

**L'INTÉGRATION ET LA NÉGOCIATION DU RÔLE
DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES
EN CONTEXTE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE**

ANNIE RIOUX-DUBOIS

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme de
Doctorat en sciences infirmières

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

© Annie Rioux-Dubois, Ottawa, Canada, 2019

RÉSUMÉ

La prestation coordonnée de soins de santé primaires (SSP) a été éprouvée comme améliorant la qualité et l'accès des soins prodigués aux Canadiens. Plusieurs études ont notamment confirmé les avantages des infirmières praticiennes (IP) et des modèles interprofessionnels en SSP pour le système de santé. Les écrits suggèrent toutefois que l'intégration des IP en SSP est jalonnée de tensions et restructurations en raison d'une confusion supposée de leur rôle. À ce jour, les recherches ont principalement ciblé les barrières et facilitateurs de l'intégration du rôle des IP. Une analyse critique des dynamiques socioprofessionnelles et politiques de l'intégration des IP n'a toutefois pas encore été réalisée.

Une ethnographie critique combinant la Théorie de l'acteur-réseau et les concepts foucauldien de discours, savoir et pouvoir a permis l'examen des interactions sémiotiques caractérisant certains milieux de SSP. Différents modèles interprofessionnels de SSP (2 centres de santé communautaire, 2 équipes de santé familiale et 2 cliniques dirigées par les IP) ont été investis. Les données issues d'entrevues semi-dirigées avec des IP (n=23), d'observations directes de milieux et de rencontres interprofessionnelles, et d'analyse documentaire ont été soumises à une analyse thématique puis une analyse critique de discours.

Les résultats montrent que la valeur morale des IP, les finalités organisationnelles des milieux de SSP, les normes de pratique, la collaboration interprofessionnelle et la prise en charge des patients disposent les IP à la négociation de leur rôle et à certains enjeux socioprofessionnels et politiques qui génèrent plusieurs contrecoups: pluralisme de leurs rôles professionnels, dissonance identitaire, sentiments d'incompétence et d'incertitude, glissements discursifs dans leurs propres discours, et divers états émotionnels et souffrances. Ces contrecoups commandent diverses stratégies d'adaptation et de résistance permettant aux IP de gérer ces tensions. Plusieurs entités non-humaines (inscription des clientèles, discours de soutien aux médecins et espaces physiques) émergent comme acteurs agissant sur l'intégration et la négociation du rôle des IP en SSP. Cette étude permet de décrire le processus de traduction du rôle de l'IP en SSP qui problématise certains discours tenus pour acquis en SSP. Elle permet également de proposer une nouvelle définition de l'intégration du rôle des IP en SSP.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
REMERCIEMENTS	vii
LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS	x
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	1
1.1. Problématique de recherche.....	1
1.2. Pertinence de la problématique.....	6
1.3. Position épistémologique.....	8
1.4. But, objectifs et question de recherche	11
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS.....	12
2.1. Pratique infirmière avancée et infirmière praticienne.....	12
2.1.1. Pratique infirmière avancée et ses généralités	12
2.1.2. Infirmière praticienne et infirmière clinicienne spécialisée	13
2.2. Soins de santé primaires, leur réforme et l'IP	16
2.3. Intégration de l'IP en SSP.....	19
2.3.1. Intégration du rôle de l'IP : définitions et présupposés	19
2.3.2. Modèles et/ou outils d'intégration	21
2.3.2.1. Cadre PEPPA	21
2.3.2.2. Modèle Strong.....	23
2.3.2.3. Trousse d'outils de l'Initiative canadienne sur les IP ...	24
2.3.3. Rapports gouvernementaux portant sur l'intégration des IP.....	25
2.3.4. Recherches empiriques portant sur l'intégration des IP.....	26
2.3.4.1. Perspective de l'efficacité du rôle	27
2.3.4.2. Perspective des barrières et des facilitateurs.....	29
2.3.4.3. Perspective des dynamiques d'insertion en SSP.....	33
2.3.4.4. Expérience et intégration	36
2.4. Collaboration interprofessionnelle.....	37
2.4.1. Définition, concepts et principes.....	37
2.4.2. Normes de pratique de l'IP et collaboration	38
2.4.3. Difficultés de collaboration.....	41
2.4.4. Modèles interprofessionnels ontariens de SSP	44
2.4.4.1. Centres de santé communautaire.....	45
2.4.4.2. Équipes de santé familiale.....	46
2.4.4.3. Cliniques dirigées par les infirmières praticiennes	46
2.4.5. Constats.....	47
2.5. Identité professionnelle des IP	48
2.5.1. Normes de pratique des IP et leur évolution	49
2.5.2. Contexte sociopolitique : historique et discours prévalents.....	54
2.5.3. Contribution du rôle : ses modalités évaluatives	57
2.6. Négociation du rôle des IP	58
2.6.1. Relations de collaboration.....	58
2.6.2. Sphères de pratique communes.....	59
2.6.3. Attentes envers le rôle des IP	60

2.6.4.	Capacité de négociation des partenaires	62
2.7.	Intégration des IP : où en sommes-nous?	66
CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE		70
3.1.	Théorie de l'acteur-réseau.....	70
3.1.1.	Acteur/actant	72
3.1.2.	Réseau	73
3.1.3.	Traduction	74
3.1.4.	Bicaméralisme.....	75
3.1.5.	Boîte noire et controverses.....	76
3.1.6.	Pertinence de la TAR	78
3.1.7.	Travail du chercheur de la TAR.....	79
3.2.	Écrits de Michel Foucault	80
3.3.	Juxtaposition des deux approches théoriques	83
CHAPITRE 4 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES		85
4.1.	Devis de recherche : ethnographie critique.....	85
4.2.	Recrutement et échantillonnage.....	88
4.3.	Milieus d'étude.....	93
4.4.	Méthodes de collecte de données.....	95
4.4.1.	Positionnement de la chercheuse	96
4.4.2.	Observation	98
4.4.3.	Discussions informelles	99
4.4.4.	Analyse documentaire	99
4.4.5.	Entrevues semi-structurées avec des IP	100
4.4.6.	Données sociodémographiques des IP	101
4.4.7.	Journal de bord.....	101
4.5.	Méthode d'analyse des données.....	102
4.5.1.	Analyse thématique.....	103
4.5.2.	Analyse critique du discours	107
4.6.	Considérations éthiques	108
4.7.	Critères de rigueur en recherche qualitative	110
4.7.1.	Fiabilité	110
4.7.2.	Crédibilité.....	111
4.7.3.	Transférabilité	111
4.7.4.	Réflexivité.....	112
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE		114
5.1.	Description des milieux et des participants	116
5.1.1.	Observation des milieux.....	116
5.1.2.	Données sociodémographiques des IP	119
5.2.	Intégration et négociation du rôle des IP	120
5.2.1.	Bagage infirmier et valeur morale des IP.....	121
5.2.2.	Finalités organisationnelles.....	125
5.2.2.1.	Orientations stratégiques des modèles de SSP et axes de prestation des soins.....	126
5.2.2.2.	Exigences de production : contribution du réseau des SSP.....	128
5.2.3.	Norme de pratique des IP	134

5.2.4.	Place des IP dans le collectif.....	140
5.2.4.1.	Gouvernance des modèles investis par les IP	140
5.2.4.2.	Statut d'employé	145
5.2.5.	Collaboration interprofessionnelle	148
5.2.5.1.	Espoirs de la collaboration	148
5.2.5.2.	Disposition de la collaboration	149
5.2.5.3.	Formes de collaboration (« manifestations »).....	168
5.2.6.	Prise en charge des entités-patients.....	191
5.2.6.1.	Mandats des IP selon les milieux	192
5.2.6.2.	Patient : caractéristiques, imprévisibilité et territoires	193
5.3.	Contrecoups de l'intégration et de la négociation du rôle des IP	199
5.3.1.	Pluralisme des rôles professionnels	199
5.3.1.1.	Fournisseur principal.....	200
5.3.1.2.	Fournisseur secondaire.....	203
5.3.1.3.	Dépannage.....	206
5.3.1.4.	Travail de bureau	207
5.3.1.5.	Avantage économique.....	209
5.3.1.6.	Gestion	212
5.3.1.7.	Investigateur des pratiques.....	214
5.3.1.8.	Prestation de services genrés.....	216
5.3.1.9.	Pratique infirmière avancée selon l'axe communautaire	217
5.3.1.10.	Fonctions infirmières	222
5.3.1.11.	Collaboration.....	224
5.3.1.12.	SuperIP.....	224
5.3.2.	Dissonance identitaire	226
5.3.2.1.	Soins aux patients.....	226
5.3.2.2.	Structures « gouvernantes »	229
5.3.3.	Sentiments d'incertitude/d'incompétence	237
5.3.4.	Glissements discursifs	242
5.3.5.	États émotionnels et souffrances	245
5.3.5.1.	Envers l'administration	245
5.3.5.2.	Envers la norme d'exercice	247
5.3.5.3.	Envers la collaboration interprofessionnelle.....	248
5.3.5.4.	Envers les rôles professionnels	250
5.3.5.5.	Envers l'entité-patient	252
5.3.5.6.	Envers les espaces physiques	255
5.3.5.7.	Envers le statut social et la reconnaissance publique..	257
5.3.6.	Stratégies d'adaptation et de résistance.....	258
5.3.6.1.	Négocier la collaboration	258
5.3.6.2.	Effectuer de l'autosurveillance	263
5.3.6.3.	Maintenir le statu quo	267
5.3.6.4.	Créer des alliances stratégiques et de la légitimation..	270
5.3.6.5.	Gérer l'entité-patient	274
5.3.6.6.	Gérer les actants	279
5.3.6.7.	Compenser les erreurs et leurs effets	280

CHAPITRE 6 : DISCUSSION	282
6.1. Principaux constats de l'étude	283
6.2. Origines et conséquences d'une insertion non optimale des IP	286
6.3. Origines et conséquences des cadres explicatifs liés à l'intégration du rôle des IP	291
6.4. Négociation du rôle des IP dans les milieux de SSP	294
6.4.1. Éléments atypiques dans le processus de négociation	296
6.4.1.1. Caractère informel de la pratique collaborative	296
6.4.1.2. Inscription des clientèles	300
6.4.1.3. Discours de soutien aux MD	306
6.4.1.4. Espaces physiques et acteurs non humains	307
6.4.2. Processus de traduction	309
6.4.2.1. Problématisation	310
6.4.2.2. Intéressement	312
6.4.2.3. Enrôlement	314
6.4.2.4. Mobilisation	323
6.5. Intégration du rôle des IP : un concept revisité	326
6.6. Limites de l'étude	333
6.7. Implications pour les sciences infirmières	336
6.7.1. Pratique	336
6.7.2. Administration	340
6.7.3. Recherche	343
6.7.4. Formation	345
CONCLUSION	347
RÉFÉRENCES	351
ANNEXES	378
Annexe 1 – Séquence des activités de recrutement et de collecte des données	379
Annexe 2 – Demande bilingue de lettre de soutien et de participation à la recherche	380
Annexe 3 – Modèle bilingue de lettre de soutien destinée au milieu	386
Annexe 4 – Lettres de soutien des six milieux de recherche	388
Annexe 5 – Formulaire bilingue de consentement (entrevue)	394
Annexe 6 – Formulaire bilingue de consentement (observation)	403
Annexe 7 – Questionnaire démographique bilingue	411
Annexe 8 – Grille d'observation participante à l'usage unique de la chercheuse	413
Annexe 9 – Grille d'inclusion documentaire	414
Annexe 10 – Guide d'entrevue bilingue	415
Annexe 11 – Analyse critique de discours : questions pratiques sur le terrain	417
Annexe 12 – Certificat d'approbation éthique	418
Annexe 13 – Accord de confidentialité relatif à un projet de recherche : assistant de recherche	420
Annexe 14 – Extraits d'annotations en cours de recherche et implications pour la présente étude	421

REMERCIEMENTS

Je veux sincèrement remercier tous ceux qui ont permis la réalisation de ce projet doctoral, particulièrement Dre Amélie Perron, qui a dirigé l'ensemble de cette thèse avec minutie et professionnalisme. Amélie, tes qualités de penseuse critique et de rédactrice ont apporté une contribution exceptionnelle à cette étude. Nos maints échanges et collaborations teintés d'humour resteront gravés à jamais dans ma mémoire.

Je veux également remercier les membres de mon comité de thèse, qui ont été présents durant tout ce parcours : Dre Kelley Kilpatrick en particulier et Dr Patrick O'Byrne. Votre expertise et vos commentaires constructifs m'ont guidée dès l'élaboration du protocole de recherche jusqu'à la soumission finale. J'espère sincèrement poursuivre des collaborations avec vous. Merci aussi au Professeur Dave Holmes et Dre Lauralie Richard qui ont siégé sur mon jury de soutenance.

Je tiens à remercier les équipes des six milieux de soins investigués qui m'ont offert un accueil extraordinaire. Vous avez porté ce projet! Je remercie chacune des infirmières praticiennes qui a directement ou indirectement enrichi cette étude. Sachez que vous avez offert une nouvelle perspective de l'intégration, de la collaboration et de la négociation de votre rôle. Vous avez contribué à l'avancement de notre profession.

Que dire du succès d'une telle étude sans le soutien inaltérable et l'amour profond de ma famille et de mes amis. Votre patience, votre compréhension et vos encouragements m'ont aidée à réussir ce grand projet. J'aimerais souligner la contribution exceptionnelle, parfois invisible et cachée, de mon époux, François Dubois, un homme d'importance dans ma vie qui sait faire ressortir le meilleur de moi. Mon amour, chéri, tu as parfois cru plus que moi dans ce projet, tu m'as toujours soutenue et tu as su entreprendre plusieurs tâches ménagères et familiales pour me soutenir tout le long de ce parcours. Je t'en remercie et je t'aime! Je dédie cet ouvrage à nos trois filles bien aimées, de beaux cadeaux durant ce parcours doctoral : nos jumelles, Alyssa et Amylia, et notre toute dernière, Julia. J'espère que ce projet vous convaincra de l'importance de la persévérance. Atteignez vos rêves! Durant votre parcours de vie, n'oubliez jamais que vous êtes des perles précieuses et que vous êtes profondément aimées. Enfin, à celui qui a tout créé, pour qui tout est possible et à qui je dois tout : merci!

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Schéma représentant les résultats de la présente étude	115
---	-----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Impératifs de consultation des IP en SSP avant les changements aux normes de pratique ...	40
Tableau 2 - Comparaison des modèles interprofessionnels de SSP en Ontario	45
Tableau 3 - Comparaison discursive de la transformation des normes de pratique des IP en SSP	51
Tableau 4 - Sommaire de l'intensité de la collecte de données	96
Tableau 5 - Comparaison des milieux de soins investis	117
Tableau 6 - Données sociodémographiques des 23 participantes (IP en SSP)	120

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACD	Analyse critique de discours
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AR	Acteur-réseau
CA	Conseil d'administration
CDIP	Clinique dirigée par les infirmières praticiennes
CI	Collaboration interprofessionnelle
CSC	Centre de santé communautaire
DME	Dossier médical électronique
EC	Ethnographie critique
EI	Éducation interprofessionnelle
ESF	Équipe de santé familiale
IA	Infirmière autorisée
ICIIP	Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICS	Infirmière clinicienne spécialisée
IP	Infirmière praticienne
MC	Maladie chronique
MD	Médecin
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
NP	Nurse practitioner
OIIO	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
PAQ	Plan d'amélioration de la qualité
PC	Pratiques collaboratives
PIA	Pratique infirmière avancée
PPO	Point de passage obligé
QSSO	Qualité des services de santé Ontario
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
SP	Soins primaires
SSP	Soins de santé primaires
TAR	Théorie de l'acteur-réseau
TC	Théorie critique

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

1.1. Problématique de recherche

Le vieillissement populationnel et l'accroissement des maladies chroniques au Canada génèrent un fardeau sur le système de santé et il le fragilise du fait qu'il accroît l'utilisation de ressources humaines en santé a priori insuffisantes (Betancourt et collab., 2014). Afin d'appuyer la réforme canadienne de santé et de contrer la pénurie de main-d'œuvre et les problèmes liés tant à l'accès aux soins de santé qu'à l'effritement de leur qualité, Romanow (2002) a pressé les gouvernements d'investir dans les SSP. Parmi les stratégies proposées, il sommait notamment de relancer le rôle, créé dans les années 1960, des infirmières praticiennes (IP) formées en soins de santé primaires (SSP).

Les IP en SSP sont des infirmières formées aux cycles supérieurs qui peuvent diagnostiquer des maladies, prescrire des médicaments et diriger les patients vers des spécialités médicales (Bryant-Lukosius et collab., 2017; Dowling, Beauchesne, Farrelly et Murphy, 2013). Les IP doivent jouer un rôle prépondérant en amont, par des interventions de promotion et de prévention sur les déterminants de la santé, et en augmentant l'accès des personnes aux services de santé disponibles (Conseil international des infirmières [CII], 2013; Leipert, Delaney, Forbes et Forchuk, 2011; Martin-Misener, Reilly et Vollman, 2010; Organisation mondiale de la santé [OMS], 2015; Russell et collab., 2009).

Les IP occupent une place essentielle dans l'amélioration du système de santé. En effet, la recherche montre systématiquement qu'elles fournissent des soins efficaces, de qualité équivalente ou supérieure aux soins des médecins (MD), moins coûteux, sécuritaires, intégrés, plus accessibles et qui suscitent une satisfaction élevée chez les patients (Carter et Chochinov,

2007; Ettner et collab., 2006; Horrocks, Anderson et Salisbury, 2002; Laurant et collab., 2005; Maier, Aiken et Busse, 2017; Newhouse et collab., 2011; Swan, Ferguson, Chang, Larson et Smaldone, 2015; Woo, Lee et Tam, 2017). Les IP améliorent l'état de santé physique et fonctionnel des patients ainsi que leur qualité de vie (Bakerjian, 2008; Sidani et Doran, 2010; Swan et collab., 2015). L'efficacité des IP a aussi été confirmée dans plusieurs milieux tels qu'en SSP (Maier et collab., 2017; Martin-Misener et collab., 2015), en soins de longue durée (Donald et collab., 2013) et en soins actifs et ambulatoires (Bryant-Lukosius et collab., 2015; Donald et collab., 2015).

Au Canada, les IP se sont intégrées dès les années 1960 (Kaasalainen et collab., 2010). Cependant, malgré plusieurs essais cliniques randomisés qui démontraient, dès les années 1970, les résultats positifs et robustes de l'efficacité de leur pratique, les IP sont disparues dans les années 1980 pour des raisons indépendantes de leur volonté : manque de financement, diminution des recettes financières des MD qui employaient une IP, manque de législation soutenant leur champ de pratique, appui insuffisant des décideurs politiques et des fournisseurs de soins de santé ainsi que perception d'un surplus de MD généralistes (surtout en milieux urbains) (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2008; Donald et collab., 2010a; Kaasalainen et collab., 2010). C'est vers la fin des années 1990 que des partis politiques ont décidé de soutenir la réintégration des IP en SSP en Ontario (Nurse Practitioners' Association of Ontario [NPAO], 2011).

On parle fréquemment du rôle de l'IP en SSP en tant qu'innovation (Contandriopoulos et collab., 2016; Sangster-Gormley, Martin-Misener et Burge, 2013). En Ontario, cette innovation a aussi été combinée à l'arrivée de nouveaux modèles de prestation de SSP, d'équipes interprofessionnelles et de nouveaux professionnels de la santé. Edwards et Grinspun (2011)

soutiennent qu'une innovation est déjà en elle-même multisystémique et complexe; l'innovation hétérogène sur trois différents plans l'est d'autant plus. En effet, la recherche indique que la réforme des SSP, qui implique de multiples innovations, a provoqué de la confusion dans un système axé sur les soins tertiaires, lequel est traditionnellement guidé par le modèle biomédical, puisque ce système a reçu très peu de direction pour la faire réussir (Mable et Marriott, 2012; Virani, 2012). À titre d'indication de la lenteur du progrès de la réforme, le Canada se situe au dernier rang parmi sept pays industrialisés au regard de la gestion des maladies chroniques (MC) (Brasset-Latulippe, Verma, Mulvale et Barclay, 2011). C'est pourtant dans ces contextes complexes d'innovation, de réforme et de restructuration que l'on s'attend à ce que les IP s'intègrent et prodiguent une nouvelle offre de soins et à ce qu'elles tiennent un rôle de leader en matière de revitalisation des systèmes de santé (AIIC, 2008; OMS, 2015).

La profession doit donc mener à bien les volontés de la réforme. Certains concèdent aux IP un rôle d'agents sociopolitiques de la réforme et ils appuient l'idée que des éléments multisystémiques puissent ainsi façonner leur profession et même leur contribution au système de santé (Burgess, 2008; Burgess, Martin et Senner, 2011; Contandriopoulos et collab., 2016; Martin-Misener et collab., 2010). L'intégration des IP est ainsi influencée par divers contextes.

Les contextes locaux demeurent difficiles pour un bon nombre d'IP. Plus du tiers des IP canadiennes changent d'emploi dans l'année suivant leur embauche en raison du manque d'acceptation de leur rôle et de conflits interprofessionnels (Sullivan-Bentz et collab., 2010). Les IP ayant l'intention de quitter leur emploi (27 %) se perçoivent comme un membre non valorisé des équipes, limitées quant à leur avancement, exclues de plusieurs processus décisionnels et vivant des relations insatisfaisantes avec leurs collègues (De Milt, Fitzpatrick et McNulty, 2011; Schiestel, 2007). Il existe pourtant une corrélation positive ($r = 0,59$, $p < 0,01$) entre la

satisfaction au travail et la satisfaction liée à la relation collaborative entre l'IP et son équipe (Guzman, Ciliska et DiCenso, 2010). Au sein des milieux cliniques, les principes inhérents à la collaboration professionnelle, tels que la communication et le respect, seraient difficilement respectés (D'Amour, Tremblay et Proulx, 2009; Donald et collab., 2010a).

Certains chercheurs avancent que les adversités vécues par l'IP seraient plausiblement dues à des rivalités interprofessionnelles, un protectionnisme sectoriel, du territorialisme ou même la protection accrue d'un champ d'intervention (Caprio, 2006; Donald et collab., 2009). Les IP perturbent les frontières interprofessionnelles (Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe et Doran, 2012a) et elles provoquent un changement à la culture organisationnelle et professionnelle (Burgess et collab., 2011). Elles génèrent de la résistance médicale (Cashin, Theophilos et Green, 2017; D'Amour et collab., 2009; Poghosyan, Nannini et Clarke, 2013; Street et Cossman, 2010; Weiland, 2008), notamment en raison du partage des tâches médicales liées au diagnostic et à l'ordonnance (AIIC, 2008; Donald et collab., 2010a), une chasse gardée des MD depuis bien des décennies (Vadeboncœur, 2012). Ces tensions interprofessionnelles seraient majoritairement dues aux changements systémiques (rémunération, modalités de soins, rôles professionnels, etc.) encourus par les équipes qui accueillent les IP en SSP, plutôt qu'aux facteurs purement interpersonnels (van der Horst, 1992).

Les pratiques professionnelles des IP sont également influencées par les structures organisationnelles. Notons par exemple que, dans le cas des IP, les objectifs organisationnels s'opposent fréquemment à leurs obligations ainsi qu'à leurs valeurs (De Milt et collab., 2011). On avance même que les attentes liées au rôle de l'IP diffèrent selon les intervenants du milieu. Par exemple, des MD collaborateurs préféreraient que les IP soient impliquées uniquement dans les soins directs aux patients, tandis que des gestionnaires désireraient qu'elles effectuent des

tâches liées aux autres sphères de la pratique infirmière avancée (leadership, éducation et recherche) (Carter et collab., 2010). Ces différentes perspectives du rôle peuvent affecter la négociation liée au champ de pratique ainsi qu'à la satisfaction occupationnelle des IP.

Les milieux de soins sont aussi plus reconnus pour leur structure hiérarchique (Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie et Lamothe, 2011), ce qui est en soi contraire aux principes de la collaboration interprofessionnelle (CI), qui, elle, requiert un partage des compétences et du pouvoir décisionnel. Ces stratifications formelles et informelles sont d'autant plus problématiques dans le contexte d'une profession dite « avancée », où l'autonomie, le leadership et la prise de décision doivent avoir préséance sur la conformité et la normalisation professionnelles. L'IP, dont le rôle est à la fois infirmier et médical, peut être ainsi assujettie aux effets de la socialisation et de la négociation au sein d'un système relativement organisé, gouverné par un modèle biomédical dominant et caractérisé par diverses niches professionnelles.

Comme résultat, un bon nombre d'IP ne pratiquent pas selon leurs pleines compétences (Donald et collab., 2010a) prévues par la loi et par leurs normes de pratique (Scanlon, Cashin, Bryce, Kelly et Buckely, 2016). Il est reconnu que les IP sont en effet contraintes aux bonnes relations de CI afin d'élargir et de maintenir leur autonomie auprès de leurs collègues et de s'intégrer dans les réseaux de soins existants (Burgess et Purkis, 2010; Donald et collab., 2009; Maylone, Ranieri, Griffin, McNulty et Fitzpatrick, 2011). Leur rôle et leurs sphères de pratique reposent sur le succès ou l'échec de la pratique collaborative, et ce, à tous les niveaux du système de santé (Burgess, 2008; Burgess et Sawchenko, 2011).

Bien que le rôle de l'IP soit clairement balisé par un cadre légal et formel, les écrits évoquent fréquemment son manque de clarté (Donald et collab., 2010a) comme principe affectant l'efficacité de son assimilation au système. Des facteurs influents interviendraient donc

pour expliquer ce manque de clarté ainsi que les contraintes persistantes vis-à-vis de leur intégration, de leur faible rétention et de leurs changements fréquents d'emploi dans le réseau de santé. Certains chercheurs conviennent que les aspects politiques du rôle et les défis complexes encourus par les IP et leur équipe en SSP sont toujours méconnus (Burgess et collab., 2011; Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt et DiCenso, 2011; Virani, 2012).

1.2. Pertinence de la problématique

Bien que l'IP améliore indéniablement le mieux-être des populations, son intégration dans les milieux de soins est un processus complexe (Sangster-Gormley et collab., 2011) qui n'est pas sans tension (Mable et Marriott, 2012) ni restructuration (Sangster-Gormley et collab., 2011). L'évaluation du processus d'intégration est fort précieuse, car elle cerne à la fois le progrès du rôle de l'IP, mais également la progression de la réforme des SSP (Burgess et collab., 2011). Selon Burgess et Sawchenko (2011, p. 100, trad. libre), l'intégration de l'IP en SSP se définit comme suit :

L'étendue à laquelle les IP d'un programme ou d'une équipe sont capables de s'acquitter pleinement de leur champ de pratique et de leur objectif professionnel en vue de contribuer efficacement aux soins du patient. [...] Leur intégration repose sur les efforts collaboratifs du leadership et des équipes.

En effet, l'intégration des IP ne signifie pas seulement le développement d'un rôle professionnel, mais aussi leur insertion dans un système pouvant parfois être hostile et contraignant à leur implantation (Cashin et collab., 2017; D'Amour et collab., 2009; Heale et Rieck Buckley, 2015; Poghosyan et collab., 2013), notamment au regard des changements parfois imprévus qu'elles suscitent (Contandriopoulos et collab., 2016; Sangster-Gormley et collab., 2013). Dans une ère d'innovations et de réformes ayant le potentiel d'ébranler les pratiques existantes, l'intégration des IP devient un enjeu de déconstruction et de reconstruction des structures en place, des groupes sociaux et des discours (Cashin et collab., 2017;

Contandriopoulos et collab., 2016; Sangster-Gormley et collab., 2013) et elle peut ainsi susciter des phénomènes de négociation des rôles, des identités, des territoires et des pouvoirs professionnels (D'Amour et collab., 2007; Koren, Mian et Rukholm, 2010; MacNaughton, Chreim et Bourgeault, 2013; Weiland, 2008).

Peu d'études canadiennes ciblant le phénomène d'intégration des IP se sont spécifiquement penchées sur de possibles phénomènes d'oppression, de rivalité des discours et de changements identitaires. Ce sont principalement des manuscrits sans visée empirique qui étayent et questionnement les dynamiques d'oppression et du statu quo de la pratique des IP (voir Browne et Tarlier, 2008; Chulach et Gagnon, 2016; de Witt et Ploeg, 2005; Harvey, 2010; Tarlier et Browne, 2011). Les études visant la compréhension du phénomène d'intégration des IP ont plutôt dressé le portrait des barrières et des éléments facilitateurs de leur insertion ou de l'efficacité de leur pratique, des composantes raisonnablement décrites (Contandriopoulos et collab., 2015; Donald et collab., 2010a). Certains chercheurs ont par exemple opté pour des méthodologies qualitatives telles que des études de cas (voir Carter et collab., 2010; Reay, Patterson, Halma et Steed, 2006; Sangster-Gormley et collab., 2013), des recherches-actions participatives (voir Burgess et collab., 2011) et des études phénoménologiques (voir Gould, Johnstone et Wasylkiw, 2007). À notre connaissance, il n'existe aucune étude ethnographique liée à l'intégration et à la négociation du rôle des IP en SSP au Canada. Malgré les trouvailles remarquables des études susmentionnées, leurs moyens méthodologiques informent peu les processus politiques, interactifs, culturels et de pouvoir liés à l'intégration des IP en SSP. Une perspective critique du phénomène d'intégration est nécessaire en raison des infrastructures dont le soutien envers le rôle des IP est mitigé et fluctuant (Burgess et Purkis, 2010). Pour ce faire, il importe de leur redonner une voix et d'examiner les processus interactionnels puisque ces

derniers affectent les relations de collaboration, les processus de négociation et les trajectoires professionnelles des IP.

En Ontario, les IP en SSP ont intégré différents modèles interprofessionnels de SSP, lesquels reposent sur un mode d'organisation distinct, et ce, alors que leur champ de pratique a considérablement évolué (p. ex. : abolition des listes de laboratoires et de médicaments). Toutefois, ces changements n'ont été que peu étudiés à ce jour.

L'intégration des IP en SSP demeure relativement fragile au Canada, tel que le reflète notre problématique. Elle suscite des instabilités et des perturbations interprofessionnelles qui menacent la stabilité des équipes et, par conséquent, la continuité des soins aux patients. D'ailleurs, les équipes de soins qui collaborent moins bien génèreraient de moins bons résultats auprès des patients (Clarin, 2007). Une faille dans l'intégration du rôle des IP et du déploiement des contextes interprofessionnels peut coûter cher aux milieux cliniques, au système de santé et aux IP elles-mêmes. L'examen des interactions entre les acteurs du réseau de santé (IP, MD, gestionnaires, autres professionnels) et de leur convergence vers un but collectif axé sur la santé des patients est novateur et pourrait contribuer à mieux intégrer les IP dans le système de santé canadien, dont la viabilité, l'accès et l'efficacité reposent incontestablement sur la collaboration. Enfin, l'intégration réussie des IP au système de santé canadien est d'autant plus capitale puisqu'elles sont des professionnelles hautement éduquées détenant un potentiel important pour les populations canadiennes et pour le système de santé en général, et puisqu'elles sont difficiles et coûteuses à remplacer.

1.3. Position épistémologique

Les chercheurs disposent d'un répertoire varié de principes, de méthodologies, de sphères d'application et d'instrumentations pour mener à bien leur recherche, répertoire qui sera

déterminé par le paradigme dont ils se réclament (Meleis, 2007). L'intégration d'un nouveau rôle professionnel, tel que celui des IP, requiert un regard neuf, soit l'examen critique des dynamiques sociopolitiques et professionnelles des soins ainsi qu'une remise en question du statu quo en envisageant des notions de pouvoir, de discours et de transformations identitaires, ce que rend possible le paradigme de la théorie critique (TC).

Le paradigme de la théorie critique et celui du constructivisme visent à remettre au centre des discussions l'importance du contexte dans lequel s'insèrent des phénomènes observables suivant ce que Guba et Lincoln (1994) appellent le réalisme et le relativisme historique. Ces deux paradigmes ont essuyé plusieurs critiques, fondées sur un manque présumé de fiabilité, sur l'irrésolution et sur l'impossibilité de généraliser les résultats des recherches qualitatives, même si tel n'est pas l'objectif de celles-ci. Ces critiques s'expliquent par la prépondérance du postpositivisme dans la recherche actuelle, dont les fondements épistémologiques ont été décrits comme étant les plus rationnels et rigoureux pour pouvoir offrir des explications et des prédictions sûres en regard de différents phénomènes.

Le paradigme de la théorie critique offre une perspective tout autre. Sur le plan ontologique, il conçoit le monde qui nous entoure comme étant le fruit d'une articulation complexe de valeurs sociales, politiques, ethniques, économiques, sexuelles (relatives au sexe biologique), éthiques et juridiques. La réalité constitue donc le résultat de la cristallisation de ces valeurs au sein de structures diverses (p. ex. : des institutions publiques, des coutumes, etc.), considérées – à tort – dans le paradigme postpositiviste comme des manifestations naturelles, logiques et inévitables de processus prédéterminés (Guba et Lincoln, 1994). Le paradigme de la théorie critique reconnaît plutôt la coexistence simultanée de plusieurs réalités dictées par diverses contingences. Un chercheur qui souscrit à cette perspective ontologique ne peut donc

pas garantir un compte-rendu unique et fidèle de la réalité, car son analyse est nécessairement orientée par ses propres préconceptions et valeurs, qui permettent une révélation restreinte du phénomène qu'il étudie. Le chercheur travaillant avec la théorie critique est lié de manière inextricable à son objet d'étude et est en interaction avec celui-ci, ce qui oriente, sans nécessairement le limiter ni lui nuire, le processus d'investigation, ce à quoi Guba et Lincoln (1994) font référence par l'expression « épistémologie transactionnelle », qui évoque l'effacement de la distinction conventionnelle entre ontologie et épistémologie.

La théorie critique réfute donc l'hypothèse de vérités uniques, objectives, générales et absolues. Les discours (scientifiques, scolaires, professionnels, etc.) qui visent à expliquer et à donner du sens au monde qui nous entoure dépendent de structures économiques, politiques, éthiques, légales, culturelles et sociales (Guba et Lincoln, 1994). Le chercheur critique ose donc « l'effort intellectuel et pratique de ne pas accepter les idées dominantes, les modes d'action et les rapports sociaux par simple habitude et sans réfléchir » (Lincoln, Lynham et Guba, 2011, p. 57, trad. libre) et il voit la société comme étant le fruit d'une production sociale (Spurk, 2001). La recherche critique cerne les composantes structurelles et historiques des phénomènes sociaux, expose les déséquilibres de pouvoir, et repousse l'ignorance et les fausses conceptions (Guba et Lincoln, 1994) Elle remet en question les discours qui sont tenus pour acquis et tentent de discerner leur raison d'être, de même que l'existence possible de discours alternatifs. En ce sens, la présente étude privilégie une approche critique et qualitative qui cherche à explorer, à définir et à décrire un phénomène d'intérêt, soit l'intégration des IP en milieux de SSP. Cette façon de faire a commandé une proximité certaine entre la chercheuse et son objet d'étude afin de cerner les discours dominants entourant les IP – par exemple, le discours établissant que les difficultés d'intégration des IP sont essentiellement dues au manque de clarté de leur rôle.

1.4. But, objectifs et question de recherche

À ce point-ci, il est d'une importance capitale d'examiner la culture des SSP (incluant les contextes de collaboration interprofessionnelle) qui régit notamment les normes, les règles et le langage des différents collectifs où s'insèrent les IP en SSP de l'Ontario ainsi que la façon dont ces dernières se déploient et construisent leur identité professionnelle. Le but de cette étude est donc d'explorer les processus d'intégration et de négociation du rôle des IP en contexte interprofessionnel dans divers modèles ontariens de SSP, des milieux où collaborent les équipes interdisciplinaires pour le mieux-être des patients et des communautés, et où une réforme sans précédent a eu lieu au cours des dernières années. La question de recherche qui guide la présente étude est : « Comment s'effectuent l'intégration et la négociation du rôle de l'IP dans divers modèles de SSP? »

Voici les objectifs :

1. Analyser les mécanismes relationnels (associatifs) qui permettent l'intégration du rôle professionnel de l'IP dans divers modèles de SSP ontariens;
2. Mettre en lumière les stratégies professionnelles qui entrent dans le jeu de la négociation du rôle de l'IP;
3. Caractériser l'influence des dynamiques du pouvoir et des discours sur l'identité de l'IP en SSP;
4. Comprendre l'influence des contextes socioprofessionnels, culturels, historiques, économiques et politiques des SSP et des systèmes d'opposition plausibles en lien avec l'intégration des IP en SSP;
5. Comparer les propos des participants issus de différents milieux de prestation de SSP afin de dégager les convergences et différences d'intégration des IP en SSP.

Cette étude propose de remettre en question les discours courants touchant la simple confusion des rôles professionnels en mettant en lumière la nature des interactions culturelles entre les IP et les acteurs des SSP (incluant les acteurs non humains : dossiers médicaux électroniques, normes de pratique, etc.) ainsi que les dynamiques complexes entre ces derniers, lesquels facilitent et contraignent l'intégration des IP en Ontario et la normalisation des discours.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension des écrits découpe la problématique traitée en six axes constitutifs : 1) la pratique infirmière avancée et l'infirmière praticienne (IP); 2) les soins de santé primaires (SSP); 3) l'intégration du rôle de l'IP en SSP; 4) la collaboration interprofessionnelle; 5) l'identité professionnelle ainsi que 6) la négociation du rôle des IP.

2.1. Pratique infirmière avancée et infirmière praticienne

Cette section permettra de relever les écrits qui définissent ce qui est généralement entendu par les termes « pratique infirmière avancée », « infirmière praticienne » et « infirmière clinicienne spécialisée ». Nous en dégagerons en quoi consiste le rôle professionnel de l'IP.

2.1.1. Pratique infirmière avancée et ses généralités

La pratique infirmière avancée (PIA), dont font partie l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et l'infirmière praticienne (IP) au Canada (AIIC, 2008), est apparue à mesure que les gouvernements mondiaux ont reconnu que l'expansion des rôles infirmiers constituait une stratégie efficace pour améliorer les services de santé (Schober et Affara, 2006). En SSP, leur intégration a été basée sur la prémisse selon laquelle elles améliorent les indicateurs de santé, l'accès aux soins ainsi que les soins aux populations vulnérables (Bryant-Lukosius et collab., 2017).

La définition de la PIA ne fait pas l'unanimité (Blair et Mirr Jansen, 2015; Dowling et collab., 2013; Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady, 2014; Stasa, Cashin, Buckley et Donoghue, 2014). L'AIIC a statué, dans son rapport intitulé *La pratique infirmière avancée : un cadre national*, sur le dossier de la PIA en la définissant comme étant :

Une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence

confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations (AIIC, 2008, p. ii).

Une telle définition établit la PIA comme une extension de la pratique des soins infirmiers, laquelle relève principalement d'une pratique clinique (Hamric et collab., 2014; AIIC, 2016a) qui jaillit des besoins d'une collectivité. Dans la littérature, les auteurs adoptent différentes nomenclatures pour définir les diverses constituantes de la PIA.

Certains contextualisent la PIA autour de ses axes de pratique, soit les soins directs aux patients, la consultation, le leadership, la collaboration, le coaching, la recherche et le raisonnement éthique (Hamric et collab., 2014; Mantzoukas et Watkinson, 2007). Certains auteurs estiment que le niveau de confusion liée à la terminologie de la PIA et l'échec à la définir clairement contraignent son avancement (Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne et Pinelli, 2004). En revanche, les auteurs s'accordent généralement sur le fait que la PIA doit reposer sur une éducation supplémentaire obtenue à la maîtrise (Hamric et collab., 2014; Joel, 2013; Schober, 2016; Stanley, 2011). La plupart des provinces canadiennes exigent maintenant ce niveau d'éducation comme condition d'entrée à la PIA (Donald et collab., 2010b).

2.1.2. Infirmière praticienne et infirmière clinicienne spécialisée

Au Canada, les ICS et les IP sont parties prenantes du système de santé. La contribution spécifique des ICS est définie par le fait que :

Les ICS jouent un rôle de premier plan dans l'élaboration de guides et de protocoles cliniques, préconisent l'utilisation des données probantes, fournissent de l'appui des conseils d'experts [...], de la consultation [et de l'enseignement] et facilitent le changement dans le système (AIIC, 2009a, p. 1).

Dans un moment charnière de l'intégration des IP au Canada, l'AIIC a défini leur contribution en ces termes :

Des infirmières dont la formation et l'expérience sont plus approfondies, qui font preuve des compétences nécessaires pour poser des diagnostics, prescrire et

interpréter des tests diagnostiques, émettre des ordonnances de produits pharmaceutiques et accomplir certains actes médicaux précis dans leur domaine de pratique tel que régi par la loi, le tout de façon autonome (AIIC, 2008, p. 16).

Selon un regard critique, cette définition valorise le statut professionnel de l'IP sur la base des actes médicaux qui lui sont réservés et du potentiel curatif de son rôle, mais minimise les divers axes de la PIA qui doivent pourtant lui être rattachés. Bryant-Lukosius et ses collaborateurs (2004) affirment pourtant qu'un discours axé sur la substitution ou le remplacement des médecins (MD) contraint l'avancement de la PIA. L'avancement de la pratique infirmière doit se situer dans l'élargissement du champ de pratique traditionnel des soins infirmiers vis-à-vis d'un haut niveau d'autonomie et d'une utilisation optimale de connaissances *infirmières* (Bryant-Lukosius et collab., 2004). Miser principalement sur le potentiel curatif du rôle de l'IP peut être risqué. Nous aborderons davantage cette idée dans la section 2.5 *Identité professionnelle*.

Les définitions du rôle en pratique avancée semblent également évoluer dans le temps. Par exemple, en vertu de sa nouvelle prise de position, l'AIIC semble avoir mieux capitalisé sur l'aspect infirmier du rôle de l'IP, bien que cet aspect soit moins implicite à celui que l'on reconnaît à l'ICS dans la définition de son rôle présentée plus haut. Ainsi, les IP sont :

Des professionnelles de la santé uniques en leur genre : elles bénéficient d'une formation universitaire supérieure de 2^e et 3^e cycles et d'une vaste expérience de la pratique clinique. Elles ont été formées aux niveaux théorique et pratique en soins infirmiers et possèdent les connaissances et compétences médicales qui leur permettent de poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests diagnostiques, prescrire des traitements (notamment des ordonnances de médicaments) et accomplir certains actes médicaux précis dans leur domaine de pratique tel que régi par la loi, le tout de façon autonome (AIIC, 2016a, p. 1).

Les similitudes et les différences entre ces deux rôles de la PIA entraînent encore de la confusion. Bryant-Lukosius (2004, 2008, cité dans AIIC, 2009a) souligne notamment que les ICS misent davantage sur l'amélioration de la qualité de soins cliniques, tandis que les IP

centralisent leurs efforts à la prestation de soins directs. Nous croyons que ces axes de pratique investis par chacune de ces professionnelles peuvent toutefois être le résultat de forces et d'obligations sociales auxquelles leur rôle doit répondre.

Les IP offrent un éventail de services de santé de niveau avancé aux personnes de tous âges, aux familles et aux communautés de toutes les régions du Canada. Elles travaillent dans une variété de spécialités telles que les soins de santé primaires (SSP), l'oncologie, la cardiologie, la chirurgie générale et spécialisée, la neurologie, la néonatalogie, les soins palliatifs, la gériatrie, la gestion de la douleur et les soins intensifs (NPAO, 2011).

En Ontario, trois spécialités sont dorénavant reconnues et attribuées aux IP sur la base d'une formation supplémentaire et d'une certification réussies ainsi que du maintien de compétences. Ce sont les IP en soins primaires, en pédiatrie et en soins aux adultes (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2017). Les IP en soins primaires, ou plutôt les IP en soins de santé primaires (SSP) selon la traduction littérale des normes d'exercice anglophones qui les abordent (*Nurse Practitioner: Primary Health Care*; OIIO, 2017, p. 3), ont été les premières à intégrer le système ontarien (NPAO, 2017; OIIO, 1998). Spécialistes des soins de santé primaires, les IP en SSP prodiguent des soins accessibles, holistiques et efficaces pour des clientèles de tous les âges (NPAO, 2011). Ces IP ne prodiguent pas uniquement des *soins primaires*, mais des *soins de santé primaires*. (Nous ferons plus loin une distinction sémantique entre ces deux termes.) Cela signifie que les IP en SSP prodiguent des soins aux individus, mais aussi aux familles, aux groupes ainsi qu'aux communautés. On leur attribue notamment les sphères de pratique visant la promotion de la santé et la prévention des maladies (AIIC, 2009b; CII, 2013; Leipert et collab., 2011; Martin-Misener et collab., 2010; OIIO, 2004; OMS, 2015). Montrons maintenant le portrait de la prestation des soins de santé au Canada.

