



## La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité

### Résumé

La pratique infirmière en groupe de médecine de famille (GMF) constitue un enjeu majeur dans l'implantation de ce nouveau modèle d'organisation des services de santé au Québec. Soutenue par un devis de recherche qualitatif constructiviste, une étude de cas auprès d'un GMF d'une région du Québec a permis de définir la pratique infirmière selon les partenaires impliqués dans le projet, et de mettre en relief les convergences et les divergences des intervenants dans la vision de cette pratique. Les résultats de cette étude présentent la conceptualisation de la pratique infirmière à partir de deux axes principaux : la pratique autonome, associée à la reconnaissance du potentiel infirmier, et la pratique de collaboration interdisciplinaire. Selon que l'on soit infirmière ou médecin, la pratique privilégie une approche axée sur la clientèle ou sur l'organisation des services. La confiance ressort comme l'élément fondamental qui permet l'instauration de la collaboration interdisciplinaire.

*Mots clés: GMF, groupe de médecine de famille, collaboration interdisciplinaire, collaboration infirmière-médecin, pratique infirmière en GMF, services de première ligne.*

## Nursing practice in FMGs and its interdisciplinary context

### Abstract

Nursing practice in family medicine groups (FMGs) is a major issue in the implementation of this new healthcare organization model in Quebec. Using a constructivist qualitative research approach, a case study of a FMG in a region of Quebec looked at how the partners involved in the project defined nursing practice, and highlighted the similarities and differences in their views. The results of this study show that nursing practice as a concept is perceived in two different ways: independent practice, associated with the recognition of nurses' potential, and interdisciplinary collaborative practice. Nurses view nursing practice from a client-based approach, whereas doctors view it from the perspective of how services are organized. The study found that trust is the fundamental element that makes interdisciplinary collaboration possible.

*Keywords: FMG, family medicine group, interdisciplinary collaboration, doctor/nurse collaboration, FMG nursing practice, front-line services.*

# La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité

PAR DANIELLE ROY, INF., M.SC. ET HÉLÈNE SYLVAIN, INF., PH.D.

La venue des GMF dans le paysage sociosanitaire québécois ouvre la porte à un nouveau lieu de pratique infirmière. Ces nouvelles entités, créées en novembre 2002, sont issues des recommandations du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair), publié en 2000, afin d'accroître l'accessibilité et la prise en charge globale, et de favoriser en outre la continuité des services à la clientèle inscrite volontairement dans ce nouveau mode de prestation des services médicaux. Les GMF regroupent de six à dix médecins de famille travaillant en collaboration avec deux à trois infirmières cliniciennes/praticiennes.

L'intégration d'infirmières à l'équipe des médecins en GMF est donc perçue comme un élément essentiel au succès de l'équipe et constitue une approche novatrice (Labrecque, 2002). En principe, ces services de santé sont liés à la reconnaissance de la complémentarité entre les disciplines, à une redéfinition des champs exclusifs de la pratique et à la mise en place de nouveaux rapports (RATSPL, 2001). Des points de vue divergents s'expriment toutefois face aux rôles que devrait y assumer l'infirmière. D'Amour (2001) mentionne qu'il est essentiel que la philosophie et les pratiques de soins des GMF s'harmonisent avec les principes d'une pratique de collaboration. Toutefois, les résultats d'une étude québécoise montrent qu'il existe un



écart entre le discours et la réalité dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour *et al.*, 1999). La culture médicale repose encore sur une hiérarchie interprofessionnelle, véhiculée dans le cadre d'un modèle organisationnel hospitalier au sein duquel le médecin conserve sa position d'autorité (D'Amour, 2001). Il faut d'ailleurs noter que très peu d'infirmières ont participé, sauf à l'intérieur d'équipes de recherche, au processus d'implantation des GMF au Québec. Les gestionnaires d'établissements de santé sont également concernés par la collaboration infirmière-médecin, car un des facteurs importants de succès dans le fonctionnement d'une équipe est précisément l'appui de l'établissement (O'Toole, 1992).

L'implication des infirmières dans les GMF soulève diverses questions, notamment sur leur rôle, leurs fonctions et leur niveau de formation, ainsi que sur leurs interventions à l'intérieur d'un modèle interdisciplinaire et dans une perspective de collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 2001; Dongeois, 2003). On peut présumer que les réponses à ces questions seront divergentes selon le point de vue des différents partenaires (infirmières, médecins, gestionnaires). Ces perspectives différentes n'ont pas encore été documentées de façon empirique dans une même recherche. Pour l'instant, il est clair que les connaissances sur ce nouveau mode de services sont peu développées et que la pratique infirmière en GMF a besoin d'être clarifiée.

