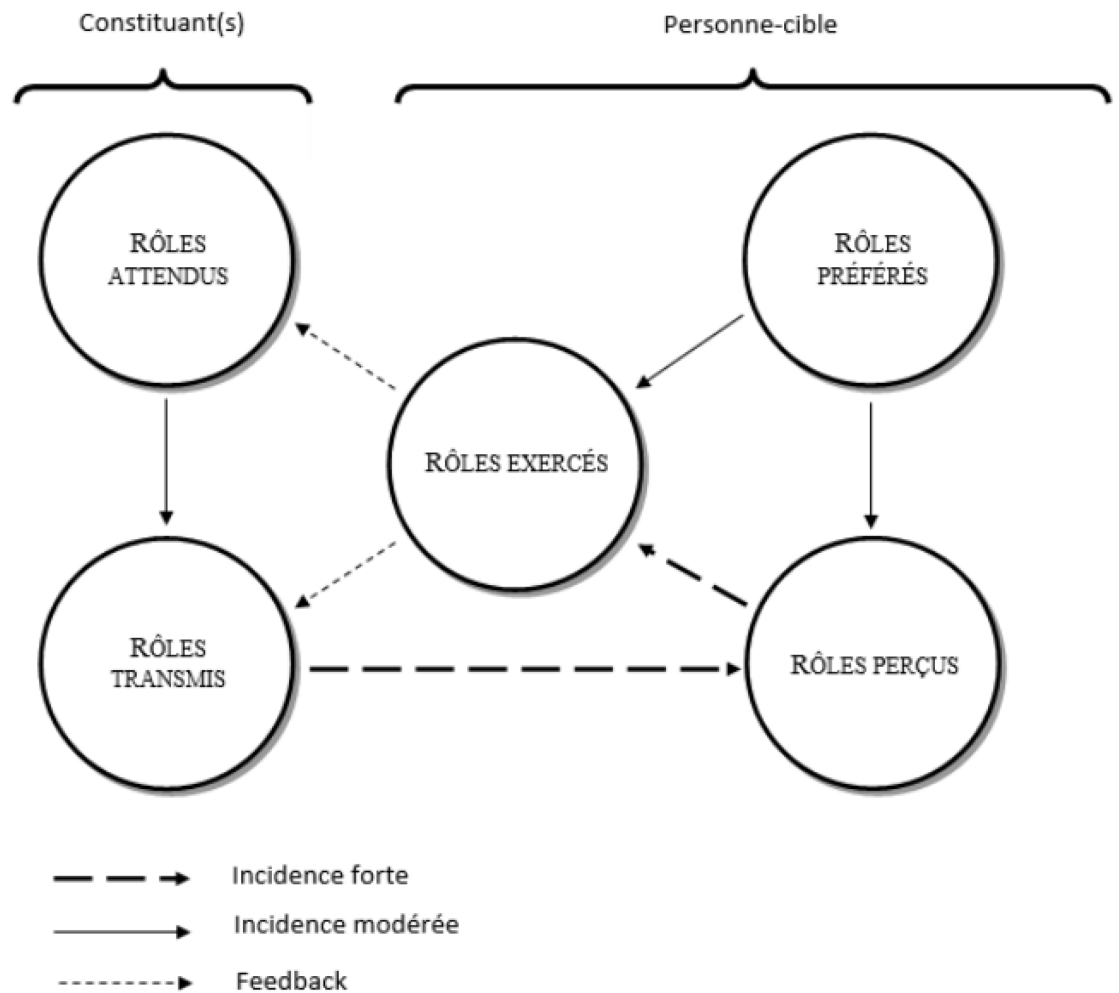


Figure 3. Modèle phénoménologique des rôles de Savoie et Forget (1983). Adaptation du modèle de Kahn et al.(1964).

Annexe D

Lettre de présentation : Infirmière clinicienne



Bonjour chère collègue infirmière, cher collègue infirmier,

Je me présente, Andréanne Bernier. Je suis infirmière clinicienne au CISSSAT et également, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières. Je sollicite aujourd'hui votre participation à un projet de recherche que je conduis dans le cadre de mes études de maîtrise à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), sous la codirection de Pre Manon Champagne et de Pre Manon Lacroix, toutes deux de l'UQAT, et de Pre Marie-Ève Poitras de l'Université du Québec à Chicoutimi.

Compte tenu de mon intérêt envers la pratique infirmière actuelle en GMF, **je désire décrire et comprendre les perceptions des infirmières cliniciennes et des médecins-chefs de GMF à l'égard du rôle attendu, joué et souhaité des infirmières cliniciennes de GMF.** Accroître les connaissances concernant les perceptions relatives au nouveau rôle des infirmières cliniciennes de GMF permettra de dresser un portrait de leur situation actuelle. Ces nouvelles connaissances pourraient conduire à une optimisation du déploiement du rôle de l'infirmière clinicienne de GMF en permettant l'élaboration de pistes de solutions afin de réduire les écarts existants entre le rôle attendu, le rôle joué et le rôle souhaité des infirmières cliniciennes de GMF. Ultimement, cela pourrait contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience de l'offre de soins et de services aux patients en GMF.