2.2. Soins de santé primaires, leur réforme et l'IP

Le système de santé canadien a longtemps privilégié la prestation de services de soins curatifs tels que les soins en milieux hospitaliers. Cela a laissé de nombreux Canadiens avec peu d'accès aux soins qui assurent le maintien ou l'amélioration de leur santé et de leur bien-être (AIIC, 2011a). En 2010, près de 5 millions de Canadiens n'avaient pas accès régulièrement à un fournisseur de SSP, ce qui constitue un risque à l'appauvrissement de leur santé (Association médicale canadienne, 2010). Cinq ans après, l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] (2015) déclarait que 85 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus possédaient un fournisseur de SSP, mais que son accès était problématique : 53 % de ces Canadiens ont attendu plus de deux jours avant d'être pris en charge par ce dernier. Ce manque d'accès mène 37 % d'entre eux à consulter à l'urgence pour des problèmes facilement traités en SSP (ICIS, 2015). Ce manque d'accès pourrait même s'aggraver puisque 78 % des personnes vieillissantes ont au moins une maladie chronique (ICIS, 2015).

Le fardeau de la maladie chronique (MC) au Canada est réel, notamment sur les plans des coûts en services de santé et des ressources humaines. La gestion de la MC requiert une approche multisystémique (O'Connor, Sperl-Hillen, Pronk et Murray, 2001; Wagner, 1999), l'une qui dépasse l'unique notion d'accès aux soins pour inclure la qualité des soins. L'ICIS (2015) mesure entre autres la qualité des soins par le biais de la continuité et de la sécurité des soins ainsi que par le biais des interventions éducatives visant divers aspects de la prise en charge des MC (médicaments, plans de traitement, habitudes de vie) et de leur satisfaction aux soins. Il dénote une nécessité d'amélioration. Les conditions propices aux soins ambulatoires (*ambulatory care sensitive conditions*; ICIS, 2015), soit des maladies chroniques qui ne conduisent

généralement pas à l'hospitalisation si elles sont traitées dans les milieux communautaires, peuvent et doivent être prises en charge au bon moment et dans les milieux de SSP.

En 2002, Romanow avait déjà défini les SSP comme le futur pilier du système de santé canadien et de sa pérennité. Il a pressé les gouvernements d'investir dans ce type de soins et il a notamment sommé de relancer le rôle, créé dans les années 1960, des IP formées en SSP. Il est donc apparu prioritaire de répondre aux besoins des populations par la prestation de soins de santé primaires, et ce, notamment en passant par une ressource infirmière novatrice et qualifiée :

Les soins de santé au Canada font maintenant face à de nombreux défis, comme la montée des coûts, les pénuries de professionnels, le vieillissement de la population, l'arrivée de technologies nouvelles et les problèmes liés à l'accès aux soins, notamment. La demande de praticiens cliniciens innovateurs et concertés qui doivent jouer un rôle de chef de file en soins de santé n'a jamais été plus forte (AIIC, 2008, p. 1).

Pour certains, un système de santé et ses travailleurs se doivent de travailler au-delà de l'accès aux soins, soit au regard des déterminants sociaux de la santé, du niveau de littératie en santé, de l'autonomisation communautaire et du capital social (Nutbeam, 2008). Ce sont des aspects qui sont préservés dans le cadre de la prestation de SSP. Divergents des soins médicaux traditionnels, les SSP reposent en effet sur des philosophies et des approches novatrices en santé qui dictent entre autres l'importance des déterminants de la santé (Lalonde, 1974) et des interventions effectuées en amont sur des populations, avant même que les maladies ne se développent (OMS, 1986). Des chercheurs invoquent des notions de bien-être et d'autonomisation des collectivités (Potvin, Gendron, Bilodeau et Chabot, 2005), ce qui dépasse les pôles habituels de l'individu, de la santé ou de la maladie qui prévalent dans le cadre curatif des soins de santé. Les SSP sont ainsi définis par l'OMS :

Soins de santé essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus 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 peuvent

supporter à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination (OMS, 1978, p. 3-4).

Les SSP reposent sur cinq principes fondamentaux : 1) la promotion de la santé, 2) la participation du public, 3) les connaissances et les technologies appropriées, 4) la collaboration intersectorielle et 5) l'accessibilité (AIIC, 2003).

Dans les écrits, on utilise les termes « SSP » et « SP » de façon interchangeable. Cela constitue une grave erreur qui cause de la confusion quant aux cibles des soins et aux approches à suivre (Muldoon, Hogg et Levitt, 2006). Les soins primaires (SP) sont définis comme suit par Starfield :

Level of a health system that provides entry into the system for all new needs and problems, provides person-focused (not disease-oriented) care over time, provides care for all but very uncommon or unusual conditions, and coordinates or integrates care provided elsewhere or by others (Starfield, 1998, p. 8-9).

Les soins primaires relèvent d'une vision axée sur les soins épisodiques, de nature foncièrement plus curative, et tirée d'une tradition médicale ressemblant à une prestation de soins faite par un médecin de famille dans une pratique solo (Institute of Medicine, 1996; Muldoon et collab., 2006; Starfield, 1998).

Malgré une volonté ferme de réformer le système par le biais des SSP, le Canada se classe au dernier rang parmi sept pays industrialisés en lien avec la gestion des MC (Brasset-Latulippe et collab., 2011). Des stratégies multidimensionnelles pourraient aider le Canada à se classer plus haut dans le rang (O'Connor et collab., 2001). L'intégration des IP en SSP est l'une des solutions proposées pour répondre aux enjeux actuels du système de santé (Romanow, 2002), pour générer une nouvelle offre de soins qui repose sur la philosophie des SSP (AIIC, 2010) ainsi que pour faciliter, diriger et accélérer la revitalisation des systèmes et la réforme des soins de santé (AIIC, 2008, 2018; OMS, 2015). Notons qu'en Ontario, l'intégration des IP a été jointe

à l'arrivée des équipes interprofessionnelles et de nouveaux modèles de prestation des SSP. C'est dans ces contextes complexes d'innovation, de réforme et de restructuration que l'on s'attend à ce que les IP s'intègrent et mènent à bien les volontés de la réforme.

Cependant, certains auteurs affirment que la réforme des SSP a provoqué la confusion dans le système actuel, traditionnellement guidé par le modèle biomédical et axé sur les soins tertiaires, puisqu'il a été peu préparé et a reçu peu de direction stratégique pour la mettre en œuvre (Mable et Marriott, 2012; Virani, 2012). Dans ces contextes de réformes, l'intégration de l'IP peut devenir le lieu d'affrontements de diverses réalités pouvant la fragiliser (Burgess et collab., 2011). En effet, en plus d'amplifier la confusion au regard d'une nouvelle offre de soins (SP vers SSP), l'intégration des IP en SSP peut signifier l'échec de la médecine à répondre adéquatement et efficacement aux besoins des patients (voir Roemer, 1976).

2.3. Intégration de l'IP en SSP

Tel que nous venons de le stipuler, la réforme des SSP en Ontario cadre avec l'arrivée des IP ainsi qu'avec la création de trois différents modèles interprofessionnels de SSP, lesquels seront ultérieurement détaillés concernant leur philosophie et leur structure organisationnelle. Pour mieux comprendre ce que nous entendons par l'intégration des IP, nous définirons le phénomène, en plus de cerner ses présuppositions. Nous présenterons ensuite certains modèles, outils, rapports gouvernementaux et recherches empiriques portant sur leur intégration.

2.3.1. Intégration du rôle de l'IP : définitions et présupposés

Avant d'apprécier le bassin des connaissances portant sur l'intégration des IP, il importe de définir les concepts associés au rôle et à l'intégration professionnelle de ces dernières. La recension des écrits nous permet de constater que l'intégration du rôle de l'IP est peu différenciée; elle s'entremêle avec les notions de conception, d'élaboration, de développement,

d'implantation ou de viabilité (Burgess, 2008). Nous sommes d'avis qu'un rôle professionnel est :

Un comportement répondant aux normes sociales qui est généralement défini par le statut d'un individu dans une société précise (Hamric, 2005, p. 52).

Un rôle professionnel prend donc la forme de la culture d'insertion, laquelle l'influence par ses normes, ses rites, ses symboles et ses méthodes de communication. Le rôle professionnel est ainsi modulé au gré des interactions et de la socialisation avec le collectif qui l'accueille. Dans cette perspective critique de la formation d'un rôle professionnel et de son intégration, nous comprenons le phénomène de l'intégration des IP comme étant :

L'étendue à laquelle les IP d'un programme ou d'une équipe sont capables de s'acquitter pleinement de leur champ de pratique et de leur objectif professionnel en vue de contribuer efficacement aux soins du patient. [...] Leur intégration repose sur les efforts collaboratifs du leadership et des équipes (Burgess et Sawchenko, 2011, p. 100, trad. libre).

Cette définition appuie notre perspective puisqu'elle suppose que le succès de l'intégration du rôle de l'IP s'établit relativement selon les dispositions du collectif, lequel confère ou non aux IP une capacité à déployer une bonne mesure d'autonomie vis-à-vis d'un champ de pratique étendu, mais aussi à réaliser leurs objectifs tant professionnels que personnels. Ainsi conceptualisée, l'intégration des IP ne repose pas uniquement sur leurs volontés et leurs efforts propres, mais elle provient des relations et des forces en constante progression des acteurs (IP, équipes, MD, gestionnaires, gouvernement) qui forment le collectif d'insertion. Notre regard critique, basé entre autres sur la théorie de l'acteur-réseau (qui sera présentée dans la section suivante), prévoit toutefois les acteurs non humains à titre de pleins participants au phénomène de l'intégration des IP en SSP (champ de pratique, collaboration, associations professionnelles). Dans cette étude, le concept de l'intégration d'un rôle professionnel est apprécié comme un

phénomène dynamique qui est intimement noué aux relations interprofessionnelles des IP en SSP.

Il convient maintenant de survoler les principales perspectives théoriques et les outils qui ont alimenté les chercheurs et les cliniciens s'intéressant au phénomène de l'intégration des IP en SSP.

2.3.2. Modèles et/ou outils d'intégration

Avant de survoler le corps de connaissances qui a précisément examiné l'intégration des IP, il importe au préalable de présenter les modèles et les outils qui ont été les plus fréquemment cités dans la littérature puisqu'ils alimentent les savoirs liés à l'intégration des infirmières en pratique avancée. Nous présenterons le cadre PEPPA (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004), le modèle Strong (Ackerman, Norsen, Martin, Wiedrich et Kitzman, 1996) ainsi que la trousse d'outils de l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens [ICIIP] (2004).

2.3.2.1. Cadre PEPPA

Des chercheuses canadiennes ont développé le *Cadre d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de rôles en soins infirmiers en pratique avancée fondé sur la participation et les données probantes et axé sur les patients* (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). Il est en fait une méthode structurée et prospective en huit étapes qui appuient l'implantation des rôles en PIA ainsi que la surveillance de leur efficacité :

1. Définir la population des patients et décrire le présent modèle de soins;
2. Identifier les partenaires clés et recruter les participants;
3. Déterminer le besoin d'un nouveau modèle de soins;
4. Relever les problèmes et cibler les buts prioritaires;
5. Définir le nouveau modèle de soins et le rôle de l'infirmière en PIA;
6. Planifier les stratégies d'implantation;
7. Instaurer le plan d'implantation du rôle de l'infirmière en PIA;
8. Évaluer le rôle de l'infirmière en PIA et le nouveau modèle de soins.

Avec sa structure définie, ce cadre guide les néophytes de la PIA impliqués dans le développement, l'implantation et l'évaluation de rôles en PIA en promulguant certaines facettes et certains facteurs qui influencent ces pratiques professionnelles (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). Ce cadre est basé sur l'adaptation de deux modèles : celui de Dunn et Nicklin (1995), qui définit les étapes à l'introduction de nouveaux rôles en PIA, et celui de Spitzer (1978), qui expose une stratégie pour introduire de nouveaux professionnels de la santé et qui se fonde sur une recherche-action participative.

Le modèle de Dunn et Nicklin (1995) repose sur la nature ad hoc des milieux et sur leurs besoins. Il s'est principalement développé autour des rôles des ICS, et non précisément de ceux des IP. La collaboration interprofessionnelle qui y est exposée tourne majoritairement autour de la relation avec les médecins, alors que les IP, dans le contexte de leur intégration, collaborent dans un cadre beaucoup plus large.

L'approche de Spitzer (1978), dite basée sur les *données probantes*, porte sur l'introduction et l'évaluation de nouvelles thérapies (p. ex. : médicamenteuses). Dans le cadre PEPPA, elle a été mise en relation avec l'introduction de nouveaux rôles professionnels en soins de santé. À notre avis, elle possède deux grandes limites. Elle n'a pas inclus des infirmières de PIA, mais bien des patients, des infirmières et des partenaires clés. Cette approche est aussi réductrice de l'expérience humaine puisqu'elle est comparée à l'expérience encourue lors de l'introduction de médicaments.

Le cadre PEPPA a ses désavantages. Il n'est pas un outil purement empirique. Il est davantage un guide s'appliquant dans certaines circonstances. Au cours des années où il a été créé et répandu, le cadre PEPPA a pu être utilisé pour orienter les partenaires dans le développement des rôles en PIA, généralement des acteurs non IP, afin de s'assurer que ceux-ci

réfléchissent sur les créneaux optimaux pour ces rôles en PIA ainsi que sur les structures permettant leur succès. Les acteurs non IP sont donc ceux qui ont formaté les premières ébauches du rôle des IP puisque ces dernières n'étaient pas présentes aux tables de négociation (rôle en formation). Cela constitue une limite franche du cadre PEPPA, et ses concepteurs en parlent ici :

The model of patient care is defined by stakeholder roles and relationships and is influenced by their values, beliefs and experiences with APN. These relationships create work conditions that can facilitate or obstruct APN role development (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004, p. 532).

Lors de l'implantation des rôles en PIA, les auteurs du cadre PEPPA clament que les valeurs et les principes des soins infirmiers, desquels se constitue la PIA, peuvent entrer en conflit avec la culture actuelle des soins de santé, qui est plus centrée sur la bureaucratie et sur l'approche axée sur les maladies (*disease-focused*). À leurs yeux, la réticence à transformer les pratiques professionnelles constitue une barrière à l'utilisation du cadre. Le cadre PEPPA ne touche donc pas précisément aux dynamiques sociopolitiques, identitaires et de pouvoir qui peuvent être en jeu lors de l'implantation d'un rôle comme celui de l'IP. Enfin, il se fonde sur une seule réalité d'intégration, qui est, de surcroît, plutôt conceptualisée de façon séquentielle. Des recherches récentes indiquent pourtant que les processus linéaires ne sont pas adaptés à l'examen de l'intégration des IP (Burgess et Sawchenko, 2011; Contandriopoulos et collab., 2015; Niezen et Mathijssen, 2014) ni à l'intégration de nouveaux rôles en soins de santé (Curie, Lockett, Finn, Martin et Waring, 2012; Lockett, Currie, Waring, Finn et Martin, 2012). Les IP intègrent une culture à l'étape 7 du cadre qui se doit d'être examinée au-delà des frontières créées par une démarche systématique.

2.3.2.2. Modèle Strong

Le modèle Strong d'Ackerman et ses collaborateurs (1996) a été construit autour de la pratique des IP en soins aigus et il précise que leur pratique devrait comporter cinq axes

distincts : les soins directs et holistiques, le soutien des systèmes, l'éducation, la recherche, la publication et la direction professionnelle. À notre avis, ce verdict au regard des axes de la PIA résulte de la perception et de la vision des partenaires impliqués dans l'intégration des IP en soins aigus et de leur compréhension du rôle. Cette étude non expérimentale a été guidée par une recension des écrits, par une consultation d'experts, par des échanges de type remue-méninges et par une révision des pratiques. D'ailleurs, pour certains, la visée et le langage du modèle ne correspondent pas au contexte de la PIA en Saskatchewan et au Canada (Edge et Wilson, 2017; Saskatchewan Collaborative Programs in Nursing, 2015). Ce modèle ne cible pas distinctement les pratiques professionnelles des IP en SSP et ne vise aucunement des expériences d'intégration. Au Canada, l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens ([ICIIP], 2004), elle, a vu le jour dans le but de faciliter et de mieux baliser l'intégration des IP.

2.3.2.3. Trousse d'outils de l'Initiative canadienne sur les IP

L'ICIIP (2004), lancée par l'AIIC, a établi un cadre pancanadien pour encourager l'intégration complète des IP au Canada. Cette trousse d'outils se fonde sur le cadre PEPPA, sur la recherche documentaire et expérimentale, sur la consultation d'interlocuteurs clés et sur l'évaluation des meilleures pratiques (AIIC, 2006). Elle a pour objectif d'outiller les équipes à accueillir les praticiennes et à faciliter l'évaluation de leur rôle. Le guide propose les étapes clés de l'intégration des IP (PEPPA), les facteurs facilitants ainsi que certaines recommandations. Rien n'indique que la trousse soit connue, ni utilisée par les milieux de soins, ni qu'elle offre l'avantage probant d'exercer une intégration complète.

Dans sa trousse d'intégration, l'ICIIP prévoit que les partenaires impliqués dans l'intégration du rôle de l'IP doivent « solliciter » sa participation à l'élaboration de chaque politique susceptible d'influencer sa pratique, tandis que, durant ce temps, les gestionnaires

peuvent « modifier le rôle d'IP en fonction des besoins des patients et de l'organisme » (ICIIP, 2004, p. 47). Le guide minimise la place saillante que devrait avoir l'IP relativement aux décisions qui ont trait à son rôle, ce qui engage inconsciemment les partenaires collaboratifs à amoindrir ses besoins. Subtiliser un pouvoir décisionnel est contraire aux principes inhérents du leadership et de l'autonomie *avancés* de la PIA. Cummings et McLennan (2005) soulignent pourtant l'importance de vérifier les attentes des IP, et non uniquement les exigences du rôle (besoins des patients et de l'organisation).

Nous nous attarderons maintenant aux rapports gouvernementaux qui ont influencé l'intégration des IP en les présentant selon un ordre chronologique.

2.3.3. Rapports gouvernementaux portant sur l'intégration des IP

En plus du cadre pancanadien, l'ICIIP (2006a) a émis 13 recommandations pour mieux intégrer les IP au Canada dans son rapport *Les infirmières et infirmiers praticiens : le temps est arrivé*, qui traite de la législation et de la réglementation du rôle de l'IP, de la pratique, de l'éducation, de l'évaluation et de la gouvernance. L'ICIIP a aussi élaboré le document *Plan vers l'avenir : s'engager par l'action*, qui énonce les étapes requises pour l'application desdites recommandations (ICIIP, 2006b).

Le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada a ensuite mandaté l'AIIC (2009a) de poursuivre l'examen de l'intégration des IP au Canada, ce qu'elle a fait par l'envoi de différents questionnaires structurés (bilingues) selon qu'ils ciblaient les représentants gouvernementaux, les organismes de soins infirmiers et de réglementation, les éducateurs et les IP partout au pays. Le taux de participation des IP de 2 % (n = 44) est une limite considérable de l'étude. On y lit que, parmi les 13 recommandations de l'ICIIP, plus de la moitié avait été

totale ou partiellement réalisée, mais que deux tiers de celles qui touchaient à l'intégration des IP étaient partiels ou non complétés.

Dans le *Plan d'intégration collaboratif du rôle des infirmières et infirmiers praticiens au Canada 2011-2015* l'AIIC (2011b) statue que l'intégration des IP est sur la bonne voie. L'AIIC s'engage à en suivre les progrès, ce qu'elle a réalisé dans son rapport *L'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiennes : analyse rétrospective décennale* (AIIC, 2016b). Elle confirme les progrès réalisés en matière de protection du titre professionnel, de description du rôle et de champ de pratique des IP.

Enfin, même si le cadre PEPPA et la trousse d'outils de l'ICIIP affirment qu'il est possible de créer un rôle d'IP par le biais de tables de discussions partenariales, ce discours atténue l'effet des niches professionnelles, mises en évidence dans les écrits affirmant que l'IP suscite parfois la résistance des médecins (D'Amour et collab., 2009; Donald et collab., 2010a; Street et Cossman, 2010).

Pour mieux comprendre ces phénomènes que les cadres conceptuels et outils ont peu cernés, nous procéderons à une recension des écrits portant sur l'intégration des IP.

2.3.4. Recherches empiriques portant sur l'intégration des IP

Notre repérage des écrits inclut la période de 1970 à 2016, vu l'historique décousu de l'intégration des IP, ainsi que les termes « *nurse practitioner* », « *role* », « *role integration* » et « *implementation* ». La recension est teintée par le manque de différenciation des écrits, lesquels entremêlent la conception, l'élaboration, le développement, l'implantation, l'intégration ou la viabilité du rôle de l'IP (Burgess, 2008). Pour faciliter la compréhension, nous avons structuré les recherches empiriques selon qu'elles portent sur la perspective de l'efficacité du rôle, de ses

barrières et ses facilitateurs, et des dynamiques d'insertion des IP en SSP. Nous aborderons ensuite le lien entre l'expérience et l'intégration des IP.

2.3.4.1. Perspective de l'efficacité du rôle

La majorité des études empiriques qui ont examiné l'intégration des IP l'ont fait sous l'angle des effets de leur pratique. Les études qui évaluent l'effet de la pratique des IP s'intéressent notamment au roulement des soins (Ducharme, Alder, Pelletier, Murray et Tepper, 2009; McAiney et collab., 2008; Sondag, Crecsek et Del Casino, 2010; Woo et collab., 2017), à l'utilisation des ressources (DiCenso et collab., 2007), à l'accès aux soins (Haggerty et collab., 2004; Martin-Misener, Downe-Wamboldt, Cain et Pike, 2007, 2009a), aux patients (DiCenso et collab., 2007; Marion, Finnegan, Campbell et Szalacha, 2009; Stone et collab., 2010; Woo et collab., 2017), à la gestion des maladies chroniques (Russell et collab., 2009), aux coûts et à la durée du séjour (Chen, McNeese-Smith, Cowan, Upenieks et Afifi, 2009; Cowan et collab., 2006; Klaasen, Lamont et Krishnan, 2009; Meyer et Miers, 2006; Woo et collab., 2017), à la mortalité (Woo et collab., 2017) et aux taux d'hospitalisation (McAiney et collab., 2008).

Il y a donc un corpus de connaissances significatif qui établit que l'IP offre des soins efficaces, de qualité équivalente ou supérieure à ceux des MD, moins coûteux, sécuritaires, intégrés, plus accessibles et qui suscitent une satisfaction plus élevée chez les patients (Carter et Chochinov, 2007; Ettner et collab., 2006; Horrocks et collab., 2002; Laurant et collab., 2005; Newhouse et collab., 2011; Swan et collab., 2015; Woo et collab., 2017). Donald et ses collaborateurs (2014) ont déterminé que près de la moitié seulement des études randomisées sur l'efficacité des IP et des ICS entre 1980 et 2012 étaient à faible risque de biais. Il est donc étonnant de constater que les IP ont disparu dans les années 1980, malgré deux études randomisées qui avaient été menées très tôt dans la trajectoire d'intégration des IP au Canada : le

Burlington Trial (Sackett et collab., 1974 et Spitzer et collab., 1974, cités dans Kaasalainen et collab., 2010) et la *Southern Ontario Study* (Spitzer et collab., 1973a, 1975, cités dans Kaasalainen et collab., 2010).

L'efficacité du rôle des IP vis-à-vis de la prise en charge des clientèles en SSP est démontrée (Maier et collab., 2017; Martin-Misener et collab., 2015). Levin et Bateman (2012) affirment que les IP sont en mesure d'assumer 80 % des soins primaires habituellement prodigués par les MD, un pourcentage qui s'élèverait jusqu'à 90 % auprès de la population pédiatrique (Mullinix et Bucholtz, 2009). En dépit de la complexité des soins qu'elles peuvent engendrer, les populations gériatriques gagnent à consulter des IP en SSP ou, du moins, à recevoir des soins comparables à ceux des MD ou aux soins usuels, en ce qui a trait en particulier à l'amélioration de leurs indices de santé (Chavez, Dwyer et Ramelet, 2018). Les IP ont également démontré leur efficacité en soins de longue durée (Donald et collab., 2013). Ces constats tombent à point nommé alors que les IP ont obtenu le mandat de répondre aux problèmes du système de santé engendrés notamment par la gestion des MC, plus prévalentes chez les personnes âgées. Les IP sont donc en mesure d'assumer des situations complexes. De fait, leur efficacité a aussi été démontrée dans les salles d'urgence (Woo et collab., 2017) ainsi qu'en soins actifs et ambulatoires (Bryant-Lukosius et collab., 2015; Donald et collab., 2015).

Certains estiment que ces différences dans l'amélioration des indices de santé des patients traités par les IP seraient dues à la longueur des consultations (Horrocks et collab., 2002), un point de vue auquel Cashin et ses collègues (2017) s'opposent, car, selon eux, la longueur ne serait que de 3,2 à 5,5 minutes de plus. Pour nous, toutefois, ces minutes supplémentaires peuvent permettre le déploiement de compétences infirmières avancées, par exemple sur le plan de la communication et des informations offertes en matière de santé et d'autogestion des

maladies (DiCenso, Paech et IBM Corporation, 2003). Dans une étude longitudinale réalisée par Lenz et ses collaborateurs (2004), les retours des patients à la clinique s'avéraient plus fréquents chez les patients soignés par des MD que chez ceux soignés par des IP, ce qui peut indiquer que les IP mettent en œuvre des interventions éducatives qui préviennent les complications chez ces patients.

Ces études d'efficacité des pratiques professionnelles mettent l'accent sur la qualité et la sécurité des soins offerts par les IP. Dans les études randomisées, notamment, les IP sont fréquemment comparées aux MD, même si ces deux professionnels proviennent de deux espaces disciplinaires distincts. Il convient de souligner que ces recherches ne visent toutefois pas à comprendre les dynamiques d'insertion des IP dans les milieux, bien que leurs auteurs appuient la pertinence de l'implantation des IP et soulignent la nécessité de sa continuation (Sangster-Gormley, 2011).

2.3.4.2. Perspective des barrières et des facilitateurs

Les études qui ont pour objet de recherche le phénomène de l'intégration des IP le font la majeure partie du temps en dressant un portrait des barrières et des éléments facilitateurs de leur insertion ou, comme nous l'avons vu, en misant sur les résultats des soins prodigués par les IP (Sangster-Gormley, 2012). Parmi ces recherches, on retrouve une revue intégrative de 12 études primaires et de 2 rapports provinciaux visant la période de 1997 à 2010. Elle indique que l'implantation des IP en SSP en spécialités et en soins de longue durée est un processus complexe qui progresse sous l'influence de facteurs systémiques (macro), organisationnels (méso) et cliniques (micro), tout particulièrement durant les étapes préliminaires de l'insertion des praticiennes (Sangster-Gormley et collab., 2011). Cette revue intégrative a exclu les études de développement du rôle, domaine où l'information aurait pu être saisissante. Nous

conserverons ici les catégories macro, méso et micro pour présenter les barrières de l'intégration des IP.

À l'échelle des pratiques cliniques (micro), on identifie plusieurs barrières à l'intégration des IP. Il peut s'agir d'un manque d'accès à des ressources cliniques, à de la formation continue ou au mentorat (DiCenso et collab., 2003; Kaasalainen et collab., 2010). L'équipe interprofessionnelle semble fréquemment influencer les dynamiques d'intégration des IP, notamment la résistance des MD et les contacts interprofessionnels limités (Sangster-Gormley et collab., 2011), qui peuvent contribuer au manque d'esprit d'équipe, un élément récurrent dans les écrits (Gould et collab., 2007; Irvine et collab., 2000; Jones et Way, 2004; Kaasalainen et collab., 2010; Sangster-Gormley, 2012; Sangster-Gormley et collab., 2011). L'entente et la structure prévue entre les professionnels sont pourtant angulaires au succès du rôle de l'IP et notamment à leur pratique collaborative avec les MD (DiCenso et collab., 2003; Sangster-Gormley et collab., 2015). De fait, le réseautage avec les pairs est un facteur de succès à l'intégration (Sangster-Gormley et collab., 2013). Or, les équipes interprofessionnelles sont souvent très peu préparées à l'arrivée d'une IP et elles évoquent fréquemment le manque de clarté de son rôle pour justifier les difficultés vécues (Brault et collab., 2014; Cummings, Fraser et Tarlier, 2003; Delamaire et Lafortune, 2010; DiCenso et collab., 2003; Gould et collab., 2007; Irvine et collab., 2000; Jones et Way, 2004; Sangster-Gormley, 2012; Sangster-Gormley et collab., 2011; Stolee, Hillier, Esbaugh, Griffiths et Borrie, 2006; van Soeren et Micevski, 2001). La compréhension de ces équipes vis-à-vis du rôle de l'IP est pourtant essentielle à une intégration réussie (DiCenso et collab., 2003; Sangster-Gormley et collab., 2015). Il faut ajouter à cette perspective les études qui soulignent l'importance de l'adoption du rôle de l'IP par l'équipe, par le public et même par

la communauté (Burgess et Sawchenko, 2011; Gould et collab., 2007; O'Rourke, 2013; Sangster-Gormley et collab., 2013).

Sur le plan organisationnel (mésos), des structures doivent permettre aux divers collaborateurs de mieux évoluer ensemble. La recherche indique qu'il y a une incohérence en matière de modèles de soins interprofessionnels et dans leur soutien, ce qui limite l'efficacité et le plein déploiement de la collaboration entre professionnels (Virani, 2012). Certains auteurs affirment également que les gestionnaires sont peu efficaces pour neutraliser les multiples défis de l'intégration des IP (Gould et collab., 2007; Irvine et collab., 2000; Jones et Way, 2004; Sangster-Gormley, 2012; Sangster-Gormley et collab., 2011). Le soutien des gestionnaires pourrait se manifester dans la description des postes, des infrastructures et des communications qui touchent le rôle de l'IP (AIIC, 2009a). Cependant, la culture organisationnelle participe parfois à restreindre l'autonomie des IP et à les faire évoluer selon des attentes conflictuelles (Maylone et collab., 2011; Sangster-Gormley et collab., 2011). Par exemple, plusieurs auteurs notent que la manière dont le rendement des IP est évalué circonscrit mal leur réelle contribution au milieu de soins, ce qui mine la valeur qui leur est accordée (Cashin et collab., 2017; Gould et collab., 2007; Irvine et collab., 2000; Jones et Way, 2004; Poghosyan et collab., 2013; Sangster-Gormley, 2012; Sangster-Gormley et collab., 2011). Un manque de planification à long terme des ressources humaines (Sangster-Gormley et collab., 2011) et un soutien limité de la communauté médicale (Kaasalainen et collab., 2010) ont aussi des effets sur l'intégration des IP. Par ailleurs, l'attribution de ressources aux milieux qui embauchent les IP serait d'une grande importance à une intégration réussie (DiCenso et collab., 2003).

À l'échelle systémique (macro), le manque de structures politiques et législatives qui facilitent l'autonomie et assurent la légitimation du rôle des IP, soit des lois visant

l'élargissement des champs de pratique infirmiers, des titres protégés et des dispositifs financiers pour rémunérer des postes d'IP (DiCenso et collab., 2003; Gould et collab., 2007; Irvine et collab., 2000; Jones et Way, 2004; Kaasalainen et collab., 2010; Sangster-Gormley, 2012; Sangster-Gormley et collab., 2011), est une barrière à leur intégration. Ces structures se transforment lentement, ce qui affecte le plein déploiement des IP (Scanlon et collab., 2016). L'AIIC (2009a, 2016b) décrit l'activisme des organisations professionnelles en soins infirmiers comme une contribution essentielle à la réussite de l'intégration, ce qui est le cas pour la reconnaissance du public, des dirigeants et des professionnels de la santé (DiCenso et collab., 2003; Kaasalainen et collab., 2010; O'Rourke, 2013; Sangster-Gormley et collab., 2013). La ressource humaine IP semble évoluer de pair avec la perception d'un manque ou d'un surplus d'effectifs médicaux (Kaasalainen et collab., 2010), ce qui constitue une position qui fragilise sa pérennité et l'identité qui lui est concédée (remplacement du MD) (Sangster-Gormley et collab., 2015). Encore faut-il des changements politiques pour assurer la rémunération équitable des IP, mais également des montants destinés aux MD qui collaborent avec elles (DiCenso et collab., 2003; Hanrahan, Way, Housser et Applin, 2001; Way, Jones et Baskerville, 2001a). Carter, Lavis et MacDonald (2014) sont d'avis que l'on doit davantage tirer parti du transfert de connaissances avec les décideurs politiques afin d'agir sur le contexte global de la PIA et sur son avancement.

Les barrières à l'intégration des IP semblent de prédominances clinique et organisationnelle. Les études citées n'ont pas permis d'investir les milieux de soins pour mieux comprendre les dynamiques locales vécues lors de l'intégration ni ses divers contextes. Des chercheurs s'entendent pour dire que plus de recherches sont nécessaires à la question de la définition du rôle et des pratiques locales de l'IP (Sangster-Gormley, 2012; DiCenso et Bryant-Lukosius, 2010a).

En ce sens, nous abordons maintenant le thème des dynamiques d'insertion des IP soit des recherches qui l'ont examiné.

2.3.4.3. Perspective des dynamiques d'insertion en SSP

Peu d'études traitent du processus d'intégration lui-même, c'est-à-dire des interactions locales qui prennent forme et qui influencent le déploiement des IP dans les milieux de soins. Nous avons repéré des études réalisées au Canada qui ont spécifiquement traité de l'intégration en fonction des dynamiques d'insertion des IP en SSP. Nous les présentons ici de façon chronologique.

En 2003, durant la deuxième vague d'insertion des IP en SSP et cinq ans après la légifération de leur rôle en Ontario, une étude ontarienne a identifié cinq domaines d'intégration des IP. Ces cinq domaines sont : le rôle des IP dans les milieux de pratique; les influences externes; l'implication des IP dans la prise de décision; la satisfaction au travail des IP; et les dynamiques collaboratives (DiCenso et collab., 2003). Bien que ces axes relèvent de dynamiques intimement locales, aucune observation directe des interactions entre les partenaires n'a été effectuée dans cette étude, même si les chercheurs ont visité 27 sites où des postes d'IP étaient financés (centres de santé communautaire, *primary care networks*, établissements de soins de longue durée, unités de santé publique et cliniques ambulatoires hospitalières). Ce sont des questionnaires envoyés aux IP, aux MD collaborateurs et non collaborateurs (taux de réponse respectif de 77 %, 43 % et 31 %) ainsi qu'aux patients et au public qui ont conduit à ces résultats.

En 2006, Reay et ses collègues ont été les premiers à se pencher sur les étapes initiales de l'insertion des IP en SSP dans les cliniques de médecine familiale en Alberta. Par le biais d'une étude de cas et de théorisation ancrée auprès de partenaires clés (n = 25, aucune IP) qui s'est déroulée sur une période de trois ans, les chercheurs ont conclu que la possibilité de former des

alliances partenariales de façon précoce dans le parcours d'intégration des IP assure le succès à long terme de celles-ci, à condition qu'elles aient de la flexibilité dans leur horaire. Ils prédisent qu'autrement la courbe d'intégration pourrait être « accablante », tant pour les IP que pour leur équipe.

En 2008, une recherche-action participative, réalisée en Colombie-Britannique et incluant 17 IP en cinq temps de collecte de données et en deux séances d'action, a permis de conceptualiser l'intégration des IP en SSP sous cinq axes qui définissent leur force d'insertion ainsi que leur pérennité dans le système (Burgess, 2008). Ces cinq axes sont :

- l'autonomie du rôle : capacité à déployer un plein champ de pratique;
- la reconnaissance du rôle : dans quelle mesure l'IP est utilisée selon son potentiel;
- l'inclusion du rôle : stratégies élaborées pour la participation de l'IP à l'équipe;
- la contribution du rôle : capacité à générer des mesures valides de l'apport de l'IP aux soins, à l'équipe et au système;
- l'alliance du rôle : implication de l'IP dans des réseaux extérieurs au milieu d'embauche.

En 2010, Sullivan-Bentz et ses collègues se sont intéressés à la première année de transition en pratique des IP en SSP récemment formées par le consortium du Programme ontarien de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires, et ce, au moyen d'une ethnographie ciblée sans observation, d'entrevues téléphoniques (à 3, 6 et 12 mois) de 23 IP francophones et anglophones de l'Ontario, d'analyse narrative des 21 coparticipants (MD, collègues IP et gestionnaires) et d'analyse documentaire (description de postes et de tableaux organisationnels). Malgré certaines limites, cette étude a été retenue puisqu'elle s'intéresse à l'implantation du rôle des IP dans le contexte ontarien. Le manque de préparation et d'infrastructures, d'orientation, de mentorat et de connaissances au sujet du rôle et du champ de pratique de l'IP a rendu leur transition difficile pour plusieurs participantes. Les chercheurs soutiennent que la transition des IP a été compliquée par les environnements de soins et par les changements rapides des SSP.

En 2011, Sangster-Gormley a examiné les similitudes de l'implantation des IP en SSP en Colombie-Britannique au sein de trois milieux (*fee-for-service*, *seniors model* et *mental health care model*) par le biais d'entrevues semi-structurées auprès d'IP (n = 4), de gestionnaires (n = 4) et de MD (n = 3), ainsi que de l'analyse documentaire. Selon cette chercheuse, trois thèmes marquent le phénomène de l'implantation et de la mise en œuvre (*enactment*) du rôle :

- Intentionnalité : « façon dont le rôle de l'IP est défini avant l'implantation ainsi que les objectifs auxquels il doit répondre » (p. 76, trad. libre). Comprend la clarification des intentions des membres et de celles de l'IP, la définition du rôle de l'IP et la planification à long terme. Le fait de posséder un espace physique y est aussi inclus;
- Implication : influence que peuvent avoir les différents partenaires, l'équipe et le public sur le rôle de l'IP;
- Acceptation : repose sur « la sécurisation du soutien du MD, des autres professionnels de la santé et des paliers administratifs vis-à-vis du rôle de l'IP » (p. 7, trad. libre).

En 2015, des chercheurs ont décidé d'examiner l'implantation des IP en SSP dits de première ligne au Québec (Contandriopoulos et collab., 2015) par le biais de six études de cas de milieux interprofessionnels où s'inséraient une ou plusieurs IP. Cette recherche s'est appuyée sur des entretiens semi-structurés avec 11 gestionnaires, 10 IP en SSP, 7 MD, 5 infirmières et 1 membre de l'équipe interprofessionnelle (Brault et collab., 2014). La variation des milieux et de leur région de provenance a permis de prendre en compte l'étendue des cadres organisationnels et des stades d'intégration des IP. Cependant, seuls les milieux ayant la réputation d'avoir « réussi » l'intégration des IP ont été retenus. Les résultats des six études de cas ont été croisés et l'analyse de l'implantation a été structurée selon cinq thèmes définis lors de la recension des écrits. Les cinq thèmes d'implantation sont la préparation de l'accueil, la définition des rôles, le développement d'un modèle de suivi de la clientèle, la pratique collaborative et le soutien aux équipes qui accueillent les IP. Cette étude met en évidence le fait que plusieurs milieux sous-estiment les défis liés à l'intégration des IP, et ce, même s'ils avaient apparemment « réussi » cette intégration.

2.3.4.4. Expérience et intégration

Le délai nécessaire pour pouvoir déterminer qu'une intégration est « complétée » influence la perception de la réussite de celle-ci. Peu d'auteurs spécifient ce délai dans leurs analyses du processus d'intégration professionnelle. Dans une étude effectuée auprès d'infirmières cliniciennes, Hamric et Taylor (1989) estiment qu'une implantation complète peut prendre de trois à cinq ans. Nous nous sommes alors demandé si l'expérience d'intégration était variable selon l'expérience de l'IP, selon qu'un rôle avait été préalablement élaboré ou selon que l'IP avait cumulé plusieurs années à titre d'infirmière autorisée (IA). Nous avons dû examiner des recherches portant sur une plus longue période d'intégration pour cerner l'influence de ces facteurs. Ces études ont toutefois été menées en milieux de soins aigus.

Selon les écrits scientifiques, l'intégration des IP demeure difficile, même pour les praticiennes qui ont un cumul d'expérience à titre d'IP ou même si le rôle est déjà existant (déjà implanté) dans le milieu. Les IP expérimentées surmontent elles aussi des embûches relationnelles et de la méfiance au sein de l'équipe (van Soeren et Micevski, 2001). Leur expérience à titre d'IA ne semble pas amoindrir leurs problèmes d'intégration. Dans l'étude de DiCenso et ses collègues (2003), 54 % des IP participantes avaient accumulé plus de cinq ans d'expérience à titre d'IA, mais, malgré cela, ces dernières ne se sentaient pas préparées à gérer des problèmes de santé complexes ni à assumer plus d'autonomie. Brown et Olshansky (1997, 1998) avaient d'ailleurs établi que l'intégration des IP nécessite une période d'ajustement pour toutes les praticiennes, pour le personnel et pour le système de santé. L'environnement de soins joue un rôle décisif dans l'utilisation ou la sous-utilisation des IP (Zammuto, London et Rowland, 1979). Nous savons que les IP en SSP entretiennent des relations de collaboration avec des MD, le plus souvent des médecins de famille, et des équipes interprofessionnelles dans

divers milieux de soins de santé. Il est donc temps de mieux comprendre les contextes de collaboration dans lesquels s'insèrent les IP.

2.4. Collaboration interprofessionnelle

La pratique innovatrice des IP engendre des changements dans les structures de services de soins de santé. Elle repose grandement sur l'engagement et sur la collaboration étroite avec les médecins et partenaires (Sangster-Gormley et collab., 2015; Smith, 2011). La littérature regorge d'information sur la collaboration interprofessionnelle (CI), sujet que nous ne pouvons pas couvrir en entier. Nous nous attarderons sur sa définition, sur ses concepts directeurs et sur les principes qui lui sont associés. Nous examinerons également les normes de pratique des IP en SSP en Ontario en ce qui a trait à la collaboration. Nous nous pencherons ensuite sur les difficultés de collaboration telles qu'elles sont liées à l'intégration des IP et sur les modèles interprofessionnels ontariens de SSP. Nous terminerons par les constats les plus saillants.

2.4.1. Définition, concepts et principes

Il existe plusieurs termes pour parler de la collaboration entre les professionnels de la santé. Nous nous concentrerons sur la « collaboration interprofessionnelle » (CI) ainsi que sur les « pratiques professionnelles » qui en découlent. L'AIIC définit la « collaboration » comme étant :

Un processus complexe qui nécessite non seulement la mise en commun des connaissances, mais aussi le partage des responsabilités en ce qui concerne les soins, les traitements et les résultats (AIIC, 2008, p. 26).

En milieux de soins, la CI se concrétise au quotidien sous la forme de pratiques professionnelles. Certains auteurs, dont Hanrahan et ses collègues (2001), parlent ainsi de « pratiques collaboratives », qui impliquent une prise de décision et une communication partagées par les collaborateurs et fondées sur le respect des qualités et des compétences de

chacun. La littérature parle également du « soin interprofessionnel », qui réfère davantage à l'actuelle prestation de soins, compétents et de haute qualité, effectuée par les divers professionnels et qui implique tout à la fois les patients :

La prestation complète de services de santé aux patients par les multiples intervenants en santé qui travaillent en collaboration pour prodiguer des soins de qualité dans un milieu et parmi les milieux (Interprofessional Care Steering Committee [ICSC], 2007, p. 7, trad. libre).

Notre étude ne s'intéresse pas directement au soin interprofessionnel, mais bien aux relations et aux processus de collaboration qui impliquent l'intégration des IP.

La littérature accorde plusieurs bien-fondés à la CI. Collaborer ne facilite pas uniquement la prestation de soins de qualité (Mahdizadeh, Heydari et Moonaghi, 2015), mais elle rend également ces soins plus efficaces (Supper et collab., 2014). Toutefois, cette efficacité est proportionnelle au degré auquel les collaborateurs font preuve de coopération, d'affirmation, de responsabilisation, de communication, de mutualité, d'autonomie et de coordination (DiCenso et collab., 2003; Norsen, Opladen et Quinn, 1995; Poghosyan et collab., 2013; Siegler et Whitney, 1994; Way et collab., 2001a). Un environnement empreint de collégialité permet de mettre en valeur le savoir et les habiletés individuelles, d'assurer leur mise en commun, de tirer parti de l'étendue des rôles et des champs de pratique de chacun des membres, de fortifier le processus de décision partagée et de faciliter le travail d'équipe (Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care [EICP], 2006). La CI est capitale en SSP et elle est explicitement identifiée comme telle dans les normes de pratique des IP.

2.4.2. Normes de pratique de l'IP et collaboration

La nature collaborative du rôle des IP a été reconnue (Reid, 2001). À la lecture du *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada* (AIIC, 2010) ou de la norme d'exercice des IP de l'Ontario (OIIO, 2017), la CI avec les prestataires de soins et les

patients s'inscrit comme un principe fondamental de leur pratique. La collaboration et la consultation sont des axes reconnus des rôles en PIA (Hamric et collab., 2014).