## But et objectifs de recherche

Le but de cette recherche exploratoire est de conceptualiser le rôle infirmier au sein d'un GMF, dans un contexte d'interdisciplinarité. Trois objectifs sont énoncés pour atteindre ce but : 1) définir les assises de la pratique infirmière au sein du GMF, par consensus, selon la perspective des partenaires impliqués; 2) clarifier la notion de collaboration dans un contexte d'interdisciplinarité, toujours selon le point de vue des différents partenaires et 3) déterminer les leviers et les obstacles liés à l'application du modèle de pratique infirmière en GMF.

## RECENSION DES ÉCRITS

Il semble que le contexte actuel dans le domaine de la santé soit favorable au développement d'une nouvelle pratique infirmière de première ligne, dans le cadre d'un GMF. Pour l'instant, il n'existe aucun modèle québécois auquel on puisse se référer. La Commission Clair (2000) mentionne que l'infirmière en GMF exercera un rôle plus élargi, sans toutefois en définir la teneur et sans établir le niveau de formation des infirmières « cliniciennes/praticiennes ». Quant aux associations professionnelles, elles en sont actuellement à clarifier la nature de la pratique infirmière avancée, notamment en regard des compétences exigées, de la formation à privilégier et des domaines d'exercice (AIIC, 2002; OIIQ, 2001). La nouvelle loi sur la réforme du *Code des professions* (2002) a désigné trois domaines où pourra s'actualiser le rôle de l'infirmière praticienne, mais elle n'inclut pas la pratique avancée de première ligne dans ces spécialités.

Grosleau (2002) signale que la profession évolue depuis quelques années vers un élargissement du rôle de la pratique infirmière avancée (PIA) et que plusieurs expériences de collaboration interdisciplinaire dans ce domaine émergent actuellement aux États-Unis comme au Canada.

L'interdisciplinarité constitue la pierre angulaire des GMF. Gusdorf (1984) la définit comme « un espace commun, un facteur de cohésion entre des savoirs différents. Chacun accepte de faire un effort hors de son domaine propre et de son propre langage technique pour s'aventurer dans un domaine dont il n'est pas le propriétaire exclusif » (p. 40). L'interdisciplinarité n'est pas, elle doit se développer. Sa raison d'être, c'est la nécessité de réunir des personnes issues de disciplines diverses dans le but de solutionner des problèmes dont la complexité requiert l'apport collectif des savoirs impliqués (Saillant, 1999). Un certain consensus s'est établi sur les principales caractéristiques de l'interdisciplinarité (Ivey *et al.*, 1988; Saillant, 1999), soit la construction commune d'un objet et la collaboration.



La construction commune d'un objet, ou le but commun, crée l'interdisciplinarité. Elle découle d'une multitude d'interactions intégrant les disciplines en cause et repose sur un objectif clairement défini dès le départ. Il s'agit d'une étape conditionnelle à la pratique interdisciplinaire. Quant à la collaboration, elle est de nature interprofessionnelle selon D'Amour (1997), qui la définit comme « la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance. Cette perspective donne à l'acteur sa liberté d'action tout en prenant en compte les partenaires d'interaction et l'influence des structururations englobantes desquelles il subit les influences constantes » (p. 40). La collaboration est donc une condition indispensable à la construction commune d'un objet. Pour qu'elle réussisse pleinement au sein d'un partenariat, il doit exister un lien de confiance entre les partenaires, un partage de pouvoir et de responsabilités vécu dans le respect mutuel et une relation d'égalité (D'Amour *et al.*, 1999). Le climat de confiance est possible si les rôles sont explicites et définis en commun. Dans cette optique, médecins et infirmières apportent à la fois des savoirs et des habiletés uniques, partagés en fonction de leurs rôles respectifs (Way *et al.*, 2001). Une recherche effectuée en Ontario sur le rôle des infirmières praticiennes, œuvrant en collaboration avec les médecins dans des cliniques de soins de santé primaires, rapporte cependant que la tradition persiste : le rôle du soin (*caring*) est plus facilement dévolu à l'infirmière, tandis que celui des soins (*curing*) est assumé principalement par le médecin (Way *et al.*, 2001). Plusieurs études mettent en évidence la différence de perception entre médecins et infirmières à propos de la collaboration interdisciplinaire (Copnell *et al.*, 2004). La pratique doit donc être clarifiée, dans le contexte des GMF, par une mise en commun de ces différentes perspectives.

## MÉTHODOLOGIE

La présente étude cherche à mettre en évidence la vision des divers acteurs impliqués dans l'implantation du GMF afin de définir la pratique infirmière de façon consensuelle. Le devis de Guba et Lincoln (1989) a été privilégié pour son approche constructiviste. Cette méthodologie qualitative nous apparaît congruente aux objectifs de la recherche, car elle met l'emphase sur la participation, le partage de l'information et le consensus (Lehoux *et al.*, 1995). La démarche méthodologique consiste en premier lieu à interviewer individuellement les acteurs concernés sur leurs perceptions et leur vision, à en dégager les principaux aspects pour ensuite en valider la compréhension dans des rencontres de groupe.