Dans quelques jours, je vais solliciter votre participation à ce projet de recherche par l'entremise d'un contact téléphonique. Votre participation à ce projet de recherche consisterait à réaliser une entrevue en face à face de 45 à 60 minutes pendant votre journée de travail. Cette première entrevue serait suivie d'un deuxième contact par téléphone ou visioconférence, d'une durée estimée de 15 à 30 minutes, visant à procéder avec vous à la validation de l'analyse que nous en aurons faite. Aucune préparation n'est nécessaire. Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses; l'important est de répondre selon votre expérience, vos connaissances et vos émotions. Votre participation demeure entièrement volontaire et anonyme.

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration.

Andréanne Bernier, inf. M. Sc. (candidate)

andreeanne.bernier@uqat.ca

Annexe E

Lettre de présentation : Médecin responsable de GMF



Bonjour cher collègue médecin,

Je me présente, Andréanne Bernier. Je suis infirmière clinicienne au CISSSAT et également, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières. Je sollicite aujourd'hui votre participation à un projet de recherche que je conduis dans le cadre de mes études de maîtrise à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), sous la codirection de Pre Manon Champagne et de Pre Manon Lacroix, toutes deux de l'UQAT, et de Pre Marie-Ève Poitras de l'Université du Québec à Chicoutimi.

Compte tenu de mon intérêt envers la pratique infirmière actuelle en GMF, **je désire décrire et comprendre les perceptions des infirmières cliniciennes et des médecins-chefs de GMF à l'égard du rôle attendu, joué et souhaité des infirmières cliniciennes de GMF.** Accroître les connaissances concernant les perceptions relatives au nouveau rôle des infirmières cliniciennes de GMF permettra de dresser un portrait de leur situation actuelle. Ces nouvelles connaissances pourraient conduire à une optimisation du déploiement du rôle de l'infirmière clinicienne de GMF en permettant l'élaboration de pistes de solutions afin de réduire les écarts existants entre le rôle attendu, le rôle joué et le rôle souhaité des infirmières cliniciennes de GMF. Ultimement, cela pourrait contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience de l'offre de soins et de services aux patients en GMF.

Dans quelques jours, je vais solliciter votre participation à ce projet de recherche par l'entremise d'un contact téléphonique. Votre participation à ce projet de recherche consisterait à réaliser une entrevue en face à face de 45 à 60 minutes pendant votre journée de travail. Cette première entrevue serait suivie d'un deuxième contact par téléphone ou visioconférence, d'une durée estimée de 15 à 30 minutes, visant à procéder avec vous à la validation de l'analyse que nous en aurons faite. Aucune préparation n'est nécessaire. Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses; l'important est de répondre selon votre expérience, vos connaissances et vos émotions. Votre participation demeure entièrement volontaire et anonyme.

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration.

Andréanne Bernier, inf. M. Sc. (candidate)

andreanne.bernier@uqat.ca

Annexe F

Guide d'entrevue semi-dirigée

Infirmière clinicienne

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette recherche. L'entrevue d'aujourd'hui est d'une durée de 45 à 60 minutes. Cette entrevue vise à mieux connaître la façon dont vous percevez le rôle attendu, joué et souhaité de l'infirmière clinicienne de GMF. Afin de nous assurer d'avoir une compréhension commune du sujet de l'entrevue dans le cadre de cette recherche, nous vous proposons d'abord quelques définitions. Selon nous, le rôle, quand il est défini de façon élargie, correspond à la fonction qu'une personne occupe dans une position précise. Le rôle attendu représente les attentes émises par chacun des acteurs gravitant autour du rôle quant à ce que doit accomplir la personne. Le rôle joué se rapporte aux comportements observables adoptés en concordance ou non avec le rôle attendu. Pour terminer, le rôle souhaité représente l'ensemble des attentes propres de la personne, découlant de ses besoins et de ses aspirations personnelles.

Cette entrevue sera enregistrée puis retranscrite. Toutefois, seules mes codirectrices de recherche et moi-même aurons accès aux enregistrements vocaux. Il va de soi que l'on s'engage à assurer la confidentialité de vos réponses. De sorte qu'on ne puisse pas vous identifier, des noms fictifs seront utilisés dans mon travail écrit de mémoire. Également, en toutes circonstances, l'anonymat des personnes et des milieux auxquels vous pourriez faire allusion dans vos propos sera préservé.

En tout temps, vous pouvez me demander de reformuler mes questions si vous n'êtes pas à l'aise ou si vous avez mal compris mon intention. N'oubliez pas qu'il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses; l'important est de répondre selon vos émotions et vos connaissances. Vous pouvez aussi choisir de ne pas répondre à certaines des questions. Avant de débiter, avez-vous des questions sur l'objectif de la rencontre?

1. Dans un premier temps, j'aimerais que vous me parliez de votre parcours professionnel (ex. formation, milieux où vous avez travaillé, expériences de travail antérieures, formations antérieures).
2. Racontez-moi une journée/semaine type en détaillant quelles sont vos activités d'infirmière clinicienne de GMF?
3. En regard des activités réalisées que vous m'avez décrites, quel est selon vous le rôle que vous effectuez actuellement (soit le rôle joué) comme infirmière de GMF?
4. En quoi le rôle que vous venez de me décrire (rôle joué) correspond ou ne correspond pas à l'idée que vous aviez du rôle (rôle attendu) de l'infirmière de GMF?