La norme d'exercice des IP énonçait jadis une liste de circonstances cliniques particulières pour lesquelles les IP tenaient une obligation légale de consulter un MD (OIIO, 2004) (voir Tableau 1 ci-dessous). L'IP peut, depuis 2011, pratiquer de façon étendue et ne consulter un MD ou autre prestataire de soins qu'au moment du dépassement de ses connaissances et compétences propres ou lorsque le patient tirerait parti de l'expertise des autres professionnels de la santé (OIIO, 2017). L'IP a pour mandat d'examiner et d'intégrer les recommandations des prestataires de soins ainsi que d'accepter les demandes de consultation de ces derniers. Cela pourrait indiquer les responsabilités que possèdent les IP sur le plan intraprofessionnel, soit avec les infirmières. Cela dit, ces transformations majeures à la norme d'exercice ont pu déstabiliser les relations et les processus collaboratifs développés entre les collaborateurs, principalement entre les IP et les MD, en plus de fragiliser la perception du rôle de l'IP, par exemple un qui soit maintenant basé sur les compétences variables des IP. Cependant, la recherche ne nous éclaire pas sur les effets possibles de tels changements sur la pratique de l'IP et sur leurs relations de collaboration.

Tableau 1

Impératifs de consultation des IP en SSP avant les changements aux normes de pratique

Raisons (consultation obligatoire d'un MD)	Détails (situations cliniques précises)
Le diagnostic ou le plan de traitement n'est pas clair ou dépasse le champ de compétence de l'IP, y compris, mais non exclusivement, en présence des facteurs suivants :	• Tout signe ou symptôme persistant ou récurrent auquel on ne peut attribuer aucune cause; • Tout signe, symptôme ou résultat d'analyses par imagerie ou de laboratoire suggérant la présence d'une maladie systémique chronique non diagnostiquée; • Les symptômes ou les résultats d'analyses démontrant le déclin ou l'altération du fonctionnement d'un organe ou d'un système; • Tout signe d'une infection récurrente ou persistante; • Toute manifestation atypique d'une maladie courante ou toute réaction inhabituelle au traitement; • Tout signe ou symptôme d'une maladie transmise sexuellement chez un enfant; • Tout signe ou symptôme de changement de comportement auquel on ne peut attribuer une cause précise; • La croissance ou le développement anormal d'un bébé ou d'un enfant.
La situation met en péril la vie d'une personne, y compris, mais non exclusivement, en présence des facteurs suivants :	• Tout signe ou symptôme d'un incident grave mettant en péril la vie, les membres ou les sens; • Tout signe ou symptôme d'obstruction d'un système; • Les signes d'une infection grave ou étendue; • Une fièvre supérieure à 39 °C chez un enfant de 3 à 36 mois sans site d'infection apparent; • Tout signe ou symptôme de maladie chez un enfant de 3 mois ou moins; • Toute blessure (contusion, plaie par pénétration ou autre) pouvant causer des lésions sous le fascia ou entraver le fonctionnement de l'organisme; • Tout signe ou symptôme relié à des facteurs de risque pour le fœtus ou pour la mère.
Une affection chronique s'aggrave, y compris, mais non exclusivement, en présence des facteurs suivants :	• Les symptômes ou les résultats d'analyses de laboratoire indiquant la détérioration d'un client; • La détérioration inattendue de l'état d'un client qui est déjà traité pour une maladie diagnostiquée.

Source : Adapté d'OIO (2004).

On comprend également que la CI, telle qu'elle est défendue aux axes de la PIA, ne se limite pas aux individus, car il s'agit pour l'IP de :

Fournir et promouvoir des soins interprofessionnels axés sur les clients au niveau de la personne, de l'organisation et des systèmes (AIIC, 2010, p. 9).

La capacité de transformer des organisations et des systèmes, en contextes de PIA et de collaboration, n'est pas aisée. Le leadership des IP qui est nécessaire pour ce genre de transaction n'est pas forcément acquis, car la force du leadership sera étroitement liée à leur acceptation dans

les équipes de soins (Sangster-Gormley, 2011). Les IP dépendent des bonnes relations de collaboration interprofessionnelle pour élargir et maintenir leur autonomie auprès de leurs collègues et pour s'intégrer dans les réseaux de soins existants (Burgess, 2008; Burgess et Purkis, 2010; Donald et collab., 2009; Maylone et collab., 2011). Leur intégration au sein d'équipes de SSP n'est pas sans tension (Mable et Marriott, 2012), conflit ni restructuration (Sangster-Gormley et collab., 2011).

2.4.3. Difficultés de collaboration

Dans les milieux cliniques, certains principes inhérents à la CI, tels que la communication et le respect, seraient difficilement respectés (D'Amour et collab., 2009; Donald et collab., 2010a). Les IP font parfois face à une piètre attitude et à un manque de respect des MD (Clarín, 2007; DiCenso et collab., 2003; Sullivan-Bentz et collab., 2010) et à un manque d'acceptation et de compréhension de leur rôle par tous les membres de l'équipe (Brault et collab., 2014; DiCenso et collab., 2003; Sangster-Gormley et collab., 2015). Ces tensions interprofessionnelles seraient entre autres dues aux changements systémiques (rémunération, modalités de soins, responsabilité professionnelle, etc.) encourus par les équipes qui accueillent les IP en SSP, plutôt qu'à des facteurs purement interpersonnels (DiCenso et collab., 2003; Donald et collab., 2010a; van der Horst, 1992), des constats qui s'appliquent également à la collaboration intraprofessionnelle (entre IA et IP) (Moore et Prentice, 2013). Les IP ont pourtant l'obligation d'adhérer à un programme d'assurance responsabilité et certaines profitent également des assurances des milieux d'insertion (p. ex. : hôpitaux, cliniques de SSP). Certains auteurs rapportent que les IP perturbent les frontières interprofessionnelles des professionnels de la santé (Kilpatrick et collab., 2012a; Sangster-Gormley et collab., 2015).

En ce qui concerne plus spécifiquement la collaboration entre les IP et les MD, plusieurs auteurs affirment que les IP génèrent parfois de la résistance médicale (D'Amour et collab., 2009; Donald et collab., 2010a; Sangster-Gormley et collab., 2011; Street et Cossman, 2010), notamment en raison du partage des tâches médicales liées au diagnostic et à l'ordonnance (AIIC, 2008), une chasse gardée des MD depuis bien des décennies (Vadeboncoeur, 2012). La résistance au rôle semble être plus accrue chez les MD peu exposés aux IP et à leur rôle (DiCenso et collab., 2003; Street et Cossman, 2010). Ces adversités seraient plausiblement dues à des rivalités interprofessionnelles, à un protectionnisme sectoriel, à du territorialisme ou même à la protection accrue d'un champ d'intervention (Caprio, 2006; Donald et collab., 2009).

Ces résistances peuvent être néfastes à la réussite de l'intégration des IP, surtout pour ce qui est de la collaboration entre l'IP et le MD puisque ce dernier a un rôle principal à jouer auprès de l'IP. Il semblerait que la rétention et la satisfaction au travail sont significativement améliorées lorsque les infirmières et les MD collaborent bien (Hughes et Fitzpatrick, 2010; Liedtka et Whitten, 1998; Ritter, 2011). Une étude néozélandaise de petite envergure montre pourtant que, chez les IP impliqués ($n = 9$), deux tiers des équipes de SSP collaborent partiellement ou aucunement (Wilson, Coulon, Hillege et Swann, 2005). La collaboration partielle signifiait pour ces IP qu'elles ne recevaient un appui des partenaires que dans certaines circonstances. L'absence de collaboration était plutôt associée à un rejet de leur rôle ou de leur contribution. Une collaboration englobant le partage du pouvoir a été possible seulement pour un tiers des équipes. DiCenso et ses collaborateurs (2003) invoquent que la collaboration entre l'IP et le MD pourrait être teintée par les genres : les MD mâles étant une fois et demie plus enclins à souhaiter travailler avec une IP. Des études sociologiques révèlent que les femmes préfèrent des interactions sociales se fondant sur le partage, tandis que les hommes préfèrent une approche

centrée sur les résultats et plus directe (Kirtley et Weaver, 1999). La recherche sur les IP ne nous éclaire pas davantage quant aux effets des genres sur la CI.

Les contextes de pratique interprofessionnelle demeurent difficiles pour bon nombre d'IP et ils modulent leurs relations collaboratives et leur rôle. Les milieux de soins sont plus reconnus pour leur structure hiérarchique (Kilpatrick et collab., 2011), ce qui est en soi contraire aux principes de la CI, qui, elle, requiert un partage des compétences et du pouvoir décisionnel (AIIC, 2008; D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez et Beaulieu, 2005). Dans ces milieux, certains MD désirent préserver les traditions, ce qui rend les transformations du système difficiles (Mable et Marriott, 2012). Comme Hutchison (2008) l'indique :

The move toward collaborative and team based approaches to care requires a culture shift that will be especially challenging for physicians who are accustomed to being the undisputed team leader. In an interdisciplinary environment, involvement of other professional and administrative staff in policy and management decisions is no longer discretionary (p. 13-14).

À notre avis, la collaboration interprofessionnelle, une innovation qui s'est concrétisée avec l'arrivée de nouveaux modèles interprofessionnels de prestation des SSP et avec l'intégration des IP, a pu être en quelque sorte imposée aux MD, ce qui rend leur adoption plus difficile. Cependant, il serait problématique de ne demeurer qu'à ce niveau de la collaboration.

En fait, les difficultés de collaboration ne se situent pas uniquement entre les professionnels de la santé, mais également entre les IP et les milieux de soins. Par exemple, De Milt et ses collaborateurs (2011) témoignent du fait que les objectifs organisationnels des milieux s'opposent fréquemment aux obligations des IP ainsi qu'à leurs valeurs. Les attentes liées à leur rôle professionnel en sont ainsi modulées, ce qui peut susciter des conflits (DiCenso et collab., 2003). Il y a un manque clair d'orientation des politiques et des organismes de soins, en plus d'une absence de stratégies de gestion du changement pour faciliter le déploiement de la CI (AIIC, 2009a). Cela peut être dû au fait que l'on suppose que la CI va de soi

(Contandriopoulos et collab., 2015; Moore et Prentice, 2013). Toutes ces difficultés énoncées dans cette section ont un impact direct sur l'intégration des IP (ICIIP, 2004). La réussite de son intégration repose notamment sur l'implication de l'équipe et sur son acceptation (Sangster-Gormley et collab., 2011).

Nous verrons maintenant que l'appel aux IP en Ontario a signifié qu'elles s'intègrent dans trois modèles interprofessionnels de SSP, lesquels peuvent moduler les contextes interprofessionnels et administratifs et, donc, leur intégration.

2.4.4. Modèles interprofessionnels ontariens de SSP

Romanow (2002) a soulevé l'importance de réintroduire les IP dans le système de santé canadien, mais aussi de renforcer leur utilisation dans les équipes interprofessionnelles en SSP, et ce, parce que les équipes de soins affichent de meilleures performances de gestion des patients atteints de MC (Fisher et Weihs, 2000) qu'un MD seul (Litaker et collab., 2003). Ces résultats sont d'ailleurs plus notables lorsqu'une IP est présente (Russell et collab., 2009) ou suivant la prestation de soins dans les modèles communautaires et de coordination intégrée de soins (Pineault, Provost, Hamel, Couture et Levesque, 2011).

En Ontario, les IP se sont intégrées au sein de trois modèles interprofessionnels de prestation de SSP, dans l'ordre suivant : les centres de santé communautaire (CSC), les équipes de santé familiale (ESF) et les cliniques dirigées par les IP (CDIP). Nous verrons que ces modèles de soins sont caractérisés par des objectifs, par une gouvernance et par des modalités de financement qui diffèrent (voir Tableau 2), ce qui peut, selon nous, influencer l'autonomie des IP qui intègrent ces institutions et l'état de leur collaboration avec leurs partenaires.

Tableau 2*Comparaison des modèles interprofessionnels de SSP en Ontario*

	<i>Modèles interprofessionnels ontariens de SSP</i>		
	CSC	ESF	CDIP
Création	1975	2005	2007
Nombre actuel	75	188	25
Conseil d'administration (CA)	CA communautaire	CA dominé majoritairement par des MD. Modèles de gouvernance mixte ou communautaire possibles.	CA dominé par des IP : 51 % des représentants sont des IP.
Objectifs	SSP, promotion de la santé, prévention des maladies, clientèles sous-desservies, développement communautaire	SP, accessibilité, soins intégrés et familiaux, utilisation de la technologie, programmes de prévention des maladies	SP, soins intégrés et familiaux, soins aux patients orphelins (sans MD de famille), programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé possibles
Types de clientèles	Généralement socioéconomiquement défavorisées, maladies chroniques, nouveaux arrivants	Généralement plus favorisées, plus en santé	Patients orphelins surtout. Autres clientèles généralement socioéconomiquement défavorisées, maladies chroniques, nouveaux arrivants
Type de collaboration	MD partenaires	Équipe en soutien aux MD	MD consultants
Inclusion des IP	Incluses dès la création des CSC	IP optionnelles IA obligatoires	IP obligatoires
Rémunération des MD	Salaire	Paiements par capitation combinée	Paiement à l'acte + 10 000 \$/an pour chaque IP (qu'elles consultent ou non)

Source : Adapté de Russell et collab. (2009), de Glazier et collab. (2012) et de Heale (2012).

2.4.4.1. Centres de santé communautaire

Au nombre de 75 aujourd'hui, les CSC servent approximativement 500 000 patients en Ontario, dont 250 000 accèdent aux services de SSP. Ces centres sont nés de la Saskatchewan rurale et ont débuté sous forme de projets pilotes dans les années 1970 en s'inspirant d'une nouvelle vision de la santé influencée par Lalonde (1974) et Tommy Douglas, le fondateur de Medicare au Canada. Dès 1980, les CSC deviennent des modèles de soins approuvés qui se fondent sur des approches communautaires à la santé.

2.4.4.2. Équipes de santé familiale

Au compte de 188, les ESF servent plus de 3 millions de patients. Ces équipes sont nées d'une proposition formulée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) au regard de l'implantation de « modèles de SSP collaboratifs » en 2004. Selon nos analyses, le MSSLD a prévu ces changements au moyen de nouveaux incitatifs financiers, de soutien par le biais de technologies de l'information, de discours de soins accessibles, compréhensifs et de qualité, et d'efficacité accrue du MD grâce à une équipe de soins. Les MD en Ontario pratiquaient alors sous le modèle de la pratique médicale solo, qui comporte peu de nécessités de collaboration et qui se base sur la rémunération à l'acte. Le MSSLD a assuré une période de transition où la pratique médicale solo se convertissait tranquillement et volontairement en groupes de santé familiale (GSF), qui sont devenus les ESF d'aujourd'hui. Il s'agit selon nous d'une étape clé dans l'ajustement des modalités de financement et des mœurs liées à la collaboration. Cette série d'initiatives s'est soldée par l'ajout de professionnels de la santé, obligatoirement des IA et optionnellement des IP. Selon nous, ce sont, en quelque sorte, ces stratégies gouvernementales, mesurées et progressives, en apparence constructives, qui ont permis d'influencer la trajectoire des pratiques médicales et la possible assujettissement de ces dernières.

2.4.4.3. Cliniques dirigées par les infirmières praticiennes

Au compte de 25 cliniques, les CDIP servent plus de 43 000 patients. La première CDIP a vu le jour en 2007 dans la région de Sudbury à la suite de protestations de deux visionnaires IP sans emploi qui estimaient que les IP étaient la réponse d'accès aux SSP des 30 000 patients orphelins sans médecin de famille de cette région. Ces IP étaient prêtes à prendre en charge, en collaboration avec des MD, les patients délaissés par le contexte de pénurie médicale. Ce

mouvement visait également à émanciper le rôle de l'IP et son champ de pratique (qui étaient à la fois limités ailleurs par l'employeur et par les MD partenaires), à favoriser la gouvernance infirmière et à détacher les IP des médecins (*agency physicians*) recueillant des primes sur le travail qu'elles effectuaient (Heale, 2012). Fortement appuyées par le public et par les médias, et en dépit des oppositions féroces des organisations médicales, les CDIP ont été financées par le MSSLD. Leur installation a suivi la stratégie *Family Care for All* du gouvernement portant sur les soins aux familles, aussi prônés par les ESF.

2.4.5. Constats

La recherche indique par ailleurs que les modèles de soins interprofessionnels varient grandement selon les contextes, selon les processus à l'intérieur des groupes, selon la nature des tâches et selon l'intensité de la collaboration nécessaire à son déploiement (Virani, 2012). Selon ce que nous en savons, aucune étude ne s'est intéressée à comparer les contextes de CI et d'intégration des IP dans les trois milieux ontariens de SSP présentés ci-dessus. Pourtant, l'AIIC énonce clairement la déstabilisation engendrée par les contextes de CI :

L'élaboration et la mise en œuvre des modèles de pratique en soins primaires entraînent le besoin de discussion et de collaboration entre un large éventail d'intervenants. Certains répondants ont décrit des modèles de pratique efficaces. Toutefois, il semble y avoir un certain nombre de problèmes non réglés, comme le besoin de clarifier le sens de la pratique interprofessionnelle et l'élaboration de mécanismes de financement qui favorisent une pratique pleinement collaborative et veillent à l'utilisation optimale des compétences de tous les fournisseurs de soins de santé. Les modèles de pratique actuels comportent des obstacles à la mise en œuvre du champ de pratique des IP (AIIC, 2009a, p. 34).

À la vue de la définition proposée par l'AIIC, la collaboration dans les modèles de SSP ne consiste pas uniquement en une dyade interprofessionnelle entre l'IP et le MD, mais en des interactions complexes entre plusieurs intervenants et éléments non humains. Ils entreront dans des processus de collaboration qui seront assurément teintés par le contexte organisationnel

autour duquel ils gravitent. Peu de chercheurs se sont intéressés aux acteurs non humains qui pourraient influencer la collaboration.

En résumé, afin d'améliorer les résultats sur la santé des patients, les équipes doivent créer des environnements propices à leur travail interprofessionnel, mais une foule de facteurs les influencent. Le développement et le maintien de la collaboration ne sont pas aisés. La collaboration repose principalement sur la collégialité entre les partenaires, un principe qui est aussi nécessaire à la réussite de l'intégration des IP. N'étant pas acquise, la collégialité se développe toutefois au gré du temps et des expositions entre les partenaires (DiCenso et collab., 2003; EICP, 2006). Nous croyons que le niveau et la force d'interactions (et d'intégration) créées, développées et maintenues entre les IP et les différents partenaires, les milieux de soins et les systèmes peuvent varier pendant leur expérience d'insertion, ce qui affecte ainsi l'intégration et la contribution des IP. Contrairement à la pratique de certains professionnels, celle des IP repose sur leur capacité à recourir aux autres professionnels, notamment aux MD. Bujold (2008) affirme que cette spécificité peut contribuer à provoquer une crise identitaire, qu'il convient d'examiner.

2.5. Identité professionnelle des IP

Au vu des écrits recensés, l'intégration du rôle des IP semble associée à différents enjeux identitaires. Rappelons qu'un rôle est :

Un comportement répondant aux normes sociales qui est généralement défini par le statut d'un individu dans une société précise (Hamric, 2005, p. 52).

Un rôle professionnel, modulé au gré d'interactions et de socialisations, prendra donc forme selon la culture d'insertion. La culture est le cercle commun d'un système de règles, de normes et de valeurs partagées au sein d'une communauté déterminée. Elle influence un rôle professionnel et son insertion dans un milieu par le biais de normes, de rites, de symboles et de

méthodes de communication. Il importe donc de discuter dans cette section des différents comportements des IP, par exemple leurs sphères d'activité, mais aussi des normes sociales des SSP qui régissent ces activités. Pour ce faire, nous discuterons des normes de pratique des IP et de leur évolution, du contexte sociopolitique des soins (histoire et discours) et des modalités évaluatives du rôle des IP puisqu'ils nous permettent de comprendre autant les comportements attendus que les normes implicites et explicites auxquelles les IP doivent souscrire.

2.5.1. Normes de pratique des IP et leur évolution

Les IP agissent selon leurs normes de pratique et les lois qui les sous-tendent. Ces dernières balisent donc les comportements professionnels des IP. En Ontario, les normes de pratique ont subi des changements majeurs depuis plus de 20 ans, comme en font foi les différentes éditions des normes de pratique émises par l'OIIO (1998, 2004, 2008, 2011, 2017). Ces versions illustrent des changements constants dans le rôle des IP et évoquent donc certaines déstabilisations qu'elles ont pu créer chez les IP et, par extension, leur équipe.

Avant 2008, par exemple, le diagnostic médical était un acte autorisé aux IP pour autant que ces dernières étaient « conformées aux normes d'exercice prescrites concernant la consultation des membres d'autres professions de la santé » (*Loi sur les infirmières et infirmiers*, paragraphe 5.1(2), citée dans OIIO, 2004) et que ce diagnostic était inscrit dans leur champ de compétence – un champ très restreint à cette époque. Un changement subséquent aux normes de pratique a accordé aux IP le droit de poser et de communiquer un diagnostic, et ce, sans passer par un MD collaborateur. Maintenant, les IP n'ont plus l'obligation de consulter un MD en vertu des circonstances cliniques que présentent leurs patients (voir Tableau 1 ci-dessus) : elles le font en cas de dépassement de leurs compétences individuelles (et ce, avec tout prestataire de soins jugé nécessaire) ou lorsque le patient bénéficierait de ce lien de collaboration. Il faut également

souligner que, depuis 2011, les IP n'ont plus un champ de pratique limité en fonction de listes de médicaments ou de laboratoires. D'autres modifications au champ de pratique des IP devraient encore survenir puisque l'OIIO (2014) et le MSSLD collaborent à des modifications des dispositions réglementaires résiduelles au projet de loi n° 179, incluant :

- l'élimination des restrictions liées aux épreuves diagnostiques et l'autorisation à prescrire des tomodensitogrammes ou autres formes d'énergie (p. ex. imagerie par résonance magnétique);
- l'autorisation à effectuer des analyses de laboratoire délocalisées;
- l'autorisation à appliquer certaines formes d'énergie (p. ex. : la défibrillation).

De fait, après la fin de la collecte de données de la présente étude, les IP se sont vu attribuer de nouvelles responsabilités, notamment la recommandation vers des spécialités sans que le spécialiste soit contraint dans sa rémunération (mai 2015), la prescription de substances contrôlées (mars 2017) ainsi que l'ordonnance d'échographies et de radiographies non limitée à des régions corporelles (mai 2018).

Nous pouvons d'ores et déjà constater que la norme de pratique des IP, qui relève de plusieurs lois, évolue sans cesse. Nous sommes d'avis qu'une telle évolution peut influencer l'expérience d'intégration des IP en SSP, leurs relations de collaboration et leur identité professionnelle. D'ailleurs, notre recension des écrits ne nous a permis d'identifier aucune étude portant sur l'intégration des IP qui s'est penchée sur les effets de ces transformations.

Nous avons fait l'exercice initial d'examiner et de comparer les normes de pratique passées et présentes (OIIO, 2004, 2011). Cet exercice révèle l'opération de changements majeurs dans les discours professionnels et réglementaires des IP en SSP (voir Tableau 3 ci-dessous).

Tableau 3

Comparaison discursive de la transformation des normes de pratique des IP en SSP

<i>Éléments ciblés</i>	<i>Norme de pratique (OIIO, 2004)</i>	<i>Norme de pratique (OIIO, 2011)</i>
Titre	<i>Infirmières autorisées de la catégorie spécialisée (IA(CS))</i>	<i>Infirmière praticienne (IP)</i>
Qui est inclus?	IA avec une certification d'IP en soins de santé primaires	IA avec l'une des 3 certifications : • Soins primaires • Soins aux adultes • Pédiatrie
Définition du rôle	« Connaissances poussées en matière d'évaluation, de diagnostic, de thérapeutique (y compris les traitements pharmacologiques, les thérapies complémentaires et le counseling), de gestion des soins de santé et d'animation et planification communautaires » (p. 3)	« Ont les compétences nécessaires pour exercer leur autorisation de diagnostiquer, d'ordonner et d'interpréter des résultats d'analyse de diagnostic, de prescrire des produits pharmaceutiques et d'effectuer certaines interventions » (p. 3 – définition basée sur l'AIIC, 2009)
Principes de la norme	Basée sur des compétences en SSP et les actes autorisés	Basée majoritairement sur les actes autorisés et le survol des compétences
Compétences professionnelles	Description des 6 compétences des IP en soins de santé primaires : • Évaluation de l'état de santé et diagnostic • Thérapeutique (y compris les traitements pharmacologiques, les thérapies complémentaires et le counseling) • Rôle et responsabilités • Promotion de la santé et prévention des maladies • Santé familiale • Animation et planification communautaires	Référence aux compétences du <i>Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada</i> (AIIC, 2010) – non spécifiques aux IP en SSP : • Évaluation de l'état de santé et diagnostic • Prise en charge du traitement • Rôle professionnel, responsabilité et obligation de rendre compte (pratique clinique, collaboration, consultation et recommandation, recherche, leadership) • Promotion de la santé et prévention des maladies
Discours lié aux domaines de la pratique avancée	• Soins directs • « Recherche » (mot utilisé une fois) • Leadership « infirmier » : ○ Devoir de décrire le rôle d'IP <i>au sein de la</i> profession infirmière ○ « Gestion des soins de santé » (p. 3) (expression utilisée une fois) • Consultation, collaboration	• Soins directs • « S'informer des actualités », fonder les décisions sur les « meilleures preuves disponibles » • Leadership : ○ Devoir de revendiquer les politiques justes sur « l'admission et le congé des patients » ○ Assurer l'existence de « systèmes fiables » • Consultation, collaboration
Pratique	• Sphère d'action médicale autonome qui repose sur la	• Sphère d'action médicale qui repose sur les connaissances, les compétences

<i>Éléments ciblés</i>	<i>Norme de pratique (OIIO, 2004)</i>	<i>Norme de pratique (OIIO, 2011)</i>
autonome	gestion de maladies épisodiques ou chroniques stables • Apport infirmier élargi évident • Liste des conditions pour lesquelles il est obligatoire de consulter un MD • Ordonnance selon liste approuvée de médicaments	et le jugement individuels de chaque IP, et non sur un état spécifique ou un espace pathologique évolutif • Consultation des MD ou autres professionnels au besoin
Évaluation de l'IP et responsabilité	• Après 1800 h ou 3 ans, programme d'assurance de la qualité évalue sa pratique et son niveau de réseautage aux fins de consultation : ○ Évaluation de dossier ○ Évaluation de la consultation • Doit « faire des efforts raisonnables pour être à la disposition des personnes qui souhaitent la consulter » (p. 8) • Cadre d'évaluation plus serré dans un contexte de pratique plus étroite	• Répondre aux exigences du Programme d'assurance de la qualité de l'Ordre ○ Plan d'apprentissage annuel (2 objectifs généraux et un autre qui s'inspire du rôle de l'IP) ○ IP qui sont choisies aléatoirement : examen de dossiers, entretien et/ou simulation clinique • Éviter les conflits d'intérêts liés à la pharmacothérapie • Nouveau thème lié au fait de mettre fin à la relation thérapeutique – notion de prise en charge complète des patients
Collaboration interprofessionnelle	En général : • Collaboration est la responsabilité centrale de l'IP ○ « Il incombe à l'IA(CS) d'établir une relation de travail avec un MD » (p. 6) ○ « Favoriser la communication, la collaboration et le respect entre professionnels » quand l'IA(CS) doit changer la posologie de médicaments prescrits par d'autres professionnels (recherche d'info peut être laborieuse) Avec le MD : • Liste exhaustive de conditions pour lesquelles l'IP doit obligatoirement consulter un MD • Consultation avec un MD doit donc être fréquente Avec les IA : • IA(CS) ne peut pas ordonner à une IA d'effectuer des interventions Ententes de collaboration : • « L'IA(CS) et le MD s'entendent sur les mécanismes et les processus de consultation qui leur conviennent » (p. 6)	En général : • Réseau consultatif de l'IP est à former « si nécessaire » • Collaboration comme une « responsabilité partagée », bien que l'on y énonce seulement le rôle des IP à cet égard • Apparition des termes : ○ « Soins inter et intra professionnels » pour améliorer les résultats des clients ○ Valeur de collaboration : « partenariats, communication, objectifs communs, prise de décision partagée, confiance, respect mutuel, autonomie et sentiment de responsabilité partagée » (p. 12). ○ « Renvois » (p. 13) : intervention par un autre professionnel ou prise en charge conjointe • Consultation non reliée spécifiquement au MD, terme remplacé par « autres professionnels de la santé, y compris d'autres infirmières » (p. 12) • Consultation quand « besoins s'éloignent du champ d'application légal de l'IP, vont au-delà de ses compétences individuelles ou que les soins pourraient profiter de l'expertise ou des conseils d'autres professionnels » (p. 13) Ententes de collaboration : • « Collabore avec d'autres professionnels de la santé en choisissant des méthodes de consultation mutuellement acceptables » (p. 13)

<i>Éléments ciblés</i>	<i>Norme de pratique (OIIO, 2004)</i>	<i>Norme de pratique (OIIO, 2011)</i>
Domaines liés aux soins de santé primaires	• Utilisation du terme « soins primaires » en français, mais « <i>primary health care</i> » en anglais • Évaluation des dynamiques familiales • Animation et planification communautaires (évaluation communautaire et interventions, principes d'épidémiologie) • Prévention primaire incluse	• Utilisation du terme « soins primaires » en français, mais « <i>primary health care</i> » en anglais • Suppression des termes « famille, groupes, collectivités, communautés » mis à part pour une annotation liée au fait que l'IP soigne les « familles tous âges » • Promotion de la santé et prévention citée une fois, mise en lien avec le « client » uniquement (axe peu communautaire) • « Soins de santé essentiels auxquels a accès un client » (p. 11)
Domaines liés aux soins curatifs	• Produits thérapeutiques, mais terminologie toujours associée aux « traitements non pharmacologiques et counseling » (citée 4 fois dans le texte)	• 6 pages sur 9 pages axées sur les actes autorisés et leur gestion, surtout en ce qui a trait aux médicaments • Disparition des notions de thérapies complémentaires et counseling, mentionné une seule fois « interventions et traitements pharmaceutiques et non pharmaceutiques » (p. 6)
Cours recommandés pour l'entrée dans le programme de formation	• Dynamique familiale • Santé communautaire • Révision/mise à jour dans les domaines de l'anatomie et de la physiologie, évaluation de la santé et pharmacologie	• Révision/mise à jour dans les domaines de l'anatomie et de la physiologie, évaluation de la santé et pharmacologie
Notes	• Utilisation erronée de l'expression « soins primaires » • Concepts présentés plus fidèles aux principes des SSP	• Utilisation erronée de l'expression « soins primaires » • Disparition de certains concepts majeurs des SSP

Source : Adapté d'OIIO (2004, 2011) et d'AIIC (2010).

Notre analyse des normes de pratique des IP nous permet d'entrevoir certains changements discursifs. Le discours de la santé communautaire, bien prévalent dans certaines versions (OIIO, 1998, 2004), est disparu dès 2008 lorsque les IP en soins aigus ont été incluses aux normes de pratique des IP en SSP. Cet axe de la pratique des IP en SSP est pourtant fondateur à leur profession (Silver, Ford et Stearly, 1967). Rassembler des univers de soins disparates, soit les soins en communauté et les soins hospitaliers, semble avoir nécessité de standardiser le langage des normes afin qu'il soit applicable aux deux catégories d'IP. Cependant, ces milieux n'ont ni la même cible ni les mêmes objectifs de soins. À notre avis, cela a créé un nouveau positionnement identitaire des IP en SSP, lequel dilue leur saveur spécifique. Il faut aussi reconnaître que les normes sont souvent les seuls guides concrets permettant aux collaborateurs de comprendre le rôle des IP. L'identité professionnelle des IP étant formée par leur collectif d'insertion, ces changements aux normes ont pu influencer leur trajectoire d'intégration, notamment leurs sphères de pratique, leur rôle et leur contribution.

Modulée par les normes sociales, l'identité des IP peut également être influencée par leur historique d'insertion et par des discours qui entourent leur rôle.

2.5.2. Contexte sociopolitique : historique et discours prévalents

Les IP canadiennes ont une histoire d'intégration quelque peu décousue. Kaasalainen et ses collaborateurs (2010) parlent d'une insertion en trois phases : la première est celle des infirmières en régions éloignées et nordiques (Donald et collab., 2010a; AIIC, 2008); la deuxième se situe de la moitié des années 1960 aux années 1980 – période pendant laquelle ont émergé les premières formations et premiers déploiements d'IP en réponse à la pénurie de médecins de famille; et la troisième va de la fin des années 1980 jusqu'à aujourd'hui. Toutefois, nous proposons une quatrième phase d'insertion, compte tenu de la dissolution rapide du rôle des

IP dans les années 1980, et ce, malgré des preuves positives et robustes de leur efficacité (essais cliniques randomisés) (Donald et collab., 2010a). La disparition des IP en 1983 en Ontario a été due au manque de financement, à la diminution des recettes financières des MD qui les embauchaient, au manque de législation soutenant leur champ de pratique, à l'appui insuffisant des décideurs politiques et des fournisseurs de soins de santé ainsi qu'à la perception d'un surplus de MD généralistes (surtout en milieux urbains) (Donald et collab., 2010a; AIIC, 2008).

Cet historique d'insertion reflète l'articulation complexe des domaines sociopolitiques des professionnels, des soins et des systèmes. Certains auteurs concèdent ainsi aux IP un rôle d'agents sociopolitiques de la réforme, étant donné que des éléments multisystémiques façonnent leur profession et leur contribution au système de santé (Burgess, 2008; Burgess et collab., 2011; Contandriopoulos et collab., 2016; Martin-Misener et collab., 2010).

La PIA, dans laquelle s'inscrit l'IP, relève également d'un domaine sociopolitique. Des auteurs relèvent que l'environnement, les ressources et les structures, dans lesquels les rôles de PIA existent et interagissent, influencent leur but et leur nature : on y compte les aspects managériaux, les considérations politiques, les mécanismes de remboursement du coût des soins, l'évaluation des résultats et de l'amélioration de la performance, le marketing, les structures et cultures organisationnelles, les dispositifs législatifs et les titres des compétences professionnelles (Bryant-Lukosius et collab., 2004; Hamric et collab., 2014; Poghosyan et collab., 2013; Styles et Lewis, 2000). Ces auteurs sont d'avis que ce sont ces éléments qui permettent à la PIA de prendre forme.

En Ontario, des acteurs politiques ont conduit à la revitalisation de la profession en 1993 et à sa réintégration (AIIC, 2008). L'appui politique a pris la forme de changements législatifs (p. ex. : *Expanded Nursing Services for Patients Act*) (DiCenso et collab., 2003) et de

financement de rapports consultatifs et d'initiatives (p. ex. : création de postes d'IP, soutien à la formation, financement de modèles interprofessionnels). La province de l'Ontario a ainsi contrôlé quelques facteurs environnementaux susceptibles de nuire aux rôles en PIA et à leur avancement (Bryant-Lukosius et collab., 2004).

Le contexte de la réforme des soins de santé a aussi participé à raviver l'intérêt envers le rôle des IP dans les années 1990, notamment puisqu'elles ont été l'une des solutions proposées pour augmenter l'accès et la qualité des soins des Canadiens (AIIC, 2008; Romanow, 2002). Comme nous l'avons vu précédemment, la réforme vient toutefois avec ses propres problèmes, qui peuvent fragiliser la perception de la contribution des IP au système de santé.

En ce qui concerne les organisations professionnelles, l'Association médicale canadienne a adhéré à l'élargissement du rôle des infirmières, particulièrement dans le domaine du maintien de la santé, en vue d'améliorer l'accessibilité et « l'efficacité » des services de santé, ce qui n'incluait pas précisément la qualité des soins (CMAJ, 1973, cité dans Kaasalainen et collab., 2010). Dans un esprit de travail d'équipe dans lequel l'infirmière et le MD coopèrent dans des rôles interdépendants, l'Association identifiait toutefois le MD comme l'« ultime responsable » du diagnostic et du plan thérapeutique, et que :

An associate role is an evolving one, it is important to maintain a flexible and experimental approach of deciding responsibilities for the patients a nurse should undertake (CMAJ, 1973, cité dans Kaasalainen et collab., 2010).

Les notions d'interdépendance et de rôle d'« associé » nous indiquent que l'Association médicale canadienne ne prônait pas l'autonomie de la profession infirmière comme on la conçoit aujourd'hui. Les discours de la profession médicale montrent qu'un tel point de vue perdure dans certains milieux, ce qui pose un risque à l'intégration des IP et à leur identité professionnelle :

In a letter he sent earlier this year to family physicians, Dr. Jon Johnsen of the Ontario Medical Association Section of General and Family Practitioners

suggested that PAs [physician assistants] provide « true collaboration » and preserve the physician/patient relationship while NPs are being encouraged to work independently and their collaboration with physicians involves consultation rather than preserving the patient/physician relationship (DiCenso, 2008).

Ces perspectives montrent que la formation d'une identité professionnelle ne repose pas uniquement sur la personne. Il faut toutefois préciser que ces résistances ne sont pas uniques à la profession médicale : les infirmières autorisées en SSP ont également eu des réserves vis-à-vis des IP (DiCenso et collab., 2003).

Nous examinerons maintenant les modalités qui permettent d'évaluer la contribution du rôle des IP, ce qui peut alimenter leur identité professionnelle.

2.5.3. Contribution du rôle : ses modalités évaluatives

Dans une société néolibérale, la valeur d'un rôle professionnel est fortement subjuguée à la démonstration de son efficacité économique. Les mesures d'évaluation et de rendement des rôles professionnels tentent donc de capter l'étendue de leur contribution. La recherche démontre toutefois que la plupart des IP s'inquiètent des indicateurs de rendement soumis aux organismes subventionnaires, car, dans la plupart des cas, ils ne reflètent guère la totalité de leur pratique (DiCenso et collab., 2003). Selon certains auteurs :

L'évaluation n'est-elle pas une manière pour les bailleurs de fonds de s'assurer que notre action s'inscrive davantage dans les priorités *que ceux-ci auront fixées*? Que restera-t-il alors de notre autonomie? (Jalbert, Pinault, Renaud et Zuniga, 1997, p. 7-8).

Le choix de certaines variables d'évaluation au détriment d'autres peut contribuer au succès ou à l'échec du rôle de l'IP et, donc, à sa pérennité. Certains auteurs estiment que les mesures d'évaluation rendent l'IP « invisible », ce qui fragilise la reconnaissance de sa contribution au système (Cashin et collab., 2017; Poghosyan et collab., 2013).

En somme, les normes de pratique des IP, l'historique de leur insertion au système de santé canadien ainsi que les discours professionnels et les mesures d'évaluation de leur rôle sont autant de facteurs socioprofessionnels et politiques qui gouvernent la formation de leur identité. À ce propos, nous pensons qu'il pourrait exister une pluralité d'identités professionnelles des IP qui se manifesteront selon l'influence des milieux d'insertion. Les études portant sur l'intégration des IP à ce jour n'ont pas précisément relevé ces enjeux identitaires. Il est donc impératif, selon nous, de se pencher sur les dynamiques de négociation du rôle des IP.

2.6. Négociation du rôle des IP

Certains chercheurs affirment que les milieux cliniques sont déterminants quant au succès ou à l'échec de l'intégration du rôle de l'IP (Donald et collab., 2010a; Sullivan-Bentz et collab., 2010) :

L'intégration d'un nouveau rôle dans une organisation correspond à une innovation et remet en question les façons de faire de plusieurs professionnels (D'Amour et collab., 2007, p. 14).

Une remise en question des façons de faire peut par conséquent déclencher des négociations. Certains auteurs suggèrent qu'il est temps d'examiner les dynamiques de négociation qui surviennent lors de l'intégration des IP puisque peu de recherches s'y sont attardées (Carter et collab., 2010; Donald et collab., 2010). Les écrits montrent que la négociation serait entre autres influencée par les relations de collaboration, par les sphères de pratique communes, par les attentes et par la capacité de négociation des partenaires.

2.6.1. Relations de collaboration

La mesure de l'intégration de l'IP est étroitement liée à ses relations de collaboration et à l'intensité de celles-ci. Ces relations lui permettent de (re)négocier les champs de pratique partagés (Burgess et Purkis, 2010). Or, tel que nous l'avons mentionné précédemment, le

développement et le maintien de relations de collaboration ne sont pas aisés. La CI est un élément paradoxal vis-à-vis des processus de négociation : elle peut déposséder les IP de leurs moyens de négociation en cas de relations non satisfaisantes et elle peut susciter, dans un contexte de négociation, des tensions et des défis relationnels qui interféreront avec leur intégration complète (Donald et collab., 2010a). Burgess (2008) précise que les relations de collaboration ne se limitent pas aux milieux de pratique : les IP doivent les forger à tous les niveaux du système de santé (micro, méso et macro).

2.6.2. Sphères de pratique communes

La littérature montre que la négociation des équipes, plus fréquemment entre les IP et les MD, porte principalement sur les champs de pratique communs (D'Amour et collab., 2007; Donald et collab., 2010a). Martin-Misener et ses collègues (2010) ont dénoté un chevauchement du rôle des IP avec celui des MD, mais également avec celui des infirmières en santé publique et en pratique familiale. La compétition entre les professionnels serait présente en SSP (Koren et collab., 2010), ce qui est contraire aux valeurs de la CI authentique promulguée dans et par ces milieux. Des approches scientifiques novatrices doivent permettre la compréhension du partage, de la collaboration, de l'interdépendance, du pouvoir et des processus de prestation des SSP (Koren et collab., 2010). Cette recherche doctorale espère faire une contribution à ce sujet.

La variabilité des fonctions de prise en charge des IP ontariennes de l'étude de DiCenso et ses collaborateurs (2003) semble indiquer que les IP les ont dûment négociées dans les milieux. Ces fonctions ciblent parfois une condition spécifique (diabète, insuffisance cardiaque, etc.), une population (enfants, personnes âgées, etc.), une localisation géographique déterminée ou un champ de pratique (soins primaires généraux). Dans l'étude de Laurant et ses collaborateurs (2005), des IP ne prodiguaient que des soins épisodiques, tandis que d'autres, des

soins globaux de SSP selon leur milieu d'insertion. La variabilité du rôle des IP évoque aussi des dynamiques de préservation, de partage, de délégation ou de concession de territoires professionnels. Certains auteurs estiment qu'un champ de pratique d'IP est plus susceptible d'être étendu lorsque des entités externes sont impliquées dans les décisions concernant la prise en charge de l'IP (DiCenso et collab., 2003).

Dans les écrits, les partenaires de soins citent fréquemment le manque de clarté du rôle de l'IP comme barrière à leur intégration (Brault et collab., 2014; Cummings et collab., 2003; Delamaire et Lafortune, 2010; DiCenso et collab., 2003; Stolee et collab., 2006; van Soeren et Micevski, 2001). Ces propos confirment la nature politique du rôle de l'IP de par le changement qu'il entraîne dans les cultures organisationnelle et professionnelle (Burgess et collab., 2011). Ce changement implique pour les partenaires de négocier par exemple leur « juridiction » (D'Amour et collab., 2007). Le rôle de l'IP positionne les partenaires (cliniques, sociaux et politiques) à la jonction de divers impératifs, attentes et construits identitaires, notamment par le fait que la philosophie (infirmière) qui sous-tend ce rôle est difficilement déchiffrée par les membres de l'équipe (Clarin, 2007). Cela s'explique, d'une part, par le manque d'alignement de cette philosophie au contexte néolibéral, qui favorise l'économie et l'efficacité des soins (Foth, Block, Stamer et Schmacke, 2015) et, d'autre part, par son caractère hybride se situant entre les sciences médicales et infirmières (Chulach et Gagnon, 2016). Les IP doivent négocier, pour elles-mêmes et avec le groupe d'appartenance, leur identité et les attentes du collectif.

2.6.3. Attentes envers le rôle des IP

L'intégration des IP suscite diverses réactions dont certaines se manifestent sous forme d'attentes envers leur rôle, et d'autres par des débats et des négociations de « juridictions ». Les attentes et les territoires doivent être clarifiés et négociés par les partenaires collaborateurs par un

processus de construction du rôle des IP (D'Amour et collab., 2007) ou de clarification des rôles (Brault et collab., 2014). Ces processus sont complexes et sont investis de dynamiques organisationnelles et professionnelles.