L'objectif est de tendre vers une construction commune de l'objet de recherche, soit la pratique infirmière en GMF.

### **Milieu de recherche**

Le choix du milieu de recherche s'est effectué en tenant compte de l'existence d'un projet approuvé d'implantation de GMF ainsi que de la proximité et de l'accessibilité du milieu. Le GMF à l'étude se situe dans une région du Québec, en milieu semi-rural. Il regroupe sous la même entité juridique divers établissements et leurs missions. Tous les médecins pratiquent dans les murs de ce réseau intégré. Avant de s'inscrire en tant que GMF, l'établissement avait par ailleurs déjà amorcé un processus de réorganisation de services, élaboré avec le personnel et les médecins; il s'agissait d'instaurer une collaboration interdisciplinaire entre les intervenants du CLSC et les médecins selon un modèle organisationnel où les approches axées sur le « programme » et sur le « territoire » servaient de référence.

### **Participant·es et participant·s**

Les principaux professionnels concernés par la mise en place des GMF, les infirmières et les médecins, ont été retenus comme participant·s à l'étude. De plus, puisque la participation des gestionnaires apparaît comme une condition gagnante pour créer l'interdisciplinarité, à cause de leur soutien organisationnel, ce groupe devait aussi faire partie de la recherche.

Dix participant·s ont été sélectionnés dans le milieu de la recherche, au cours de la collecte de données. La première personne rencontrée appartenait au groupe des gestionnaires. La sélection des autres participant·s s'est faite selon la technique de la « boule de neige ».

### **Le groupe des infirmières**

Les infirmières ont été sélectionnées à partir des critères suivants: détenir un baccalauréat en sciences infirmières, travailler dans l'établissement et avoir une expérience minimale de travail de trois ans en CLSC. Composé de trois personnes au point de départ, le groupe a vu s'ajouter, en cours de recherche, les deux infirmières ayant obtenu l'emploi au sein du GMF. La moyenne d'âge du groupe est de 40 ans. Leur expérience en CLSC s'échelonne de trois à 26 ans. Trois de ces personnes ont un statut de travail à temps plein.



### **Le groupe des médecins**

Pour être choisis, les médecins devaient avoir un lien de pratique avec l'établissement et avoir déjà travaillé en CLSC durant une période minimale de trois ans. Le groupe se compose de trois personnes. Leur moyenne d'âge est de 45 ans. Elles pratiquent la médecine depuis au moins neuf ans et possèdent une expérience de travail à l'urgence de l'établissement. L'une d'elles exerce sa pratique de façon régulière à domicile, les deux autres le font sporadiquement, selon les besoins de leur clientèle.

### **Le groupe des gestionnaires**

Les personnes sélectionnées devaient avoir des connaissances sur les programmes en santé communautaire, et leurs fonctions devaient inclure la gestion de services de première ligne. Les deux personnes choisies ont terminé leur scolarité de deuxième cycle et exercent une fonction de cadre à plein temps dans l'établissement. Elles ont une grande expérience de travail en CLSC, avec une moyenne de plus de 20 ans de pratique dans ce domaine. L'une possède

une formation en sciences infirmières et l'autre, en sciences de l'administration.

### Déroulement de la recherche

La recherche a été menée selon le modèle de Guba et Lincoln (1989) adapté par Sylvain (2000), soit la mise en place de la recherche, l'exploration dirigée et la construction collective. Avant d'établir les contacts pour la collecte des données, le projet a été soumis au Comité d'éthique de l'université associée à la recherche qui lui a décerné un certificat d'éthique.

### Mise en place

Le premier contact, lors d'une rencontre préliminaire avec une gestionnaire impliquée dans l'élaboration du GMF en mars 2002, avait pour principal objectif de comprendre l'organisation des services offerts par l'établissement. Il a permis de confirmer la participation de l'organisation à la recherche. En juin 2002, une seconde rencontre entre le groupe de médecine de famille et l'équipe de recherche a officialisé le début de la recherche.

### L'exploration dirigée par la collecte des données

La collecte des données s'est effectuée à l'aide d'entrevues individuelles et collectives, tenues majoritairement dans le milieu de recherche. Ces entrevues ont été réalisées entre juin 2002 et avril 2003. D'une durée d'environ 1 heure, elles étaient semi-dirigées et comportaient des questions ouvertes enregistrées sur cassette audio<sup>1</sup>. Les participantes et participants ont été avisés que leurs constructions seraient soumises aux autres pour interprétation et validation tout au long de la démarche. Les constructions en devenir ont également été validées entre chercheuses. Trois entrevues de groupe ont été effectuées en mars et avril 2003 pour présenter les constructions communes du groupe et les valider auprès des acteurs intéressés. Le consensus intergroupes a été obtenu par la circulation de l'information lors de la transmission et de la validation des constructions dans chacun des groupes, de même que par la présentation de la schématisation du modèle issu de l'analyse des données.