Thèmes à explorer si pertinent

- Ressources/personnes/outils qui vous ont aidée dans l'intégration de votre nouveau rôle (rôle attendu vs joué).
- La formation universitaire vous a-t-elle aidée dans votre travail en GMF (rôle attendu vs joué)?
- Ambiguïté de rôle : lacunes sur le plan de l'information et de l'orientation concernant le rôle attendu (Kahn et al., 1964).
- Éléments du questionnaire sur l'ambiguïté de rôle : version originale (Rizzo, House, & Lirtzman, 1970), traduction (Lachance, Tétreault, & Pépin, 1997)

- Des buts et des objectifs clairs et planifiés existent pour mon travail.
 - Je connais mes responsabilités.
 - Les explications sur ce qu'il faut faire sont claires.
5. Également, comment ce rôle (rôle joué) est-il conforme à ce que vous souhaitez faire comme infirmière de GMF (rôle souhaité)?
6. Pensez-vous que vos collègues de travail (infirmières et médecins) perçoivent le rôle (rôle attendu) de l'infirmière clinicienne de GMF de la même façon que vous?
- a. Si non, pourquoi?

Thèmes à explorer si pertinent

- Conflit de rôle : le rôle attendu est incompatible ou incohérent avec le rôle joué (Kahn et al., 1964).
- Éléments du questionnaire sur les conflits de rôle : version originale (Rizzo, House, & Lirtzman, 1970), traduction (Lachance, Tétreault, & Pépin, 1997)
 - Je dois faire des choses qui devraient être faites différemment.
 - Je travaille avec deux ou plusieurs équipes qui fonctionnent de manière très différente.
 - Je reçois des demandes incompatibles de deux personnes ou plus.

- Je fais des choses qui seront possiblement acceptées par une personne, mais pas par les autres.
7. Comment pourriez-vous me décrire la relation que vous avez avec les médecins de votre GMF sur le plan de la collaboration interprofessionnelle?
 8. Croyez-vous que cette relation influence le rôle que vous jouez actuellement comme infirmière clinicienne?
 - a. Si oui, comment ?
 9. Selon vous, qu'est-ce qui a fait en sorte que vous jouez actuellement le rôle que vous m'avez décrit?

Thèmes à explorer si pertinent

- Les décisions concernant l'organisation et l'application du rôle joué (qui, quand, comment).
 - Éléments de la pratique professionnelle de Poitras et al. (2016a) : connaissances, habiletés, attitudes, responsabilités, contexte de pratique.
10. Selon vous, qu'est-ce qui influence le fait que le rôle que vous jouez correspond ou ne correspond pas au rôle que vous souhaitiez avoir ?
 11. En guise de conclusion, dans un monde parfait, quel serait votre souhait concernant le rôle idéal ou optimal de l'infirmière clinicienne de GMF?

Finalement, y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés dans le cadre de cette entrevue que vous aimeriez partager avec moi?

Je vous remercie grandement de votre implication dans cette recherche, votre participation est plus qu'appréciée.

Annexe G

Guide d'entrevue semi-dirigée

Médecin responsable de GMF

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette recherche. L'entrevue d'aujourd'hui est d'une durée de 45 à 60 minutes. Cette entrevue vise à mieux connaître la façon dont vous percevez le rôle attendu, joué et souhaité de l'infirmière clinicienne de GMF. Afin de nous assurer d'avoir une compréhension commune du sujet de l'entrevue dans le cadre de cette recherche, nous vous proposons d'abord quelques définitions. Selon nous, le rôle, quand il est défini de façon élargie, correspond à la fonction qu'une personne occupe dans une position précise. Le rôle attendu représente les attentes émises par chacun des acteurs gravitant autour du rôle quant à ce que doit accomplir la personne. Le rôle joué se rapporte aux comportements observables adoptés en concordance ou non avec le rôle attendu. Pour terminer, le rôle souhaité représente l'ensemble des attentes propres de la personne, découlant de ses besoins et de ses aspirations personnelles.

Cette entrevue sera enregistrée puis retranscrite. Toutefois, seules mes codirectrices de recherche et moi-même aurons accès aux enregistrements vocaux. Il va de soi que l'on s'engage à assurer la confidentialité de vos réponses. De sorte qu'on ne puisse pas vous identifier, des noms fictifs seront utilisés dans mon travail écrit de mémoire. Également, en toutes circonstances, l'anonymat des personnes et des milieux auxquels vous pourriez faire allusion dans vos propos sera préservé.

En tout temps, vous pouvez me demander de reformuler mes questions si vous n'êtes pas à l'aise ou si vous avez mal compris mon intention. N'oubliez pas qu'il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses; l'important est de répondre selon vos émotions et vos connaissances. Vous pouvez aussi choisir de ne pas répondre à certaines des questions. Avant de débiter, avez-vous des questions sur l'objectif de la rencontre?

1. Dans un premier temps, j'aimerais que vous me parliez de votre parcours professionnel (ex. formation, milieux où vous avez travaillé, expériences de travail antérieures, formations antérieures).
2. Racontez-moi une journée/semaine type en détaillant quelles sont les activités d'infirmière clinicienne de GMF à votre connaissance.
3. En regard des activités réalisées que vous m'avez décrites, quel est selon vous le rôle qui est actuellement effectué (soit le rôle joué) par les infirmières cliniciennes de GMF?
4. En quoi le rôle que vous venez de me décrire (rôle joué) correspond ou ne correspond pas à l'idée que vous aviez du rôle (rôle attendu) de l'infirmière de GMF?