La négociation des attentes envers le rôle de l'IP ne survient pas seulement au moment de leur insertion; elle est « constante » (D'Amour et collab., 2007) et parfois fluctuante. Même la compréhension des barrières à l'intégration des IP diverge entre professionnelles interrogées (DiCenso et collab., 2003; Hanrahan et collab., 2001). Le processus de négociation est compliqué par le fait que les attentes envers les IP sont peu clairement énoncées, voire contradictoires. Par exemple, les MD préfèrent que les IP se concentrent uniquement sur l'aspect clinique de leur rôle, tandis que les gestionnaires espèrent leur adhésion dans toutes les sphères de la PIA (Carter et collab., 2010). Dans l'étude de Martin-Misener et ses collaborateurs (2010) en Nouvelle-Écosse rurale, ce sont les MD *et* les gestionnaires qui s'attendent à ce que les IP privilégient les soins cliniques, et ce sont les partenaires communautaires qui prévoient l'importance de leur pratique en santé communautaire. Il existe pourtant une relation inversement proportionnelle ($r = -0,399$, $p < 0,05$) entre la satisfaction des IP au travail et la proportion de temps allouée aux activités cliniques (Guzman et collab., 2010). D'autres études démontrent quant à elles que la satisfaction au travail des IP augmente avec leur capacité à s'adonner à leurs tâches cliniques (DiCenso et collab., 2003).

Ces disparités entre les résultats des études pourraient s'expliquer par un décalage entre les attentes envers le rôle des IP et les réalités du système de santé où elles pratiquent (Burgess et Purkis, 2010). Il se peut également qu'un domaine clinique leur offre des conditions particulières : intégration plus aisée, moindres questionnements identitaires, relations de

collaboration plus fructueuses. L'IP pourrait privilégier les soins cliniques afin d'assurer le succès de son intégration.

Les attentes et les négociations participent à la variation locale du rôle des IP. Il importe de relever en quoi les partenaires sont capables ou non de négocier dans les milieux de SSP.

2.6.4. Capacité de négociation des partenaires

Selon l'AIIIC (2010), les IP possèdent des compétences sûres pour négocier les changements et les différends dans les milieux, et elles sont en mesure de communiquer et d'établir des coalitions :

Les infirmières et infirmiers praticiens appliquent leurs connaissances générales et spécialisées avancées en communication, négociation, établissement de coalitions, gestion du changement et résolution de différends, y compris en ce qui concerne la capacité d'analyser les différends, de les gérer et de négocier (p. 10).

Cette affirmation présuppose toutefois que les IP possèdent a priori un pouvoir de gestion du changement et de persuasion du collectif. Pourtant, la littérature suggère le contraire : d'une part, compte tenu des configurations encore hiérarchiques des milieux d'insertion (Kilpatrick et collab., 2012a) et, d'autre part, suivant le constat que l'autonomie et le leadership des IP reposent sur leur acceptation dans les équipes de soins (Maylone et collab., 2011; Poghosyan et collab., 2013; Sangster-Gormley, 2011). Les habiletés de négociation des IP résident dans leur capacité d'affirmation de soi, mais aussi dans leurs possibilités d'association avec le collectif. Le temps pourrait être un excellent gage de capacité d'insertion et de négociation (Reay et collab., 2006). D'Amour et ses collaborateurs (2007) estiment d'ailleurs que le temps est un allié en ce qui concerne l'intégration de nouveaux acteurs dans un milieu.

Le collectif peut octroyer ou retirer un droit de parole aux acteurs qui le composent. L'absence d'infrastructures de pouvoir soutenant le rôle des IP (Burgess et Purkis, 2010) peut limiter le droit de parole des IP en SSP. L'AIIIC (2011b) affirme pourtant que les infirmières de

PIA, en tant que praticiennes, chercheuses et chefs de file en matière de politiques, doivent être incluses dans les processus décisionnels et déployer leur pleine autonomie afin de concevoir et d'élaborer des modèles de soins de santé plus efficaces. Le manque de visibilité des IP au sein du système de santé, dû à des politiques qui freinent leur plein déploiement ou à des structures qui ne captent pas leur réelle contribution, est problématique et peut contribuer au fait que les IP soient peu ou pas consultées par les décideurs (Cashin et collab., 2017; Poghosyan et collab., 2013).

Carter et ses collaborateurs (2010) pensent qu'il est grand temps d'examiner les structures de rapport (*reporting structures*) afin de déterminer si les IP sont minimalement présentes aux tables de négociation. Examiner la composition d'un conseil d'administration (CA) pourrait être un point de départ. Un CA composé d'une majorité d'IP pourrait garantir des politiques institutionnelles qui soutiennent le rôle des IP et promeuvent la CI (Heale, 2012; Heale et Butcher, 2010). Le Tableau 2 ci-dessus indique les différentes structures décisionnelles dans lesquelles s'intègrent les IP.

La négociation peut être influencée par les habiletés et par les schémas de communication des partenaires, surtout en ce qui a trait aux sphères communes de pratique. Van Soeren et Micevski (2001) ont observé que les MD possèdent moins d'habiletés de communication et d'accommodation, ce qui peut entraver la CI, étant donné qu'elle repose sur la communication efficace et le compromis. Ces lacunes peuvent fragiliser la place des IP : si la communication et la collaboration avec le MD sont déficientes, elles sont plus susceptibles de penser qu'il a des doutes ou des réticences quant à leur champ de pratique ou leurs responsabilités (DiCenso et collab., 2003). En contrepartie, les MD percevraient parfois les praticiennes comme « tournant

autour du pot » (Burgess et Purkis, 2010, p. 9, trad. libre) et préféreraient qu'elles s'affirment de façon indépendante (Foth et collab., 2015).

Les philosophies qui sous-tendent les différentes disciplines professionnelles peuvent influencer l'efficacité de la communication et les processus de négociation. Mishler (1984) décrit par exemple que les MD parlent en termes objectifs (« voix de la médecine »), tandis que les patients et les infirmières parlent en termes subjectifs (« voix du *lifeworld* » et des soins personnalisés). Ces dernières utilisent toutefois des discours à la fois objectifs et subjectifs lorsqu'elles consultent les MD (Barratt, 2007). Le fait pour les IP d'incarner des formes différentes d'identité et de discours peut susciter de l'incompréhension chez certains MD et ainsi fragiliser leur identité professionnelle, surtout dans des contextes où l'apport de la dimension infirmière peinerait à être reconnu (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004; Chiarella, 1998).

Les discours dominants des SSP auraient aussi une influence sur l'intégration et sur la négociation du rôle des IP. Le cadre d'insertion des IP, pensé le plus souvent par les partenaires des IP, affecte l'orientation de leur pratique dans les milieux :

A nursing orientation to practice [...] represent[s] a complementary addition to the model of care rather than a transfer of role functions between care providers (Bryant-Lukosius et collab., 2004, p. 524).

Foth et ses collaborateurs (2015) indiquent que l'approche en complémentarité entre IP et MD (à l'opposé de la substitution) n'est pas valorisée dans le contexte néolibéral actuel, qui prône davantage l'efficacité et la réduction des coûts. Or, le rôle de substitution (remplacement) pourrait affaiblir la pérennité du rôle des IP et leur identité (Sangster-Gormley et collab., 2015). Le fait que l'intégralité des sphères de PIA n'est pas automatiquement mise en œuvre par les IP peut être le reflet de dynamiques influentes et d'une résistance envers l'approche en complémentarité (Martin-Misener et collab., 2010).

Cette difficulté à positionner l'IP comme une infirmière de pratique avancée peut créer des conflits de rôles, de la surcharge de rôle (*role overload*) et une acceptation mitigée ou inégale du rôle par les parties prenantes (Bryant-Lukosius et collab., 2004). À notre connaissance, aucune recherche n'a examiné l'allocation idéale des diverses composantes de la PIA d'une IP sans fonder cette analyse sur les besoins d'un système ou de partenaires professionnels. Cet espace d'incertitude permet, à notre avis, une malléabilité du rôle de l'IP, des questionnements identitaires (voir p. ex. Guzman et collab., 2010) et la sous-utilisation des IP (Naylor et collab., 2015), notamment au regard des domaines de la PIA (Carter et collab., 2010; D'Amour et collab., 2007) et des types de clientèles desservies (DiCenso et collab., 2003; Contandriopoulos et collab., 2015). Dans l'étude de Way, Jones, Baskerville et Busing (2001b), la sous-utilisation des IP était intimement liée au manque d'éducation interprofessionnelle et de familiarisation au champ de pratique des IP. Or, la sous-utilisation de la PIA contraint l'avancement des IP (Bryant-Lukosius et collab., 2004). Ces études montrent clairement que la capacité de négociation des IP dépend de facteurs bien plus complexes que la seule capacité individuelle des IP à rallier l'influence des partenaires, des structures et des discours dans les milieux où elles exercent.

Cette section montre que la négociation du rôle de l'IP est intimement liée aux relations de collaboration, aux sphères de pratique communes, aux attentes de diverses parties et à la capacité de négociation des partenaires. L'intégration du rôle des IP s'inscrit donc dans un processus complexe de négociations individuelles et collectives, dans lesquelles interviennent des acteurs humains mais aussi quantité d'entités non humaines (éléments discursifs, sémiotiques, politiques, idéologiques, etc.).

2.7. Intégration des IP : où en sommes-nous?

Comme d'autres, DiCenso et Bryant-Lukosius (2010b) interpellent, dans leur rapport de synthèse canadien de 500 publications et de 60 entrevues d'intervenants en santé, les chercheurs à examiner la valeur ajoutée des IP en examinant les processus et les moyens qu'elles utilisent pour réussir (ou non) leur intégration et pour négocier leur rôle dans des contextes qui sont parfois réticents à leur insertion. Burgess (2008), quant à elle, invite les chercheurs à examiner les relations collaboratives qui influencent l'intégration du rôle de l'IP, mais surtout dans une perspective systémique et diffuse du pouvoir et des politiques de réforme des SSP. Voici ce qu'elle en dit :

Government and Health system commitment to comprehensive PHC and integrated health teams is at times questionable. Reticence can be analyzed as power relations, where patriarchal health systems limit public participation, organizational hierarchies constrain practitioner involvement, and traditional protective disciplines confine collaborative relations. The NP role sparks conflicts and controversies related to PHC reform, because it contexts traditional primary care services and is a catalyst for holistic health promoting care. Assessment of NP role integration is thus valuable for monitoring both advancement of the NP role and progress of PHC reform. Further research is needed to explicate these political implications (Burgess et collab., 2011, p. 32).

L'intégration du rôle des IP est intrinsèque au milieu (voir Burgess, 2008; Contandriopoulos et collab., 2015; DiCenso et collab., 2003; Hanrahan et collab., 2001; Sangster-Gormley et collab., 2011; Schober et Affara, 2006). L'intégration est liée aux facteurs individuels, interprofessionnels et organisationnels ainsi qu'aux changements structurels, apportés notamment par la réforme des SSP (Burgess et collab., 2011; Smith, 2011). Plusieurs articles critiques sans visée empirique ont prédit l'influence des relations de pouvoir et des structures sociales sur l'intégration des IP (voir Browne et Tarlier, 2008; Tarlier et Browne, 2011; Chulach et Gagnon, 2016; de Witt et Ploeg, 2005; Harvey, 2010). Toutefois, Burgess

(2008) est l'une des premières chercheuses à y procéder sur le terrain. Il faut noter que la définition de l'intégration des IP de cette présente étude se base sur celle de Burgess et Sawchenko (2011). Nous croyons qu'il est grand temps qu'une perspective critique traite du phénomène de l'intégration en s'éloignant des cadres analytiques statiques, soit de l'identification d'une liste d'obstacles et de facilitateurs (Contandriopoulos et collab., 2015; Smith, 2011). Les recherches antérieures ont utilisé des moyens qui cernent peu la culture du terrain (normes, règles et langage), soit des études de cas (voir Carter et collab., 2010; Contandriopoulos et collab., 2015; Reay et collab., 2006; Sangster-Gormley, 2011; Sangster-Gormley et collab., 2013), des recherches-actions participatives (voir Burgess, 2008; Burgess et collab., 2011) et des études phénoménologiques (voir Gould et collab., 2007).

À notre avis, les études canadiennes qui ont porté sur l'intégration ont des limites particulières. Premièrement, plusieurs n'ont pu que s'intéresser à l'examen de « l'implantation » des praticiennes puisque ces études ont été lancées à la suite de leur insertion (voir Burgess, 2008; Contandriopoulos et collab., 2015; Reay et collab., 2006; Sangster-Gormley, 2011) ou dans l'année suivant leur transition en pratique (Gould et collab., 2007; Sullivan-Bentz et collab., 2010). Cet espace temporel ne suit pas le caractère longitudinal et instable de l'intégration d'une innovation, surtout que nous avons relevé des changements majeurs qui ont pu affecter les IP, expérimentées ou non, et leur équipe, par exemple le changement des normes d'exercice.

Deuxièmement, la voix des praticiennes est souvent minime (voir Sangster-Gormley, 2011; Sangster-Gormley et collab., 2013) ou nulle dans certaines études (voir Reay et collab., 2006), ce qui est pour nous une sous-représentation de leurs expériences. Parfois, leur participation n'est pas précisée (voir Contandriopoulos et collab., 2015).

Troisièmement, certaines études ont recueilli des données d'intégration des IP dans des provinces où elles ont aussi obtenu du soutien des autorités sanitaires, en formant par exemple des communautés de pratique, une stratégie décrite comme étant une aide incontestable à l'intégration (Burgess, 2008; DiCenso et collab., 2003, 2010; Smith, 2011). Cela a pu affecter positivement les résultats des études en dehors du Québec et de l'Ontario (voir Burgess, 2008; Reay et collab., 2006; Sangster-Gormley, 2011), ce qui limite la transférabilité de ces résultats. D'autres auteurs affirment par exemple que les IP de l'Ontario pratiquent davantage en silo (DiCenso et collab., 2003), ce qui constitue une situation fragile les conduisant à l'épuisement (Guzman et collab., 2010).

Quatrièmement, la réorganisation des SSP diffère selon les provinces, notamment vis-à-vis des modèles interprofessionnels que l'on y retrouve (Health Force Ontario, 2007; Martin et Hogg, 2004) et des structures administratives. Martin-Misener et ses collaborateurs (2010) ont affirmé que l'approche descendante (*top-down approach*) a influencé, en Ontario, l'habileté des équipes et des IP à structurer le changement. En effet, une étude canadienne confirme une différence dans l'intégration selon les milieux organisationnels investis par les IP, certains étant plus désirables et d'autres, moins :

Physician-intensive settings appeared to utilize NP least effectively and more practitioners left such settings, citing inability to implement the role, than did practitioners employed by other types of health agencies (DiCenso et collab., 2003).

Cinquièmement, bien que les chercheurs s'entendent par rapport à l'influence des dynamiques relationnelles et locales sur le déploiement du rôle des IP (Burgess, 2008; Contandriopoulos et collab., 2015; Sangster-Gormley et collab., 2011), aucune recherche n'a inclus de l'observation.

L'histoire d'intégration en vagues, la pluralité des modèles de soins, les changements aux normes de pratique des IP, les restrictions à la PIA et les lacunes visant la réforme des SSP sont autant d'éléments qui nous permettent d'inférer l'existence de défis à l'intégration des IP, ce qui peut ainsi compromettre l'équipe, les patients et le système de santé en général. Il importe maintenant de présenter le cadre théorique, qui saura guider notre étude du phénomène.

CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE

L'introduction d'un rôle professionnel comme celui de l'IP a le potentiel de déséquilibrer un système relativement organisé, stable et traditionnellement gouverné par un modèle biomédical. Or, un rôle professionnel est dynamique, fluide et systématiquement interrelié. Il existe diverses niches professionnelles en SSP, et les IP ne sont pas les seules actrices de leur intégration. L'analyse que nous proposons requiert l'utilisation d'un cadre théorique inusité. Pour ce faire, nous fonderons notre analyse sur les écrits de Bruno Latour et la théorie de l'acteur-réseau (Latour, 2006). Nous ferons également intervenir, dans une moindre mesure, les concepts de Foucault au regard du savoir/pouvoir et du discours.

3.1. Théorie de l'acteur-réseau

La théorie de l'acteur-réseau (TAR) (Latour, 2006) est née de la sociologie des sciences et de la technologie. Découlant des travaux de Bruno Latour, de Michel Callon et de John Law, elle est un « guide de voyage » tant conceptuel que méthodologique qui a pour objectif principal de décrire un collectif d'humains et de non-humains en tant qu'acteurs égaux, liés ensemble et s'influençant mutuellement dans la construction et le maintien de réseaux complexes, tels que le serait un réseau de SSP (Stalder et Clement, 1997). Voici comment elle est définie :

A disparate family of material-semiotic tools, sensibilities and methods of analysis that treat everything in the social and natural worlds as a continuously generated effect of the webs of relations within which they are located. It assumes that nothing has reality or form outside the enactment of those relations. Its studies explore and characterise the webs and the practices that carry them (Law, 2009, p. 141).

C'est sous cette épistémologie relationnelle que la TAR suggère que les phénomènes sociaux soient le produit plus ou moins stable de médiations complexes entre entités sémiotiques. Elle repose sur un fondement antiessentialiste où l'existence, les buts et/ou les fonctions des

entités ne sont plus garantis. La TAR s'oppose vivement à la tendance qui consiste à *expliquer* d'emblée les « éléments sociaux », comme la race ou le genre; elle somme plutôt de *décrire* au préalable ce qui constitue le « social » de ces éléments (Latour, 2006). La TAR suggère également que les faits soient construits puisqu'ils sont rattachés à une histoire de production qu'il est possible de retracer avec des études empiriques (Latour, 1999a). Les scientifiques construiraient aussi les mondes social, historique et politique. Cela contraste avec les discours dominants de la philosophie des sciences et tend à repositionner les conceptions usuelles en matière de science, de politique, de société, de technologie, de nature et de modernité.

C'est aussi vis-à-vis de son ontologie relationnelle que la TAR se démarque. Elle s'oppose aux dualismes des analyses sociales courantes au sujet, par exemple, de la nature/culture, du sujet/objet, de la raison/émotion, du soi/autre, etc. La TAR affirme qu'il importe au contraire de « rassembler le social » (Latour, 2006), la nature et la société, des constituants qui ont été désassemblés par le modernisme. La TAR y procède en évitant de mettre à nouveau l'accent sur les différences de ces entités et y répond en introduisant le concept d'hybridation.

C'est à travers l'hybridation que des éléments, indépendamment de leur nature (discursive, technologique, humaine, etc.), se joignent et se mettent en réseaux sous des associations réciproques, puis forment le social. Le social n'est alors rien de moins ou rien de plus que des collectifs en réseaux; il n'existe aucune essence, aucune prédisposition ni facteur sous-jacent, aucun contexte (Blok et Jensen, 2011). Uniquement composé de nœuds et de connexions, le monde social n'est établi que sur un plan horizontal de façon à ce que tous les éléments ne soient pas plus sociologiquement significatifs que les autres. Nous expliquerons

brièvement quelques-uns des concepts centraux de la TAR, soit l'acteur/actant, le réseau, la traduction, le bicaméralisme ainsi que la boîte noire et les controverses.

3.1.1. Acteur/actant

Dans la TAR, l'*acteur*, une entité humaine, et l'*actant*, une entité non humaine, ne sont pas les propriétaires ou les instigateurs de l'action : ils sont plutôt ceux que l'on *fait agir* dans un but particulier (Latour, 2006). Un acteur est en effet :

Any thing that does modify a state of affairs by making a difference (Latour, 2005, p. 71).

Latour estime que la sociologie traditionnelle suppose qu'un acteur est un individu, une corporation ou une unité sociale, ce qui n'inclut pas les objets perçus comme étant inanimés. La position de la sociologie traditionnelle reflète également l'idée selon laquelle l'acteur est en mesure d'amorcer une action vis-à-vis des intentions qu'il possède. La TAR affirme pourtant le contraire en dictant qu'un acteur ne possède pas la source de l'action; il est une cible mobile (*moving target*) d'une panoplie d'entités qui le traversent. La TAR place les entités humaines et non humaines sur un même pied d'égalité, même si l'on ne doit pas congédier leurs aspects respectifs :

Often in practice we bracket off non-human materials, assuming they have a status which differs from that of a human. So materials become resources or constraints; they are said to be passive; to be active only when they are mobilized by flesh and blood actors. But if the social is really materially heterogeneous then this asymmetry doesn't work very well. Yes, there are differences between conversations, texts, techniques and bodies. Of course. But why should we start out by assuming that some of these have no active role to play in social dynamics? (Callon et Law, 1997, p. 168).

Les acteurs et actants n'ayant pas a priori d'essence forment des associations en réseaux à travers desquelles ils acquièrent leur substance et l'occasion d'agir. Ce sont ces associations qui leur procurent leurs caractéristiques, leur motivation ainsi que leur subjectivité. Ces conceptions

altéreront la manière dont un chercheur appréhendera les acteurs et actants qui composent son phénomène d'intérêt.

3.1.2. Réseau

Le réseau est fait de nœuds qui sont interconnectés par des liens (relations), et les nœuds peuvent aussi être en eux-mêmes des réseaux. Le réseau est défini de la façon suivante :

A group of unspecified relationships among entities of which the nature itself is undetermined (Callon, 1993, p. 263).

Les réseaux sont le produit d'acteurs qui entrent en relation avec d'autres acteurs. Ils sont réciproquement associatifs, c'est-à-dire qu'ils ont besoin de l'un et de l'autre pour se constituer et se conférer une substance (signification). Les réseaux ont le potentiel de transcender non seulement l'espace et le temps, mais également les hiérarchies :

[The network] has no a priori order relation; it is not tied to the axiological myth of a top and of a bottom of society; it makes absolutely no assumption whether a specific locus is macro- or micro- (Latour, 1997, p. 5).

Les réseaux n'ont pas de début ni de fin. Ils recherchent l'équilibre, souvent procuré par la longévité, bien qu'ils soient continuellement sujets aux tensions de l'intérieur et de l'extérieur. Ils entrent dans des processus de (dé)formation et de (re)formation, qui leur confèrent une qualité dynamique.

Le réseau, tel que le conçoit Latour, peut prendre une multitude de formes. Dans le contexte qui nous intéresse ici, le système de SSP peut constituer un réseau en soi, mais une IP ou un équipement diagnostique peut également être considéré comme un réseau, dans la mesure où leur fonction et leur place dans le système de SSP résultent d'une multitude de croisements d'autres éléments. Ainsi, dans le cas de l'IP, les programmes de formation de la PIA, les professeurs, les curricula, les attentes sociales envers les IP, les décisions politiques qui ont

historiquement donné naissance au rôle de l'IP au Canada, les patients qui consultent les IP, les maladies chroniques qui se prêtent aux soins des IP ainsi que les discours des médias et des journalistes qui parlent des IP constituent tous des éléments qui s'articulent entre eux et qui « produisent » l'IP à proprement parler. Le chercheur de la TAR aura la sérieuse tâche d'examiner comment les réseaux se forment; comment ils enrôlent les acteurs; comment ils arrivent à leur faire endosser des objectifs et des intérêts spécifiques; comment ils acquièrent la consistance, la stabilité, leur fonction et leur intention; et comment ils deviennent indispensables. Ces caractéristiques du réseau dépendent de ce que Latour nomme les processus de traduction.

3.1.3. Traduction

C'est par le biais de la traduction que les acteurs sont mobilisés et associés. La traduction est en réalité le déplacement des acteurs et de leurs intérêts alors qu'ils agiront pour un autre acteur ou un autre collectif (Callon et Latour, 1981). Latour (1999a) illustre comment des entités, en apparence dissociées, telles que des décideurs politiques et des particules atomiques, sont en fait étroitement liées et partagent des bases et des objectifs communs. Il affirme que, dans les années précédant la Seconde Guerre mondiale, l'invention de la bombe atomique a été possible en rassemblant autant les politiciens qui ont rendu disponibles des investissements pour ce projet que les réactions chimiques complexes qui ont abouti à la fission nucléaire.

La traduction repose sur la mobilisation et sur l'enrôlement de divers acteurs et actants. Comme elle progresse, les acteurs se transforment et se configurent les uns les autres. Ils s'assimilent les uns les autres, soit dans la délinéation ou la défense d'objectifs particuliers, et ce processus, à son tour, modifie et configure le réseau. Les intérêts des acteurs qui, au départ, n'étaient pas nécessairement reliés peuvent converger et s'aligner. C'est ce qui procurera davantage de stabilité au réseau, qui deviendra tout à la fois plus consistant et intelligible, malgré

l'hétérogénéité de ses composantes. La tâche du sociologue de la traduction consistera à examiner les processus de traduction, plutôt que d'assumer et étudier a priori l'existence de quelconques réseaux (p. ex. : personnes, groupes, organisations, etc.).

Lors de notre recension, nous avons pu constater qu'une variété d'éléments stratégiques circulent dans la sphère complexe des SSP, tels que des discours, des pratiques et des relations interprofessionnelles. La traduction permettra au chercheur de comprendre comment ces facteurs opèrent, parfois silencieusement, et influencent (in)directement les acteurs du réseau, dont les IP, modifient leurs intérêts initiaux et reformulent leur identité au profit d'une identité commune.

3.1.4. Bicaméralisme

L'étude du bicaméralisme, un système de représentation à deux chambres (p. ex. : le système politique canadien est constitué d'une chambre basse, la Chambre des communes, et d'une chambre haute, le Sénat), permet la description de la répartition des pouvoirs et des scénarios d'unification du monde commun (Latour, 1999b). La chambre haute permet de comprendre de quoi est constitué un acteur-réseau. Elle est l'instant de *prise en compte* des entités qui participent à la structure du social, un moment où l'on demande : « Combien sommes-nous? » (Latour, 1999b, p. 350). La chambre haute représente le pouvoir consultatif de l'acteur-réseau, forcément lié à des procédures particulières d' enrôlement de l'ensemble des entités composant son social (Lindemann, 2011). Le chercheur inclura dans son enquête toutes les entités participant à l'intégration des IP en SSP et il poursuivra son enquête à la chambre basse, un moment où s'aligne « un travail explicite de hiérarchisation par compromis et arrangement » (Caillé, 2001) et où l'on demande : « Pouvons-nous vivre ensemble? » (Latour, 1999b, p. 188). L'acteur-réseau accepte ou rejette des entités sémiotiques au réseau, il procède à leur hiérarchisation ainsi qu'à l'institutionnalisation en ponctualisant les pratiques, les discours et

même les identités, ces dernières devenant par le fait même des boîtes noires. L'acceptation des entités dépend de « la mesure dans laquelle les candidats s'agencent avec le collectif » (Lindemann, 2011, p. 106, trad. libre).

Pour nous, il s'agit d'une proposition intéressante pour illuminer l'intégration et la négociation du rôle de l'IP dans un contexte interprofessionnel. Ce rôle professionnel, tout comme une innovation, risque l'échec (Sangster-Gormley et collab., 2013). Puisque la survie de cette professionnelle dans les SSP dépend de son harmonisation au collectif (Lindemann, 2011), ce sont l'alignement des intérêts, les frontières à délimiter et les expertises nécessaires à la prise de décision qui détermineront si quelque chose existera ou non dans le réseau (Lindemann, 2011). Le réseau s'associe, se dissocie, est rejeté, convaincu, aligné, élargi, rapetissé ou détruit aussitôt qu'un élément perturbe son homéostasie. Le chercheur scrutera l'enrôlement de l'acteur-réseau en examinant l'ordonnement des entités humaines et sémiotiques (discours, objets, pratiques) au sein d'une hiérarchie le plus souvent existante (Lindemann, 2011). L'alignement des intérêts compte parmi les processus de négociation. Même si notre étude n'inclut que l'entrevue d'IP, les participations de la chercheuse aux rencontres d'équipe, les observations du terrain et l'examen des dossiers institutionnels peuvent l'aider à dénouer ces différentes étapes.

3.1.5. Boîte noire et controverses

Il arrive toutefois que des associations hybrides qui constituent la matrice du réseau et qui modulent les pratiques courantes des acteurs de ce réseau et les associations entre acteurs acquièrent une telle stabilité qu'elles deviennent difficiles à démêler et à distinguer; un phénomène que Latour (1987) appelle la *boîte noire*. Une boîte noire est un assemblage de relations si bien enchevêtrées, si interdépendantes, qu'elles forment un réseau en soi. Ce réseau,

hermétique et difficile à perturber, peut être tenu pour acquis (Stalder et Clement, 1997), si bien qu'il est alors difficile de déterminer sa composition, tant elle est complexe.

Par exemple, une clinique organisée selon un modèle professionnel hiérarchique qui prédétermine les responsabilités professionnelles, les pratiques quotidiennes, les attentes envers les patients et les processus décisionnels nécessite d'enrôler des acteurs et des objets (p. ex. : lois, politiques et procédures, outils diagnostiques, énoncés de mission, etc.). Ces acteurs et objets adoptent, maintiennent et alimentent cette organisation, si bien qu'elle apparaît comme étant naturelle, logique ou inévitable chez les professionnels qui y travaillent, chez les patients, chez les administrateurs, chez les décideurs politiques, chez les compagnies d'assurance, etc. En ce sens, une telle clinique devient un réseau stable et hermétique en soi, une boîte noire, dont la structure et le fonctionnement sont tenus pour acquis. Seule une perturbation, une *controverse*, force l'ouverture de la boîte noire, c'est-à-dire qu'elle expose les relations et les discours qui participent à la stabilité du réseau et qui maintiennent son statu quo. Une nouvelle politique, un changement aux modalités de financement des soins ou l'ajout de nouveaux objectifs au plan stratégique organisationnel constituent des exemples de perturbation de réseaux. Un changement tel que l'arrivée d'une IP peut être cette controverse qui perturbe la stabilité d'un réseau, notamment en remettant en question les territoires professionnels et la répartition des tâches soignantes. Or, la controverse provoquera l'ouverture de la boîte noire et relancera ainsi le processus de traduction (Latour, 2006). La traduction, un jeu d'associations, modifiera en retour la configuration du réseau par le biais de transformations, de changements et de négociations qui lui donneront sa stabilité (Karsenti et Porter, 2012). Il en est ainsi des IP, des cliniques de soins et des équipes interprofessionnelles, qui sont toutes des réseaux en soi et qui travailleront à recouvrer leur équilibre chaque fois qu'un élément les bouleverse.

3.1.6. Pertinence de la TAR

Notre étude s'appuie sur le postulat selon lequel le processus d'intégration du rôle de l'IP en SSP est le résultat d'une construction sociale, le produit de réseautages complexes d'actants (idées, normes professionnelles, technologies, ouï-dire, objets, etc.) et d'acteurs humains (IP, médecins, gestionnaires, patients, etc.) qui s'influencent mutuellement et de façon dynamique en traduisant leurs actions, leurs intérêts et leurs discours afin d'atteindre un but particulier, souvent stratégique (p. ex. : accessibilité, efficacité, coûts et qualité des soins).

L'intégration du rôle des IP est donc un phénomène social mobile, étendu et dynamique qui peut être difficile à décrire pour un chercheur qui ne possède pas d'outils théoriques malléables. En fait, les dynamiques entre l'acteur et le réseau, qui s'articulent en mouvements perpétuels et en dépendance mutuelle, sont demeurées négligées dans les théories sociales classiques telles que les théories organisationnelles ou les théories des systèmes (Clancy, Effken et Pesuk, 2008). La TAR, elle, propose un cadre initial large et flexible qui tend à faciliter l'étude de mécanismes dynamiques, tels que l'intégration et la négociation du rôle des IP – une dynamique liée à l'enrôlement ou au désenrôlement des acteurs, au succès ou à l'échec des discours ainsi qu'à la compétition identitaire et stratégique des acteurs, laquelle se joue souvent au profit du plus fort. La TAR permet de tracer « des relations entre des cadres de référence instables et changeants » (Latour, 2006, p. 37) et des intérêts qui entrent en compétition. La négociation est souvent le moyen par lequel les (re)formulations du réseau se réalisent et elle participe à la stabilisation de celui-ci. Adaptée à l'étude des innovations et congruente avec la théorie critique, la TAR projette une lumière nouvelle sur un social revampé d'hybrides humains et non humains en associations (Blok et Jensen, 2011), où une réalité sociale est un construit collectif. L'étude des controverses permise par la TAR s'associe bien, selon nous, au processus

que nous tenterons d'étudier et elle peut s'avérer utile dans un domaine aussi large que les SSP pour pénétrer les différentes boîtes noires qui le composent.

3.1.7. Travail du chercheur de la TAR

Un chercheur de la TAR se doit autant d'identifier les acteurs humains et les éléments sémiotiques qui composent le réseau que de décrire leurs liens puisque ce sont eux qui stabilisent ou perturbent le réseau (Stalder et Clement, 1997). Sa tâche consistera à examiner les processus de traduction, soit l'enrôlement et la hiérarchisation des acteurs et des intérêts, en n'assumant pas a priori l'existence de quelconques réseaux (p. ex. : personnes, groupes, organisations, etc.). Les moments de controverse lui sont capitaux, car ils permettront de mettre en lumière le contenu des boîtes noires et de cerner leurs relations avec d'autres réseaux. Les controverses lui permettent aussi de comprendre les processus selon lesquels différents acteurs sont recrutés, ou non, et organisés de manière à répondre aux objectifs (sociaux, économiques, politiques, professionnels, scientifiques, légaux, etc.) du réseau (Hassart, Kelemen et Cox, 2008). S'intéresser aux controverses permet au chercheur de saisir les mécanismes de (dé)formation et d'articulation des réseaux.

La force de la TAR, qui est son cadre d'analyse large, devient sa difficulté, c'est-à-dire que le chercheur peut suivre des acteurs, des réseaux et des controverses sans fin. Les écrits de Latour ne décrivent pas nécessairement par quels mécanismes certains acteurs et actants sont enrôlés dans des réseaux en formation. À cet effet, nous jugeons utile de faire intervenir d'autres outils théoriques qui permettront d'examiner ces mécanismes. Certains concepts développés par Foucault nous aideront en ce sens.

3.2. Écrits de Michel Foucault

Foucault propose divers outils théoriques permettant de mettre en lumière les mécanismes par lesquels certains phénomènes sociaux prennent forme. Ses concepts de pouvoir, de savoir et de discours, notamment, permettent des explications dynamiques de la manière dont des personnes, des populations ou des sociétés s'organisent, suivant quelles forces et avec quels effets.

Dans le cadre de cette étude, ces concepts s'avèrent utiles, car ils permettront de mettre en lumière les mécanismes par lesquels les réseaux, en tant que phénomènes sociaux, s'organisent et produisent certains effets. Ils permettent donc de pallier cet aspect de la TAR, qui promeut la *description* d'un phénomène, mais pas nécessairement son *explication*.

Le pouvoir, selon Foucault, n'est pas un concept négatif. Il n'y a pas de source unique de pouvoir (p. ex. : gouvernement, riches, etc.), mais une pluralité de sources, laquelle fait du pouvoir une force éclatée. Selon Foucault, le pouvoir est présent dans toutes les interactions sociales, sans exception : tout le monde exerce du pouvoir en tout temps. Le pouvoir structure les activités de tout un chacun en société. Il est présent de façon simultanée dans toutes les institutions qui structurent les façons d'être, de penser et d'agir en société, à savoir les familles, l'Église, les écoles, les usines, les hôpitaux et les institutions militaires, mais aussi les disciplines scientifiques telles que les mathématiques, l'épidémiologie, les sciences infirmières et la théologie. Pour Foucault, le pouvoir est ce qui permet de transformer la conduite des personnes, notamment par l'établissement de normes, d'idéaux et de règles. Bien qu'il puisse être source de coercition, de domination, de contrôle et de violence, il peut aussi rendre certaines choses possibles. Le pouvoir, selon Foucault, est donc positif et productif.

Le pouvoir foucaldien est étroitement associé au savoir et au discours dans la constitution des pratiques complexes (Cheek et Rudge, 1994). Selon Foucault, le savoir englobe toutes les assises politiques, sociales, historiques et linguistiques, en fonction desquelles des affirmations en sont venues à être considérées comme étant *vraies* ou *fausses*, et ce, par le biais d'un exercice de pouvoir :

Il faut plutôt admettre [...] que pouvoir et savoir s'impliquent directement l'un l'autre; qu'il n'y a pas de relation de pouvoir sans constitution corrélatrice d'un champ de savoir, ni de savoir qui ne suppose et ne constitue en même temps des relations de pouvoir (Foucault, 1975/2003, p. 36).

Le discours, quant à lui, n'est pas détaché du pouvoir, du savoir, de l'histoire ni des structures de la société. Le discours désigne et maintient des catégories sociales et de genre par le biais de certaines relations de pouvoir, et permet de disséminer certains savoirs élevés au rang de vérité (Foucault, 1975/2003). Dans la terminologie de la théorie critique et dans celle de Foucault, le terme « discours » va au-delà des représentations, et renvoie non pas à des interactions de langage, mais plutôt à un champ bien circonscrit du savoir social qui permet d'attribuer à certaines personnes certaines identités. Ce concept s'avère donc utile pour le présent projet, dans la mesure où les discours qui dominent le champ des soins de santé primaires en Ontario produisent certains sujets, notamment les infirmières praticiennes.

La personne, ou plutôt le sujet, selon Foucault, est une construction, c'est-à-dire qu'elle est formée de pratiques discursives au cœur d'un contexte précis où opèrent une multitude de relations de pouvoir et de savoir. Ainsi, les IP constituent des sujets à part entière : le contexte où elles exercent est propice à la production et à la circulation de relations de pouvoir, de savoirs et de discours qui positionnent les IP comme des sujets avec certaines compétences, obligations et responsabilités qui trouvent leur sens dans ce contexte de soins de santé primaires. Par le biais de

processus d'enrôlement et de hiérarchisation, les IP s'intègrent dans ce contexte qui construit leur identité et leurs intérêts. Comme l'explique Blommaert (2005) :

People don't *have* an identity, but that identities are constructed in practices that *produce, enact, or perform* identity – identity is identification, an outcome of socially conditioned semiotic work (p. 205, italique dans le texte original).

Les infirmières peuvent être conçues comme des objets de pouvoir, constitués et maintenus par le biais de surveillance hiérarchique (Street, 1992). Dans le cadre de notre étude, les écrits de Foucault nous sensibilisent aux affirmations qui soutiennent/discréditent les discours courants dans les milieux de SSP, lesquels permettent ou limitent des pratiques professionnelles. Ces limites produisent certaines réalités identitaires ou des discours rivaux, et poussent certaines affirmations comme vérités absolues. Nous identifierons les régimes de *micropouvoir* institutionnel (Russ, 1994), qui permettent de surveiller, de normaliser, de hiérarchiser, de récompenser et d'assurer la performance des pratiques professionnelles (statistiques, questionnaires, rencontres multidisciplinaires, normes de pratique, dossier électronique, etc.). Les effets parallèles des régimes de pouvoir sur les discours et la construction identitaire des IP seront donc identifiés, ainsi que les dissymétries sociales qu'ils créent dans les pratiques locales (Foucault, 1980; Russ, 1994; Savage, 2006). Les écrits de Foucault permettent d'inclure et d'examiner les structures historiques, sociales et politiques sous-jacentes qui imprègnent les discours, les normes de la vie sociale, les pratiques des IP et de leur équipe et même les systèmes de pensée des individus.

En ce sens, l'approche de Foucault s'harmonise bien avec une analyse qui s'appuie sur les écrits latouriens, dans la mesure où ses concepts principaux — le pouvoir, le savoir et le discours — constituent à proprement parler ces actants dont parle Latour, c'est-à-dire des entités non humaines/sémiotiques qui permettent de configurer divers réseaux, d'enrôler, d'articuler ou

de délaissier certains acteurs et de gouverner les intérêts, les actions et les pratiques qui donnent précisément aux réseaux leur raison d'être. Bien que ces deux penseurs présentent certaines différences dans leur approche théorique, ils ont plusieurs points communs qu'il convient de souligner.

3.3. Juxtaposition des deux approches théoriques

Selon leurs bases ontologiques, les approches théoriques de Latour et de Foucault voient la réalité sous la forme d'échanges sociaux et de relations. L'approche de l'acteur-réseau devient la version empirique et microlocale nécessaire à la compréhension des postulats foucaldiens de la triade pouvoir/savoir/discours. Elle porte à l'exploration détaillée des modalités stratégiques, relationnelles et productives (du « pouvoir », selon le terme foucaldien) des réseaux investis localement (Law, 2009). Pour ces deux théoriciens, le pouvoir s'inscrit dans la sphère institutionnelle. Les tactiques de pouvoir utilisées en SSP, telles que les normes de pratique, la surveillance statistique et les rituels ancrés, sont autant d'éléments qui circulent et influencent les entités, mais que la TAR circonscrit en une description cohérente de leurs pistes de formation, d'enchevêtrement et de stabilisation du monde commun.

Selon la TAR, le pouvoir et l'ordre social sont maintenant des effets d'association et de traduction entre entités matérielles-sémiotiques et humaines qui peuvent faire dévier l'intérêt initial des acteurs vers un but commun. Puisque le pouvoir foucaldien existe également *dans* la relation, il faut examiner en quoi et comment un grand nombre d'acteurs ont su être convaincus de modifier leur trajectoire au lieu de discerner le vrai du faux (Caillé, 2001) ou même de définir uniquement le pouvoir ou les ordres sociaux. Par exemple, la socialisation de l'IP se fonde sur l'association hybride donnant aux acteurs (IP) leurs caractéristiques, leurs motivations et leurs identités. L'acceptation des IP et leur négociation dépendront de leur harmonisation au collectif

(Lindemann, 2011). Il faut dorénavant comprendre comment, dans les contextes locaux, l'IP mobilise ses ressources; comment elle s'aligne aux autres acteurs et aux cultures qui sont présentes; et comment son influence réussit, dévie ou avorte.

CHAPITRE 4 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Afin de répondre aux objectifs de cette étude, un devis qualitatif, de type ethnographique critique, est privilégié puisque le processus d'intégration et de négociation du rôle des IP en SSP en contexte interprofessionnel est un phénomène complexe qui est traduit par les dynamiques relationnelles et locales (voir Burgess, 2008; Contandriopoulos et collab., 2015; DiCenso et collab., 2003; Sangster-Gormley et collab., 2011). Aucune recherche portant sur le phénomène d'intérêt n'a effectué d'observation, ce qui est d'ailleurs surprenant vu qu'il est culturellement modulé. Ce devis permettra, comme le stipulent le paradigme et le cadre théorique utilisés, l'examen des contextes sociohistoriques ainsi que des dynamiques de négociation et de pouvoir puisque ce sont, en vertu de notre recension des écrits, des éléments qui semblent influencer les discours courants, la construction identitaire des IP ainsi que leur pratique quotidienne.

Aux sections suivantes, nous détaillerons le devis de recherche, le recrutement et l'échantillonnage, les milieux d'étude, la méthode de collecte de données et celle de l'analyse des données, les considérations éthiques ainsi que les critères de rigueur en recherche qualitative.

4.1. Devis de recherche : ethnographie critique

L'ethnographie, une approche qualitative établie de longue date (Oliffe, 2005), est une méthode de recherche qui cible la description et l'analyse d'une culture (Streubert et Carpenter, 1999) par le biais de collectes de données multimodales (Savage, 2006) effectuées auprès d'acteurs dans leur milieu naturel. Cette méthode est de plus en plus utilisée en sciences infirmières pour examiner les pratiques en soins de santé (Allen, 2004; Oliffe, 2005).

L'ethnographie critique (EC) est l'approche ethnographique choisie dans cette étude, notamment parce qu'elle a une visée politique qui combine l'étude culturelle à la remise en question de structures et de discours établis (souvent dominants) et, le cas échéant, de la justice

sociale, du changement et de l'émancipation de groupes peu visibles ou même opprimés (Madison, 2012). L'EC permet d'explorer les relations entre le savoir, la société et l'action (Thomas, 1993). Une multitude de propositions philosophiques l'influencent : le fonctionnalisme anthropologique et sociologique, le pragmatisme et l'interactionnisme symbolique, le marxisme, la phénoménologie, l'herméneutique, le structuralisme, le féminisme, le constructionnisme, le poststructuralisme et le postmodernisme (Hammersley et Atkinson, 2007), en plus de la sémiotique et de la linguistique (Anderson, 1989). Malgré des divergences importantes avec l'ethnographie classique, l'EC continue d'adhérer à certains de ses principes, tels que la collecte multimodale des données, l'interprétation qualitative, la nature cyclique de l'analyse et de la collecte d'informations, l'immersion naturaliste, l'instrumentalisation du chercheur, l'interactionnisme symbolique et la préférence à développer des théories (Hammersley et Atkinson, 2007; Thomas, 1993). Elle se différencie en ce qu'elle conçoit la culture comme le produit d'une construction sociale, et non comme existant a priori (Streubert et Carpenter, 1999). Madison (2012) désigne l'EC comme la mise en action de la théorie critique, ce qui la rend d'autant plus attrayante et stratégique pour cette étude. Elle nuance le questionnement du chercheur, de *quelle est* à *quelle serait* la réalité vécue et perçue des groupes culturels étudiés (Thomas, 1993).