### La construction collective issue de l'analyse des données

Le processus d'analyse s'est échelonné sur toute la durée de la recherche. Dans un premier temps, dès la fin de la première entrevue, un journal de bord a été utilisé pour consigner les informations complémentaires et dégager les principaux thèmes de la rencontre. Ensuite, le *verbatim* des enregistrements a été retranscrit intégralement. Une synthèse a été élaborée après chaque entrevue et retournée au participant pour validation. Toute information pouvant

conduire à l'identification des personnes a été supprimée. Chaque transcription a fait l'objet d'une première classification manuscrite. Par la suite, ces données ont été regroupées à l'aide du logiciel NVivo®, ce qui a facilité ultérieurement la recherche d'énoncés dans les thèmes et sous-thèmes des constructions.

## RÉSULTATS

Les résultats sont issus du consensus intergroupes réalisé à partir des neuf entrevues individuelles et des trois entrevues de groupe. (À noter: la dixième participante à l'étude n'a pris part qu'à une entrevue de groupe.)

### Les assises de la pratique infirmière en GMF

Ces assises sont considérées par les personnes interrogées comme étant celles d'une pratique autonome en émergence appelée à être définie avec le temps. Cette pratique doit témoigner de la très grande autonomie de l'infirmière dans son rôle. Selon les infirmières, l'importance d'être reconnue et de prendre sa place compte parmi les composantes majeures qui les soutiennent dans leur pratique autonome.

«Il va falloir que les infirmières se prennent en main premièrement. Qu'elles démontrent du leadership et qu'elles démontrent aussi qu'elles ont de la volonté, qu'elles affirment cette volonté-là.» (Claude, inf.)<sup>2</sup>

L'autonomie est un moyen de potentialiser la pratique infirmière. Pour l'infirmière cependant, cette autonomie est basée sur la reconnaissance de sa formation professionnelle. Quant aux médecins, ils la conçoivent en fonction du lien de confiance qu'ils établissent avec leur partenaire. Plus ils ont confiance en elle, plus elle exerce un rôle autonome, et plus ils lui délèguent des tâches.

### L'interdisciplinarité dans un contexte de collaboration

L'interdisciplinarité est perçue comme devant être au centre de l'intervention auprès de la clientèle vulnérable. C'est un travail de collaboration aux modalités fonctionnelles souples. Cette pratique de collaboration permet à des personnes d'apporter un éclairage complémentaire à une problématique complexe. La communication et les relations non hiérarchiques, établies dans un climat de respect et d'ouverture aux autres, facilitent cette collaboration. ►

1. Exemples de questions ouvertes posées lors des entrevues semi-dirigées: «J'aimerais que vous me parliez de votre conception de la pratique infirmière en GMF.» et «Comment concevez-vous la collaboration infirmière-médecin en GMF?»

2. Tous les prénoms sont fictifs.





«Moi, dans ma tête, qu'on soit infirmière ou médecin, on a des rôles différents. Mais oui, on est égaux, pour moi c'est clair. Je ne suis ni supérieure, ni inférieure.» (Josée, inf.)

Certains ajustements sont cependant nécessaires, dont celui d'apprendre à se connaître afin d'établir un climat de confiance mutuelle. La compétence de l'infirmière est un facteur qui influence cette confiance.

«Moi je pense que cette personne-là, mieux elle va travailler, plus elle va avoir de l'autonomie. Si on est capable d'avoir une personne très compétente, elle va avoir énormément d'autonomie parce qu'on a confiance en ce qu'elle fait.» (Dany, méd.)

Les acteurs interrogés incluent dans la compétence les habiletés professionnelles et personnelles, dont la capacité de travailler en équipe, d'être proactive et de communiquer. Les connaissances, en tant que composante de la compétence, englobent la formation et l'expérience. D'après les trois groupes, l'expérience est indispensable à la compétence. Cependant, le point de vue des infirmières diffère de

celui des médecins quant à la formation nécessaire au travail infirmier en GMF. Le baccalauréat est l'exigence minimale mentionnée par les infirmières, car la formation universitaire permet à l'infirmière du GMF de mieux se définir comme partenaire égale.

«Je pense aussi que l'infirmière bachelière se considère plus comme une professionnelle, au même titre que le médecin.» (Frédéric, gestionnaire)

Quant aux médecins, ils croient qu'une grande expérience peut pallier la formation universitaire, qui est un élément complémentaire à considérer dans le choix de l'infirmière.