Thèmes à explorer si pertinent

- Ressources/personnes/outils qui vous aident dans l'application et le déploiement du rôle de l'infirmière clinicienne de GMF (rôle attendu vs joué).
- La formation universitaire vous a-t-elle préparé dans votre rôle de gestionnaire d'équipe interprofessionnelle, notamment auprès des infirmières cliniciennes de GMF?
- Ambiguïté de rôle : lacunes sur le plan de l'information et de l'orientation concernant le rôle attendu (Kahn et al.,1964).

- Éléments du questionnaire sur l'ambiguïté de rôle : version originale (Rizzo, House, & Lirtzman, 1970), traduction (Lachance, Tétreault, & Pépin, 1997)
 - Des buts et des objectifs clairs et planifiés existent pour mon travail.
 - Je connais mes responsabilités.
 - Les explications sur ce qu'il faut faire sont claires.
- 5. Également, comment le rôle des infirmières cliniciennes de GMF est-il conforme à ce que vous souhaitez à titre de médecin-chef de GMF?
- 6. Pensez-vous que vos collègues de travail (infirmières et médecins) perçoivent le rôle (rôle attendu) de l'infirmière clinicienne de GMF de la même façon que vous?
 - a. Si non, pourquoi?

Thèmes à explorer si pertinent

- Conflit de rôle : le rôle attendu est incompatible ou incohérent avec le rôle joué (Kahn et al., 1964).
- Éléments du questionnaire sur les conflits de rôle : version originale (Rizzo, House, & Lirtzman, 1970), traduction (Lachance, Tétreault, & Pépin, 1997)
 - Je dois faire des choses qui devraient être faites différemment.
 - Je travaille avec deux ou plusieurs équipes qui fonctionnent de manière très différente.

- Je reçois des demandes incompatibles de deux personnes ou plus.
- Je fais des choses qui seront possiblement acceptées par une personne, mais pas par les autres.

7. Selon vous, qu'est-ce qui a fait en sorte que le rôle que vous m'avez décrit est ainsi?

Thèmes à explorer si pertinent

- Les décisions concernant l'organisation et l'application du rôle joué (qui, quand, comment).
- Éléments de la pratique professionnelle de Poitras et al. (2016a) : connaissances, habiletés, attitudes, responsabilités, contexte de pratique.

8. Selon vous, qu'est-ce qui influence le fait que le rôle joué correspond ou ne correspond pas au rôle souhaité des infirmières cliniciennes de GMF?

9. En guise de conclusion, dans un monde parfait, quel serait votre souhait concernant le rôle idéal ou optimal de l'infirmière clinicienne de GMF?

Finalement, y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés dans le cadre de cette entrevue que vous aimeriez partager avec moi?

Je vous remercie grandement de votre implication dans cette recherche, votre participation est plus qu'appréciée.

Annexe H

Formulaire de consentement

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec



UQAT

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec



APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE
LA RECHERCHE DU CISSS DES
LAURENTIDES POUR LE CISSS DE L'ABITIBI-
TÉMISCAMINGUE

DATE:

20 septembre 2018

SIGNATURE:

Marie-Josée Bernard

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet:

Le rôle attendu, joué et souhaité des infirmières cliniciennes de Groupe de médecine de famille tel que perçu par les infirmières cliniciennes et les médecins-chefs de GMF

Chercheuse responsable:

Manon Champagne, PhD, codirectrice de l'étudiante
Vice-rectrice à l'enseignement, à la recherche et à la création, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Co-chercheuses:

Manon Lacroix, IP-SSP, MSc, codirectrice de l'étudiante
Professeure, Département des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Marie-Ève Poitras, inf., PhD, codirectrice de l'étudiante
Professeure, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)

Chercheuse-étudiante:

Andréanne Bernier, inf., étudiante MSc (c)
Département des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Financement:

Fonds de la chercheuse responsable

No de projet au CISSS des Laurentides: 2018-370-É

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche à titre d'infirmière clinicienne ou de médecin-chef dans un Groupe de médecine de famille (GMF). Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET

La création des GMF a initié le déploiement du rôle des infirmières cliniciennes de GMF. Toutefois, il semble que ce nouveau rôle ne se concrétise pas en cohérence avec la pratique souhaitée pour les infirmières de première ligne. Les dernières études démontreraient que des écarts importants ont été constatés entre le rôle « conçu » (ou attendu) et le rôle « effectif » (ou joué). Il apparaît en effet que la mise en œuvre du rôle infirmier en GMF s'est développée localement sous l'influence de la compréhension de ce rôle infirmier tant par les infirmières elles-mêmes que par les médecins, occasionnant ainsi une grande variabilité de pratique à travers la province.

Dans le cadre de la présente étude, les chercheuses tenteront de combler le manque de connaissances à l'égard des perceptions du rôle des infirmières cliniciennes de GMF afin de favoriser le déploiement optimal de ce rôle par l'émission de recommandations claires sur la pratique infirmière en GMF.