L'EC permet aussi d'examiner les étiquettes ou les structures de communication et de pouvoir qui dirigent toutes les sources dialectiques (subjectives : expériences individuelles; objectives : objets et événements; et normatives/évaluatives : ententes sur ce qui est juste ou approprié) (Vandenberg et Hall, 2011). Ces structures formelles et informelles qui influencent les comportements, les discours, les valeurs et les normes des acteurs du milieu étudié ont ainsi été

examinées dans le cadre de cette étude par le biais d'une collecte de données incluant de l'observation directe, des entrevues semi-structurées et de l'analyse documentaire.

Nous avons inclus une variété de sites dans cette étude, la rapprochant de ce que certains appellent de l'EC multisite. L'ethnographie multisite, « which traces its inherently fragmented and multiply situated research object across social worlds » (Nadai et Maeder, 2005, art. 28), se définit par la sélection stratégique de plusieurs lieux d'observation (Marcus, 1995). Nous étions persuadée que le terrain de recherche se devait d'être vaste afin de mieux répondre à la question de recherche, ce qu'une approche plus restreinte de la *single tribe approach* de l'ethnographie traditionnelle ne nous aurait pas permis (Nadai et Maeder, 2005). Il n'est pas de notre objectif de délimiter tous les aspects épistémologiques et méthodologiques de l'EC multisite. Elle est néanmoins congruente avec nos objectifs de recherche ainsi qu'avec la TAR (Latour, 2006), qui promeut de « suivre les acteurs » dans les lieux où se manifeste le phénomène d'intérêt.

Certains suggèrent que l'ethnographie critique et multisite est une variante de l'ethnographie organisationnelle (EO), qui se propose d'étudier les pratiques et les processus des acteurs des milieux en vue de comprendre la construction sociale des organisations et de leur matérialisation dans une époque donnée (Rouleau, 2013). Nous n'adhérons pas à cette affirmation puisque l'objet de recherche et certains postulats philosophiques de l'ethnographie organisationnelle diffèrent de ceux de l'ethnographie critique et multisite. L'objet de recherche de la présente étude, l'IP, n'est pas, pour nous, un moyen ni un prétexte pour comprendre une organisation; elle constitue une cible de recherche, certes socialement construite au regard d'une organisation, mais aussi au regard de discours, de représentations et de savoirs. Le regard entre le savoir, la *société* et l'action de l'ethnographie critique (Thomas, 1993) est plus large et critique, et cohérent avec le fait de suivre des acteurs (et des actants), peu importe leur lieu de

déploiement (réseau latourien). Par ailleurs, les relations de pouvoir dans cette approche traditionnelle demeurent souvent perçues comme des structures « venant du haut » (*top-down*), ce qui contrevient aux postulats foucaaldiens. Enfin, l'ethnographie critique combinée au mouvement multisite nous a permis de cerner l'intégration de l'IP comme un phénomène global qui transcende les murs des organisations dans lesquelles elle s'insère, tout en reflétant la réalité de ce qui *pourrait* exister, et non seulement de ce qui existe.

4.2. Recrutement et échantillonnage

Puisque notre étude a pour but de se pencher sur l'étendue d'un processus d'intégration des IP en SSP, nous comptons recruter 2 ESF, 2 CSC et 2 CDIP. Cet objectif a été atteint, mais en essayant toutefois des refus par 2 CDIP; un site ne répondait pas à nos appels/courriels et l'autre site a décliné notre demande vis-à-vis de l'instauration d'un nouveau dossier médical électronique et du départ d'IP en congé de maternité. Nous avons établi un schéma explicatif du recrutement et du processus de collecte de données pour permettre une meilleure compréhension de la séquence des activités, étant donné qu'une étude multisite peut porter à confusion (voir Annexe 1).

Bien que peu d'études aient examiné l'efficacité des stratégies de recrutement (Burns et Grove, 2009), nous savions que l'investissement dans les milieux naturels est propre à l'approche ethnographique et qu'il contribue à forger des relations de confiance, ce qui facilite en retour le recrutement (Hammersley et Atkinson, 2007). La première étape du recrutement a été de présenter le projet aux gestionnaires/directeurs des cliniques par téléphone ou en personne, de répondre à leurs questions et de leur remettre les documents à l'appui (voir Annexe 2). Les gestionnaires des six milieux ont fait suivre ces informations aux IP, puisqu'elles étaient les principales concernées, ainsi qu'à leur équipe de soins afin de recevoir leur approbation ou leur

refus. Il est arrivé que les gestionnaires rappellent la chercheuse pour préciser certaines informations et pour demander un modèle de lettre de soutien (voir Annexe 3). L'engagement des six sites a été confirmé par l'envoi d'une lettre de soutien à la chercheuse (voir Annexe 4) stipulant qu'on lui accordait un droit d'entrée, d'observation générique du milieu, d'accès possible (à négocier) aux rencontres interprofessionnelles et administratives et d'obtention de documents institutionnels (p. ex. : organigrammes, politiques, gouvernance, description de postes).

Dans l'ESF urbaine et les deux CSC, les gestionnaires/directeurs ont convenu d'une date et d'un lieu de rencontre entre la chercheuse, les IP et leur équipe, moment où la chercheuse a présenté le projet doctoral en 15 minutes en précisant les buts, le type de participation requise, le lieu du projet et l'implication individuelle et institutionnelle. Elle y distribuait la lettre d'information et le formulaire de consentement bilingues à l'intention du personnel infirmier praticien (voir Annexe 5) ainsi que la lettre d'information et le formulaire de consentement bilingues à l'observation de réunions (voir Annexe 6). Elle répondait à toutes questions. Afin d'assurer un maximum de confidentialité, les IP et les membres de l'équipe pouvaient contacter directement la chercheuse (par courriel ou cellulaire) afin de fixer un rendez-vous ou de poser de plus amples questions. Bien que la chercheuse ait invité les participants à examiner les formulaires plus en profondeur une autre fois et à les remettre discrètement, certains participants ont tenu à les signer et les remettre sur place, pendant que leurs collègues étaient présents. La présentation initiale constituait en général le moment de « l'entrée dans le milieu ».

Dans l'ESF rurale et les deux CDIP, une rencontre d'équipe n'a pas été le moment de l'entrée dans le milieu, même si les membres étaient avisés et avaient consenti à la présence de la chercheuse. Ces sites privilégiaient les approches de proximité, surtout en rapport au nombre

limité des équipes. La chercheuse commençait en général sa première journée en se faisant accueillir par le gestionnaire/directeur, en tenant des échanges informels avec les membres de l'équipe et en n'observant que les lieux publics afin d'éviter un sentiment d'invasion auprès des employés. La chercheuse avait fréquemment la chance de se présenter informellement ainsi que son projet sur les heures du dîner, pendant que les membres étaient présents et qu'ils voulaient en savoir davantage. La chercheuse remettait les documents, tenait les mêmes instructions qu'auparavant et s'assurait de la compréhension des membres, un à un, en répondant à toutes questions.

Nous avons toujours commencé nos enquêtes des milieux par l'observation directe et par l'analyse documentaire puisque nous croyons que cette méthode est moins envahissante. De plus, cette façon de faire alimente mieux les entrevues avec les IP et positionne la chercheuse comme s'intéressant à la culture du collectif. Le temps requis pour forger des relations de confiance a varié grandement entre les sites, les IP et nos occasions d'exposition. En général, la présence quotidienne de la chercheuse sur une période plus ciblée a facilité les contacts et a rapidement permis de clarifier le type d'étude qu'elle menait. La chercheuse a adopté une attitude agréable, positive, transparente et une disponibilité à répondre aux questions, des éléments facilitant le recrutement (Atkinson, Coffey, Delamont, Lofland et Lofland, 2007). La chercheuse a porté une attention constante et toute particulière aux facteurs qui influencent la participation des sujets, soit : ses attitudes et son éthique, l'intérêt du participant pour le sujet de l'étude, la peur de l'inconnu, les contraintes de temps et de déplacement, l'absence de compensation financière et la nature du consentement éclairé (Sullivan-Bolyai et collab., 2007).

Le recrutement des IP aux entrevues s'est effectué principalement lorsque ces dernières ont approché elles-mêmes la chercheuse pour lui confirmer leurs intérêts, lorsqu'elles l'ont

rencontrée pour spécifier les informations au formulaire de consentement ou lorsqu'elles lui ont remis directement le formulaire de consentement. La chercheuse a évité à tout prix de s'imposer, sachant que sa présence était un dérangement au déploiement naturel des activités quotidiennes. La majorité des IP des six milieux étaient disposées à participer à l'étude, surtout dans les milieux où les gestionnaires leur avaient donné la permission d'utiliser du temps à leur horaire (souvent du temps clinique). En constatant ces propos et les permissions, nous avons toutefois cru bon d'aviser les IP, au préalable, qu'une inscription à l'horaire de leur participation à la recherche diminuait leur anonymat. Dans d'autres milieux, principalement dans les ESF, les entrevues ont eu lieu en dehors des heures de travail des IP, donc aucun temps n'a été directement octroyé pour l'activité de recherche (ou elle n'a pas été négociée par le personnel) ou encore la préservation de l'anonymat a été d'une plus grande importance. Avant toutes les entrevues, les IP ont été invitées à réviser et à signer le formulaire de consentement (voir Annexe 4) ainsi qu'à remplir un court questionnaire sociodémographique (voir Annexe 7). Ces entrevues ont été enregistrées au moyen d'un enregistreur numérique avec le consentement des participantes.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des IP aux entrevues ont dû être congruents avec la problématique, le but, la recension des écrits, les éléments à l'étude et le devis (Giacomini et Cook, 2000). Pour cette étude, nous avons décidé d'inclure autant les IP expérimentées que débutantes. Pour nous, cette combinaison d'expériences en SSP a favorisé le récit de l'évolution du rôle de l'IP à différents temps ainsi qu'au sein de différentes modalités de SSP. Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- Participation volontaire et éclairée à l'étude;
- Inscription au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) comme infirmière praticienne (IP) en soins de santé primaires (SSP);

- Travailler présentement comme IP en SSP au sein d'un modèle ontarien de SSP (ESF et/ou CSC et/ou CDIP);
- Comprendre, lire et parler le français et/ou l'anglais.

Il n'y a eu aucun critère d'exclusion.

Concernant l'échantillonnage, nous visions 25 IP en SSP dans les trois modèles interprofessionnels de prestation des SSP (11 ESF, 7 CSC et 7 CDIP). Un plus grand nombre avait été attribué aux ESF afin de viser une plus grande exposition à ce contexte particulier, car, selon les écrits, les milieux hiérarchiques (avec les MD au haut de la hiérarchie) pouvaient davantage influencer l'intégration et le champ d'exercice des IP (DiCenso et collab., 2003). Nous désirions y constater les dynamiques de négociation qui sont principalement dues aux champs de pratique partagés (voir D'Amour et collab., 2007; Donald et collab., 2010a). En réalité, nous avons recruté 23 IP (5 ESF, 8 CSC et 10 CDIP). De prime abord, il semble que l'expérience d'intégration des IP en ESF est minimisée, mais plusieurs IP des autres types de modèles ont déjà travaillé dans ces milieux et se réfèrent à ces expériences en cours d'entrevue. Quelques IP de l'étude ont quitté le modèle des ESF pour cause de déménagement, de conflits entre les partenaires ou de non-convergence du modèle avec leur perspective, mais d'autres IP ont continué à évoluer dans ce modèle. Quelques IP ont quitté le modèle des CSC pour cause de déménagement ou de non-convergence du modèle avec, notamment, leur perspective (axe communautaire), mais, concernant ces dernières, certaines continuent à évoluer dans ce modèle en affirmant que l'équipe peut changer les perspectives. Quelques IP ont aussi quitté les CDIP pour cause de déménagement, de conflits interprofessionnels et d'épuisement professionnel.

Recueillir la participation volontaire et éclairée des membres recrutés pour l'observation n'a pas été un élément aisé de cette recherche, particulièrement quand les rencontres ciblaient plus de 10 partenaires. La chercheuse obtenait, au préalable, les dates de rencontre et définissait,

avec le gestionnaire, si sa présence était cohérente et permise par l'organisation. Il s'agissait ensuite pour le gestionnaire d'envoyer un courriel aux membres devant être présents et de leur acheminer le formulaire de consentement en indiquant que la chercheuse pouvait répondre à leurs questions au préalable. La lettre d'information et le formulaire de consentement à l'observation (voir Annexe 6) informaient les possibles participants sur l'objet de la recherche, sur les thèmes abordés dans l'étude et sur la déclaration libre et éclairée de ces participants ainsi que sur les modalités de suivi, de refus ou de retrait de l'étude. La chercheuse ne captait pas les données des personnes qui n'avaient pas acquiescé à l'observation et elle demandait au gestionnaire d'annoncer ce fait dès le début de la réunion. Lorsqu'un consentement à l'observation était signé par un participant, à moins d'avis contraire, cela était un consentement destiné à toutes autres observations. L'interaction entre patients et IP n'a pas fait partie de l'étude.

4.3. Milieux d'étude

Cette étude s'est déroulée dans trois modèles interprofessionnels de prestation des SSP, les modèles les plus fréquemment intégrés par les IP en SSP. L'investissement de deux équipes de santé familiale (ESF), de deux centres de santé communautaire (CSC) et de deux cliniques dirigées par les IP (CDIP) a été privilégié afin d'obtenir une vue d'ensemble de la culture des SSP en dépassant les frontières (murs) d'une organisation et en s'exposant aux différents contextes interprofessionnels et de gestion des SSP qui influencent l'intégration et la négociation du rôle des IP. Pour chacun des modèles, l'inclusion de deux sites distincts a été une façon, notamment, de préserver l'anonymat des participants et des milieux à l'étude.

Le Tableau 2 (voir plus haut) résume les contextes sociohistoriques et professionnels des modèles et leurs structures organisationnelles. Il y a un modèle de gouvernance communautaire

en CSC et en CDIP, tandis qu'il y a trois types de gouvernance possibles en ESF : *provider-sponsored*, *community-sponsored* ou mixte. Nous avons recruté deux ESF *provider-sponsored* afin de mieux saturer les données provenant de milieux à caractère hiérarchique, une notion d'influence relevée par les écrits scientifiques.

Chacun des modèles comporte un historique d'intégration des IP. Les IP des CSC sont intégrées depuis la création des cliniques, au même titre que les MD. Les difficultés de recrutement et de rétention des MD seraient en partie dues au cadre inhabituel des CSC, à leur perspective communautaire et à la rémunération par salaire. En ESF, l'intégration des IP n'était pas garantie à la création de ces modèles, en ce sens qu'elle n'était pas imposée : elle reposait (et repose toujours) sur la volonté des MD décideurs des ESF. Les IP y ont été intégrées au compte-gouttes suivant les périodes initiales de la création du modèle en raison de vives protestations vis-à-vis du rôle de l'IP exprimées par l'Association médicale ontarienne. Depuis, leur intégration s'est nettement accélérée dans ces milieux. En CDIP, l'intégration des IP est un fondement incontournable de ce modèle, mais elle a soulevé de vives protestations (Heale, 2012).

Les milieux de SSP investis se situent dans différentes régions géographiques de l'Ontario, urbaines ou rurales. Certains milieux sont principalement anglophones et d'autres, francophones. L'investissement des milieux naturels des IP dans toutes leurs diversités nous permet de mieux comprendre l'environnement des SSP, l'intégration des IP et la collaboration interprofessionnelle, des milieux qui seront décrits en détail dans le chapitre 5 *Présentation des résultats et analyse*.

4.4. Méthodes de collecte de données

L'ethnographie critique utilise une approche multimodale à la collecte des données (Lambert, Glacken et McCarron, 2011; Savage, 2006), dont nous nous sommes acquittée par le biais d'observations sur le terrain, d'analyses documentaires et d'entrevues semi-structurées auprès d'IP en SSP. Il faut savoir que le travail de terrain (*fieldwork*) est une particularité habituelle des travaux ethnographiques (Lambert et collab., 2011; Hammersley et Atkinson, 2007). Selon l'ethnologue critique Madison (2012), le travail de terrain est un fondement à l'examen des institutions, des savoirs et des pratiques sociales qui facilitent ou qui limitent les choix, qui créent ou contraignent certaines significations et qui influencent les identités et les communautés. Le travail de terrain a ainsi permis à la chercheuse d'examiner les pratiques formelles et informelles qui orientent les activités (cliniques et autres) des IP et de leur équipe ainsi que leur capacité à transformer la prestation des soins pour laquelle elles ont été formées et embauchées. Il nous a permis d'effectuer 23 entrevues semi-structurées d'IP en SSP (plusieurs discussions informelles avec d'autres partenaires), de l'observation du terrain et de rencontres interprofessionnelles et/ou administratives (total de 332 heures) et de l'analyse documentaire. Étant donné le grand nombre de sites de recherche et la diversité des moyens de collecte de données, le détail du déploiement du projet doctoral et de l'intensité de la collecte de données est fourni au Tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4*Sommaire de l'intensité de la collecte de données*

		Types de milieux					
		CSC n° 1	CSC n° 2	ESF n° 3	ESF n° 4	CDIP n° 5	CDIP n° 6
Heures d'observation	Milieu	36	82	45	37	36	56
	Rencontres	8	6	5	7	4	11
	Modèle	131 h		94 h		107 h	
Entrevues des IP	N ^{bre} d'IP	2	6	2	3	4	6
	N ^{bre} d'IP/modèle	8 IP		5 IP		10 IP	
	Heures/site	4	7	2	5	4	6
	Heures/ modèle	11 h d'entrevue		7 h d'entrevue		10 h d'entrevue	
Période d'exposition	Dates	26 juin au 23 sept.	2 avril au 27 août	23 avril au 3 sept.	26 mars au 22 août	15 sept. au 19 sept.	9 juin au 20 juin
	N ^{bre} de jours	8	16	9	11	5	10
	Jours/modèle	24 jours		20 jours		15 jours	

4.4.1. Positionnement de la chercheuse

En ethnographie, le chercheur devient l'outil principal de collecte de données. Oliffe (2005) avance que l'observation, la documentation et les capacités analytiques, requises au déploiement de la recherche ethnographique, sont bien développées chez les infirmières vu qu'elles les mettent en œuvre dans leur pratique clinique. Allen (2004) estime qu'il existe toutefois un dilemme chez les infirmières-chercheuses qui chevauchent les fonctions d'*insider-outsider*, chacune ayant des avantages et inconvénients (la chercheuse est elle-même IP en SSP depuis 2006 en Ontario). Ce statut de proximité qui est privilégié dans cette recherche (p. ex. : observation), bien qu'il comporte certains désavantages qui ont été pris en considération dans l'application de mesures de rigueur (voir section 4.7), a été considéré comme étant néanmoins plus avantageux pour capter le phénomène à l'étude. À notre avis et à la lumière du bassin de données recueillies, la chercheuse, de par son bagage d'IP, a été en mesure de mieux cerner le statu quo puisqu'elle était sensibilisée à certains enjeux de l'intégration en SSP. Une implication

de proximité engage le chercheur dans le processus politique qui est convenable en ethnographie critique et elle devient même avantageuse pour comprendre et pour théoriser plus amplement le phénomène d'intérêt (Foley et Valenzuela, 2008).

En ethnographie, le chercheur est guidé par une quête de la(les) réalité(s) qu'il désire décrire, détailler, comprendre et analyser. L'ethnographie classique part d'une approche naturaliste et interprétative où ces chercheurs avancent que les réalités pluralistes de la nature sont négociées entre les acteurs (perspective émique) et les ethnographes (perspective étique) (Hammersley et Atkinson, 2007). Cependant, les érudits de la tradition critique estiment que de telles perspectives fonctionnalistes peuvent obscurcir les idéologies sous-jacentes qui conditionnent les actions et les pensées humaines (Lather, 1986). Les comptes-rendus des ethnographes classiques peuvent donc négliger l'influence des structures dominatrices et opprimantes dans la formation du quotidien des individus (González, 2013). Afin de répondre à cet écart, les intellectuels de la théorie critique se tournent vers l'examen des conditions historiques, sociales et économiques qui forment, subtilement, la réalité du schéma culturel perçu (Fontana et Frey, 1994; Spurk, 2001). Dans le cadre de cette étude d'EC, un *positionnement* (étique et émique) a été couplé à l'éveil de la conscience et a permis la négociation des significations entre la chercheuse et les sujets (Geertz, 1983). Le chercheur en EC cherche la relation dialectique entre les contraintes sociales structurelles et l'autonomie (relative) de l'*agency* humaine (Anderson, 1989). L'accent est mis sur les questions liées au pouvoir, au savoir et à l'identité (Savage, 2006). Le chercheur tend à comprendre la construction de l'identité, mais également qui et quoi contrôle sa formation (Savage, 2006). Nous détaillerons en quoi a consisté notre collecte de données multimodale et justifierons certains positionnements.

4.4.2. Observation

La chercheuse a effectué l'observation des trois différents modèles de SSP par le biais d'une grille d'observation (voir Annexe 8). L'observation s'est effectuée à partir du cubicule d'accueil/d'inscription, des postes de documentation, en marchant dans les corridors, en participant aux repas des membres du personnel soignant et lors des rencontres interprofessionnelles et/ou administratives. Cette façon de faire est congruente avec la TAR (Latour, 2006), qui propose de suivre les activités et les interactions des acteurs humains et non humains, telles qu'elles se produisent. Cela a ainsi nécessité un engagement prolongé (Lincoln et Guba, 1985), qui se situe dans un rapport de confiance et qui a permis l'apprentissage minutieux des savoir-faire et savoir-être de la culture étudiée (Bernard, 1994). Avec la permission d'assister aux rencontres interprofessionnelles et/ou administratives qui impliquent les IP, nous avons capté les dynamiques interactionnelles en action. Comme il était difficile pour une seule personne de capter toutes les données pertinentes à l'étude, il était d'une grande importance de répéter l'observation de ces activités à plusieurs reprises.

Nous avons comptabilisé un total de 332 heures d'observation, dont 41 heures ont été spécifiquement dédiées à l'observation de rencontres interprofessionnelles (voir Tableau 4 ci-dessus), et ce, sur différentes périodes d'exposition. Les heures d'observation dans les différents modèles sont les suivantes : 131 heures en CSC, 94 heures en ESF et 107 heures en CDIP. En ethnographie, il n'y a pas de critères précis quant au nombre minimal d'heures d'observation requises (Savage, 2006). Morse (1994) recommande toutefois de 30 à 50 entrevues et/ou moments d'observations ethnographiques. Parce que nous avons réalisé 23 entrevues semi-structurées, 25 séances d'observation auraient pu remplir ces exigences. Or, pour mieux composer avec l'ethnographie multisite, notre étude a largement dépassé ces recommandations

puisque, sans compter les entrevues, les 332 heures d'observation constituent de 15 à 24 séances d'observation (dont chacune représente une journée complète), et ce, dans chacun des modèles de SSP. Il s'agit donc de 60 séances d'observation au total.

4.4.3. Discussions informelles

Les discussions informelles font partie des données qu'il est possible de recueillir lors de l'observation. Dans cette recherche, ces discussions, le plus souvent effectuées dans les aires de partage, ont été un moyen d'obtenir l'avis des autres membres de l'équipe. Ces discussions ont porté sur les éléments culturels que nous devions décoder (signes, codes, discours, historique du modèle et de l'équipe, politiques, pratiques professionnelles, évaluations, activités, fonctionnement). Il faut toutefois noter qu'il a été très rare d'obtenir la rétroaction des MD en ce sens puisqu'ils étaient difficilement accessibles à la chercheuse, et ce, dans tous les milieux étudiés. Les informateurs-clés incluent notamment les secrétaires, les infirmières, les gestionnaires, les diététistes, les intervenants en santé mentale et les techniciens en informatique. Grbich (1999) recommande qu'une étude ethnographique inclue de 6 à 8 informateurs-clés et de 12 à 15 participants. Notre étude dépasse ces recommandations, avec 23 IP participantes et plus de 8 informateurs-clés dans chacun des 6 milieux de recherche.

4.4.4. Analyse documentaire

Nous avons entamé la collecte de données dans chacun des milieux par l'observation directe et par l'analyse documentaire. Avec la permission des milieux, le plus souvent les gestionnaires, nous procédions à la collecte de divers documents (des actants) afin d'en faire l'analyse (évidence muette) (Hammersley et Atkinson, 2007). Les documents formels tels que les plans stratégiques, l'énoncé de vision et de mission de l'établissement, les organigrammes, les codes de conduite et les politiques et procédures impliquant les IP ont été analysés (voir

Annexe 9). D'autres documents informels ont aussi été inclus (p. ex. : messages/annonces au personnel sur les babillards). À ces documents, nous avons ajouté le curriculum du consortium du Programme ontarien de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires qui forme les IP puisque, selon Sullivan-Bentz et ses collègues (2010), « the program should also prepare NPs for transition, for practice management, and for interprofessional practice » (p. 1181).

4.4.5. Entrevues semi-structurées avec des IP

Au total, 23 entrevues semi-structurées avec des IP en SSP ont été effectuées suivant une grille d'entrevue flexible (voir Annexe 10), dans un lieu et selon un temps qui avaient été convenus à l'avance par chaque participante, portant sur des sujets centraux de la présente étude, soit notamment la culture des milieux et les modèles de prestation de soins, la collaboration interprofessionnelle, et l'intégration et la négociation du rôle des IP. La durée des entrevues a varié entre 40 minutes et 3 heures. Étant donné qu'il s'agit d'une étude multisite, il a été important pour nous d'avoir une représentation assez similaire des IP dans chacun des modèles. Notre étude inclut 8 IP en CSC, 5 en ESF et 10 en CDIP, avec une représentation moindre en ESF que ce qui avait été escompté au départ. Tel que nous l'avons exprimé précédemment, certaines IP œuvrant dans un modèle ont aussi raconté leur expérience au sein d'autres modèles, des expériences d'intégration dont nous avons tenu compte et qui ont pu alimenter nos données sur l'intégration des IP en ESF. Nous avons analysé 11 heures de verbatim en CSC, 7 heures en ESF et 10 heures en CDIP. Certaines trouvailles obtenues par l'observation et par l'analyse documentaire ont parfois été abordées en entrevue avec des IP afin de recueillir leur compréhension.

En ethnographie, la taille recommandée de l'échantillon varie grandement selon les auteurs. Certains recommandent l'examen d'un groupe culturel, plutôt que d'un nombre précis de participants (Creswell, 2002), ce que nous avons entrepris en investissant divers milieux où les IP en SSP ont été intégrées. D'autres avancent qu'il s'agit de miser sur la qualité de l'information obtenue (personne, situation, évènement, document), plutôt que sur la taille de l'échantillon (Patton, 2002). Or, le nombre de participants deviendrait adéquat lorsque le chercheur atteint la redondance des informations (Burns et Grove, 2009). Guest, Bunce et Johnson (2006) affirment que cela survient généralement après 12 entrevues. Certains auteurs suggèrent que les chercheurs doivent toutefois viser un plus grand nombre de participants. Par exemple, Grbich (1999) propose 12 à 15 participants. Notre étude dépasse largement ces recommandations, avec 23 entrevues, dont certaines d'une durée de 2 ou 3 heures.

4.4.6. Données sociodémographiques des IP

Les participantes ont rempli un questionnaire démographique avant leur entrevue (voir Annexe 7). Les résultats de ces questionnaires sont présentés au chapitre suivant.

4.4.7. Journal de bord

Tout au long de la collecte de données, nous tenions des inscriptions manuscrites de nos réflexions dans un journal de bord (p. ex. : mémos, questions, commentaires, etc.) (deMunck et Sobo, 1998), ce qui est congruent avec la TAR. De plus, après chacune des entrevues, la chercheuse a pris soin d'inscrire dans son journal de bord les impressions et les grandes lignes de réflexion de l'entrevue.

4.5. Méthode d'analyse des données

Il convient de rappeler que cette étude s'appuie sur le postulat selon lequel le processus d'intégration du rôle de l'IP en SSP est le résultat d'une construction sociale, c'est-à-dire le produit de réseautages complexes d'actants (idées, normes professionnelles, technologies, ouï-dire, objets, etc.) et d'acteurs humains (IP, médecins, gestionnaires, patients, etc.) qui s'influencent mutuellement et de façon dynamique en traduisant leurs actions, leurs intérêts et leurs discours afin d'atteindre un but particulier, souvent stratégique (p. ex. : accessibilité, efficacité, coûts et qualité des soins). Cette conception influence la façon dont nous avons entrepris notre méthode d'analyse des données.

Cette dernière a débuté par une analyse thématique pour dégager les thèmes principaux discutés par les participants. Elle a été suivie d'une analyse critique de discours afin de mettre en évidence des *patterns* discursifs, des codes, des présupposés, des omissions, des non-dits, des incohérences, des glissements discursifs et des influences (professionnelles, éthiques, économiques, etc.) pouvant motiver les propos, et la teneur émotive de ceux-ci. (Le processus d'analyse est détaillé un peu plus loin.) Il convient de noter que, dans une étude qualitative, la collecte et l'analyse des données s'informent mutuellement et se déploient simultanément :

Because data collection and analysis processes tend to be concurrent, with new analytic steps informing the process of additional data collection and new data informing the analytic processes, it is important to recognize that qualitative data analysis processes are not entirely distinguishable from the actual data. The theoretical lens from which the researcher approaches the phenomenon, the strategies that the researcher uses to collect or construct data, and the understandings that the researcher has about what might count as relevant or important data in answering the research question are all analytic processes that influence the data (Thorne, 2000, p. 68).

Dans notre étude, l'analyse des entrevues a été faite tout au long de la collecte de données selon un mode itératif afin d'alimenter le travail réflexif de la chercheuse. Les entrées au journal

de bord et la transcription graduelle des entrevues ont facilité ce travail itératif. En ethnographie, les enquêtes naturalistes, les analyses thématiques et les descriptions interprétatives sont bel et bien des méthodes utilisées, et elles dépendent d'un processus d'analyse de comparaisons constantes, où le chercheur se questionne comme suit : « En quoi ceci est-il différent de cela et comment ces deux éléments sont-ils reliés? » (Thorne, 2000, p. 69, trad. libre).

Dans le cadre de cette étude, nous avons procédé à une ethnographie critique (EC) multisite, dont l'un des buts est la comparaison (Nadai et Maeder, 2005) des milieux de SSP sur l'intégration des IP. Il ne s'agit pas de l'analyse de contenu puisque notre cadre théorique ne définit pas des thèmes préalables, mais cherche plutôt à « suivre les acteurs » et à examiner les thèmes qui en jailliront. Nous avons donc commencé par une analyse thématique de nos données afin d'identifier des thèmes récurrents, des tournures linguistiques particulières, des associations de termes, et ainsi de suite. Compte tenu du volume faramineux des données descriptives de cette recherche, l'analyse thématique a fait le « tri » du matériel recueilli, ce qui a favorisé une meilleure organisation des données et le dégagement de tendances préliminaires en matière de discours, d'éléments contextuels et de facteurs à visée explicative. Les tendances préliminaires ont ensuite été soumises à une analyse critique de discours des données textuelles, nécessaire afin de rester fidèle aux perspectives théoriques choisies et au paradigme de théorie critique. L'analyse critique de discours a visé à identifier ainsi qu'à contextualiser l'utilisation de jargons particuliers, l'attribution de l'action dans la phrase, les affirmations ainsi que, possiblement, les omissions et les fondements discursifs en action.

4.5.1. Analyse thématique

Afin de structurer la première portion de notre analyse, nous avons eu recours aux écrits de Paillé (1994) sur l'analyse par théorisation ancrée. Paillé propose une démarche analytique en

six étapes culminant en la théorisation du phénomène à l'étude; cependant, les quatre premières étapes de son approche sont congruentes avec une analyse thématique. Étant donné que nous n'avons pas réalisé de théorisation ancrée dans le cadre de cette étude, seules les quatre premières étapes ont été effectuées, à savoir 1) la codification, 2) la catégorisation, 3) la mise en relation et 4) l'intégration.

Ces étapes procurent la structure et l'autonomie nécessaires au travail analytique d'un chercheur novice. St-Pierre (2010), dans le cadre d'une EC, a aussi utilisé ces étapes. Il ne faut pas confondre l'analyse par théorisation ancrée et la théorisation ancrée comme telle (la méthode de recherche qualitative) puisque leur objectif est différent. Dans ce contexte, la théorisation est décrite comme suit :

Or qu'est-ce que théoriser? C'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière (Paillé, 1994, p. 149).

Cette méthode analytique permet de puiser au-delà d'une analyse descriptive, même si le chercheur ne désire pas l'amener jusqu'à la théorisation avancée. Nous y avons eu recours puisque « son corpus habituel est celui, classique, de l'anthropologue » (Paillé, 1994, p. 151) et des formes textuelles, ce qui est congruent autant avec la TAR qu'avec l'EC. La comparaison a comporté deux objectifs : la comparaison entre les sites de SSP à l'étude, nécessaire à une EC multisite (Nadai et Maeder, 2005), et la comparaison constante entre la réalité observée et l'analyse en émergence (Paillé, 1994).

La première étape, la codification, a consisté « à étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial » (Paillé, 1994, p. 153). Il s'est agi pour la chercheuse de « dégager, relever, nommer, résumer, thématiser, presque ligne par ligne, le propos » (Paillé, 1994, p. 154). Nous avons fait des lectures multiples des transcriptions des entrevues, des notes

de terrain et des documents, et nous avons inscrit en marge des annotations (mots/expressions) résumant ou représentant les idées propres à ces textes. Certains codes se sont vu attribuer une fonction conceptuelle et ont pu être repris à l'étape suivante, alors que d'autres codes étaient à retravailler, à combiner ou à éliminer. Certains codes étaient *centraux* à l'étude, alors que d'autres se sont révélés hors piste et ont été libellés comme codes de *réserve*. Avant que la chercheuse ne passe à l'étape subséquente, elle s'est assurée de « mettre à profit la codification initiale, de relire les codes, de les regrouper – sur une feuille à part –, de les comparer, de les questionner, de les classer » (Paillé, 1994, p. 157). Puisque l'analyse a été effectuée simultanément avec la collecte des données, la codification détaillée n'est pas vue comme étant cruciale après un certain nombre d'analyses; elle « peut être progressivement abandonnée à mi-chemin de la recherche, voire avant » (Paillé, 1994, p. 158). Nous avons procédé à une codification détaillée pour les premières analyses d'entrevues de chaque modèle de soins, étant donné que nous voulions examiner simultanément l'intégration des IP dans les trois modèles interprofessionnels de SSP.

La deuxième étape, la catégorisation, a été effectuée en nommant l'étiquette sémantique (désignation ou titre) donnée aux aspects les plus importants du phénomène regroupés. Il s'est agi de dresser une liste de catégories regroupant les codes créés lors de l'étape antérieure. Ensuite, nous avons fait une lecture nouvelle et plus abstraite d'une copie des éléments textuels sous analyse en y annotant les catégories en marge. Une qualification plus étendue du phénomène a eu lieu, car chaque catégorie a illuminé les données dans un nouveau contexte et leur a donné « une dimension existentielle, critique, philosophique » (Paillé, 1994, p. 160). Notre perspective théorique a ainsi été mise à contribution, suivant les propos de Thorne (2000) (ci-dessus).

La troisième étape, la mise en relation, a consisté en la concrétisation significative de l'analyse initiale, où nous tâchions de déterminer les liens entre les catégories en dressant leur liste et en les examinant en nous posant les questions : « Ce que j'ai ici est-il lié avec ce que j'ai là? En quoi et comment est-ce lié? » (Paillé, 1994, p. 167). Tout doucement, la chercheuse dépasse « la simple mise en relation de catégories et commence à accéder à l'évènement, à l'explication, à l'histoire » (Paillé, 1994, p. 168). Cette étape est congruente avec la *thick analysis*, selon l'expression de Geertz (1983), ou, pour conserver un langage latourien, la *thick description* (Latour, 2006), qui désigne une démarche dynamique au moyen de l'approche *empirique* (décrite plus haut), *spéculative* et *théorique*. L'approche théorique par l'utilisation de la TAR a illuminé les notions de réseaux, d'acteurs humains et non humains et de traductions. Nous sommes ensuite passée à l'étape suivante puisque « la mise en relation [...] peut déboucher sur une complexité telle que l'analyse pourrait ne plus jamais s'arrêter » (Paillé, 1994, p. 172).

Enfin, la quatrième étape, l'intégration, est l'étape de caractérisation de ce qui constitue l'essentiel des trouvailles d'une étude inductive. Nous nous sommes posé cette question : « Quel est le problème principal? » (Paillé, 1994, p. 172). Cette étape implique la réduction des données, où nous voulions délimiter les composantes multidimensionnelles de l'étude en faisant un retour sur les questions de recherche et sur les objectifs de l'étude, tout en comprenant les raisons qui auraient pu faire diverger la chercheuse. « Il est normal que l'investigation ait bifurqué en cours de recherche; le contraire serait même inquiétant » (Paillé, 1994, p. 172). Ce travail en a été un de délimitation de l'objet d'analyse en relisant tous les documents recueillis. Étant donné que l'EC signifie autant une forme de représentation que d'interprétation de la réalité sociale (Anderson, 1989), l'analyse thématique nous a permis de circonscrire le phénomène à l'étude.

Il convient de réitérer le fait que le théoricien critique, bien qu'il admette une

représentation particulière de la réalité (Savage, 2006; Vandenberg et Hall, 2011), remet continuellement cette réalité en question au regard des enjeux du pouvoir et des structures de domination (Thomas, 1993). C'est donc à ce stade de l'analyse qu'est intervenue notre lentille critique et que nous avons intégré une analyse critique de discours (ACD) à nos outils méthodologiques (Hardcastle, Usher et Holmes, 2006; Thomas, 1993). Il n'existe pas de formule unique pour l'effectuer. Nous avons suivi deux étapes succinctes d'ACD, des étapes qui s'allient bien aux cadres théoriques latourien et foucaldien de cette recherche doctorale.

4.5.2. Analyse critique du discours

D'un premier abord, une visée plus descriptive de l'ACD a été effectuée à la lumière des mouvements d'association et de la traduction des acteurs, mais également de leur enrôlement à la chambre haute ainsi que de leur hiérarchisation par compromis et arrangement à la chambre basse. C'est un moment pertinent pour contextualiser le langage, les sphères d'action des acteurs et l'influence du pouvoir, pour noter la manière dont ils se déploient et agissent dans les réseaux, et pour déterminer dans quelle mesure ils configurent ces derniers.

D'un deuxième élan, l'ACD rejette le statu quo : elle remet en question les discours tenus pour acquis et souligne l'influence des structures (p. ex. : organisationnelles et professionnelles) et des relations de pouvoir qui forment le social. Comme nous l'avons mentionné antérieurement, le langage en soi ne détient aucun pouvoir. C'est plutôt les processus d'utilisation des discours qui construisent le pouvoir : ils créent et influencent le collectif pour mieux gouverner les modes de pensée et de conduite (Smith, 2007). C'est pour cette raison que l'ACD se marie bien aux concepts foucaldiens de discours et de pouvoir/savoir (Blommaert, 2005), mais aussi qu'elle se porte bien à l'examen des problématiques législatives et politiques (Smith, 2007), ce qui est pertinent en ce qui touche le rôle des IP. L'ACD permet de jeter un

regard critique sur les différents contextes de la production du texte (analyse des pratiques socioculturelles), sur la façon dont il est reçu (analyse de la pratique du discours) et sur les détails du texte lui-même (analyse textuelle). Le texte est un élément discursif. À cette étape, nous avons fait intervenir Fairclough et Blommaert afin de nous donner une structure pour mieux cerner les notions foucaaldiennes de pouvoir/savoir, de discours et de subjectivité.

Fairclough (1989) a formulé une approche d'ACD à trois dimensions pour la conception et l'analyse de discours, approche qui a été reprise par Blommaert (2005). En premier lieu, l'examen du *discours-en-tant-que-texte* mise sur le choix et les schémas redondants liés au vocabulaire, à la grammaire, à la cohésion ainsi qu'à la structure du texte (Blommaert, 2005). En deuxième lieu, on s'intéresse au *discours-en-tant-que-pratique discursive*, où l'on reconnaît que le discours est « produced, circulated, distributed, consumed in society » (Blommaert, 2005, p. 29). Nous nous sommes ainsi attaquée à la représentation qui émerge du texte ainsi qu'à la traduction ou la médiation à laquelle il renvoie. L'analyse du *discours-en-tant-que-pratique-sociale* constitue la troisième dimension de l'ACD. Elle s'intéresse à « the ideological effects and hegemonic processes in which discourse is seen to operate » (Blommaert, 2005, p. 29). Elle décèle ici les ordres de discours, la normalisation et les régimes de pouvoir au sujet desquels Foucault a tant écrit. Tout comme Chenery-Morris (2011), nous pressentons le besoin d'un ensemble de questions préétablies pour mieux investir le terrain, ce que ni Fairclough ni Blommaert n'offrent expressément. Nous avons donc utilisé les questions conçues par Maclure (2003) pour nous guider dans cette démarche (voir Annexe 11).

4.6. Considérations éthiques

L'approbation du comité d'éthique de l'Université d'Ottawa a été obtenue avant de procéder au recrutement des participantes de cette étude (voir Annexe 12). Pour chaque IP qui a

signifié un intérêt et une participation volontaire à l'entrevue, nous avons convenu d'une date et d'un lieu qui lui convenaient. Avant de procéder aux entrevues, les participantes ont dû lire la lettre d'information et le formulaire de consentement (voir Annexe 5). Elles ont ainsi été avisées des buts de la recherche, des risques ainsi que des modalités de participation. Les participantes ont été invitées à poser leurs questions pour clarifier quelques aspects afin d'assurer leur consentement éclairé. Elles ont été avisées qu'elles pouvaient se retirer en tout temps de l'étude sans crainte de représailles, et que leur participation était sur une base strictement volontaire. Une fois que nous avons répondu à leurs questions à leur satisfaction, elles ont rempli et signé le formulaire de consentement. Une photocopie du consentement signé leur a été remise.

Nous nous sommes assurées de lieux de rencontre privés. Si les participantes choisissaient de faire l'entrevue dans leur milieu de travail, nous leur indiquions que leur anonymat pourrait être compromis vis-à-vis de leurs collègues. Si elles préféraient un autre lieu, nous leur proposons l'emploi d'une salle ailleurs dans l'édifice ou d'un lieu en dehors du milieu, pour autant que le lieu se prête à un entretien confidentiel (lieu et temps qui conviennent à l'IP). Les entrevues ont été enregistrées sur un enregistreur numérique. Les entrevues ont été effacées de l'enregistreur après le téléchargement de son contenu. La transcription des entrevues anglophones a été effectuée par une assistante de recherche qui a consenti à la confidentialité des données de recherche par la signature d'une entente de confidentialité (voir Annexe 13). La transcription des entrevues francophones a été effectuée par la chercheuse elle-même. L'anonymat des participantes a été assuré par l'attribution d'un code alphanumérique à chacune. Le nom des sites a été gardé confidentiel afin d'éviter que les IP de ces sites ne puissent se reconnaître spécifiquement, étant donné que plusieurs professionnels se connaissent dans le domaine restreint de la pratique infirmière avancée.

4.7. Critères de rigueur en recherche qualitative

La rigueur d'un devis qualitatif est associée avec l'ouverture, la pertinence, la congruence épistémologique et méthodologique, l'adhésion scrupuleuse à la perspective philosophique (rigueur méthodologique), la précision dans la collecte de données, la considération de toutes les données au processus d'analyse et l'autocompréhension du chercheur (Burns et Grove, 2009). Elle est ce que Miles et Huberman (1994) appellent un *goodness criteria* ou, pour reprendre l'expression de Lincoln et Guba (1985), un critère de fiabilité (*trustworthiness criterion*). Nous présentons ici les critères pertinents à notre étude, soit la fiabilité, la crédibilité, la transférabilité et la réflexivité.

4.7.1. Fiabilité

Selon Thomas et Magilvy (2011), la fiabilité « occurs when another researcher can follow the decision trail used by the researcher » (p. 153). Ces auteures expliquent que la fiabilité consiste en une description spécifique du déroulement de l'étude, de la sélection des participants (comment et pourquoi), de la collecte de donnée et sa durée, de la réduction des données, de leur interprétation et présentation ainsi que des techniques utilisées pour définir la crédibilité. Dans cette étude, le chapitre de méthodologie explique certains de ces aspects et les chapitres des résultats et de la discussion (notamment les limites de l'étude) guident le lecteur au regard des étapes entreprises, de la provenance des données de l'étude et des choix effectués en cours de route, et notamment vis-à-vis de la réduction des données. Des extraits tirés du carnet des observations d'une rencontre interprofessionnelle et du journal de bord démontrent comment les diverses données de recherche ont alimenté le processus de recherche et les présents résultats de l'étude (voir Annexe 14).

4.7.2. Crédibilité

Credibility [...] is the element that allows others to recognize the experiences contained within the study through the interpretation of participants' experiences (Thomas et Magilvy, 2011, p. 152).