La pratique en GMF est définie par les acteurs selon deux approches qui, bien que distinctes, sont complémentaires. La pratique axée sur la clientèle, selon la perspective des infirmières, doit être centrée plus précisément sur les besoins du client en relation avec son environnement, alors que selon le point de vue des médecins, la pratique en GMF doit s'orienter en fonction de l'organisation des services, les tâches infirmières s'intégrant à la prestation de ces services. Les rôles inhérents à la pratique infirmière, la prévention, la promotion et l'enseignement, font partie du travail infirmier en GMF. Le soin technique fait aussi partie de cette pratique.

### Les leviers et les obstacles liés à la réalisation de la pratique infirmière en GMF

Selon les professionnels interrogés, la nouvelle entité est perçue favorablement à plusieurs niveaux. Une meilleure qualité de suivi est considérée comme une valeur ajoutée pour la clientèle, le service étant davantage personnalisé. La valeur ajoutée pour les infirmières en GMF est l'émancipation du rôle infirmier qui se veut plus autonome. Quant à la valeur ajoutée à la pratique médicale, elle correspond à la délégation de certaines responsabilités à l'infirmière. Les médecins considèrent qu'elle a une incidence significative sur leur travail. Le principal obstacle susceptible de nuire à la conceptualisation de la pratique infirmière en GMF dans un contexte d'interdisciplinarité semble être la surcharge de travail.

### Conceptualisation de la pratique infirmière en GMF

Comme l'indique la figure ci-contre, la pratique infirmière est représentée par deux axes principaux: la pratique autonome et la pratique de collaboration interdisciplinaire. La pratique autonome est influencée par la reconnaissance

professionnelle associée à une volonté d'affirmation de l'autonomie; la pratique de collaboration interdisciplinaire est influencée par les compétences professionnelles de l'équipe (connaissances et expérience) ainsi que par un préalable essentiel: la confiance mutuelle.

Les infirmières et les médecins ont une vision distincte mais complémentaire de la pratique infirmière en GMF: une pratique axée sur la clientèle (infirmières) et une pratique axée sur les services (médecins). Ces deux approches contribuent à définir l'essence de la pratique infirmière au sein du GMF. Dans la pratique infirmière axée sur la clientèle, l'intérêt se porte vers la personne soignée, son environnement et sa santé. L'approche axée sur les services se préoccupe davantage de l'organisation du travail. Selon cette vision, les suivis systématiques et téléphoniques, l'appui aux médecins et la liaison sont du ressort de l'infirmière. Les fonctions de promotion, de prévention, d'enseignement et du soin technique viennent compléter la définition de la pratique infirmière en GMF, axée à la fois sur la clientèle et sur les services.

## DISCUSSION

La discussion porte principalement sur les deux aspects majeurs de la recherche, soit la pratique infirmière autonome et la pratique de collaboration interdisciplinaire.

### La pratique infirmière autonome

Même si l'autonomie est un thème commun aux trois groupes, les résultats donnent une signification à cette pratique autonome qui peut s'interpréter différemment, que l'on soit infirmière ou médecin. Chez les infirmières, l'autonomie s'exprime par le désir d'une plus grande reconnaissance, par une place à prendre et par la volonté de s'affirmer en tant que professionnelles. Kelly et Joël (1995) estiment que la reconnaissance de l'autonomie professionnelle est la caractéristique la plus précieuse d'une profession. Ces auteures présentent deux types d'autonomie qui viennent soutenir les résultats obtenus sur ce plan. Ainsi, l'autonomie des infirmières est reconnue par les médecins sur le plan des stratégies d'intervention et des moyens techniques utilisés, dans la mesure où ils se situent dans les limites de la profession. Cette autonomie s'articule autour

du « contenu du travail » et soulève chez les médecins une certaine inquiétude face à l'aspect légal des activités qui seront dévolues à l'infirmière. La responsabilité de l'infirmière est un objet de préoccupation. Les médecins veulent s'assurer que les activités déléguées sont harmonisées et relèvent d'ententes consensuelles. D'Amour (2002) explique à ce sujet que les médecins devront apprendre à partager cette responsabilité avec les autres, car trop souvent, selon l'auteure, elle est invoquée pour freiner toute forme de collaboration.