Le but de la présente étude est donc de mieux comprendre les perceptions du rôle attendu, joué et souhaité des infirmières cliniciennes des GMF par les infirmières elles-mêmes et les médecins-chefs de GMF afin de mettre en évidence la vision des différents acteurs et de tendre ultimement vers une compréhension commune du rôle d'infirmières de GMF.

NOMBRE DE PARTICIPANT(E)S ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Ce projet de recherche sera réalisé dans les sept (7) différents GMF de l'Abitibi-Témiscamingue. Notre échantillon est composé d'infirmières cliniciennes (8) et de médecins-chefs de GMF (4).

Le déroulement total de l'étude sera de douze (12) mois. Votre participation sera d'une durée approximative de 90 minutes réparties à deux moments dans un intervalle de 3 mois.

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE

Si vous acceptez de participer à l'étude, et après avoir signé le présent formulaire de consentement, vous participerez à deux entrevues pour connaître votre perception du rôle des infirmières cliniciennes de GMF.

DÉROULEMENT DU PROJET

Votre participation se déroulera de la façon suivante:

- **Entrevue no 1 (durée totale: 45 à 60 minutes)**
 - Vous serez convoqué(e) à une entrevue individuelle d'une durée de 45 à 60 minutes qui aura lieu à l'endroit de votre choix et ce, au moment qui vous conviendra le mieux. Aucune préparation n'est nécessaire et il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses; l'important étant de répondre selon vos émotions et vos connaissances.
 - Cette entrevue sera enregistrée sur support audionumérique et réalisée par l'étudiante-chercheuse. Les principaux thèmes explorés seront votre perception du rôle attendu, joué et souhaité des infirmières cliniciennes de GMF. Par exemple, en quoi, selon votre perception, le rôle actuel des infirmières cliniciennes de GMF correspond ou ne correspond pas à l'idée que vous avez du rôle de l'infirmière de GMF.
 - À la fin de cette entrevue, un court questionnaire sociodémographique anonyme (âge, sexe, scolarité, années d'expérience) vous sera remis pour être complété et remis à l'étudiante-chercheuse.

- Entrevue no 2 (durée totale: 15 à 30 minutes)

- Dans un deuxième temps, 3 mois après la première entrevue, vous serez sollicité(e) à nouveau pour une courte entrevue de 15 à 30 minutes par téléphone au moment qui vous conviendra le mieux afin d'approfondir ou de valider les informations obtenues auprès de vous. Cette entrevue sera enregistrée sur support audionumérique et réalisée par l'étudiante-chercheuse.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Cette recherche ne comporte pas de risques pour les personnes qui y participent. Il est possible que la participation à l'entrevue individuelle génère certains sentiments, notamment de l'inconfort sur des aspects touchant votre identité professionnelle et les relations avec vos collègues de travail. En tout temps, il sera possible à l'étudiante-chercheuse de reformuler les questions de l'entrevue si l'intention de la question est mal comprise ou si elle crée un malaise. Également, vous pourrez choisir de ne pas répondre à certaines des questions.

Concernant les relations avec vos collègues de travail, il serait possible que votre participation à ce projet mette en lumière certaines divergences d'opinions qui pourraient conduire à des conflits interprofessionnels. Chaque professionnel possède une vision relative à son rôle (et/ou au rôle des autres professionnels) teintée par ses besoins, ses désirs, ses préjugés et ses objectifs professionnels. Les conflits interprofessionnels peuvent survenir lorsque des professionnels se retrouvent dans une situation de travail stressante en raison d'un désaccord nuisant à l'établissement d'une relation de collaboration et pouvant occasionner de l'insatisfaction.

Si à la suite de l'entrevue, vous ressentez émotivement le besoin de parler d'aspects qui dépassent les objectifs de ce projet, vous êtes encouragé(e) à consulter le Programme d'aide aux employés (PAE) de votre établissement, si vous êtes infirmière, ou le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ), si vous êtes médecin.

Le principal inconvénient inhérent à la participation à ce projet de recherche est le temps requis pour le déroulement de l'entrevue individuelle et de l'entrevue de validation.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. À tout le moins, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'étudiante-chercheuse et ses codirectrices recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre les réponses que vous fournirez lors de l'entrevue et des renseignements sociodémographiques tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance, et votre origine ethnique.

L'étudiante-chercheuse et ses codirectrices s'engagent à respecter la confidentialité des renseignements recueillis. Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. Ils seront conservés dans un classeur fermé à clé ou dans un dossier informatique se trouvant sur un serveur de l'université accessible avec un mot de passe. Seules l'étudiante-chercheuse et ses codirectrices auront accès à ces renseignements. Afin de préserver votre identité, vous ne serez identifié que par un pseudonyme. La clé reliant votre nom à votre pseudonyme sera conservée par l'étudiante-chercheuse de la même manière que les autres renseignements confidentiels.

L'étudiante-chercheuse utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits ci-haut.

Vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, ainsi que les données vous concernant, tels que les transcriptions d'entrevues, seront conservés par l'étudiante-chercheuse et la chercheuse responsable pendant 10 ans après la fin du projet et seront détruits par la suite. Quant aux enregistrements audionumériques, ils seront effacés à la suite de leur transcription.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Les données du projet pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection et de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des représentants de l'établissement, du comité d'éthique de la recherche ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse et la chercheuse responsable de ce projet de recherche détiennent ces informations.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande à la chercheuse responsable à la fin de l'étude.