Tuckett (2005) propose ici des stratégies de recherche telles que les notes de terrain, l'enregistrement numérique, la transcription, le registre thématique et l'audit. Ces deux derniers aspects ont été effectués au moyen de l'analyse thématique. D'un côté opérationnel, nous les avons appliqués par l'utilisation de cas négatifs dans notre échantillon de convenance, par les comparaisons constantes (Thomas et Magilvy, 2011) ainsi que par la vérification des trouvailles (*member-checking*) par le biais des informateurs-clés et des participantes à l'entrevue.

Selon Harper (2008), la crédibilité nécessite l'implication prolongée du chercheur, des observations persistantes et de la triangulation. La triangulation, elle, ne s'accorde pas avec notre perspective ontologique, dans la mesure où elle constitue en fait la recherche de confirmation et d'objectivité. Cela ne concorde pas avec le paradigme de théorie critique, qui fait plutôt la promotion du pluralisme ontologique et épistémologique. Toutefois, nous croyons que le fait d'avoir investi deux sites par modèles de SSP nous a permis de relever des similitudes et des divergences dans les expériences d'intégration des IP dans un même centre d'un même modèle de SSP et également entre les divers modèles de SSP. Le sommaire de l'intensité de la recherche (voir Tableau 4 ci-dessus) montre aussi que la chercheuse s'est engagée de façon prolongée dans chacun des trois modèles prévus, qu'elle y a effectué plusieurs séances d'observation et qu'elle a recueilli de nombreuses sources de données. La chercheuse a également pris soin de varier la durée et les jours d'observation selon les possibilités offertes par les milieux.

4.7.3. Transférabilité

La transférabilité fait référence à :

The ability to transfer research findings or methods from one group to another, or how one determines the extent to which the findings of a particular inquiry have applicability in other contexts or with other subjects/participants (Thomas et Magilvy, 2011, p. 153).

Nous avons satisfait à ce critère en faisant une description détaillée de l'échantillon à l'étude et des milieux investis, ce que requiert d'ailleurs notre approche théorique méthodologique. Tuckett (2005) affirme que cette entreprise est achevée par le *data display* et par une recension des écrits simultanée. L'EC, qui commande la description détaillée des milieux, est aussi une opération en ce sens. Nous avons constamment pris soin d'exposer autant que possible les expériences globales des IP de tous les milieux de SSP et de délimiter les expériences spécifiques ou des cas négatifs afin de donner un portrait fiable des expériences d'intégration des IP, des milieux et de la pratique collaborative. Cette façon de faire augmente considérablement la transférabilité des données.

4.7.4. Réflexivité

L'ethnographie et la théorie critique encouragent une approche consciente à la recherche puisque le chercheur est l'outil de collecte de données dans ce devis (Ryan-Nicholls et Will, 2009) et qu'il peut ainsi l'influencer. Les devis critiques doivent impérativement inclure une forme de réflexivité. La réflexivité fait référence à la projection critique du soi dans la recherche (Lather, 1986). Elle vise à mettre en lumière les interrogations portant sur le phénomène, les idées tenues pour acquies, les préconceptions et la position historique (et politique) du chercheur dans le processus de recherche. La voix sous-jacente est celle de l'intellectuel qui transforme la pratique : il éveille simultanément la conscience, le changement et l'action (Guba et Lincoln, 1994). Nous répondons à ce critère en ce que nous avons communiqué, du début à la fin, les motifs, les expériences, les valeurs et les réflexions à la préparation et au déploiement de la recherche.

Bien que la chercheuse soit elle-même IP, c'est le partage libre de son processus réflexif dans son journal de bord et avec sa directrice de thèse qui a contribué à la rigueur de cette étude, car c'est par ce processus qu'elle a exposé ses expériences professionnelles, ses valeurs et ses préconceptions au sujet du rôle de l'IP, des éléments qui peuvent influencer les processus et les résultats de la présente recherche (Olliffe, 2005). La réflexivité a aussi été assurée en procédant à de l'observation plus distante lors de notre insertion initiale dans chacun des milieux afin d'amoinrir de potentiels sentiments d'intrusion ou de dérangement des activités quotidiennes. Cette réflexion et son action conséquente ont ultimement avantageé la chercheuse au sein de ces collectifs. La chercheuse a aussi pris soin de soigner sa sortie des milieux, notamment en assurant un retour avec les données saillantes de la recherche.

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE

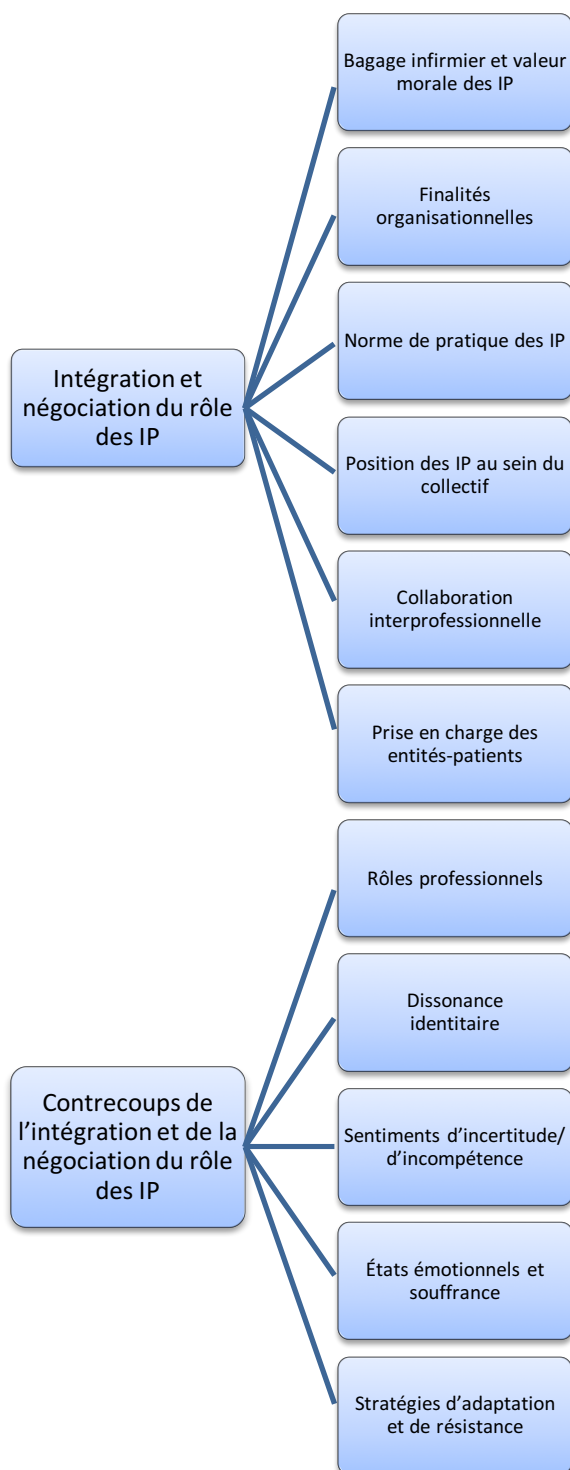
Ce chapitre vise à présenter les résultats de notre recherche de même que l'analyse qui a été effectuée à la lumière du cadre théorique choisi, lequel combine la théorie de l'acteur-réseau (TAR) et les écrits de Michel Foucault. Deux thèmes seront spécifiquement abordés.

Au préalable, nous décrirons les milieux investis par la chercheuse en alimentant cette section par les observations du terrain et par l'analyse des documents organisationnels. Le premier thème inclura également les verbatims des participantes et traitera spécifiquement de l'intégration et de la négociation du rôle des IP. Cette partie offrira une description détaillée du phénomène puisque cela satisfait aux exigences méthodologiques des chercheurs utilisant la TAR. Le deuxième thème ciblera les contrecoups de l'intégration et de la négociation du rôle des IP. Il mettra davantage les concepts foucauldien choisis en action, ceux entourant la subjectivité, les savoirs et le pouvoir.

Tout le long de ce chapitre, la présentation des résultats s'appuiera sur une structure prévisible découpée en deux temps. Chaque section offrira tout d'abord une présentation basée sur les expériences transversales des IP, répondant ainsi à l'objectif de mieux comprendre le phénomène d'intégration et de négociation de leur rôle dans sa globalité, pour ensuite offrir celle basée sur les expériences spécifiques des IP, répondant alors à l'objectif de comparaison des vécus lorsque nécessaire. La figure 1 ci-dessous donne un aperçu des résultats.

Figure 1

Schéma représentant les résultats de la présente étude



5.1. Description des milieux et des participants

Notre devis de recherche, l'ethnographie critique, s'appuie sur une collecte de données multimodale. Nous présenterons donc ici quelques éléments saillants de l'observation des milieux de SSP ainsi que les données sociodémographiques des IP interviewées (n = 23).

5.1.1. Observation des milieux

Avec plus de 330 heures d'observation directe du terrain et de rencontres interprofessionnelles et/ou administratives, nous avons cumulé une quantité significative de données pour les six différents milieux investis. Afin de simplifier ces données et de les mettre en relief, nous avons décidé de dresser au préalable un portrait comparatif des caractéristiques des milieux. Le Tableau 5 ci-dessous permet de saisir les similitudes et les divergences des modèles et des sites qui ont été investis dans le cadre de cette recherche, mais aussi d'augmenter la crédibilité de la recherche en démontrant l'atteinte d'une certaine hétérogénéité.

Tableau 5
Comparaison des milieux de soins investis

	Comparaison des milieux de soins investis					
	CSC		ESF		CDIP	
Caractéristiques	n° 1	n° 2	n° 1	n° 2	n° 1	n° 2
Région	Urbaine/Rurale	Urbaine	Urbaine	Rurale	Urbaine/Rurale	Rurale
N ^{bre} d'IP	7	3	5	2	6	4
N ^{bre} de MD	7	1	>20	>20	2	2
Équipe clinique (n ^{bre} de membres)	>40	>15	>60	>35	>10	>10
Satellite(s)	Ruraux	Aucun	Urbains	Ruraux	Ruraux	Aucun
IP et MD localisés sur un même étage	√	√	√ (En général)	Ø	√	√
IP et intervenants localisés sur un même étage	Ø	√	Ø	√	√	√
Fournisseur principal des SSP et n ^{bre} de patients (pts)	Duo IP/MD >1300 pts	Duo IP/MD >1300 pts	MD >1300 pts (1 IP soutient 6-7 MD; IP permet d'enrôler 800 nouveaux pts)	MD >1300 pts (IP soutiennent >20 MD; IP permet d'enrôler de 800 nouveaux pts)	IP >800 pts (MD soutiennent 6 IP)	IP >800 pts (MD soutiennent 4 IP)
Types de clientèles	Socioéconomiquement défavorisées, maladies chroniques +++, nouveaux arrivants ++		Clientèles mixtes, plus favorisées, généralement plus en santé	Socioéconomi- quement défavorisées, maladies chroniques +++	Patients orphelins, socio- économiquement défavorisées, maladies chroniques +++	
N ^{bre} de MD/d'IP avec qui les soins sont partagés (accès amélioré/programmes)	1-3 MD 1-2 IP	1 MD et 1-2 spécialistes 1-2 IP	>20 MD	>20 MD	5 IP	3 IP
Présence de la gestion sur place	√	√	√ (Éloignée)	√	√	√
Personnel (technologies de l'information)	√	√	√√	Contractuel	Ø	Ø
Qualité des soins	Indicateurs de rendement identiques – projet facilité par la QSSO					
Organisme subventionnaire	RLISS		MSSLD (Direction des soins primaires)		MSSLD (Secrétariat des soins infirmiers, puis Direction des soins primaires)	

Légende : CDIP : Clinique dirigée par les IP; CSC : Centre de santé communautaire; ESF : Équipe de santé familiale; MSSLD : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; QSSO : Qualité des services de santé Ontario; RLISS : Réseaux locaux d'intégration des services de santé.

Pour tous les sites, les équipes interprofessionnelles incluent les IP, les MD, les infirmières, les diététistes, les intervenants en santé mentale et les secrétaires. En CSC, on y ajoute des intervenants communautaires. En CDIP, il faut noter que les MD sont des visiteurs ad hoc et qu'ils ne sont donc pas présents quotidiennement dans ces cliniques. Dans l'ESF n° 2, une kinésologue s'ajoutait à l'équipe. Les IP des CSC et des CDIP collaboraient avec 1 à 3 médecins de famille, tandis que les IP des ESF collaboraient avec 5 à 25 MD, le nombre de collaborateurs se multipliant davantage lors de fonctions en accès amélioré ou dans les programmes de gestion des maladies chroniques.

Les CSC se distinguent des autres modèles à l'étude sur le plan de leurs programmes communautaires, annoncés sur les babillards et dans les salles d'attente par le biais des dépliants portant sur les déterminants de la santé et sur diverses ressources communautaires mis à la disposition des patients dans les salles d'attente.

Ce qui distingue les ESF des autres modèles à l'étude est la désignation ministérielle qui les suit par rapport au déploiement de programmes coordonnés en gestion des maladies chroniques, en plus des primes qui stratifient ainsi le choix des programmes à offrir à la population (maladies endocriniennes, respiratoires, cardiovasculaires) et de l'accessibilité aux conseils médicaux en dehors des heures d'ouverture (service de consultation téléphonique). Les dépliants mis à la disposition des patients dans les salles d'attente font valoir l'importance du dépistage (cancers du col, du sein ou colorectal) et la dimension biomédicale de processus physiopathologiques (explication de maladies et de leurs traitements). Il y a aussi généralement des listes visibles de prix de services non remboursés par l'assurance maladie.

Les CDIP, elles, se distinguent dans leurs mandats consistant à prodiguer des soins familiaux aux clientèles orphelines (sans fournisseur de soins) d'une région donnée, à participer

aux initiatives en santé déterminées par le MSSLD (gestion des maladies chroniques et dépistage intégré du cancer) et à se « baser sur le succès des autres modèles », ce qui pourrait ainsi limiter leur autonomie. Elles ont aussi un mandat particulier de coordination des soins pour lequel diverses activités ont été observées. Les dépliants mis à la disposition des patients dans les salles d'attente attestent de l'importance du dépistage (cancers du col, du sein ou colorectal) et de l'utilisation des ressources de la communauté (programmes communautaires).

Nous avons choisi de présenter plusieurs autres observations des milieux au moment de présenter différents thèmes et sous-thèmes, notamment les « finalités organisationnelles » et la « collaboration interprofessionnelle », afin de préserver une bonne cadence de lecture ainsi que des repères frais pour le lecteur.

5.1.2. Données sociodémographiques des IP

Les données recueillies par le biais du formulaire sociodémographique sont présentées dans le Tableau 6 ci-dessous. L'âge des participantes varie de 30 à 59 ans. Les IP des CSC et des CDIP sont celles qui combinent le plus d'années d'expérience à titre d'IA. Aussi, 75 % des IP des CSC de cette étude possèdent une maîtrise, contre 40 % des IP en ESF et 20 % des IP en CDIP. Deux IP en ESF et 2 IP en CSC étaient enrôlées dans un programme d'études supérieures au moment de l'étude. Les IP participant à l'étude étaient majoritairement des femmes (96 %). Les participantes en CDIP et en ESF travaillaient toutes à temps plein, alors que 62 % des IP des CSC étaient à temps partiel. La majorité des IP de cette étude travaillent depuis moins de cinq ans chez l'employeur actuel. Cela n'est pas surprenant pour les nouveaux modèles de soins, tels que les CDIP et les ESF, mais assez surprenant pour les deux CSC visités, qui existaient depuis plus de 10 ans. Plusieurs IP ont indiqué avoir travaillé dans plusieurs modèles, qu'elles

ont quittés pour différentes raisons citées préalablement. Quelques IP en poste ont confié leur désir/intention de quitter leur milieu et, pour certaines, la profession au complet.

Tableau 6

Données sociodémographiques des 23 participantes (IP en SSP)

Caractéristiques	Résultats	Fréquence	Pourcentage (%)
Âge	20-29 ans	1	4
	30-39 ans	10	44
	40-49 ans	6	26
	50-59 ans	5	22
	60 et plus	1	4
Genre	Féminin	22	96
	Masculin	1	4
N ^{bre} d'années à titre d'IA	3-5 ans	3	13
	5-10 ans	1	4
	10-20 ans	8	35
	20 ans et plus	11	48
	Certificat d'IP	13	56,5
Diplôme d'études obtenu (niveau supérieur)	Maîtrise/IP	10	43,5
	Doctorat	0	0
	CSC	8	35
Lieu d'emploi	ESF	5	22
	CDIP	10	44
	Temps plein	18	78
Statut d'emploi	Temps partiel	5	22
	Occasionnel	0	0
	Moins d'un an	2	9
N ^{bre} d'années (emploi actuel)	1-5 ans	20	87
	5-10 ans	1	4
	10 ans et plus	0	0

Nous aborderons maintenant la question de l'intégration et de la négociation du rôle des IP, qui est l'enjeu principal de cette étude.

5.2. Intégration et négociation du rôle des IP

Par le biais de la collecte multimodale des données et de leur analyse, des aspects centraux à l'expérience de l'intégration semblent disposer les participantes et leurs partenaires à la négociation du rôle de l'IP, empreinte d'enjeux de pouvoir. Parmi ces aspects, nous comptons

les finalités organisationnelles des milieux auxquels les IP s'intègrent, les normes d'exercice des IP, la place des IP au cœur du collectif, la collaboration interprofessionnelle ainsi que la prise en charge des entités-patients.

Avant d'y venir, nous décrirons préalablement le bagage infirmier et la valeur morale du rôle des IP, des éléments qui se constituent d'attentes, de préconceptions, d'idéaux et d'aspirations, et qui façonnent les expériences d'intégration des IP.

La négociation du rôle des IP ne sera pas décrite comme un processus comportant des étapes spécifiques et succinctes. Cette recherche a découvert que les éléments centraux de l'intégration des IP, spécifiés plus haut, apportent des instabilités, des imprévisibilités et des variations qui tendent à faire éclore des espaces de négociations individuelles et collectives. Ce sont ces épisodes souvent spontanés de controverse, comme le dit Latour, que nous avons travaillé à cerner et à décrire.

5.2.1. Bagage infirmier et valeur morale des IP

Les IP interviewées accordent une valeur morale à leur rôle, qu'elles ont délibérément choisi d'incarner après avoir acquis un minimum de 3640 heures à titre d'infirmières autorisées (document du consortium du Programme ontarien de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires).

La valeur morale est un outil quotidien de motivation qui oriente la pratique des IP et qui gouverne leur conduite. Pour toutes les participantes interrogées, la quête de l'autonomie est une valeur fondamentale. Elle émerge de leur vécu infirmier et de la volonté de faire davantage pour leurs patients :

J'ai des connaissances supplémentaires. Je suis capable de faire telle, telle, telle chose. Je le sais que je suis apte à le faire puis j'ai tout mon arrière-plan infirmier qui est plus le *caring*, qui est plus holistique puis tout... Mais, je suis capable de faire plus (IP7, ESF, 455-479).

Because we're [NPs] making a difference and that was the whole thing why leaving [nursing]: I mean you knew what you could do, but you just couldn't within your role of the RN. So that was why I left (IP2, CDIP, 106-111).

Pour plusieurs, leur expérience de subordination en milieu hospitalier a joué un rôle déterminant dans cette soif d'autonomie. Toutefois, certaines expériences collaboratives peuvent aussi leur avoir donné un avant-goût ou un aperçu d'un rôle élargi :

Because the reason I initially wanted to be an NP was because when you worked in the hospital, as an RN, you took orders and you have some input into what's going on in the patient care, but I was like: « I want to be the person to look at everything, looking at all of the person's chart, read through it and try to piece it all together. I feel I could manage some of this myself. I wanted more responsibility, but I also, the reason why I felt like I kept learning and learning was because I was around people, like doctors, who were explaining what's going on! So, I could read the charts and I was learning from their notes (IP14, ESF, 624-685).

Selon les propos recueillis, la *façon d'être* infirmière est un incontournable de la pratique de l'IP puisqu'elle permet d'améliorer les soins aux patients, de favoriser la CI et d'aplanir les strates hiérarchiques :

Je pense que l'apport nursing dans le rôle de l'IP, c'est plus une façon d'être. [...] En nursing, tu as beaucoup l'esprit d'équipe : moi, en tout cas, je l'avais beaucoup [...] puis le respect des patients. Je ne cracherai jamais sur une infirmière auxiliaire. [...] Tu n'as pas du tout cette tête en l'air (IP7, ESF, 696-707)!

La qualité des soins est également importante pour la majorité d'entre elles, qui s'y réfèrent fréquemment par les notions de faire la différence, d'aider les patients et les familles à se prendre en charge, de les écouter, et de satisfaire leurs besoins et leurs désirs :

I get a lot of requests [from patients] for [antidepressant, antipsychotics]. [...] And that's maybe one area that I feel that I can make, I should embark upon and make a difference (IP11, CSC, 40-43).

Plusieurs participantes indiquent que leur expérience infirmière leur a toutefois permis d'être exposées à une variété d'expériences et de situations cliniques, ce qui a renforcé leurs connaissances médicales, leur confiance et leur crédibilité :

I worked in [six different specialties as a RN]. [...] So, by the end of that, I felt like I had a good grasp on diseases and conditions (IP10, ESF, 320-333).

Just in talking to other NPs, the ones who came from the hospitals had a better sense of the medication management and because they [NPs] were a little more familiar with them [medication] or especially the Emergency nurses, like the acute care stuff – what's high end, what's not? Whereas for me, that was all very gray because it wasn't in my skill set at the time (IP5, CDIP, 63-70).

Les perceptions d'efficacité vis-à-vis de leur pratique infirmière antérieure et d'être ce qu'elles estiment être une « bonne » IA leur concèdent l'espoir et la crédibilité nécessaires pour poursuivre leurs activités de PIA, même dans des contextes d'intégration plus houleux :

Ça faisait quasiment [entre 10 et 15] ans que j'étais infirmière quand j'ai commencé ici. Ça fait que je me sentais solide en disant : « J'étais appréciée avant. J'ai tout le temps été une bonne infirmière compétente... Ça fait que, regarde, je me sens solide. » Puis je le savais que ça ne venait pas juste de moi! Si j'avais fini mon bac puis été nouvelle là-dedans, tu sais, jamais vécu avec des médecins qui sont difficiles, bien, peut-être que j'aurais... C'était difficile, t'sais (IP12, CSC, 83-126).

Même si je ne suis pas quelqu'un qui ait confiance en moi vraiment, il y a des choses [dans sa spécialité acquise en tant qu'IA] pour lesquelles je suis probablement meilleure que 95 % des médecins de famille. [...] Ça m'a aidée à faire face justement à ceux qui étaient plus réticents à mon rôle parce que [...] si tu me fais douter sur des choses dont je ne suis moi-même pas certaine à 100 %, tu peux me faire craquer, tu peux me faire flancher. [...] Mais si tu essaies de me faire craquer sur quelque chose que : « Non, je le sais que je suis bonne parce que j'ai fait ça depuis l'âge de 20 ans, que j'ai rencontré des dizaines et des dizaines de [spécialistes dans son domaine] qui étaient toujours très, très satisfaits avec moi, que j'ai rencontré plein de monde, tu ne peux pas trop me faire craquer là-dessus parce que, dans le fond, moi, je le sais que c'est vrai. » Puis, j'en ai, des références (IP7, ESF, 455-479).

Pour plusieurs participantes, leur pratique antérieure à titre d'IA a développé leur sens commun et de la débrouillardise, et a accentué les habiletés essentielles à l'apprentissage didactique, tous vus comme des éléments indispensables à l'intégration en pratique avancée :

I like it [NP role]! I think it's because of what background you're coming from. I nursed for [more than 10] years, you know? [...] Everybody is so different; I think it depends on how much common sense you have; how to use your resources and then what type of background you have. [...] But if you know how to look something up, you can find the answer and you can figure out how to do it (IP10, ESF, 320-333).

Cependant, d'autres participantes interrogées attestent que c'est ce même bagage infirmier qui freine la réussite de leur intégration. Pour certaines, les expériences antérieures à titre d'IA peuvent être d'une utilité limitée dans le rôle d'IP et génèrent leur propre remise en question :

Au début, je trouvais ça extrêmement stressant. [...] En fait, tu as une expérience en tant qu'infirmière, mais ce n'est pas la même chose quand tu entres dans un rôle d'infirmière praticienne parce que ta pensée est complètement différente. Ton analyse est complètement différente, tes entrevues... En tout cas, tout est différent. Donc... tu ne peux pas vraiment... Tu peux te baser un peu sur ton expérience du passé en tant qu'infirmière, mais pas énormément, tu sais? Je trouve que ça [l'expérience à titre d'IA] ne m'aide pas énormément dans mon rôle d'IP. J'avais l'impression de recommencer à zéro complètement, surtout qu'en soins primaires, à part les stages, je n'avais pas beaucoup d'expérience. Donc, ça, c'est un autre stress (IP18, CSC, 14-33).

Certaines IP interviewées soulignent aussi que ce sont les traditions infirmières associées à la vocation, aux sacrifices personnels et au paternalisme médical, parfois inconsciemment inculquées durant le programme de formation initiale et l'expérience clinique, qui peuvent contribuer à ralentir le déploiement intégral et le succès des rôles en PIA, et peut-être contribuer à un mal-être chez les IP :

I'm much better advocating for someone else than... It goes all the way back to my hospital training where you were the last in line after everybody and if you went to get on the elevator and the doctor came first, you stepped back and let them on (IP11, CSC, 442-460).

[In my NP role] I had struggled with [fatigue]. [...] I don't know if it is because as nurses, we take more home with us? [...] You know that's instilled in you from day one in nursing school: the caring and the empathy (IP2, CDIP, 150-160).

All through nursing school you're taught to sacrifice and... Does this lead to caregiver burnout? (IP3, CDIP, 902-916).

Ces extraits permettent de relever un contraste avec les propos relevés précédemment, selon lesquels la formation infirmière initiale et l'expérience clinique comme IA peuvent aider les IP à intégrer leur nouveau rôle professionnel. Ils permettent toutefois de constater que ce bagage infirmier vient également avec des désavantages potentiels, si cette formation et cette expérience antérieures englobent aussi des processus de socialisation qui minent la capacité des IP à prendre pleinement leur place et/ou qui les exposent à un risque plus accru d'épuisement professionnel. Le bagage infirmier est intimement lié à la valeur morale du rôle de l'IP. Dans le cadre de leur intégration, plusieurs préconceptions, attentes et idéaux au rôle des IP seront parfois déçus et subiront même des transformations inconscientes chez certaines (voir thème 3, à la section 5.3). Il convient de comprendre que les IP sont intégrées dans des milieux variés et les implications que cela suscite.

5.2.2. Finalités organisationnelles

Les IP s'intègrent dans divers milieux de SSP qui possèdent des finalités organisationnelles spécifiques. Ces milieux sont, en termes latouriens, des « collectifs » organisés, composés d'acteurs spécifiques et regroupés de façon à constituer leur identité et leur culture propres (règlement, rites, symboles). Ces collectifs et leur identité influenceront l'intégration et la négociation du rôle des IP, notamment sur le plan de leurs orientations stratégiques et de leurs axes de prestation des soins, et des exigences de production qui leur sont imposées par le réseau des SSP. Ces données ont émergé de notre investissement des milieux.

5.2.2.1. Orientations stratégiques des modèles de SSP et axes de prestation des soins

Les modèles de SSP investis possèdent des orientations stratégiques et des axes de prestation des soins qui affectent la place des IP et leur contribution attendue à l'intérieur de ceux-ci.

Corroborée par les documents institutionnels des deux CSC étudiés et par l'adoption d'un *modèle de bien-être* uniforme aux CSC, l'orientation stratégique de ces milieux découle de principes d'intervention en amont : prestation de SSP (et non uniquement de SP), approches communautaires, et regard et interventions sur les déterminants de la santé. Érigés comme un signe de fierté, d'appartenance ou même de crédibilité, les sigles des institutions et leur mission où « *chaque personne compte* » sont visibles autant à l'intérieur qu'à l'extérieur des centres. Dans ces milieux, les soins de santé offerts sont généralement divisés selon trois grands axes : la santé physique (dépistage, chronicité, accessibilité), la santé mentale et la santé communautaire. On y mentionne couramment que les IP répondent aux impératifs de l'axe de santé physique, que d'autres professionnels s'adonnent à l'axe de la santé mentale et que les agents en développement communautaire se dédient à la réalisation de l'axe communautaire sous forme de programmes ouverts à la communauté entière et portant sur les besoins des populations : défense des déterminants de la santé, partenariats avec des agences externes, programme d'accès à de la nourriture abordable et saine, cliniques mobiles, etc. Les équipes des CSC possèdent une équipe prodiguant des soins aux personnes diabétiques – un nouvel impératif des RLIS.

L'orientation stratégique des ESF, elle, découle d'une vision biomédicale : prestation de soins primaires (et non de SSP) axée sur les soins aux familles. Les énoncés de mission, les valeurs et les visions de chaque ESF investie divergent : elles ne partagent pas un modèle précis.

Les sigles des institutions ne sont généralement pas aussi visibles dans les espaces intérieurs des ESF, comme ils l'étaient en CSC. Les soins de santé en ESF incluent trois grands axes : les soins primaires (dépistage, chronicité), l'accessibilité et les soins en santé mentale. L'accessibilité est un axe mis à part des soins primaires puisqu'elle expose un des fondements menant à la création des ESF. Dans les deux ESF visitées, des intervenants en santé mentale offrent du soutien aux équipes, notamment aux MD mais aussi aux IP, qui peuvent leur confier des patients, bien qu'elles ne soient pas les fournisseurs principaux de soins dans ce modèle. En ce qui a trait aux soins aux personnes diabétiques, un des centres de notre étude a désigné une IP à cette fin, tandis que l'autre n'organise pas ces soins autour d'un programme en particulier. L'axe communautaire, tel qu'il est vu en CSC, n'est pas déployé : les équipes lui associent simplement la notion de promotion de la santé ou de partage des ressources communautaires dans le cadre de visites individuelles.

Enfin, l'orientation stratégique des CDIP découle de leur historique d'introduction tel qu'il a été décrit à la section 2.4.4.3. Après la fondation de quatre CDIP, le MSSLD a disséminé les barèmes organisationnels devant constituer ces modèles. Les CDIP investies ont donc sensiblement les mêmes missions, visions et valeurs. Les sigles de ces institutions ainsi que leur mission sont visibles à quelques points et espaces, et l'insigne du MSSLD se retrouve sur les bannières publiques extérieures et sur les sites web des CDIP, élément qui les distingue des autres modèles. Les CDIP offrent des soins de santé organisés autour de trois grands axes : les soins primaires (dépistage, chronicité), l'accessibilité et la coordination des soins. L'accessibilité est ici aussi mise à part des SP puisqu'elle est l'un des critères menant à la création des CDIP. Les soins aux personnes diabétiques ou en santé mentale ne sont pas organisés autour de programmes particuliers.

Les IP s'intègrent dans des modèles qui divergent quant à leurs orientations stratégiques et aux axes de prestation des SSP qu'ils ciblent. Ces finalités organisationnelles peuvent créer différentes dynamiques, dont une segmentation des soins, des rôles et des fonctions des professionnels qui auront un impact direct sur l'intégration des IP et sur la négociation de leur rôle.

Nous présenterons le contexte plus large des finalités organisationnelles du réseau des SSP, notamment de ses exigences de production. Ce contexte est d'importance puisqu'il organise la prestation des SSP sur plusieurs plans et autour de différents principes dominants.

5.2.2.2. Exigences de production : contribution du réseau des SSP

Les exigences de production désignent des résultats attendus, imposés et commandés vis-à-vis du réseau des SSP. Ces impératifs ont suscité plusieurs discussions, bouleversements et émotions lors de l'observation des rencontres d'équipe, de nos entrevues et des discussions informelles. Ce contexte de reddition de compte influe sur la pratique des IP. En outre, les IP discutent des exigences de production en matière d'attentes liées à leur rôle. Nous conserverons leurs propos pour une autre section de la thèse.

Par souci de simplification au regard d'un réseau complexe qui entretient des liens durables avec plusieurs autres réseaux, la présente section ne survolera que les éléments qui permettent de contextualiser le phénomène d'intégration et de négociation du rôle des IP. Tout d'abord, nous examinerons l'affiliation des trois différents modèles de SSP aux différentes agences subventionnaires. Nous préciserons ensuite quels sont les indicateurs de rendement auxquels les milieux sont tenus de mesurer leur performance par le biais des plans d'amélioration de la qualité (PAQ) et les associations qui les promeuvent.

La différenciation entre les modèles de SSP s'accroît lorsqu'on examine leurs organismes subventionnaires. Les CSC sont soumis aux Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), qui ont pour tâches de planifier, d'intégrer et de financer tous les soins de santé locaux, sauf ceux appartenant au portfolio fédéral, à la santé publique ou au MSSLD. Soumises au Ministère, les ESF se rapportent à la Direction des soins primaires et, durant la collecte de données, les CDIP ont transité du Secrétariat des soins infirmiers vers la même Direction des soins primaires.

Au fil de l'étude, nous avons réalisé que ces différentes affiliations avec les organismes subventionnaires génèrent divers positionnements des modèles de SSP, lesquels génèrent des effets sur la contribution des IP dans le réseau et sur la place, stratégique ou non, qu'elles prendront. Par exemple, des communications que nous avons interceptées dans un milieu entre l'Association médicale de l'Ontario, porte-parole principal du modèle des ESF, et le MSSLD prouvent leurs forts liens, et laissent entrevoir des forces de négociation et de persuasion exercées sur ce dernier (p. ex. : rémunération). Or, les CDIP ne semblent pas entretenir de tels liens avec ce partenaire. Lors d'un échange informel, une gestionnaire/IP nous informe que les CDIP ont perçu le besoin de s'affilier à l'Association des ESF de l'Ontario, notamment en raison de la voix plus directe des ESF auprès du Ministère. Selon elle, cette alliance est fort utile pour compenser les ruptures provoquées par la migration des CDIP vers la Direction des soins primaires au MSSLD et pour amoindrir les difficultés liées à la planification des mesures d'amélioration de la qualité, vu que ces modèles ont peu de ressources attribuées pour y répondre.

En comparant les rapports semestriels destinés aux RLISS ou au MSSLD portant sur les activités organisationnelles des modèles, nous avons dénoté que certains se voient imposer une

structure administrative plus lourde par leur organisme subventionnaire. Les CSC doivent répondre à un nombre considérable d'indicateurs de rendement, notamment par le biais des *Ententes de responsabilisation en matière de services multisectoriels* et de la *Planification de la responsabilisation communautaire*. Cela émerge dans les propos des IP des CSC, qui détaillent ailleurs la place saillante qu'elles occupent quant à mobiliser cette lourdeur bureaucratique (p. ex. : participation à l'évaluation des pratiques professionnelles, aux activités d'accréditation, etc.). Les IP des CDIP perçoivent aussi cette lourdeur bureaucratique, mais davantage du fait qu'elles obtiennent moins de ressources administratives que les autres modèles pour la mobiliser. Les IP des ESF perçoivent elles aussi une lourdeur bureaucratique alors qu'elles ont pour responsabilité de diriger des programmes de maladies chroniques au sein de ces établissements.

Il est étonnant de constater qu'en matière d'évaluation de la performance, les trois différents modèles de SSP se cadrent malgré tout à certains mêmes impératifs qui orientent les discours et pratiques des IP et de leur équipe. Par exemple, durant les rencontres administratives auxquelles nous avons assisté, les membres de tous les milieux investis arboraient un discours axé principalement sur la « qualité des soins » et sur « l'accès amélioré », même si en CSC on parlait également du « nombre minimal de patients inscrits ». En questionnant les différents membres, nous avons appris l'existence de trois indicateurs de rendement pour lesquels chacun des différents modèles et leurs membres étaient évalués durant l'année en cours. Il s'agissait de :

- l'accès amélioré du patient à un médecin ou du personnel infirmier praticien (le jour même ou le lendemain);
- la consultation auprès du fournisseur de soins dans les 7 jours suivant le congé de l'hôpital pour certaines affections;
- l'expérience et la participation des patients, de même que la suffisance du temps de consultation.

Ces indicateurs forment la charpente des plans d'amélioration de la qualité (PAQ), qui s'additionnent aux rapports semestriels destinés aux organismes subventionnaires. Selon des

recherches plus détaillées, c'est en vertu du *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé*, rendu possible par la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, que le MSSLD (2014) a dicté la transformation du système de SSP par l'entremise des PAQ. Pour l'y assister, le Ministère confère à la Qualité des services de santé Ontario (QSSO) le mandat suivant :

Conseiller le gouvernement et les fournisseurs de santé au sujet des données appuyant la prestation, l'amélioration et la *surveillance* de la qualité des soins, et rendre compte à la population.

Les administrateurs de tous les sites investis ont certifié effectuer l'envoi des PAQ à la QSSO, laquelle envoie un rapport annuel de performance au MSSLD rendu disponible sur les plateformes virtuelles publiques. Il apparaît ainsi qu'un organisme autre que celui qui subventionne les milieux de SSP investis manifeste une influence significative en matière de surveillance du rendement, et ce, pour tous modèles confondus. Les membres des différents milieux n'ont, en aucun temps, critiqué cette entité. Les IP et leur équipe attestaient à maintes reprises faire appel aux employés de la QSSO, dénommés des coachs, pour obtenir leur soutien dans l'amélioration des processus internes des cliniques, notamment en ce qui a trait au repérage de données statistiques dans les dossiers médicaux électroniques (DME). Or, la représentation de la QSSO à titre d'organisme de soutien est quelque peu surprenante considérant la dualité de son mandat. Les PAQ n'auraient pas pour objectif de surveiller la conformité d'un système :

Le PAQ n'est pas un outil de reddition de compte ni de respect de la conformité liant le bailleur de fonds et l'organisme. [...] Il est un engagement officiel que prend un organisme envers ses patients (MSSLD, 2014, p. 15-17).

Le MSSLD déclare pourtant ailleurs qu'il se sert des PAQ pour apposer des standards de rendement en dépit des différences existant entre les modèles de SSP, et même des localités et du type et du nombre de professionnels qui y gravitent :

Votre organisme doit comparer son rendement actuel aux points de référence et aux meilleurs résultats théoriques provinciaux pour tous les indicateurs prioritaires (MSSLD, 2014, p. 15).

Cette notion de comparaison a été à maintes reprises évoquée durant les rencontres d'équipe et durant les entrevues des IP, et elle générait de vifs bouleversements identitaires. Le MSSLD confère aux PAQ une valeur de bienfaisance, soit « un engagement officiel que prend un organisme envers ses patients » (2014, p. 18), un bien-fondé difficile à remettre en question. De tels énoncés façonnent des enjeux de représentation chez les IP et relèvent d'un paradoxe discursif entre le cadre entrepreneurial des SSP, incarné dans les indicateurs de rendement, dans les cibles optimales et dans le financement, et le cadre moral des professionnels de la santé, qui s'appuie notamment sur les principes éthiques du soin. Nous verrons que ce discours et ces paradoxes sont intériorisés par les IP, qui les mobiliseront au regard de leurs activités quotidiennes et auprès de leurs collègues.

Selon les données recueillies, la QSSO n'est pas le seul organisme externe qui influence le discours, la direction et la coordination des SSP. Notre recherche permet d'avancer que les PAQ, par lesquels se mobilisent les discours de rendement dans les milieux investis, occupent une place incontournable grâce à l'apport de partenaires influents, soit les milieux hospitaliers, les organismes de sécurité et de qualité, les agences d'agrément et les centres de recherche. Les IP doivent donc non seulement se greffer aux milieux, mais aussi à ce réseau étendu des SSP.

Lors de nos visites, les équipes, dont les IP, se sont entretenues à maintes reprises sur les indicateurs de performance et sur leur manque d'uniformité selon qu'ils sont destinés à la QSSO ou aux différents organismes subventionnaires. Ces professionnels disent se fier aux DME pour élaborer leur évaluation de rendement, basée sur les indicateurs de performance, mais ils expriment que ces derniers faillent dans l'essence même de leur tâche, soit celle de représenter

leur travail de façon fiable. Il a été fréquent de voir les gestionnaires et les employés de soutien informatique rapporter des enquêtes de rendement tirées des DME aux IP et à leurs collègues pour qu'ils les révisent, détectent les erreurs et offrent leurs recommandations. Ces enquêtes remettent en question les rôles et les pratiques professionnels, créant de vives discussions entre les partenaires (MD, IP, gestionnaires, IA, etc.) durant les rencontres d'équipe. Par exemple, dans un CSC, les praticiens ont décidé de transformer leur pratique de documentation afin que le DME soit en mesure de capter les données requises par le PAQ. Le soutien au repérage des données devient ainsi central pour les milieux, mais certains modèles, tels que les CDIP, ne se sont pas vu attribuer de telles ressources et tentent de régler eux-mêmes ces problèmes. Les IP des CDIP manifestaient l'idée que ce manque de ressources constituait un risque à leur image de rendement et, donc, à leur intégration dans le système.

En matière d'exigences de production, les observations et les analyses documentaires de cette présente étude corroborent la position centrale des processus d'amélioration de la qualité. Malgré certaines différences dans les modèles de SSP et les pratiques en matière de priorités de soins, d'affiliations aux agences subventionnaires et d'alliances, le phénomène de reddition de compte concourt inversement à l'indifférenciation et à la standardisation des modèles. Cela peut générer des bouleversements locaux, fragiliser les acteurs tels que les IP (p. ex. : sur le plan de leur congruence identitaire) et compromettre la pérennité des modèles de SSP qui cadreraient moins avec les impératifs supérieurs. La solidité du discours de rendement repose sur la capacité d'une multitude d'actants (lois, rapports semestriels, ententes de principe, DME, organismes tels que la QSSO) à le véhiculer, à pénétrer tous les modèles de SSP, à neutraliser leurs divergences et à lui attribuer une valeur morale accélérant ainsi son adoption auprès des collectifs. Peu remis en question, ce discours est un fascinant outil de persuasion et d'alignement d'un collectif a

priori hétéroclite. Tous ces constats peuvent élucider les circonstances dans lesquelles les IP tentent de s'intégrer. Nous aborderons maintenant en quoi la norme de pratique des IP a été soulevée comme un élément d'intégration et de négociation du rôle.

5.2.3. Norme de pratique des IP

Durant les entrevues, les participantes font fréquemment état des frontières légales qui encadrent et circonscrivent leur pratique. Elles se réfèrent fréquemment à leur norme de pratique *Infirmière praticienne* (OIIO, 2011), mais plus spécifiquement aux changements encourus par cet actant et aux impacts perçus. Ces transformations, détaillées aux sections 2.4.2 et 2.5.1, semblent avoir fragilisé les construits identitaires des IP, perturbé leur intégration, et modifié les perceptions du rôle et les négociations collectives qui ont pris place. La fluidité professionnelle qui découle de ces transformations a créé un dynamisme, soit l'ouverture d'une boîte noire, laquelle nous a permis de constater à quel point le rôle des IP a été et continue d'être profondément secoué, et ce, peu importe le niveau d'intégration des IP dans les milieux de SSP.

Dans son ensemble, les changements à la norme de pratique ont été assez bien accueillis par les IP de tous les milieux, surtout quand ce changement a été voulu et attendu d'elles. L'accueil favorable est souvent associé aux IP qui disposent des ressources suivantes : elles ont acquis, au préalable, un large bassin de connaissances médicales, le plus souvent dans le cadre de divers échanges antérieurs avec leurs MD collaborateurs ou d'expériences cliniques diversifiées et cumulées à titre d'IP. Elles ont alors le sentiment profond d'avoir accès aux MD ou autres professionnels pour les consulter, elles ont confiance en leurs habiletés ou encore elles ont accès à des ressources didactiques. Pour plusieurs IP, la nouvelle norme élimine la nécessité de mémoriser des listes changeantes de médicaments :

I was here in 2011. I had the list. I had to remember: « Oh, can I prescribe this, can I renew this? » (IP2, CDIP, 5-15).

Il n'en demeure pas moins que la transformation de la norme de pratique en 2011 a été vécue par la majorité des IP comme un changement drastique et une métamorphose expéditive de leur rôle. Cet évènement percutant semble vivement inscrit dans la mémoire des IP interrogées puisque la plupart se souviennent même du mois et de l'année du changement, des émotions ressenties et du niveau de confort (ou d'inconfort) à s'adapter aux rectifications :

I felt pretty prepared for what I was doing when I started here. But when they opened this book overnight and said: « Now, you can do this, this, this and this », I thought: « Well, where's the preparation? » It's like telling a GP that the next day he's a cardiologist, because we're already generalists. We have NPs that you could envy: they see nothing but menopause and nothing but a COPD and then we see zero to 101 [years old] in one day (IP11, CSC, 1123-1132).

Bien que la transformation à la norme de pratique soit perçue comme étant généralement positive, elle semble avoir secoué l'identité de la majorité des IP :

For some nurse practitioners, it [increased scope of practice] was like: « I was already there, let's go. » For others, like: « Ehhh, I'm not sure. » (IP3, CDIP, 163-171).