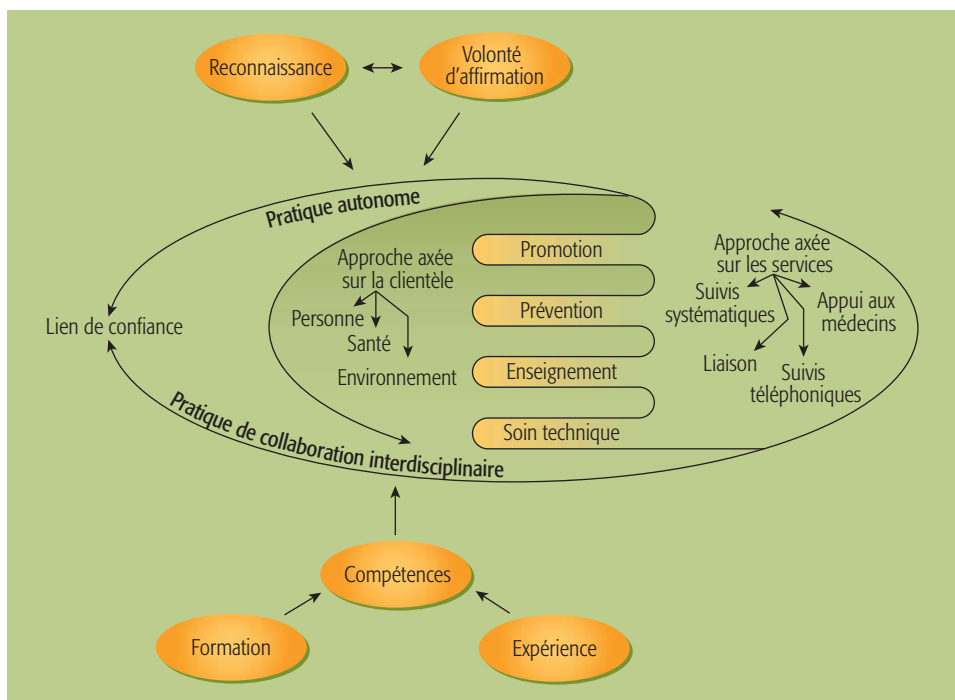


Fig. 1 – Conceptualisation de la pratique infirmière en GMF

Les infirmières abordent l'autonomie professionnelle sous un second aspect beaucoup plus global. Ce deuxième type d'autonomie mentionné par Kelly et Joël (1995), ou « autonomie de contexte », se caractérise par la liberté de définir les limites d'un problème et la complémentarité du rôle infirmier par rapport à celui des autres. La liberté d'agir de manière indépendante est la clé de l'autonomie professionnelle (Kelly et Joël, 1995), ce que revendiquent les infirmières qui ne veulent pas que le travail en GMF dépende seulement de la prescription médicale.

### La pratique de collaboration interdisciplinaire

Selon les résultats portant sur la pratique interdisciplinaire, la définition des participants est corroborée par plusieurs publications sur le sujet. Les trois groupes interrogés mentionnent que l'efficacité d'une telle pratique est plus marquée dans des situations complexes de soins et de services fournis à une clientèle donnée. La recherche de Ivey *et al.* (1988) abonde dans le même sens.

Le but de la recherche, qui était de définir la pratique infirmière dans un contexte d'interdisciplinarité, nous amène à examiner les résultats en fonction des deux caractéristiques qui composent l'interdisciplinarité: le but commun et la collaboration. D'après les résultats, l'objectif de l'infirmière est d'orienter la pratique en GMF vers une approche axée sur la clientèle. L'infirmière se préoccupe du mieux-être de la personne, en lien avec l'environnement dans lequel celle-ci interagit. Plusieurs ouvrages théoriques en sciences infirmières corroborent ce résultat (Gagnon et Dallaire, 2002; Kéroac *et al.*, 2003). Quant aux médecins, ils orientent leur travail en fonction des services à rendre à la clientèle. Le transfert de fonctions et de tâches aux infirmières leur permet de se dégager des rôles non médicaux. Ils veulent cependant déterminer ces rôles. Selon Blondeau (2002), le soin technique sert de repère quand on veut départager les fonctions et domaines de pratique des professionnels œuvrant avec d'autres professionnels. Les résultats de la recherche vont dans ce sens, les médecins ayant demandé qu'on ajoute la fonction du soin technique à la définition de la pratique infirmière. Consultés à ce sujet, les infirmières et les gestionnaires ont approuvé cet ajout.

Les résultats relatifs à la collaboration démontrent que celle-ci doit prendre le temps de s'instaurer. Les participants à la recherche ont fixé des conditions nécessaires à la collaboration. Le respect, le travail dans un contexte d'égalité, la compétence et la confiance sont les principaux facteurs qui en permettent la réalisation. Se sentir partenaire dans les décisions est aussi mentionné comme un de ces facteurs. Parker Shannon (2002) confirme l'importance de ce point de vue. Un large consensus s'est dégagé sur la notion de confiance comme condition essentielle à la réalisation de la collaboration (Blue et Fitzgerald, 2002; D'Amour, 1997). Selon Korsgaard *et al.* (1995), la confiance se renforce lorsque les personnes ont le sentiment d'être sur une base d'équité au sein d'une même équipe.