COMPENSATION

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas la chercheuse responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

La chercheuse responsable de ce projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré(e) du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec une personne de l'équipe de recherche au numéro suivant:

Étudiante-chercheuse:

Andréanne Bernier, inf., étudiante MSc (c)

Au 819-339-1855

Ou

andreeanne.bernier@uqat.ca

Chercheuse responsable et directrice de recherche:

Manon Champagne, PhD

Au 819-762-0971, poste 2258

Co-chercheuses et codirectrices de l'étudiante-chercheuse:

Manon Lacroix, IP-SSP, MSc

Au 819 762-0971, poste 2350

Marie-Ève Poitras, inf., PhD

Au 418-545-5011, poste 2374

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue:

Madame Julie Lahaie Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

1, 9e Rue Rouyn-Noranda (Qc) J9X 2A9

1-888-764-5531

SIGNATURE

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

 Nom (en lettres moulées)

Signature du/de la participant(e)

Date

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT, SI DIFFÉRENTE DE LA CHERCHEUSE RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

J'ai expliqué au/à la participant(e) le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

 Nom (en lettres moulées)

Signature de la personne qui obtient le consentement

Date

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE RESPONSABLE

Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait.

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

 Nom (en lettres moulées)

Signature de la chercheuse responsable

Date

APPROBATION PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CISSS des Laurentides a approuvé le projet et en assurera le suivi au nom du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Annexe I

Questionnaire de données sociodémographiques : Infirmière clinicienne

Questionnaire de données sociodémographiques : Infirmière clinicienne

Projet de recherche

Le rôle attendu, joué et souhaité des infirmières cliniciennes de Groupe de médecine de famille tel que perçu par les infirmières cliniciennes et les médecins-chefs de GMF

À compléter par l'étudiante-chercheuse :

Pseudonyme: _____ No GMF: |__|__|

VOTRE PARTICIPATION EST TRÈS APPRÉCIÉE

Merci!

Vos réponses seront traitées de manière confidentielle par l'équipe de recherche, à partir d'une identification par un code pour chacun des répondants. Aucune information ne permettra de vous identifier dans la diffusion des résultats.

Infirmière clinicienne¹

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

1. Êtes-vous ? ☐ Femme ☐ Homme

2. Quel âge avez-vous ? _____ ans

3. Quel est le dernier diplôme obtenu ?

☐ DEC en soins infirmiers

☐ Certificat en soins infirmiers

☐ Baccalauréat en soins infirmiers DEC-BAC

☐ Baccalauréat en soins infirmiers (BAC initial)

☐ Maîtrise en soins infirmiers

☐ Doctorat en soins infirmiers

☐ Autres _____

4. Avez-vous une formation dans d'autres domaines ? ☐ Non ☐ Oui

Précisez : _____

5. Depuis combien d'années êtes-vous infirmière ? _____ ans

¹ Le genre féminin est utilisé dans ce document dans le seul but d'alléger le contenu du texte.

6. Dans quel(s) champ(s) d'activité avez-vous travaillé depuis les 5 dernières années ?

Vous pouvez cocher plus d'un champ d'activité.

☐ CISSS

Département(s) :

☐ GMF

☐ UMF

☐ Enseignement

☐ CLSC

Programme(s):

☐ Clinique médicale privée

☐ Autres _____

7. Depuis combien d'années travaillez-vous dans ce GMF ? _____ ans

8. Quel est votre type d'emploi ?

☐ Poste Temps complet

☐ Poste Temps partiel régulier

Nombre de jours par quinzaine _____

☐ Remplacement Temps complet

Depuis combien de temps ? _____

☐ Remplacement Temps partiel

Depuis combien de temps ? _____

Nombre de jours par quinzaine _____

9. Avez-vous travaillé avec l'équipe médicale en place avant votre arrivée au GMF ?

☐ Non ☐ Oui

Combien de temps ? _____

Dans quel(s) département(s) ?

Annexe J

Questionnaire de données sociodémographiques : Médecin responsable de GMF

Questionnaire de données sociodémographiques : Médecin-chef de GMF

Projet de recherche

Le rôle attendu, joué et souhaité des infirmières cliniciennes de Groupe de médecine de famille tel que perçu par les infirmières cliniciennes et les médecins-chefs de GMF

À compléter par l'étudiante-chercheuse :

Pseudonyme: _____

No GMF: |__|__|

VOTRE PARTICIPATION EST TRÈS APPRÉCIÉE

Merci!

Vos réponses seront traitées de manière confidentielle par l'équipe de recherche, à partir d'une identification par un code pour chacun des répondants. Aucune information ne permettra de vous identifier dans la diffusion des résultats.

Médecin-chef de GMF

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

1. Êtes-vous ? ☐ Femme ☐ Homme

2. Quel âge avez-vous ? _____ ans

3. Avez-vous une formation dans d'autres domaines ? ☐ Non ☐ Oui

Précisez : _____

4. Depuis combien d'années êtes-vous médecins? _____ ans

5. Dans quel(s) champ(s) d'activité avez-vous travaillé depuis les 5 dernières années ?

Vous pouvez cocher plus d'un champ d'activité.