Role of nurse practitioner [...] there are a lot of hurdles in the last little while. [...] Before that, we were consulting for [chronic diseases], the doctors actually even might want to see the patients or maybe not, before we started [a treatment]. And then the next day was: « Oh, guess what? You can do everything now. » (IP11, CSC, 16-28).

Bien que cette transformation ait été attendue et vivement espérée par certaines, particulièrement par les IP des CDIP, une majorité d'IP ont tout de même déclaré s'être senties mal préparées pour assurer un rôle élargi tel qu'il était promu par la nouvelle norme de pratique. Ces IP affirment fréquemment que leurs associations professionnelles auraient dû s'assurer de veiller à la transition des compétences par le biais, notamment, des plateformes de formation continue.

Certaines IP nous ont indiqué que les listes de médicaments, laboratoires et circonstances cliniques de l'ancienne norme de pratique, en dépit des défis suscités, leur permettaient de reformuler progressivement leurs savoirs (ajouts graduels à la liste) et leur pratique, en plus de circonscrire formellement leur rôle auprès des équipes. La liste amenuisait un sentiment de *manque de préparation* en assurant l'adaptation progressive chez ces IP :

I think I was lucky in a way because I was still under the drug list when I started, so I got the comfortable familiarity with it. It was a really, really good learning platform. I learned a lot, but you know, I knew about all the medications that were out there, but I had got to learn some little tricks and tips from the doctors. And especially being a new NP: it was perfect. I learned a ton from the physicians (IP2, CDIP, 23-33).

La collaboration obligatoire avec les MD permettait aussi aux IP de développer leur expertise et leur niveau de confort dans des contextes encadrés, progressifs et sécuritaires :

[Before the legislation changes] Some physicians we worked with said: « Well, what would you pick [for a medication the NP could not prescribe by herself]? » So there was an element of teaching and learning, whereas others would say: « Well, I want this one because... » I liked it because it would encourage me to make the decision and have rationale for it. If it was wrong, fine, but then I'd learn why it wasn't the right choice, but if it was right, then it was like: « Oooh, okay. » So now you don't have to [consult]... The consults are usually now for stuff that needs a signature, to be honest (IP5, CDIP, 284-314).

I think the biggest thing for me right now is having consult time with the physician. [...] So it's very stressful! Tons of consults. [...] Ranging from tests to referrals and to something out of the scope of practice to something that may be within my scope of practice but I've never dealt with before, and I really would like an opinion (IP1, CDIP, 240-301).

Ce dernier extrait montre que la collaboration avec le MD est importante, même quand un acte appartient au domaine de l'IP, car, selon les IP interrogées, les SSP requièrent l'acquisition d'un vaste bagage d'expérience qui peut prendre beaucoup de temps à acquérir. Cette collaboration avec le MD est un critère-clé de la satisfaction des IP, et nos participantes vantent ses avantages dans plusieurs aspects de l'investissement d'une PIA : échanges d'expertise

(notamment sur le plan des connaissances médicales et du savoir expérientiel), partage des responsabilités des soins, réception d'une opinion, acquisition d'une plus grande assurance dans la pratique et l'ordonnance d'examen interdits aux IP.

Il nous est apparu, durant les entrevues, que la transformation de la norme en 2011 a suscité une impression de *manque de préparation* chez la majorité des IP et une perception persistante selon laquelle elles devaient *changer leur pratique* afin d'investir un champ professionnel tout à coup élargi. Ces deux postulats doivent être remis en question en ce sens que la norme de 2011 ne prescrit en aucun temps un devoir d'élargir le rôle de l'IP, mais qu'elle évoque plutôt une « possibilité » vis-à-vis des conditions spécifiques : l'IP doit avoir les connaissances, compétences et jugement pour effectuer ce qu'elle s'apprête à faire. Nous devons donc comprendre comment ces perceptions de « devoir » ont émergé.

Les propos des IP mettent en évidence des réalités individuelles, cliniques, professionnelles et organisationnelles portant certaines d'entre elles à investir un rôle élargi. Ces réalités diverses ont contraint certaines IP et en ont affranchi d'autres. Les participantes qui se sont senties contraintes à investir une étendue de pratique sont principalement celles qui ont ressenti une pression du milieu, traduite par des mandats organisationnels (prévoyant des IP à titre de fournisseur principal de soins – en CDIP et en CSC), par des dysfonctions de la pratique collaborative (consultations des MD) ou par un sentiment d'avoir à l'investir du *jour au lendemain*. La contrainte émergeait également du fait de ne pas se sentir prêtes, par exemple parce qu'une telle étendue de pratique ne correspondait pas à leurs compétences, parce qu'elle s'écarterait de leurs représentations du rôle (idéaux et valeur morale) ou parce qu'elle avait le potentiel de fragiliser leur relation de collaboration avec les MD. Pour ces participantes, l'étendue de pratique signifiait une interaction réduite avec les MD, un risque perçu à leur

intégration (échanges des savoirs, développement du respect et de la confiance mutuelle, satisfaction au travail), des défis à une pleine autonomie et un risque que les MD continuent à se sentir surchargés par les consultations des IP et qu'ils associent ces dernières à des manques. Lors de l'investissement du champ de pratique élargi, certaines IP qui avaient établi de bonnes relations de collaboration avec leurs collègues MD ont noté une perte d'échanges avec ces derniers, rapportant diverses stratégies pour compenser cet effritement (détaillées au thème 3, à la section 5.3).

Les IP pour qui l'investissement d'une pratique élargie signifie un affranchissement l'ont notamment fait pour mieux investir leur mandat organisationnel. Les IP des CDIP ont déclaré qu'elles attendaient impatiemment l'expansion de leur rôle afin de pouvoir exercer de façon plus congruente suivant leur mandat de prise en charge dans ces milieux, un mandat qui était restreint par l'ancienne norme de pratique :

When I first started, I had the drug lists and I didn't have the expanded role that I do now. [...] I had to consult a lot for certain tests. [...] And then it changed in 2011 and now I have a full scope. So I work to my full scope, to the very ends of my full scope (IP2, CDIP, 5-15).

L'investissement d'une étendue de pratique était aussi un affranchissement pour les IP qui estimaient posséder les connaissances, les compétences et le jugement pour intervenir elles-mêmes auprès des clientèles, surtout quand elles jugeaient avoir acquis un vaste bagage d'expérience pour assumer une telle expertise; une progression des expertises et des expériences qui n'était pas reconnue par l'ancienne norme :

Yes, fantastic: not having to consult about things I felt I didn't have to consult (IP10, ESF, 338-346).

Certaines IP proposent que la nouvelle norme garantisse leur affranchissement vis-à-vis de la consultation obligatoire avec le MD, imposée avant 2011 alors que les IP étaient restreintes

aux listes de médicaments et d'épreuves de laboratoires, à des circonstances cliniques prédéterminées et à la communication de diagnostics épisodiques uniquement (non chroniques) :

I do my work and I decide when I'm going to consult (IP17, CSC, 500-501).

Pour plusieurs IP, cette volonté d'affranchissement et d'investissement de la pratique élargie était davantage liée aux dysfonctions de la pratique collaborative, notamment en ce qui a trait à la consultation avec les MD. Cette dysfonction était plus franche en CDIP en raison, d'une part, de la présence ad hoc des MD dans ces cliniques et, d'autre part, des difficultés de rétention et de recrutement de ce personnel. Pour ces IP, l'élargissement de leur rôle signifiait l'amoindrissement du recours aux MD et, donc, la simplification des processus cliniques et l'autonomisation professionnelle, ce qui venait également appuyer leur mandat de la prise en charge globale dans ces milieux :

[2011 increased scope of practice] Big relief, yeah, big relief. I think that was a big relief for me. [...] But it's nice to know that I'm allowed [to perform certain acts] except that I'd better be competent, right? So it's fine with me because it's one less hoop to jump (IP20, CDIP, 512-534).

Étonnamment, certains changements à la norme de pratique des IP, relevés lors de notre recension (voir Tableau 3 plus haut), ont été très peu discutés par les participantes. C'est le cas par exemple de l'évacuation dans la norme des éléments liant explicitement l'IP au domaine des SSP, évacuation qui s'opère par la disparition des notions de développement communautaire des SSP ou de santé familiale, pour faire place à un discours transitant davantage par l'espace curatif. Nous avons identifié ces changements subtils comme des glissements discursifs, que nous aborderons au thème 3 (voir section 5.3).

Cette section a permis de mettre en lumière le fait que les amendements législatifs qui ont pris place ont affecté et affectent toujours les IP. Les propos des participantes mettent en

évidence comment la nouvelle norme d'exercice (OIIO, 2008, 2011), un actant doté d'agentivité, et ses applications locales ont rendu possible la transformation des discours, des identités, des expertises, des rôles et des pratiques professionnelles (individuelle et interprofessionnelle) ainsi que des termes de la CI grâce à la création d'espaces de négociation. Selon notre cadre latourien, un tel déplacement des acteurs/actants et de leurs intérêts est un gage de la traduction qui s'opère dans le réseau et qui vise à les réunifier et les réassembler à la suite d'états de déstabilisation.

Nous nous tournons maintenant vers la place des IP dans le collectif d'insertion puisque cela peut influencer les représentations que se font les milieux des IP et, donc, l'intégration de celles-ci.

5.2.4. Place des IP dans le collectif

Durant les entrevues et lors d'échanges informels, les participantes de l'étude ont souvent fait référence à leur place dans le collectif, notamment en ce qui a trait à la gouvernance des modèles qu'elles intègrent et aux dynamiques particulières soulevées par leur statut d'employé. Les participantes signifient que ces éléments influencent la portée de leur voix dans le collectif d'insertion et la représentation de leurs intérêts.

5.2.4.1. Gouvernance des modèles investis par les IP

La gouvernance des modèles est propre à chacun des modèles étudiés. Nous nous intéressons particulièrement aux dynamiques spécifiques liées aux conseils d'administration (CA), aux décisions administratives et au statut conféré aux différents membres de l'équipe.

En CSC, la gouvernance sans but lucratif s'appuie sur le principe de la participation communautaire. Ce sont les citoyens qui siègent aux CA des CSC, ce qui s'inscrit en continuité avec la manière dont ces centres ont été érigés, notamment par le lobbyisme de citoyens engagés. Bien que les employés des centres soient invités au CA une fois l'an, c'est le directeur général

qui y participe dûment à titre de médiateur des dossiers. Certaines IP affirment que les procès-verbaux des rencontres du CA sont mis à leur disposition sur les babillards internes, quoique d'autres témoignent de leur impertinence par leur manque de détails. Nous avons observé qu'il y a concertation des équipes pour les décisions administratives, surtout celles qui touchent la pratique clinique. La gestion clinique est souvent assurée par du personnel autre qu'infirmier et/ou médical, ce qui est perçu par les participantes comme une barrière à la compréhension de la réalité de la prestation de soins dans ce milieu. Nos observations nous ont amenée à constater toutefois que plus la proximité avec les gestionnaires est grande, plus les propos des IP sont vertueux à leur égard. D'un point de vue administratif, tous les professionnels de la santé des CSC semblent des salariés égaux. Une majorité des IP témoignent toutefois de l'inégalité entre ces dernières et les MD – fondant leurs affirmations sur les écarts salariaux entre les partenaires vis-à-vis des charges de travail dites identiques et sur l'octroi d'un soutien à la pratique médicale, notamment par l'assistance prépondérante et quotidienne des IA auprès de ces derniers.

En ESF, la gouvernance à but lucratif peut prendre trois formes : une direction par les MD, communautaire ou mixte. Étonnamment, les IP participant à notre étude avaient peine à décrire la gouvernance du modèle. Ce sont donc les gestionnaires des sites et les organigrammes qui nous ont permis de la cerner. Les deux ESF de la présente étude relèvent d'une direction médicale organisée selon deux structures administratives distinctes, soit l'axe médical, qui est représenté par un CA composé de MD et du directeur général, et l'axe de l'équipe, qui est dirigé par un MD et un gestionnaire ou, parfois, le directeur général. Contrairement aux CSC, les employés des ESF ne sont pas invités systématiquement au CA et le contenu des rencontres est rarement diffusé, ni même accessible par le biais de procès-verbaux. Lors d'échanges informels, les IP et leur équipe rapportent un manque de concertation et même de visibilité des décisions

administratives, bien qu'il y ait concertation des équipes pour des décisions qui touchent surtout la pratique clinique. Ces décisions sont toutefois moins administratives qu'en CSC ou qu'en CDIP. Quand elles sont consultées, les IP expriment qu'il y a confrontation de différents positionnements philosophiques (MD, gestionnaires, IP) qui tend à créer des conflits ou, à l'inverse, qui donne naissance à l'évitement. La gestion clinique est assurée par du personnel avec ou sans formation en santé. Quand le gestionnaire ne provient pas du domaine de la santé, cela est perçu par les participantes de notre étude comme une barrière à la compréhension de la réalité de la prestation de soins. Toutefois, ici aussi, plus la proximité avec les gestionnaires est grande, plus les propos des IP sont vertueux à leur égard. D'un point de vue administratif, les professionnels de la santé en ESF ne semblent pas tous égaux en matière de soutien aux pratiques professionnelles, de gouvernance et de système de rémunération. Plusieurs IP rapportent que de telles dynamiques sont parfois contrariantes, notamment l'octroi aux MD de primes pour des actes qu'elles effectuent et la sous-représentation des volontés/intérêts des IP. D'autres IP envisagent ces dynamiques comme un moindre mal puisqu'elles s'intéressent davantage à greffer leur pratique sur celles des MD, qui sont en plus grand nombre en ESF. Il y a de grandes variantes dans la latitude professionnelle de ces IP et dans leur satisfaction.

Contrairement aux participantes des autres milieux, les IP des ESF utilisent plus souvent des propos péjoratifs pour décrire l'ensemble des acteurs administratifs du milieu. Nous croyons que ces perceptions sont dues à la complexité des liens unissant les membres, vu la taille plus imposante des équipes, l'éloignement géographique de certains sites satellites ainsi que les difficultés de communication entre les deux axes administratifs. En vue de s'intégrer à un environnement perçu comme instable et difficile à percer (« les décisions d'en haut »), les IP tentent de colliger des informations auprès de sources diverses, le plus souvent indirectes,

servant à éclaircir leurs perceptions. Elles comptent aussi sur des médiateurs afin de relayer leurs points de vue au CA. Ces médiateurs consistent le plus souvent en MD attitrés à l'axe de l'équipe et/ou en directeurs généraux/gestionnaires. Or, dans une ESF, les participantes rapportent un manque de rétention des acteurs aux postes administratifs, ce qui perturbe la communication avec des décideurs-clés et la représentation des IP auprès de ces derniers.

Enfin, les CDIP sont caractérisées par leur gouvernance sans but lucratif fondée sur le principe d'une direction par des IP et de leur inclusion à au moins 51 % au CA. Comme en CSC, le CA des CDIP fonctionne selon le principe de la participation communautaire (participation citoyenne), mais aussi de celle des IP. Les employés des CDIP sont invités au CA une fois l'an tout comme en CSC. Toutefois, l'IP gestionnaire y participe dûment comme médiateur des dossiers. Le contenu et les décisions du CA sont directement communiqués par l'IP gestionnaire aux autres membres de l'équipe. Les IP interviewées semblent tisser des liens plus étroits avec leur CA, ce qui distingue les CDIP des deux autres modèles de SSP. Les IP indiquent que l'écoute et la promptitude d'intervention du CA au regard d'inquiétudes ou de problèmes leur confèrent une importance, une confiance et une cohésion dans les décisions qui sont prises – le plus souvent en concordance avec leur perspective. Nous avons observé que toutes les IP participent formellement aux gestions clinique et administrative des CDIP, et le font en entérinant les décisions par voie de votes. La gestion clinique est assurée par une IP gestionnaire qui alloue 50 % de son temps à ces deux fonctions distinctes. Les participantes apprécient généralement cette gestionnaire puisqu'elles ont une impression d'égalité dans leurs relations, et perçoivent une compréhension réciproque des rôles et de la réalité de la prestation de soins. Les IP manifestent à cette gestionnaire, suivant sa nomination interne par les pairs, leur allégeance, leur reconnaissance et leur confiance, ce qui influence leurs perceptions d'une gestion axée sur la

facilitation, sur l'ouverture, sur le partage et sur la transparence de l'IP gestionnaire en poste. D'un point de vue administratif, les professionnels de la santé ne sont pas tous égaux puisque ce sont les IP qui dirigent les centres. Quelques membres non IP se sont entretenus en catimini avec nous, nous confiant que, parfois, la gouvernance des IP leur impose des contraintes vis-à-vis de leur capacité décisionnelle. Quand on questionne les participantes à propos de l'existence possible d'une hiérarchie, en soulignant qu'elles pratiquent au sein d'un modèle unique pouvant inverser le pouvoir professionnel en leur faveur, elles tendent à minimiser l'existence de hiérarchies en exprimant qu'elles sollicitent plutôt la collaboration des différents acteurs du milieu. Il y a de grandes variantes dans la latitude professionnelle accordée aux autres membres de l'équipe, surtout celle des IA, comme cela était le cas pour les IP en ESF. Comme en CSC, les MD sont égaux sur le plan des pratiques cliniques. Cependant, étant donné leur rôle de collaborateurs ad hoc en CDIP, ces derniers se voient être *invités* aux rencontres d'équipe, lieu où certaines décisions administratives sont prises, et ils y participent peu.

Nous avons été témoin d'une situation où l'opinion des IP d'une CDIP n'avait pas été sollicitée au préalable et où une décision du CA leur a été imposée. Cette option non négociée, apparue sous une forme irrévocable, a suscité du mécontentement, notamment parce qu'elle contrevenait aux volontés collectives et individuelles, parce qu'elle contournait leur pouvoir décisionnel habituel et parce qu'elle était difficilement justifiable au vu d'une foule de facteurs n'ayant pas été pris en compte, selon nos participantes. Pour ce qui est des autres professionnels, ils sont davantage impliqués dans les décisions qui ont trait aux processus quotidiens. Certains remettent en question la capacité décisionnelle des IP, d'autres la leur concèdent.

Ces diverses dynamiques liées aux CA, aux décisions administratives et au statut conféré aux différents membres de l'équipe permettent d'apprécier leurs influences respectives sur la

place de l'IP dans ces milieux et, donc, ultimement sur l'intégration et la négociation de leur rôle. Nous allons maintenant saisir en quoi un statut d'employé module l'expérience d'intégration des IP.

5.2.4.2. Statut d'employé

Plusieurs IP de l'étude déclarent que, dès leur embauche à titre d'employées, elles comprennent la nécessité de se soumettre aux discours dominants de l'institution d'accueil, discours dans lesquels notre perspective foucaldienne relève une forme de pouvoir qui s'exerce sur les IP. Ce pouvoir repose sur des normes, des idéaux et des règles qui reflètent les besoins de l'institution et qui transpirent dans l'affichage de postes ciblant les IP, dans la philosophie et la gouvernance du milieu, et dans les opportunités de pratique qui seront offertes, ou non, aux IP nouvellement embauchées. Voyons ce qu'en dit une IP :

Ce sont différents modèles de pratique, mais on est encarcenés dans un modèle... On est dépendants de... [...] Quand tu es un travailleur indépendant, tu fais la pratique que tu veux bien faire. Tu prends tout le temps que tu veux. Eux autres [MD], ils sont payés; nous autres, quelqu'un nous engage, il faut négocier. On n'est pas entrepreneurs. Ça fait que la personne qui t'engage, elle dit : « Oui, mais c'est bien beau vouloir des patients, mais, moi, ce que je veux, c'est que tu fasses des Pap tests à la journée longue. » Tu peux négocier. S'il n'y a personne qui prend la job, peut-être qu'il va changer, il va dire : « O.K., tu peux prendre une journée de patients, mais les quatre autres jours, tu fais des Pap tests. » Ça fait que c'est un jeu de négociation... tout le temps! [...] C'est parce qu'on est dépendants de notre employeur (IP9, ESF, 763-847).

Ce sont les décideurs locaux (gestionnaires, MD, etc.), rarement les IP, qui rédigent les propositions de financement des postes d'IP. Ces décideurs déterminent fréquemment les sphères d'action des IP au regard des différents impératifs auxquels ils doivent répondre, ce qui dessine parfois les paramètres d'intégration des praticiennes :

I had got absorbed into a family health team and there was no choice on my part. They, the people that were overseeing the nurse practitioner position, were the health region of [Ontario]. And they secretly, behind closed doors, organized, without telling me, without including me, said: « You are going to go to a

community health center and you're going to be part of this community health center. » Surprise, surprise! I had no idea! [...] Because they just felt that it was a better fit for a nurse practitioner to be part of a community health center. They basically said: « Okay, our time has come to an end to support this position but you will be needed in that community health center. » But they didn't think about the logistics or they didn't investigate. [...] So it would mean to start from scratch. [...] That was like way too much work for me! So then, through negotiation, I ended up joining the family health team, which was made up of at least [more than 12] doctors and [1 to 2] nurse practitioners. [...] I started to get upset. I started to realize that they [MDs] had things that they wanted to get done and they were really not including me in any team meetings. I wasn't really included in anything like that. They started to tell me what to do, you know? Even little things, like even the schedule. [...] They wanted stats, so that was fine with me. I would meet them about stats, but if I recall correctly, it was mainly that they were starting to micro-manage me (IP20, CDIP-FHT, 48-78, 133-137 et 178-189).

C'est [l'intégration] selon notre champ d'intérêt, mais avec un besoin aussi. Il y avait un besoin. Ce n'est pas juste [IP] : « Moi, ça me tente d'installer des stérilets. » [Dirigeants] : « Il n'y a pas de besoin pour ça. » Ça fait que, même si je voulais, [je ne peux pas]. [...] C'est eux autres [groupe de MD] qui décident [du rôle des IP]. C'est ce quelqu'un-là, tu sais? (IP9, ESF, 747-758 et 763-847).

They [MDs] ended up hiring an [inexperienced] nurse practitioner who had very little experience and they were able to just put her where they wanted her to be, so they defined her role. She didn't define it according to her experience or anything, they defined her. They had the power to define her (IP18, CSC, 963-968).

Les extraits précédents attestent que les phénomènes décisionnels entourant les IP vont ainsi à l'inverse de la philosophie démontrant qu'elles sont des professionnelles autonomes qui possèdent un droit de parole acquis sur l'exercice de leurs fonctions. En dépit d'un champ de pratique circonscrit, on ne concède pas toujours aux IP le rôle espéré ou celui qu'elles conçoivent. Foucault nous inviterait à y voir la force transformatrice du pouvoir, qui réside dans sa capacité à s'associer aux savoirs et aux discours courants. Nous apercevons ce phénomène ici en voyant que le droit de parole des IP est gouverné, et parfois brimé, par la structure d'un modèle, c'est-à-dire sa gouvernance, mais aussi par ses philosophies et par ses orientations stratégiques, des éléments qui sont des savoirs qui transportent des discours. Foucault formulerait que le pouvoir mène à des pratiques complexes qui seront peu remises en question. Cependant, de rares

participantes contestent et remettent en question la socialisation au milieu et à ses impératifs comme une forme d'oppression qui est, à leur avis, davantage imposée aux IP débutantes :

I want to use my knowledge. If I can't use my knowledge, to me that's a form of oppression. I said that to [the manager]. [...] It's a form of oppression when you teach people and then you don't let them [practicing according to their expertise or their will], or you contain them (IP17, CSC, 972-976).

Nos données d'observation montrent toutefois que l'expérience de l'IP n'est pas toujours le facteur déterminant de sa capacité à négocier son rôle. D'autres structures procurent ou non aux IP un droit de parole telles que le type de gestionnaire, l'inclusion des IP ou non au CA de l'établissement, les rencontres interprofessionnelles, l'ouverture et la flexibilité des partenaires à déroger de leurs attentes initiales au rôle de l'IP, etc. À la lumière de leurs remises en question, certaines disent maintenant mieux apprécier la terminologie utilisée dans les descriptions de postes des IP avant de considérer de s'intégrer dans un autre milieu clinique, car celle-ci leur permet de juger des attentes du collectif et de la congruence ou non de ces perspectives :

This is what I learnt: even in that advertisement [ESF], it said « physician-led » and I think if I would have been more astute. [...] When I hear some terminology now, it gives me clues about what the values and the environment might actually be like within these settings. Experience is telling me: it's a red flag. It's a red flag (IP17, CSC, 86-93).

Les exigences organisationnelles auxquelles doit répondre le rôle des IP peuvent induire chez certaines participantes un sentiment que leur autonomie et leur pouvoir décisionnel ont été entravés. Nous verrons plus tard que cette configuration du rôle des IP, situé à la jonction d'exigences organisationnelles, politiques, cliniques et professionnelles, peut être contraire à leurs attentes et à leurs idéaux de participation aux processus décisionnels et de collaboration. Nous aborderons en quoi la collaboration interprofessionnelle joue une place saillante dans l'intégration et la négociation du rôle des IP.

5.2.5. Collaboration interprofessionnelle

La CI a été désignée comme un élément central des modèles collaboratifs de SSP et de l'intégration des IP dans le système de santé. Il n'est donc pas surprenant qu'elle occupe une place d'importance dans la présente étude, mais également dans les verbatims des participantes. Sur la base de nos observations et de nos analyses documentaires, nous parlerons ici des espoirs liés à la CI et de son rôle 1) dans la configuration et l'attribution des espaces physiques, 2) dans la présence des partenaires médicaux et 3) dans les outils de collaboration des milieux étudiés. Nous présenterons également une analyse des différentes formes que prend la pratique collaborative dans les milieux puisque celle-ci semble définir largement le contexte de l'intégration et de la négociation du rôle des IP. Ces formes de pratique sont une autre boîte noire des SSP, bien scellée, et sa mise en lumière a été rendue possible en se fondant sur les propos des participantes qui ont attesté de ses moments de controverse.

5.2.5.1. Espoirs de la collaboration

La CI est un objet central qui se révèle dans toutes les sphères des milieux étudiés, de l'historique de création des modèles à l'affichage de postes des IP, en passant par les orientations stratégiques établies. Évoquée par les documents gouvernementaux et institutionnels ainsi que par les acteurs des milieux, la CI semble porteuse de plusieurs espoirs. On la décrit souvent comme un idéal à atteindre et on lui associe plusieurs bénéfices : amélioration de l'accès et de la qualité de soins, continuité des soins, réduction des coûts, efficacité du système de santé, partage des expertises, élargissement des frontières professionnelles, satisfaction au travail, etc.

Puisqu'elle est fermement nichée dans le discours des SSP, nous nous attendions ainsi à ce que la CI soit évidente et explicite dans les milieux étudiés. Notre étude montre toutefois que son déploiement local est plutôt implicite : aucun des six sites n'a défini la CI, ni ses processus.

Les chartes d'équipe affichées dans les lieux de rassemblement des deux CDIP peuvent être considérées comme une exception à cette observation. Elles énoncent ces barèmes interactifs :

- Être un champion des CDIP et de l'équipe;
- Répondre aux inquiétudes quand elles surgissent et en s'appuyant sur les faits pour arriver à une solution positive;
- Être honnête et ouvert pour éliminer les comportements passifs/agressifs ou le commérage;
- S'affirmer et être constructif dans la rétroaction donnée aux autres;
- Traiter les autres de la façon que l'on veut être traité;
- Être respectueux aux rencontres et aux fonctions en assurant d'être à l'heure et engagé;
- Être conscient des différents stressors et obligations des membres de l'équipe sans comparer, ni juger;
- Reconnaître et apprécier les différences;
- Communiquer les mises à jour le plus rapidement possible, notamment en cas de changements.

Alors que le concept de CI n'est pas expressément formulé dans ces chartes, elles semblent malgré tout lui conférer le fait de s'effectuer naturellement. Nous verrons toutefois que plusieurs facteurs la modulent.

5.2.5.2. Disposition de la collaboration

Dans la présente section, nous rassemblons les données d'observation les plus saillantes qui aident à définir et à comparer les contextes de collaboration des IP (voir Tableau 6 ci-dessus), à savoir : la configuration et l'attribution des espaces physiques, la présence des partenaires médicaux et les outils de collaboration.

Configuration et attribution des espaces physiques

Cuisine

Dans le cadre de cette étude, la cuisine a le potentiel d'être un lieu de prédilection pour la causerie, les rires et la fraternité, et même pour la collaboration au sujet de patients et de processus cliniques. En CSC, chacun des milieux investis possède une cuisine bien équipée, utilisée à divers moments de la journée et par l'ensemble du personnel. Les relations

interpersonnelles semblent bonnes dans ces milieux – rires, cadeaux, soulignement des fêtes, etc. En ESF, chacun des milieux visités possède une cuisine de petite taille, utilisée principalement lors du repas du midi, et non par l'ensemble du personnel. Les relations interpersonnelles semblent dépendre de la force d'union qu'il est possible de développer selon la taille plus imposante de ces équipes, leur éloignement géographique, les espaces restreints et le fait que certains, tels que les MD, se joignent rarement à ces rencontres. En CDIP, chacun des milieux investis possède aussi une cuisine de petite taille, utilisée principalement lors du repas du midi et par l'ensemble du personnel (sauf les MD). Les IP des CDIP n'y sont pas très longtemps : elles semblent pressées à retourner vaquer à la gestion des soins indirects de leur clientèle. Les relations interpersonnelles semblent bonnes dans ces milieux, compte tenu de l'atmosphère amicale qui y règne. Les cuisines des CSC sont les seules qui sont accessibles à la communauté.

Salles de réunion/de collaboration

Tous les milieux investis possèdent des salles de rassemblement dotées d'une table rectangulaire entourée de plusieurs chaises où sont notamment tenues les rencontres interprofessionnelles et/ou administratives. Les membres du personnel y sont généralement tous admis. Une des ESF désigne certains lieux de collaboration par les appellations *bullpen* et *fishbowl*. Le *bullpen* est un endroit comportant des stations de travail linéaires, tandis que le *fishbowl*, lui, comprend des stations de travail circulaires. Durant nos observations, nous avons toutefois remarqué que ces espaces dits collaboratifs sont plutôt investis par les MD pour leur utilisation personnelle. Les IP de ce milieu, questionnées au sujet de la culture informelle de ces lieux, répondent qu'ils ne sont pas des endroits de CI. L'une d'entre elles rapporte que les IP n'y sont pas admises, et qu'elle-même a dû y négocier sa place avec l'administration pour pouvoir

utiliser cet espace. Il importe maintenant d'examiner l'emplacement et les types de bureaux des partenaires des milieux étudiés.

Emplacement et types de bureaux

Dans les CSC, les bureaux des professionnels de la santé sont proches les uns des autres. En ESF, les espaces physiques sont diversifiés puisqu'ils se localisent sur plusieurs sites et les espaces prennent différentes configurations. Le plus souvent, les bureaux des professionnels en ESF sont généralement éloignés les uns des autres, ce qui distancie physiquement et symboliquement les collaborateurs. Dans les CDIP, les bureaux des professionnels sont rapprochés les uns des autres, ce qui convie à la proximité des collaborateurs. Il y a trois types de bureaux auxquels les professionnels rattachent leurs activités en SSP : le bureau privé, le bureau combiné à la salle d'examen et la salle d'examen.

Bureau privé

Parfois partagé entre certains membres, le bureau privé comporte un poste de travail complet (ordinateur, chaise, imprimante), des livres et quelques effets personnels. Tous les bureaux privés sont utilisés comme espaces de documentation en début ou en fin de journée, de consultation avec les patients, de consultation des ressources médicales virtuelles/papier ou d'appels téléphoniques de tous genres. Nous avons rarement observé les IP consulter les MD dans leur bureau privé quand ceux-ci en possèdent. Dans un des CSC, le bureau privé n'est destiné qu'aux MD. Dans l'ESF de petite taille, un bureau privé est attribué à chacun des professionnels de la santé, lequel est partagé entre les IP de ce milieu. Les MD utilisent d'autres locaux plus éloignés, notamment à cause de contraintes d'espace. Le bureau privé partagé se retrouve aussi dans un CSC, où se côtoient, selon leur horaire, des IP et/ou un MD. Toutes les IP

d'une CDIP étudiée possèdent un bureau privé, parfois en solo (notamment l'IP gestionnaire) ou encore partagé entre des IP ou un MD lors des visites ponctuelles de ce dernier.

Bureau combiné à la salle d'examen et salle d'examen

Le bureau combiné à la salle d'examen est un espace hybride, généralement personnalisé par son occupant, qui comporte un poste de travail complet, des livres et des effets personnels, en plus de tout l'équipement d'une salle d'examen habituelle (table d'examen, lumière sur pied, otoscope, ophtalmoscope, sphygmomanomètre). Le bureau combiné à la salle d'examen est destiné aux IP du CSC dans lequel les MD se sont vu attribuer un bureau privé. Il se trouve également dans l'une des CDIP étudiées pour l'usage des IP et des MD, de même que dans l'ESF de grande taille pour l'usage des IP (alors que les MD recourent au *bullpen* et au *fishbowl*). Les IP et les MD des autres milieux non mentionnés ci-dessus occupent des bureaux privés, uniques ou partagés, et l'institution doit leur attribuer au moins une salle d'examen, qui a un ameublement standardisé et où ces professionnels peuvent procéder à l'évaluation de leur clientèle.

Interprétations

L'attribution des espaces physiques comporte plusieurs implications qu'il convient d'aborder. On peut constater que l'octroi d'un espace privilégié à un membre mais pas à un autre peut traduire un décalage entre leur statut social respectif. Certains milieux fournissent par exemple deux salles d'examen aux MD et cela a soulevé certains commentaires des IP d'une ESF et d'un CSC au regard d'une impression de favoritisme. Nous avons remarqué que les IP consultent peu les MD d'un CSC dans leur bureau privé, ce qui prouve possiblement le statut que ces lieux représentent et la difficulté d'y faire pénétrer la CI. Certaines salles doivent demeurer accessibles à tous les membres de l'équipe, ce qui est le cas des *bullpens/fishbowls* et des salles

familiales, mais, en réalité, cela ne se produit pas toujours. Une IP d'une CSC affirme que la salle familiale, une salle d'examen de taille surdimensionnée permettant d'accueillir des familles complètes, est souvent « donnée » aux MD. La salle devient inaccessible à ses besoins, à ceux de ses patients ou à ceux de ses collègues, ce qui gêne sa pratique et son efficacité. Elle est aussi d'avis que de telles attributions révèlent certaines mentalités dans les institutions et suggèrent l'existence de hiérarchies, ce qui est contraire au principe d'égalité que prônent formellement les CSC. Nos observations permettent aussi d'ajouter que l'accès à un bureau privé s'avère un outil clinique intéressant pour augmenter la cadence de pratique, soit sur les plans de la documentation, de la CI, de la consultation des ressources de manière moins pressée (le patient n'est pas présent dans ce lieu) et, finalement, de la charge de travail des membres qui en possèdent un. Posséder deux salles d'examen est aussi une disposition perçue par les IP comme pouvant avoir des effets positifs sur l'efficacité des pratiques puisqu'elle offre une configuration spatiale et logistique pouvant accélérer la cadence de traitement, comparativement à un bureau combiné à une salle d'examen – elle est plutôt un privilège offert aux MD.

Certains lieux portent davantage les partenaires à collaborer. Nous avons observé que les bureaux combinés à une salle d'examen ou les salles d'examen constituent des espaces privilégiés de collaboration spontanée entre les membres de l'équipe. Paradoxalement, on nous témoigne toutefois que ces espaces sont difficilement conducteurs de CI, car les portes de ces salles sont habituellement fermées, vu la présence fréquente du patient. Or, bien que les portes des bureaux privés, uniques ou partagés, soient ouvertes, nous avons plutôt observé de la CI dans des bureaux partagés. De ce fait, la majorité des IP attestent que la proximité acquise par l'utilisation partagée d'un bureau est perçue comme un avantage permettant à l'IP et aux membres de se côtoyer à longueur de journée et de collaborer de façon continue. Cela renforce

leur communication quotidienne (personnelle ou professionnelle), leur entraide, leur amitié, le partage des ressources et leur cohésion. Les IP de l'ESF de petite taille rapportent que le partage d'un bureau privé solidifie leur force de cohésion et d'intégration puisque, selon elles, personne ne peut les « isoler une contre l'autre » (IP7). Les IP dans une des CDIP étudiées perçoivent que cet espace tend à amoindrir l'isolement professionnel qui peut être vécu à titre de fournisseuse principale de soins.

Cependant, dans tous ces milieux, certaines IP témoignent aussi de la distraction ou du dérangement que peut engendrer le partage des espaces. Par exemple, une IP en CDIP a eu l'impression d'obtenir un bureau privé afin de l'empêcher de « contaminer » les autres IP avec des commentaires qui ont dérogé aux chartes d'équipe des CDIP. Le partage des espaces signifie pour les IP une plus grande possibilité de collaboration informelle, une forme de CI qui peut déranger. Le plus souvent, la collaboration informelle survient en interrompant le collègue dans sa consultation avec son patient, en l'interceptant dans le corridor lorsqu'il se déplace entre deux salles ou dans les stations d'impression, quand ces dernières sont partagées. La CI formelle, convenue entre les deux parties, peut donc, elle, avoir lieu dans des bureaux privés.

La non-attribution des salles d'examen est aussi parfois troublante. Les IP d'un CSC notent que les salles d'examen de leur milieu ne sont pas désignées pour l'usage d'une personne en particulier : les salles sont prises sur la base du « premier arrivé, premier servi » et varient durant le cours de la prestation des soins. Dans une CDIP, les salles d'examen doivent parfois être négociées entre les membres de l'équipe, notamment vu le nombre restreint de salles et la présence ad hoc de certains membres de l'équipe : les MD, mais aussi les travailleurs sociaux ou même les IA. Ces deux dynamiques enclenchent à l'occasion de la négociation au regard de

l'usage des lieux et des difficultés à situer les collaborateurs dans la clinique à tous moments de la journée, une position vue comme fragilisant l'intégration des IP.

Nous examinerons ce qui en est de la présence des partenaires médicaux puisque ces derniers sont des partenaires-clés, par exemple lors de dépassement du champ de pratique des IP.

Présence des partenaires médicaux

En CSC, les MD sont visibles durant les moments formels et informels de collaboration, bien que certaines IP constatent qu'ils tendent, et elles aussi, à écourter leur temps dernièrement en raison des pressions générées par l'accès amélioré. Bien que nous n'ayons pas repéré de documents institutionnels qui la définissent, la CI en CSC est un impératif clairement identifié sur l'affichage de tous les postes, incluant ceux des MD, dont la qualité de collaborateur est établie comme condition d'embauche. Aucun protocole ni procédure ne définit cependant la CI ou ses processus. Par ailleurs, puisque certains centres possèdent des unités satellites qui sont géographiquement éloignées les unes des autres et dont les employés affirment ne pas vraiment « connaître » les *autres* employés, la gestion d'un CSC organise le rassemblement de tous les membres du personnel quelques fois par année pour promouvoir leur cohésion. Les MD ne perçoivent aucun incitatif financier pour y collaborer. Ils sont des salariés comme le sont les IP.

En ESF, les MD sont plutôt invisibles durant la journée. Nous aurions aussi cru que, si les MD partagent un même espace avec leur équipe, ils seraient nécessairement plus présents aux repas, aux rencontres interprofessionnelles ou aux journées des employés, ce qui n'était pas toujours le cas. Nous croyons que l'absence du corps médical en ESF, plus grande qu'en CSC, pourrait être attribuable à plusieurs facteurs que notre étude n'a toutefois pas pu vérifier : cohésion plus faible avec les membres de la collectivité, peu de place pour le rassemblement, contraintes de temps, habitudes du travail en silo, pression de performance (vis-à-vis de l'accès

amélioré), risque de perdre des primes, nombre accru de patients par jour, présence à temps partiel, travail dans une autre institution, etc. À cette liste, nous pourrions ajouter l'épuisement du corps médical puisque les MD doivent obtenir un quota de patients qui déterminera et financera le nombre des autres professionnels de la santé qui pourront se joindre à eux et les aider dans l'offre de soins. C'est d'ailleurs ce qui constitue l'incitatif financier des MD à la collaboration dans ces milieux.

En CDIP, les MD sont des partenaires ad hoc qui visitent les cliniques sporadiquement selon un horaire variable, lequel est convenu en fonction de leur disponibilité propre, et non uniquement selon les besoins du milieu ou des IP. Les coupes récentes aux budgets de CI ont signifié une diminution de l'accessibilité à ces partenaires. Malgré les incitatifs à la CI mis en place par le Ministère (10 000 \$/IP/année), les MD embauchés effectuent peu de suivi quand ils sont physiquement absents de la clinique. La plupart n'ont pas accès au DME à distance; rappelons à cet effet que les CDIP sont les modèles ayant obtenu le moins de soutien informatique. Les tentatives de consultation par téléphone ou par télécopieur sont utilisées avec parcimonie, étant donné que les MD travaillent aussi dans d'autres cliniques. La journée où il visite la clinique, le MD est très occupé : il relève les épreuves diagnostiques soumises en son nom (par directive médicale), évalue lui-même plusieurs patients et collabore avec les IP.

Ces différentes caractéristiques des milieux, la présence des MD et leur rémunération en matière de collaboration peuvent affecter l'expérience d'intégration des IP et influencent les discours de celles-ci.

Nous discuterons maintenant des outils propres à la CI et des façons dont ils sont exploités par les IP et les équipes.

Outils de collaboration

Les IP se sont exprimées à propos de leurs perceptions vis-à-vis des outils (actants) qui modulent leur CI. Nous aborderons ici les sujets suivants : les consentements, le statut d'emploi, les horaires, les moments de partage quotidiens, le temps de documentation partagé, les rencontres d'équipe/administratives, les infrastructures physiques, les outils partagés et les espaces virtuels de collaboration.

Consentements

Étant donné que la CI ni ses processus ne sont généralement pas explicitement définis et qu'une foule d'éléments qui la cadrent sont du domaine informel, il doit y avoir formation d'ententes de collaboration, ressemblant davantage à des consentements mutuels devant être établis entre les différents partenaires, ententes qui seront autant variées qu'il y a d'individus :

Certains n'aiment pas ça, la messagerie instantanée. D'autres aiment mieux que tu cognes, d'autres aiment mieux quand ils ont fini (IP15, ESF, 705-707).

Il faut que chacun trouve sa façon de travailler ensemble; c'est personnel (IP2, CSC, 313-314).

En effet, la CI faisant rarement partie des discussions formelles ou des décisions (« règles » – voir IP14 ci-dessous) effectuées et entérinées par l'ensemble d'un collectif, les IP doivent alors se mettre à rechercher des consentements tacites en matière de collaboration avec chacun des partenaires. Ces consentements s'acquièrent sur une longue période de temps, mais ils deviennent des outils-clés au succès de l'intégration et de la négociation du rôle des IP dans ces milieux :

It really does help when it comes to collaboration: to know how people like to work, because you wanna be respectful; if they really don't like to be interrupted and it's not urgent then you wouldn't! But if they prefer that you just interrupt them and not save stuff, then OK! But it's hard to have that conversation like: « Do you want to be interrupted? » (robotic voice) It's almost something that you don't have a conversation! We have these [interprofessional] meetings and sometimes it's hard to set up these « rules », like say: « Ok, do you want to be interrupted, do you not? »... It's not! It's almost like something that just happens,

naturally, once you get to know the people and you work together. When you work with people, you sort of know... (IP14, ESF, 155-216).

Cette IP indique que l'acquisition d'un consentement auprès d'un partenaire s'échelonne sur une période durant laquelle les praticiennes risquent de franchir certains territoires pouvant représenter, pour le collaborateur, un signe d'irrespect, fragilisant ainsi leur intégration. La majorité des IP reconnaissent que la proximité physique avec les partenaires accélère ce processus d'entente. Quand cette proximité est donc restreinte, voire impossible, les IP usent de stratégies pour mieux entrer en contact avec leur collaborateur (voir thème 3, à la section 5.3).

Plusieurs IP réalisent dès leur intégration qu'il existe ainsi une dichotomie entre ce qui a été diffusé sur la CI par le Ministère et par les milieux et la réalité informelle de sa mise en œuvre :

Il n'y a rien qui est écrit... Ah! Il y a des belles théories sur les principes de collaboration, mais, en pratique, je pense qu'il y a un gros écart. Pourquoi? Je ne le sais pas (IP18, CSC, 98-100).

De rares IP perçoivent alors que les orientations stratégiques des modèles de SSP au regard de la CI et les descriptions de poste sont comme des piliers scellant le mandat de chacun à collaborer (leur obligation professionnelle), et cela leur octroie ainsi une assurance dans leur position et dans leurs interactions avec les partenaires :

Moi, je me dis : « Ça [la collaboration] a été une décision du centre. » Je ne sais pas si ça a été une décision unanime! Les médecins sont supposés être en accord avec ce rôle de collaboration-là quand ils sont engagés ici. Je ne sais pas jusqu'à quel point ça leur est expliqué, puis présenté (IP18, CSC, 349-366 et 471-476).