Chez les médecins interrogés, la reconnaissance de la compétence de l'infirmière favorise l'établissement d'un lien de confiance, qui influe à son tour sur le niveau d'autonomie qu'ils accorderont à l'infirmière dans sa pratique. Le désir de travailler en équipe en établissant des relations franches et égales est mentionné de part et d'autre chez les personnes interviewées et constitue un gage de bonnes relations de travail. Si l'environnement est favorable, ce sentiment de confiance pourra se traduire par un niveau de compétence accru, et donc par une plus grande autonomie

dans les fonctions des infirmières. Les résultats de la recherche démontrent que la compétence est liée à la formation et à l'expérience. Les divergences d'opinion sur la question de la formation universitaire pour les infirmières rejoignent les résultats d'autres études sur la collaboration médecin-infirmière (Snelgrove et Hughes, 2000).

### Les limites et l'apport de la recherche

Il importe de mentionner que cette recherche a été effectuée avant la mise en activité des GMF, ce qui représente un avantage, puisqu'il s'agit à notre connaissance d'une des premières études achevées sur le sujet. Cette particularité comporte aussi un désavantage: les résultats sont limités aux perceptions de ce que devrait être la pratique infirmière dans un contexte d'interdisciplinarité.

Une seconde limite tient à ce que la recherche s'est effectuée dans un milieu restreint, regroupant dans le même établissement tous les médecins pratiquant sur le territoire de cette MRC. L'organisation des services prévue pour l'instauration du GMF avait déjà fait l'objet d'une démarche pour que l'établissement se dote d'un modèle semblable, dans le cadre duquel l'interdisciplinarité constituait une pierre d'assise.

Nous pouvons présumer que la perception des personnes à l'origine du projet organisationnel a pu évoluer relativement à certaines dimensions de cette pratique, ce qui a pu influencer favorablement les résultats en matière d'interdisciplinarité.



Malgré ses limites, cette recherche présente une certaine originalité étant donné qu'elle rejoint trois groupes d'acteurs dans la définition consensuelle de la pratique infirmière. En soi, elle permet l'amorce d'une nécessaire collaboration entre les divers partenaires impliqués dans ce nouveau contexte d'organisation du travail. Par le dialogue et le partage des idées, elle a permis de mieux définir les perceptions à l'égard de la pratique selon les diverses perspectives professionnelles.

Bien qu'on ne puisse parler d'une généralisation des résultats, il est possible cependant de penser à leur transférabilité dans un autre contexte de GMF, mais aussi dans celui de la démarche consensuelle du devis constructiviste (Guba et Lincoln, 1989). Les rencontres individuelles et de groupe ont permis une définition commune de la pratique infirmière. Cette démarche suscite l'intérêt parce qu'elle favorise la participation et l'implication des personnes qui ont à travailler dans un contexte d'interdisciplinarité. Elle peut s'appliquer autant à un contexte de recherche que de pratique. La création de groupes de discussion où les conclusions sont débattues est en soi une condition à l'esprit de ►



collaboration. Prendre le temps de bâtir ainsi cette collaboration nous semble une clé pour le succès du partenariat infirmière-médecin en GMF, et un apport important pour les GMF en voie d'implantation.

Cette recherche est la première phase d'un projet plus global. Elle constitue le projet de maîtrise de la première auteure (Roy, 2003), qui a joué le rôle d'agente de recherche. La seconde phase se penchera notamment sur la réalité de la pratique infirmière en GMF après un an d'implantation, à partir des résultats de la présente recherche. Ce projet a été subventionné par la Fondation de l'Université du Québec à Rimouski (FUQAR). ●