☐ CISSS

Département(s) :

☐ GMF

☐ UMF

☐ Enseignement

☐ CLSC

Programme(s) :

☐ Clinique médicale privée

☐ Autres _____

6. Depuis combien d'années travaillez-vous dans ce GMF ? _____ ans

7. Depuis combien d'années travaillez-vous dans ce GMF à titre de médecin-chef de GMF?
_____ ans

8. Avez-vous travaillé avec l'équipe infirmière en place avant votre arrivée au GMF ?

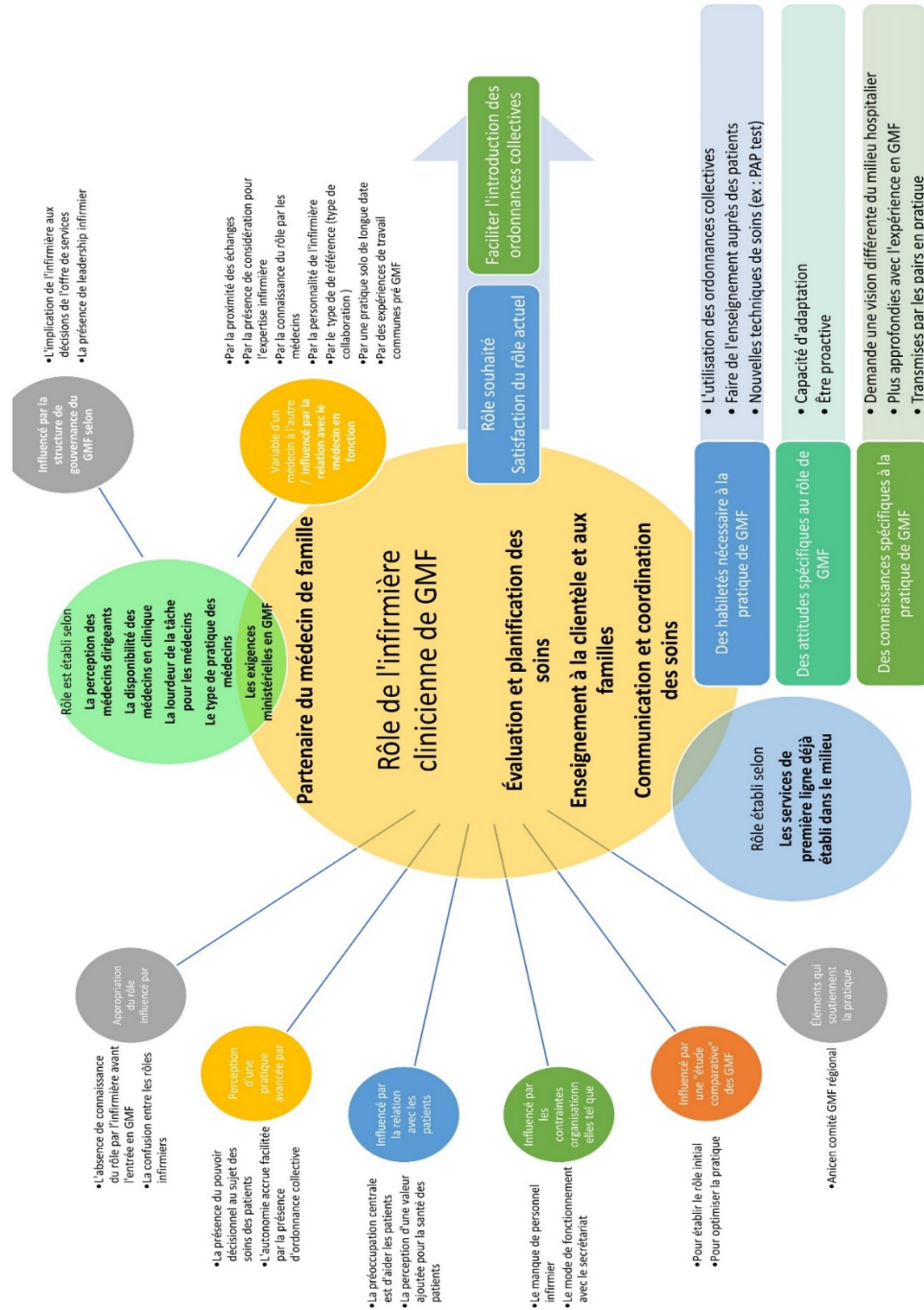
☐ Non ☐ Oui

Combien de temps ? _____

Dans quel(s) département(s)?

Annexe K

Exemple de schématisation de l'analyse des données



Annexe L

Certificat du comité d'éthique de la recherche – Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides



Comité d'éthique de la recherche

COURRIER ÉLECTRONIQUE

Saint-Eustache, le 20 septembre 2018

Mme Manon Champagne
Chercheuse responsable
Département Sciences infirmières
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
manon.champagne@uqat.ca

Objet: Protocole 2018-370-É

- Le rôle attendu, joué et souhaité des infirmières cliniciennes de Groupes de Médecine de Famille tel que perçu par les infirmières cliniciennes et les médecins-chefs de GMF

Approbation finale

Madame,

Nous confirmons la réception des précisions demandées dans notre lettre d'approbation initiale conditionnelle ainsi que du formulaire de consentement révisé (version 3, datée du 19 septembre 2018).