## Références

- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (AIIC). *La pratique infirmière avancée (Énoncé de position)*, Ottawa, AIIC, 2002. [En ligne] [http://http://www.cna-nurses.ca/\\_frames/policies/policiesmainframe\\_fr.htm](http://http://www.cna-nurses.ca/_frames/policies/policiesmainframe_fr.htm) (Page consultée en novembre 2002)
- BLONDEAU, D. « L'art du soin infirmier : un art pratique. La nécessaire relation entre l'art et l'éthique », in O. GOULET et C. DALLAIRE, *Les soins infirmiers – Vers de nouvelles perspectives*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 2002, p. 301-313.
- BLUE, I. et M. FITZGERALD. « Interprofessional relations: case studies of working relationships between Registered Nurses and general practitioners in rural Australia », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 11, n° 3, mai 2002, p. 314-321.
- COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (OU COMMISSION CLAIR). *Les solutions émergentes: rapport et recommandations*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- COPNELL, B. *et al.* « Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 13, n° 1, janv. 2004, p. 105-113.
- D'AMOUR, D. « Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec » (thèse de doctorat), Montréal, Université de Montréal – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1997.
- D'AMOUR, D. *et al.* « L'action collective au sein des équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences sociales et Santé*, vol. 17, n° 3, 1999, p. 67-94.
- D'AMOUR, D. « Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? », *Ruptures*, vol. 8, n° 1, 2001, p. 136-145.
- D'AMOUR, D. « La collaboration professionnelle: un choix obligé », in O. GOULET et C. DALLAIRE, *Les soins infirmiers – Vers de nouvelles perspectives*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 2002, p. 339-363.
- DONGEOIS, M. « Médecin-infirmière, un couple à redéfinir ! », *L'Actualité médicale*, vol. 24, n° 3, 22 janvier 2003, p. 16.
- GAGNON, F. et C. DALLAIRE. « Promotion de la santé: la contribution du savoir infirmier », in O. GOULET et C. DALLAIRE, *Les soins infirmiers – Vers de nouvelles perspectives*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 2002, p. 255-277.
- GROSLEAU, I. « La valeur de la pratique infirmière avancée pour l'efficacité de l'organisation des services de santé au Québec » (essai de maîtrise), Québec, Université Laval, 2002.
- GUBA, E.G. et Y.S. LINCOLN. *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park (CA), Sage, 1989.
- GUSDORF, G. « Interdisciplinarité » (conférence), Liège (Belgique), Université de Liège, 22-23 novembre 1984.
- IVEY, S. *et al.* « A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings », *Journal of Allied Health*, vol. 17, n° 3, août 1988, p. 189-195.
- KELLY, L.Y. et L.A. JOËL. *Dimensions of Professional Nursing* (7<sup>e</sup> éd.), Toronto, McGraw-Hill, 1995.
- KÉROUAC, S. *et al.* *La pensée infirmière*, Laval (QC), Études Vivantes, 2003.
- KORSGAARD, M.A. *et al.* « Building commitment, attachment, and trust in strategic decision-making teams: The role of procedural justice », *Academy of Management Journal*, vol. 38, n° 1, 1995, p. 60-84.
- LABRECQUE, M. « Les soins prodigués par les infirmières cliniciennes sont-ils équivalents à ceux qui sont prodigués par les médecins? », *L'Actualité médicale*, vol. 23, n° 30, 4 septembre 2002, p. 32.
- LEHOUX, P. *et al.* « Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de 4<sup>e</sup> génération. Vers la conceptualisation d'une pratique en médecine familiale », *Ruptures*, vol. 2, n° 1, 1995, p. 56-72.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIQ). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec* (mémoire présenté au Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, dans le cadre de la mise à jour du système professionnel), Montréal, OIQ, 2001.
- O'TOOLE, M. « The interdisciplinary team: Research and education », *Holistic Nursing Practice*, vol. 6, n° 2, janv. 1992, p. 76-83.
- PARKER SHANNON, V.J. « La profession infirmière dans un contexte organisationnel renouvelé », in O. GOULET et C. DALLAIRE, *Les soins infirmiers – Vers de nouvelles perspectives*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 2002, p. 97-121.
- RÉSEAU D'APPUI AUX TRANSFORMATIONS DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE (RATSPL). *Document de présentation du regroupement*, Québec, Université Laval, 2001.
- ROY, D. « Conceptualisation de la pratique infirmière dans un contexte d'interdisciplinarité au sein d'un groupe de médecine de famille (GMF) du Québec » (essai de maîtrise), Rimouski, Université du Québec, 2003.
- SAILLANT, F. « Les soins, phénomène social total: plaidoyer pour une pratique ancrée de l'interdisciplinarité », in O. GOULET et C. DALLAIRE, (ss la dir. de), *Soins infirmiers et société*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 1999, p. 159-174.
- SNELGROVE, S. et D. HUGHES. « Interprofessional relations between doctors and nurses: Perspectives from South Wales », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31, n° 3, mars 2000, p. 661-667.
- SYLVAIN, H. « L'alliance des perspectives et des expertises: modèle d'intervention infirmière s'adressant aux femmes atteintes de fibromyalgie et à leur conjoint » (thèse de doctorat), Montréal, Université de Montréal, 2000.
- WAY, D. *et al.* « Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, n° 9, 30 octobre 2001, p. 1210-1214.
- DANIELLE ROY a pratiqué 20 ans en CLSC et travaille depuis quelques années à l'Agence de développement de réseaux locaux des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, au Programme de santé mentale et à celui des personnes âgées en perte d'autonomie.
- HÉLÈNE SYLVAIN est professeure à l'Université du Québec à Rimouski et s'intéresse à la pratique infirmière en GMF comme objet de recherche.