À la lecture des précisions et documents reçus, le tout est jugé satisfaisant et nous procédons donc à l'approbation finale de ladite étude, en vertu d'une entente de délégation et d'endossement avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Seuls ces documents devront être utilisés en cours de recherche.

La présente constitue l'approbation finale du protocole par le Comité qui est valide pour un an à compter du 16 août 2018, date de l'approbation initiale. Nous vous rappelons que toute modification au protocole et/ou au formulaire d'information et de consentement doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche. De même, une demande de renouvellement annuel d'approbation devra être présentée au CÉR à la date anniversaire d'approbation du projet.

Nous vous rappelons également que le projet ne pourra débuter que lorsque la Direction générale du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue vous en donnera l'autorisation.

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions d'accepter, Mesdames, nos salutations distinguées.



Me Marie-Josée Bernardi, avocate
Présidente
Comité d'éthique de la recherche

CC: Mme Maggy Vallières, Personne formellement mandatée par l'établissement pour autoriser la réalisation des recherches, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Mme Julie Boucher, directrice des services multidisciplinaires et directrice de autoriser la réalisation des recherches au CISSS des Laurentides l'enseignement et de la recherche par intérim, personne formellement mandatée pour l'appréciation des projets de recherche

Annexe M

Certificat du comité d'éthique de la recherche - Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Référence : 2018-10 – Bernier, A.- Champagne, M.



Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Certificat attestant du respect des normes éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue certifie avoir examiné le formulaire de demande d'évaluation éthique du projet de recherche et les annexes associées tels que soumis par :

Pre Manon Champagne
Mme Andréanne Bernier

Projet intitulé : « Le rôle attendu, joué et souhaité des infirmières cliniciennes de groupe de médecine de famille tel que perçu par les infirmières cliniciennes et les médecins-chefs de GMF »

Décision :

☒ Accepté

☐ Refusé : Suite aux dispositions des articles 5.5.1, 5.5.2 et 5.5.4 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

☐ Autre :

Surveillance éthique continue :

Date de dépôt du rapport annuel : 24 octobre 2019

Date de dépôt rapport final : À la fin du projet

Les formulaires modèles pour les rapports annuel et final sont disponibles sur le site web du CÉR-UQAT : <https://www.uqat.ca/recherche/ethique/etres-humains/>

Membres du comité ayant participé à cette évaluation :

Nom	Poste occupé	Département ou discipline
Abir El-Ahouly	Membre régulier	UER des sciences de la santé
Doina Muresanu	Membre régulier	UER des sciences de la gestion
Pascal Grégoire	Président CÉR	UER des sciences de l'éducation

Date : 24 octobre 2018

Pascal Grégoire, Ph.D., président du CÉR-UQAT

Pour toute question : cer@uqat.ca

Annexe N

Preuve de soumission de l'article au *Journal of Family Nursing*

30/10/2019

ScholarOne Manuscripts

 Journal of Family Nursing

 Home

 Author

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Journal of Family Nursing

Manuscript ID

JFN-2019-196

Title

The expected, played and desired role of nurses in family medicine group: nurses and head physicians' perceptions.

Authors

Bernier, Andréanne
Champagne, Manon
Lacroix, Manon
Poitras, Marie-Ève

Date Submitted

30-Oct-2019

Author Dashboard

Annexe O

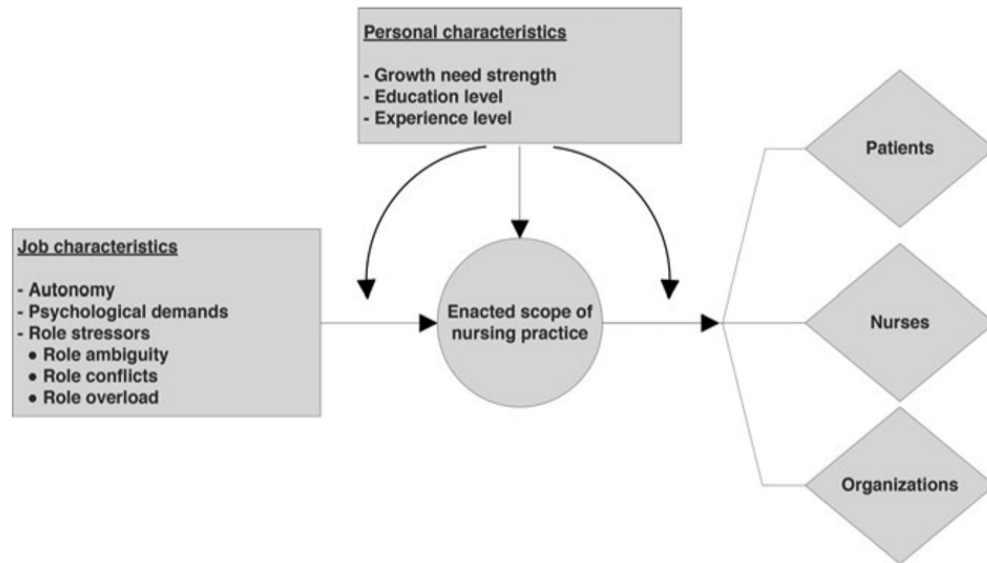


Figure 1. The Enacted Scope of Nursing Practice (SCOP) model.

Figure 4. The Enacted SCOpe of Nursing Practice (SCOP) model de Déry et al. (2015).