La majorité des IP de l'étude apprécient le choix qu'ont fait certains milieux de cristalliser les pratiques collaboratives (PC) au moyen des moments de partage quotidiens, de temps de documentation partagé ou de rencontres d'équipe. Ces outils de formalisation des PC facilitent d'ailleurs la manifestation des différentes formes de CI (voir section 5.2.5.3) :

It [working together] doesn't just happen. It's like a building: if you don't have a foundation, if you don't have the wiring right in your home, it's going to flood (IP17, CSC, 1405-1406).

Statut d'emploi

Les statuts d'emploi à temps plein ou à temps partiel et l'attribution des jours de travail constituent également des facteurs influents en ce qui concerne la CI. Un employé qui travaille à temps plein sera davantage utilisé à titre de collaborateur. La recherche de CI varie aussi selon les jours de la semaine, ce qui complexifie grandement les PC des praticiennes, notamment en ce qui a trait à la consultation (voir section 5.2.5.3) :

Everybody works part time so it'll be Dr [X] one day, and then [Y] another day, and then Dr [Z] another day. And now they're moving everybody around: so every physician won't be in the same office everyday. [...] Dr [name] will be here one day and then tomorrow could go over there [far from her office] (IP10, ESF, 198-205).

Horaires

Les PC sont aussi modulées par des modalités temporelles et par tout ce qui s'y rattache : horaires, pratique des personnes responsables de ceux-ci, etc. L'horaire n'est pas toujours un élément fiable pour évaluer la disponibilité réelle d'un partenaire. Notre journal de bord relève qu'un membre d'une ESF avec qui nous avons eu des discussions informelles a indiqué que l'horaire en apparence « déchargé » d'une IP ne signifie pas pour autant une moindre charge de travail. Nous croyons que, à ce titre, les IP déclarent fréquemment que les MD sont « occupés », « peu disponibles » et « surchargés », à la vue de leur horaire, et ces affirmations émergent même dans les milieux où ces derniers sont des salariés, des milieux auxquels ils seraient plutôt attendus que les MD soient accessibles, vu qu'ils ne bénéficient pas de gains financiers supplémentaires vis-à-vis d'une efficience clinique :

Tu te sens isolée parce que personne n'est disponible à 100 %! Je pense que ça, c'est juste le fait que les médecins aient un horaire tellement chargé. Juste ça fait que tout est difficile! Tout est difficile! Ils n'ont pas de temps! Ils n'ont pas de temps. Puis, eux autres aussi, ils en font, du temps supplémentaire. Ça fait que la collaboration est difficile parce que : « surcharge de travail » (IP18, CSC, 445-464).

Certaines IP estiment que l'horaire surchargé de certains MD a un impact plus large sur le rôle des IP, dans la mesure où, bien qu'ils soient favorables à celles-ci, ils ne peuvent participer à certaines décisions majeures concernant les IP et doivent donc soutenir le point de vue des praticiennes :

La plupart sont corrects, c'est juste qu'ils [MD] ne s'impliquent pas assez, que les têtes fortes s'impliquent, ils sont contre nous. Les autres veulent pas trop, hé, t'sais, ils sont débordés, ils ont leur vie personnelle, ils ont d'autres choses. Ils ne veulent pas trop nécessairement embarquer là-dedans (IP7, ESF, 147-152).

Moments de partage quotidiens

Comme nous en avons attesté plus tôt, les moments de partage quotidiens entre les partenaires dépendent majoritairement des locaux qu'ils se voient attribuer. Certains centres ont toutefois formalisé davantage les interactions quotidiennes des partenaires. Dans les CSC étudiés, un centre préconisait ainsi un débriefage de fin de journée, où les conflits, les dilemmes éthiques et les cas-patients difficiles étaient gérés. L'autre centre préconisait une pause en début de journée afin de souder les liens entre partenaires :

Au travail, avant la journée, on peut jaser : on est tous ensemble... C'est le *fun*, le matin... Dans la salle à café, je vais aller jaser avec le monde un petit peu si j'ai la chance, si je ne suis pas trop [occupée]... Ça favorise la bonne entente... Il n'y a pas de *bitchage* (IP12, CSC, 733-774).

Temps de documentation partagé

Tous les milieux étudiés réservent une période quotidienne de documentation pour les IP, mais seuls quelques-uns s'assurent qu'elle soit partagée entre tous les membres. Les IP

identifient souvent ce moment non comme un moment de documentation, mais comme un espace de collaboration utile, surtout lorsqu'il est fixé dans l'horaire des deux partenaires. Dans ce cas, les praticiennes peuvent plus facilement s'imposer auprès des MD en évoquant la politique organisationnelle en matière de collaboration :

Ça a été une décision du centre qu'il y ait cette période-là. On est supposés être dans une relation de collaboration. Puis les MD sont supposés être en accord avec ce rôle de collaboration-là quand ils sont engagés ici (IP18, CSC, 351-355).

Rencontres d'équipe/administratives

Tous les milieux de SSP intègrent les IP dans des rencontres d'équipe cliniques et/ou administratives, incluant des rencontres intraprofessionnelles, des rencontres mandatées par les organismes subventionnaires (p. ex. : amélioration de la qualité des soins) ou des rencontres axées sur la gestion clinique. La plupart des IP interrogées estiment que ces rencontres s'alignent peu sur leurs besoins réels, soit ceux de forger des liens avec l'équipe de proximité et de trouver des solutions à leurs défis quotidiens :

Ici, c'est tellement isolé. Tu peux voir qu'on a des rencontres, mais pas beaucoup de rencontres interdisciplinaires. [...] It's never like I've had a meeting here with the nursing staff who I deal with every single day: they triage my patients. [...] The disciplines are put on certain, in a certain hierarchy and we don't mix. [...] It's sort of like: there's the clinical assistants, and there's the nurses and there's the nurse practitioners and the allied health are all kind, and then the physicians. And we do not meet in between those through the hierarchy. Like I've never met with the receptionists! We talk today about all the booking. [...] I never hear the other side of the story; except through [FHT Clinical Manager]. But we never meet together to just brainstorm: How could we book the patients better? What would you want, what would be better for your schedule? How can we make that happen? Maybe they have a really good idea! But I don't know! Because we don't kind of interact together (IP14, ESF, 58-97).

En général, les rencontres d'équipe/administratives sont ainsi perçues par les participantes comme des plateformes qui servent davantage les besoins des institutions que les

leurs. Elles critiquent avec ferveur ces plateformes de collaboration, surtout lorsqu'elles ressentent qu'elles ne leur sont pas directement utiles. Dans ces cas, elles estiment que les rencontres servent à leur donner des « devoirs » à effectuer, notamment pour améliorer des axes programmatiques ou le repérage de données dans les DME. Plusieurs IP participantes estiment que des rencontres « entre IP », d'une même organisation ou non, s'avèrent nécessaires, et ce, surtout depuis les changements de la norme d'exercice. Ces IP désirent avoir l'occasion de s'exprimer au sujet du rôle, de ses joies et de ses difficultés, mais aussi d'obtenir des conseils et des outils qui optimiseraient leur intégration :

A chance to get together [with other NPs], to talk together, to solve certain problems together, to make an agenda... It rarely happens! There's always something that takes precedence over. It's very, very, very rare it happens. [...] But we [NPs] could share things together that we have picked up: new resources, new this, new that [...] or we've come to find out that some of them [NPs] don't even how to use the templates so their statistics are terrible (IP11, CSC, 1391-1446).

Une ESF a d'ailleurs établi de telles rencontres, mais la majorité de ses IP avancent qu'elles servent encore à répondre aux besoins de l'institution plutôt qu'aux leurs, ce qui génère davantage de frustrations. Ce sentiment est soutenu par certaines IP alors qu'elles dénotent qu'on les rencontre sur leur temps de pause, soit sur l'heure des repas :

It's [ESF] a business model, I mean we never met with [manager's name] during work time. It was always on our lunch hour (IP17, CSC, 1415-1416).

Des IP témoignent que les invitations et inclusions à diverses rencontres d'équipe attestent de la place qui est accordée à un membre (voir section 5.2.4.). En CDIP, par exemple, on s'assure d'inclure les différents professionnels de la clinique dans la plupart des rencontres d'équipe. Cette façon de faire est jugée comme une qui permet d'effacer plus efficacement les structures hiérarchiques pouvant exister entre les professionnels :

On est tellement un modèle de collaboration qu'on essaie vraiment de ne pas être hiérarchiques... On essaie vraiment d'avoir le point de vue de tout le monde et je pense que c'est sur ça qu'on a vraiment, vraiment travaillé dans les dernières années (IP2, CDIP, 370-373).

Selon nos observations et le contenu des verbatims des participantes, il est rare que ces rencontres interprofessionnelles/administratives servent à dénouer les impasses entre les partenaires et leurs conflits, et à clarifier la CI et ses processus ou même les rôles professionnels des acteurs. La seule exception à ce constat est les deux CDIP étudiées. Dans ces milieux, on nous a expressément formulé que les équipes travaillent à améliorer leurs relations collaboratives. Elles ont, en ce sens, embauché des consultants/médiateurs externes pour y parvenir. D'après nos données, cela ne signifie pas pour autant qu'il y a plus de difficultés dans ces milieux, mais plutôt qu'elles sont identifiées et que l'on tente alors de les résoudre.

Infrastructures physiques

Nous avons vu précédemment dans quelle mesure la configuration des espaces physiques influence la CI et peut donc avoir un effet sur l'intégration des IP. L'obligation de confidentialité, notamment, dicte un certain agencement des espaces physiques (en séries) séparés par des murs et des portes. Cet agencement forme symboliquement des barrières physiques à la CI, ce dont les IP discutent lorsqu'elles réfèrent au fait que leurs espaces de travail amplifient un sentiment d'isolement :

I don't like being alone, I liked having... I learned a lot from colleagues! [...] As an NP in primary care anyways, I've lost that: that growth from colleagues. [...] It's so very isolated [...] geographically and even inside [...] you're very separated. Even the doors for me show things that, you come to the reception and there's a big door left shut: « Here you must be all by yourself. » [...] We never see each other unless really we make an effort to go over, but there's never this coincidental crossing paths (IP14, ESF, 63-64, 69-70 et 99-107).

Pour contrer l'emmurement des professionnels et augmenter leurs occasions de collaboration, certains milieux font de l'ouverture des portes et des rassemblements une politique informelle, promue par un leadership perçu comme étant prévoyant et intuitif :

Chez [le dernier employeur, en ESF], on m'a encouragée à ne pas rester dans mon bureau (IP10, ESF, 564-565).

Une va arrêter, elle va me parler de telle affaire... On se parle... Jamais on va se faire dire [par un gestionnaire] : « Hé, retournez au travail. » Non, jamais! [Le gestionnaire] va même venir, embarquer avec nous autres... Ça rit, ça discute... On a des bons échanges. Ça fait qu'il y a une bonne amitié entre les gens qui s'est développée. [...] Ils nous le disent au début : « Ici, on favorise d'avoir notre porte ouverte pour favoriser la communication entre les intervenants. » (IP12, CSC, 778-797 et 802-804).

Nos observations indiquent que l'ouverture de la porte est surtout nécessaire quand les professionnels ne partagent pas des espaces de bureau, car elle pousse davantage les collaborateurs à se rencontrer. Comme nous l'avons démontré auparavant, les cliniques qui disposent leurs espaces de façon à ce qu'ils soient partagés par les membres de l'équipe facilitent leurs échanges. L'ouverture de la porte est en général perçue par les IP comme un signe de disposition à la CI :

It's a very complex organization: geographically and even inside...And even I don't know if you're able to collaborate with the nurse practitioner [close to her office], but it seems, for me, that you're very separated. I've look at, even the doors for me show things that; you come to the reception and there's a big door left shut. So, here you must be all by yourself (IP14, ESF, 99-104).

La porte est ouverte, tandis que, l'autre médecin, la porte est fermée. Cela fait que tu supposes qu'il ne veut pas être dérangé (IP18, CSC, 929-934).

Certaines IP témoignent en effet du fait que l'emplacement des bureaux de chacune des IP de son centre conduit à l'inégalité de leurs occasions de collaboration et, donc, d'intégration.

La clinique idéale? J'aurais aimé que tous les bureaux soient proches parce que c'est une perte de temps! Je suis dans mon bureau puis il faut que j'aille voir [collègue IP],

qui est à l'autre bout du fin fond des fonds... Je me sens à part parce que je suis ici (IP8, CSC, 1014-1024).

It [design of the clinic] makes a big difference! Yes, because I never see the physicians if I want to catch them in the hall, unless I have the door open when they're going to the bathroom. And then, it's kind of awkward to be standing at the bathroom door as if you're waiting for them. But [NP colleague], because of where she is, she can be aware all the time of which doctors are free and when, whereas I often do not (IP11, CSC, 272-281).

Outils partagés

D'autres dispositifs physiques des milieux étudiés gouvernent les interactions entre les différents membres de l'équipe et influencent la probabilité de CI. C'est le cas des outils partagés tels que les imprimantes, les boîtes de courrier et les machines à café. Notre journal de bord indique, par exemple, que, dans une ESF, l'utilisation d'une imprimante portait les partenaires à se remettre des photocopies, à se sourire en se demandant « comment allez-vous? » et même à se souhaiter « bonne journée ». Cela n'est pas anodin : une IP en ESF témoigne que ces brèves interactions pourraient avoir amené un MD, a priori réfractaire aux IP, à l'assister un jour qu'elle faisait face aux limites de son rôle et que le fournisseur principal était absent. Les IP des ESF étudiées sont celles qui parlent le plus souvent d'un manque de proximité physique entre les partenaires et, sur ces bases, elles perçoivent les infrastructures physiques comme des barrières qui participent à ce que la CI soit un élément de perturbation :

We never see each other unless really we make an effort to go over, but there's never like this coincidental crossing paths. [...] [In another FHT] we were grouped together to do our paperwork and I think if you're sitting in the same room with someone, then you would naturally make conversation (IP14, ESF, 105-107 et 233-235).

Le plus gros ça devient, le plus dur c'est. Je pense que le rêve d'avoir des ESF énormes, c'est dur de garder des liens serrés (IP14, ESF, 128-130).

Espaces virtuels de collaboration

Les espaces virtuels ont la capacité de favoriser ou non la CI. Ils consistent notamment en l'échange de courriels ou de messages à travers les DME des patients. L'espace virtuel peut réunir des individus autrement dispersés et les mettre rapidement en communication, mais il permet également de mieux respecter le rythme de collaboration de chacun, ce qui n'est pas toujours le cas des rencontres de proximité. Toutefois, ces modalités de CI comportent certains inconvénients : réponse tardive du partenaire, fausse interprétation et/ou ignorance des messages de la praticienne, etc. L'espace virtuel tend parfois à remettre en question l'efficiencia du travail des IP en entretenant des préjugés sur leur rôle :

Ça ne doit pas aider [d'être géographiquement éloignés] parce que probablement qu'ils [MD] entretiennent des préjugés sur nous qu'ils ne peuvent pas valider ou parce qu'ils ne nous voient pas. [...] Peut-être que si on travaillait ensemble, peut-être que j'apprendrais à mieux les connaître, puis on deviendrait de vrais *partners*, de vrais amis. Puis là, ils me défendraient eux autres contre les autres [MD résistant au rôle]... Tandis que là, bien, on s'entend bien de loin, mais je ne peux pas dire que c'est des [amis, des défenseurs du rôle] (IP7, ESF, 295-297 et 301-305).

Les IP ont cité d'autres inconvénients, comme le fait que le courriel puisse nécessiter trop de temps pour sa rédaction, notamment lorsque plusieurs détails doivent être fournis, et qu'il ne permette pas de réponse aussi spontanée qu'un échange en personne. Ces deux éléments sont illustrés dans l'extrait suivant :

J'ai horreur [des courriels], je n'ai pas envie d'attendre, j'ai besoin de la réponse là. Puis on n'est pas capables de tout dire [par courriel] (rires). Docteur [X] est habitué, parce que, moi – c'est une expression – je dis : « Est-ce que je peux te parler 2 minutes? » Il me dit : « J'ai appris avec toi que ce n'est pas 2 minutes, c'est plus 15 minutes. » Parce que je détaille de long en large. [...] Des fois, je posais des questions, il dit : « Tu vois, ça fait du bien d'avoir des nouveaux dans la bâtisse parce que ça me fait réfléchir à des affaires. » Il dit : « Je ne sais pas, attends un peu, on va fouiller dans le livre » (rires). Ou je lui parle d'une affaire, il dit : « Moi, je n'ai jamais entendu parler de ça... On va regarder c'est quoi. » (IP8, CSC, 715-728).

Les PC virtuelles peuvent aussi ralentir le rythme d'apprentissage de l'autre, car les volontés et les préférences individuelles sont plus fréquemment communiquées lors des interactions en face-à-face. Elles peuvent ainsi affecter la cohésion et la solidarité qui seraient vraisemblablement gagnées par des interactions quotidiennes de proximité. Une IP d'une ESF nous fait remarquer que plus l'équipe est jeune, éloignée ou instable, plus elle bénéficie de rencontres fréquentes, car nombreux sont les aspects de l'organisation et des pratiques professionnelles à clarifier et à négocier :

Chaque fois qu'il y a une nouvelle personne qui arrive. [...] Dans une organisation, quand tu commences, c'est vraiment comme une personne humaine. Au début, tu grandis, tu apprends à connaître les autres, tu construis quelque chose. Après ça, tu es adolescent (rires), tu as plus d'assurance. À un moment donné, tu consolides, tu es adulte. [À cette étape] les changements sont plus difficiles. [...] Il faut qu'ils soient plus justifiés (IP9, ESF, 96-102).

À son avis, l'approche virtuelle serait plus efficace chez les équipes matures où des liens d'amitié sont établis de plus longue date. Il est intéressant de noter que les ESF tendent davantage à être virtuellement organisées, comparativement aux CSC ou aux CDIP. Des facteurs comme la taille importante des équipes, leur éloignement géographique et leurs horaires de travail souvent disparates semblent participer à ce choix, mais aussi à la plus grande perception d'inefficacité des PC. Dans les deux ESF, ces moyens de communication remplacent en effet de plus en plus les rencontres de proximité entre les partenaires, ce qui est, aux yeux de certaines participantes, davantage un bénéfice pour l'organisation que pour l'intégration des IP :

C'est plus facile pour [les ESF] de s'agrandir parce qu'ils n'ont pas besoin d'assurer qu'on soit face à face... C'est dur de dire si c'est un avantage ou non. Pour moi, je n'aime pas ça être seule, j'apprends beaucoup de mes collègues... Alors, comme IP, je trouve que j'ai perdu ça, de pouvoir grandir avec mes collègues... (IP15, ESF, 58-74).

Ainsi, plusieurs outils (actants) jouent sur la perception de proximité ou d'éloignement des partenaires et sur leur satisfaction au regard de la CI. Il est clair que ces éléments sémiotiques possèdent une agentivité propre qui leur permette de gouverner les interactions entre les membres de l'équipe et d'influencer la probabilité de CI.

Cette section a offert une perspective détaillée des dispositions de la CI, particulièrement en ce qui a trait à la configuration et à l'attribution des espaces physiques des milieux étudiés, à la présence des partenaires médicaux et aux outils de collaboration. Ces divers facteurs influencent la manière dont les IP interprètent la CI comme étant bonne ou mauvaise, et dont elles peuvent percevoir leur expérience d'intégration. Ces facteurs agissent sur la réussite ou l'échec de la CI et modulent ses diverses manifestations, lesquelles ont un impact direct sur les IP.

5.2.5.3. Formes de collaboration (« manifestations »)

La plupart des participantes parlent de la CI comme un objectif à atteindre, compte tenu de ses bénéfices pour les soins aux patients, mais aussi parce qu'elle repose sur des principes qui s'harmonisent avec la valeur morale que les IP attribuent à leur rôle (voir section 5.2.1).

Tel que nous l'avons noté précédemment, la CI n'est pas expressément formulée dans les politiques et procédures des milieux étudiés, bien qu'elle soit nommée dans les descriptions de poste de tous les professionnels. Chacun peut donc définir la CI à sa façon et lui attribuer une importance différente, entraînant du coup des divergences dans les discours, pratiques et attentes :

I guess it all depends on people's definition of collaboration. Maybe the definition is just these messages back and forth and that is collaborative. You know? It's maybe me that has this definition in my head that it should be face-to-face, daily, but maybe that's not what everybody defines it as. So, it's hard: What is collaborative care? What does that mean? [...] The definition of collaboration is pretty grey, vague (IP14, ESF, 155-170).

Les IP interviewées ont utilisé deux termes pour définir la CI avec les membres de l'équipe : la collaboration et la consultation. Elles utilisaient le mot « collaboration » pour référer aux relations positives et significatives entretenues avec les professionnels qui exercent dans les cliniques et qui sont accessibles au quotidien. La majorité utilisait le terme « consultation » pour désigner leurs rapports avec les MD, ce qui sous-entend une certaine distance relationnelle avec eux. Plusieurs qualifiaient ces derniers de « grands invisibles » dans leur milieu. Nous avons souligné précédemment que certains actants tels que les espaces physiques et les horaires ont la capacité de configurer ces liens et le sentiment d'absence ressenti à l'égard des MD.

Cependant, en examinant les différents scénarios décrits par les IP pour illustrer la CI, nous avons noté qu'elle se déclinait plutôt sous plusieurs formes : mentorat, éducation interprofessionnelle, partenariat, coopération, consultation et délégation. Ces diverses manifestations peuvent coexister dans les milieux et ne sont pas mutuellement exclusives. La consultation semble pressentie comme une forme de CI qui peut se manifester en l'absence d'autres formes de collaboration. Chacune de ces formes de CI participe, selon nous, à la négociation du rôle des IP (identité, savoirs, pouvoir) et, par conséquent, à leur intégration.

Mentorat

Le mentorat est une forme de CI appréciée par les IP et décrite comme étant centrale à leur intégration, à leur continuation, à leur satisfaction au travail et à l'affermissement de leur identité professionnelle. Le mentor est décrit par les IP comme une personne de confiance ayant un vaste bagage d'expérience qui guide et conseille une personne moins expérimentée dans un milieu de travail. Selon les IP, le *bon* mentor aime enseigner et transmettre ses connaissances. Il possède des valeurs intrinsèques de collaboration : confiance dans les habiletés de l'apprenti,

respect de son processus d'apprentissage, facilitation de la proximité relationnelle en rebutant les dénivellations hiérarchiques, et communication efficace et continuelle :

J'aurais aimé ça être jumelée à docteur X : une personne qui aime travailler avec soit un résident ou qui est habituée de travailler avec un étudiant ou quelqu'un qui débute; qui a juste vraiment une grosse envie de transmettre ses connaissances et son expérience; qui est patient; et qui « *care* » pour comment tu te sens vis-à-vis de ta pratique, de tes cas. [...] Tout le monde n'est pas fait pour être professeur, pour transmettre ses connaissances. [...] Tu sais, un rôle de mentor, mais aussi d'éducateur (IP12, CSC, 307-333).

Ça aide énormément juste d'avoir une autre IP qui a déjà de l'expérience. [...] Je suis beaucoup plus à l'aise d'aller demander à l'IP qu'à un MD, au début. [...] Quand je pose des questions aux MD, ça peut avoir l'air comme si je devrais savoir ceci ou cela. [...] Puis tu sais (avec une IP), on a la même formation. [...] Elle sait ce que tu apprends, puis ce que tu n'apprends pas. [...] Tu vas chercher l'expérience de l'autre personne parce que tu sais très bien qu'elle n'a peut-être pas appris ça à l'école, mais peut-être qu'elle l'a appris sur le terrain en pratique, dans le milieu (IP18, CSC, 14-33 et 39-43).

La plupart des IP novices interrogées préféreraient être d'emblée « jumelées » à un MD ou à une IP pour consolider leurs savoirs médicaux. Pour plusieurs d'entre elles, toutefois, le mentorat est cependant demeuré informel et difficile d'accès, ce qui a rendu leur pratique d'autant plus ardue depuis que le rôle de l'IP a été élargi, amenant même certaines à identifier des lacunes dans leur formation. Il faut toutefois se rappeler la force d'imposition qu'a été la transformation de la norme de pratique, et ce, chez toutes les IP (voir section 5.2.3), même les plus expérimentées. En ce sens, les IP expérimentées ont même indiqué qu'elles se seraient (et encore aujourd'hui) prévaluées d'un mentor pour les aider à cheminer vers une pleine étendue du rôle, certaines interprétant qu'elles possèdent des lacunes propres. Certaines IP expérimentées ont avoué qu'elles ont tenté de s'allier à des mentors (IP, IA, MD ou ressources didactiques/virtuelles).

Le caractère informel du mentorat pose certains risques pour les IP : accès à des mentors qui ne possèdent pas l'étoffe du rôle ou qui ne désirent pas un tel rôle, persistance de sentiments

d'incompétence, impression de déranger le partenaire mentor et amplification de la hiérarchie entre les partenaires. En ce sens, plusieurs IP estiment que l'interaction avec un mentor IP est moins risquée. Or, les milieux n'offrent pas toujours l'accès à de telles professionnelles :

Ils m'ont jumelée avec une IP aussi au début, une IP [d'un autre site]. Elle est venue m'aider beaucoup, puis elle était tout le temps disponible pour répondre à mes questions. Même encore maintenant, je peux l'appeler. [...] Les IP avec lesquelles j'étais en stage à [lieu], elles m'ont toutes dit : « N'importe quand, si tu veux appeler... » [...] Quand j'ai commencé, [IP] était partie puis [autre IP] est partie pas longtemps après que je suis arrivée : j'étais toute seule, débutante, pas préparée au métier comme j'aurais probablement dû... à cause des lacunes de la formation. [...] Le début, je l'ai vraiment trouvé *tough* (IP12, CSC, 83-126).

Sans jumelage formel, les IP comptent sur les personnes avec lesquelles il a été le plus aisé de former des liens : celles qui démontrent un plus grand accueil et une meilleure disponibilité, et qui se trouvent ainsi à prodiguer une forme de mentorat informel :

Tu sais qui me menterait, au début? Au début, c'était la secrétaire. Oui, elle m'a vraiment aidée! [...] Et puis, j'avais aussi beaucoup de chance parce qu'il y avait une infirmière. [...] Elle m'a aidée beaucoup parce que (pause de 2 sec)... parfois, les infirmières... je ne sais pas, parce que les infirmières se protègent un peu! Elles ne veulent pas t'aider parce qu'elles sont là pour les médecins. [...] Ça, c'était une chance! Alors, c'était l'infirmière et la secrétaire. Et un peu le médecin aussi (IP6, CSC, 397-412).

En quelque sorte imposé à un ou des collègues de travail, ce mentorat informel peut entraîner plusieurs inconvénients pour ce dernier : perturbation du travail, sentiment d'être pris dans un rôle non désiré ou pour lequel il n'a pas les qualités requises, remise en question des compétences de l'IP, etc. Cela peut contribuer au fait que certains évitent d'endosser ce rôle :

Il y a un médecin qui fonctionne avec la porte toujours ouverte, sauf quand il voit ses clients. Tandis que, l'autre médecin, la porte est toujours fermée (pause de 3 sec). Ça fait que c'est sûr que mon approche va être différente : je vais trouver ça beaucoup plus facile d'aller voir le médecin avec la porte ouverte, tandis que l'autre... [...] Tu supposes qu'il ne veut pas être dérangé (IP18, CSC, 930-934).

Les IP recherchent aussi l'appui des mentors en vue d'intégrer la culture du milieu de soins, notamment si les orientations à l'emploi sont inexistantes ou de très courte durée – ce qui

est généralement le cas. Selon les participantes, les mentors sont une figure-clé pour amorcer les premiers échanges entre les nouvelles intégrées et les membres de l'équipe, et pour transmettre les processus cliniques. Par conséquent, quand les IP peuvent y recourir, cela facilite leur intégration, leur crédibilité et leur efficacité :

When I was new in [previous employer], the nurse has been there for [more than 5] years, she knew all of their doctor's patients. [...] And so, I would say: « You know this family, what do you think? » She'd be like: « They are here all the time and this has been the recurrent problem. » Sure I can read it in the chart, but they would be the ones to know the stuff (IP14, ESF, 359-371).

Toute la gestion des clients, la gestion du temps, toutes les ressources de l'environnement autour que tu ne connais pas quand tu commences... Juste les demandes de tests que tu ne sais pas trop comment encore au début, les formulaires... (IP18, CSC, 445-464).

Avoir un mentor peut être un outil politique et social d'intégration puisque le contact établi avec ce dernier persiste, généralement durant tout le cheminement de carrière effectué dans l'établissement d'accueil – et parfois même au-delà. Le mentor peut aussi agir à titre de défenseur et de protecteur, et il peut même influencer positivement la vision du rôle de l'IP auprès des autres collaborateurs :

What I found was... you'd overhear a new physician name [whom she did not meet]. I heard one of the other one [MD] saying: « [IP10's name], she's fine, she's got a good head on her shoulders, you can trust what she comes with. » (IP10, ESF, 890-897).

Le manque de mentorat et son caractère informel provoquent des contrecoups identitaires chez les IP et suscitent la mise en œuvre de stratégies d'adaptation (voir thème 3, à la section 5.3).

Éducation interprofessionnelle (EI)

Dans les écrits scientifiques, l'EI est désignée comme une forme distincte de collaboration comportant des objectifs qui diffèrent de ceux de la CI. Toutefois, étant donné que

l'EI a été décrite par les participantes comme influençant positivement la CI et parce qu'elle était même attendue d'elles, elle est incluse ici comme une forme de CI. Les participantes ont décrit l'EI comme une forme de CI consistant en l'échange réciproque de connaissances, d'idées ou de perceptions avec un autre membre de l'équipe. Une IP explique par exemple qu'elle apprécie le fait qu'un MD lui envoie des articles de recherche :

Chercheuse: How is your collaboration with the physicians?
 Good... They both really enjoy being part of the team. One of them always sends us really good articles and... Yeah, he sends always really good articles and he tries to come to [team meeting]. He has really good ideas. We were talking about stats and he [proposed a solution]. So they bring interesting things to the table. [...] Because he works [elsewhere], he's got access to a different part of learning than maybe what I do. [...] He would promote the role of NP there, he does (IP2, CDIP, 489-510).

Selon les propos recueillis, l'EI augmente grandement la satisfaction des IP : elle permet au collaborateur de manifester son engagement et la valeur qu'il accorde à sa relation avec elles. Pour les IP, c'est de s'impliquer au-delà de ce à quoi elles s'attendent et, souvent, sans requêtes formelles. L'EI peut survenir entre tous les cliniciens, mais les IP interrogées semblent particulièrement apprécier quand elle se manifeste entre elles et les MD. Selon nos participantes, toutefois, il semble que cette forme de CI ne soit pas fréquente. Pourtant, on réalise, dans l'extrait ci-dessus, que la relation qui se dégage d'une telle forme de collaboration peut devenir un outil stratégique d'intégration du rôle des IP : le partenaire tend à mieux connaître les IP, démystifie leur rôle et vend leurs mérites auprès des collectifs auxquels il se joint.

Selon nos observations, certains milieux formalisent l'EI en mandatant un professionnel (p. ex. : l'IP) pour faire une présentation sur un sujet choisi par la majorité de l'équipe. Ce mandat soulève toutefois des enjeux de pouvoir en désignant un des collaborateurs au rôle d'expert. Craignant la fragilisation des relations interprofessionnelles, certaines participantes déploient des stratégies pour la pallier. Selon les participantes issues des milieux où prévaut cette

activité, cette forme d'EI formelle répond moins bien aux besoins d'apprentissage individuels qui émergent, eux, des expositions des IP aux cas-patients, raison pour laquelle ces IP préfèrent plutôt l'EI durant leurs consultations avec les MD, car elle est davantage ciblée sur leurs besoins immédiats.

Partenariat

Le terme « partenariat » est utilisé ici pour désigner une forme de CI dans laquelle les relations personnelles sont soignées au même titre que les relations professionnelles. Il peut s'agir de prendre soin du bien-être et des émotions de l'autre ou de s'accorder des services mutuels :

Au travail, avant la journée, on peut jaser : on est tous ensemble... Ça favorise la bonne entente. Il n'y a pas de *bitchage*. Une a un problème, elle arrive en pleurant : tout le monde va aller la voir durant la journée. Souvent, c'est le bureau de [collègue] qui nous sert comme de congrès (rires). On va là, on se vide... Des fois, l'après-midi, il y en a une qui va dire : « J'ai fait du café. » Puis, là, on s'envoie des messages : « J'ai fait du café. » C'est comme cool... À un moment donné, une fille arrive un matin, elle avait apporté du [nourriture]. Une autre, elle dit : « Ah, j'ai fait des [nourriture]. » Il y a des petites attentions qu'il n'y a pas ailleurs. Tout le monde fait attention à l'autre. À ma fête, j'avais un [cadeau] : [prénom d'un collègue] avec qui je travaille m'avait apporté [cadeau]... C'est le *fun* (IP12, CSC, 733-774).

Le partenariat atteste d'un vif engagement à construire et à préserver la complicité, l'entraide et la réciprocité relationnelle :

On a du *fun*, on rit, l'ambiance est bonne, on jase. [...] Il y a une bonne amitié entre les gens qui s'est développée (IP12, CSC, 778-779 et 797).

Le partenariat favorise l'amitié, ce qui tend à faire disparaître les rôles de demandeur et de receveur de services de CI et à distribuer les pouvoirs, tout particulièrement pour les IP des ESF :

[MD collaborateur] m'envoie souvent des *to-do* et il va me dire : « [Prénom de l'IP], parle-moi un peu plus de l'équipe. Toi, c'est quoi que tu aimes? C'est quoi, tes forces? » C'est bon parce que c'est important de... nous connaître. Par la suite, quand j'ai dit ce qu'on faisait, il me pose des questions pertinentes... [Il agit] d'après ce que je lui ai dit (IP7, ESF, 491-527).

Comme cette forme de CI est modulée par les acteurs/actants et les réseaux qui les entourent, nos observations indiquent que le partenariat est plus fréquent dans les équipes stables et lorsque les espaces physiques s'y prêtent. Afin de promouvoir le partenariat, notamment si le milieu comporte des sites satellites qui sont éloignés sur le plan géographique, certains milieux ont créé des activités pour encourager la consolidation d'équipe (*team building*), des activités qui engagent des domaines extérieurs au cadre professionnel (p. ex. : faire une activité sportive) et qui visent à solidifier les relations. Le partenariat suscite plus amplement l'EI et vice-versa.

Coopération

La coopération est une autre manifestation de CI émergeant des propos des participantes. Elle est caractérisée par l'association durable des professionnels, par leur assistance réciproque (travailler avec) et par leur partage des activités visant un but commun qu'ils définissent ensemble. Le plus souvent, ce but est axé vers l'amélioration des soins aux patients, mais nos observations indiquent que les membres se concertent également en rencontres d'équipe aux fins d'amélioration du système. Bien que cette manifestation se rapproche du « travail d'équipe », le terme « coopération » a été choisi puisque les IP y référaient au regard de politiques d'entente et d'échange (concertation) et de méthodes d'action (regroupement et but commun). Le travail d'équipe porte aussi sur l'exercice d'une activité professionnelle se faisant « ensemble », mais nos données sur la prise en charge des patients (une fonction devant être partagée entre les membres) montrent qu'elle est réalisée en silo. Une IP décrit la coopération dans son milieu :

I do rely on the other disciplines, like the pharmacist and the dietician. I rely on them heavily to... I collaborate with them and ask them: « Okay, in this situation, what would you suggest or what's the best course of action for this? » I do really like... I think we work really well as that interdisciplinary team, and just using the expertise of these other disciplines. [...] I feel how it has kind of come together (IP3, CDIP, 166-171).

Dans tous les milieux étudiés, la coopération prend davantage place entre les professionnels de la santé non médicaux, vu leur plus grande accessibilité. Du côté des MD, ceux qui offrent du mentorat informel, qui participent à l'EI, qui suscitent le partenariat et qui s'intéressent à la contribution des équipes interprofessionnelles semblent plus prédisposés à la coopération, grâce aux liens étroits et continus qu'ils entretiennent :

The physician is a part of the team, but because they're here not as frequently as maybe we'd like them to be, it sometimes can feel like they're not, like... They can't always attend all the meetings that we have and participate in certain things that we have. Some of them do, but others aren't able to. So it kind of feels like there's a little disconnect. But [...] they're so approachable and they're so open to all members of the team (IP3, CDIP, 173-178).

La coopération se construit et se solidifie dans le temps. Elle reflète ainsi la croissance, la stabilité et la maturité des équipes, un état rare en SSP avec l'arrivée et le départ fréquents des différents professionnels, incluant les gestionnaires :

Il y a déstabilisation chaque fois qu'il y a une nouvelle personne qui arrive. C'est normal, dans une organisation. C'est comme une personne humaine : au début, tu grandis, tu apprends à connaître les autres, tu construis quelque chose. Après ça, tu es adolescent, tu as plus d'assurance. À un moment donné, tu consolides, tu es adulte. Puis, là, les changements sont plus difficiles... On était rendus à l'étape adulte. Ça fait que, oui, les changements sont plus difficiles (IP9, ESF, 95-102).

Une IP détaille comment cette forme de CI s'est estompée à la suite du départ d'un gestionnaire et quels sont les effets identitaires et professionnels engagés par ce revirement :

La culture était vraiment différente. On avait plus une approche de concertation puis de consensus... Le fait qu'on soit impliqué directement dans tout. Puis [gestionnaire] croyait que notre bien-être et notre bonheur allaient transparaître dans les soins qu'on donnait. Il croyait vraiment que la rétention était la clé du succès pour que l'organisation fonctionne. Il répétait à chaque rencontre : « La culture, c'est important... Quand il y a un conflit, de se parler, de résoudre. » Des fois, il y a des accrochages, des petits conflits. Il essayait tout le temps de régler ouvertement puis il était très transparent ou très ouvert. Maintenant, on est plus dans un milieu fermé : on apprend les décisions, on n'est pas au courant du processus, des règles. Des nouvelles directives sont dites, mais, finalement, la marge de manœuvre pour nous... Tu peux donner ton opinion, mais le processus est implanté pareil! Ça fait des flammèches puis des différences (IP9, ESF, 16-38).

Cet extrait nous permet de cerner que la coopération est facilitée lorsque les structures gouvernantes et les gestionnaires appropriés sont en place. Quand elle est bien en place, la coopération facilite même la gestion des conflits :

Ils ont choisi des gens [presque le même âge]. Peut-être que ça aide, mais les gens ont tous un bon sens de l'humour... On dédramatise quand il y a une situation, on l'évacue tout de suite, on en discute puis on la règle. [...] Il n'y a pas de choses qui traînent en longueur (IP12, CSC, 778-786).

La coopération peut toutefois facilement s'effriter et, ayant été difficilement acquise entre les différents membres d'une équipe, certains milieux de SSP usent de tactiques pour la préserver. Comme on le voit dans l'extrait précédent, l'embauche de personnes qui s'intégreront bien à l'équipe est une stratégie-clé pour préserver la coopération d'un collectif. De même, modifier la composition du personnel peut aussi s'avérer nécessaire, tel que le décrit cette IP :

Il y a eu des nouveaux employés ou des employés plus... qui étaient problématiques, qui troublaient cette culture-là, finalement, qui semaient un peu la zizanie, le clivage, une ambiance de non-respect de l'autre. Il a fallu qu'il [gestionnaire] ajuste... Il a pris des décisions : un [employé] a été mis à pied, mais... Il lui a quand même donné sa chance, même s'il y a une culture de respect puis d'entraide (IP9, ESF, 80-86).

Un employé peut être jugé problématique, non pas à cause de traits de personnalité comme tels, mais en raison du fait qu'il ne cadre pas avec l'équipe en place. En d'autres mots, le problème émerge d'une configuration spécifique de l'équipe que les membres ont développée selon une dynamique précise. Si le professionnel ne s'y intègre pas de la façon attendue et s'il est jugé comme perturbant les liens de collaboration, sa place peut se trouver remise en question.

Les IP n'échappent pas à ce processus :

They [MDs in FHT] were really trying to conscript my role and they didn't really understand collaboration. They didn't want me to talk to them at all during the day. They didn't really see that as part of their job. [...] I remember one time actually, one of the physicians I asked something and she was getting a bit frustrated and she said: « You're here to help [NP's name]. » [...] If they're working in a group that's team, but a group does not necessarily signify team [...] and when physicians hear

« team », they still hear « I'm the leader ». I think that's their frame of reference. [...] I left the job (IP17, CSC, 64-77, 128-131 et 160-161).

Ils voulaient qu'on fasse des groupes puis que je fasse des présentations. [...] C'était rendu à la fin que j'ai dit oui parce que, sinon, j'avais quasiment peur de perdre ma job. [...] Parce que ça faisait quatre fois qu'il [gestionnaire d'un autre CSC] me forçait comme à le faire. [...] Je l'ai dit plusieurs fois que je n'étais pas bien là-dedans (IP8, CSC, 77-81, 116-117 et 120).

L'IP8 nous a affirmé avoir perdu son emploi dans ce CSC alors que son employeur lui a dit que le financement de son poste n'était plus possible. L'IP doute encore aujourd'hui de l'authenticité de cette justification.

Enfin, selon nos observations, la réciprocité relationnelle établie par la coopération donne libre recours aux autres formes de CI. Cela tend à un meilleur accueil des partenaires, surtout des MD, ainsi qu'à une pratique collaborative informelle, où même des dérangements à brûle-pourpoint d'un partenaire seront mieux acceptés.

Consultation

Aux dires des participantes, la consultation consiste en de brèves interactions pour lesquelles une personne consultée aide un requérant qui nécessite son expertise. Dans les propos des participantes, le terme « consultation » est plutôt employé pour référer à la collaboration entre les IP et les MD, surtout en ce qui a trait à l'aspect médical de leur rôle, puisque consulter un MD est requis quand une intervention tombe en dehors de leur champ de pratique. Elles recherchent aussi l'opinion des MD et d'autres collègues lorsqu'une situation dépasse leurs compétences individuelles. Une IP d'une CDIP décrit le processus de consultation auprès des MD de son milieu :

You sort of give your report: « Here's this lab, here's this diagnostic, this whatever, here's the history and what I'd like to know is a, b, c... » So that it's all very organized and you can do it very succinctly in a small amount of time and they're not fishing through the chart looking for stuff. [...] If there is something that I can decide without taking it to the physician, I try to do that too because our

time is so short. So unless it's something that actually needs either: a. their level of expertise, or b. their signature, then I'll try to get it from somebody else on the team... [The consultation time] It's usually 30 minutes per week, that's it! Whichever physician is there! [...] We usually have one shot at consultation in a week (IP5, CDIP, 75-104 et 107-118).

La consultation est plus difficilement accessible et moins prévalente dans les milieux, et ce, compte tenu du manque de soutien financier pour l'entretenir et du fait qu'elle n'est pas fixée dans les horaires. Or, prévoir une plage horaire pour la consultation peut être facilitée ou contrainte par plusieurs facteurs qui tombent en dehors du contrôle des praticiens : type de rémunération perçue par les MD (à salaire ou paiements à l'acte), incitatifs à collaborer (description de poste, mandat institutionnel), processus cliniques, espaces physiques, exigences de performance du réseau et des modèles de prestation, et charges de travail individuelles et collectives.

Étant donné son caractère informel et sa complexité, la consultation amène les IP et leurs partenaires à devoir improviser son usage au quotidien. La consultation comporte certains risques à l'intégration des IP vis-à-vis de ses espaces de négociation; par exemple, elle est entreprise le plus souvent à brûle-pourpoint alors qu'elle n'est pas toujours attendue ou même désirée par la personne consultée. Elle est ainsi susceptible de « déranger » le consultant et même de contribuer à ce qu'il se sente débordé dans son travail :

[Another NP's name] will come knock on my door or phone me nearly always before [consulting with her collaborating MD] (laughs). So that's another thing. I totally don't mind. I totally don't mind. I know how important it is to have somebody you can... But it just means that all those little extra things, they nearly all end up in my office on my lap, quite truthfully. That's the truth of it. That's the truth of it (laughs). So I'm swamped often, I'm swamped (IP11, CSC, 285-292)!

Oui, je cogne (ton hésitant). Quand il y a quelque chose que je veux qui soit vu immédiatement. [...] Comme [Prénom du MD], lui, souvent, il est plus débordé, il va me dire : « Envoie-le [patient] dans la salle d'attente, je vais le réexaminer après. Je vais le *booker* entre deux cas. » Il fait ça, mais, les autres médecins, d'habitude, ils vont venir tout de suite. Ça fait qu'ils ont chacun leurs petites manières. Mais ils sont

assez faciles, je te dirais, ils sont assez gentils! [...] Docteur [X], ce n'était pas un jeune médecin, il est en fin de carrière, mais lui, je veux dire, jamais tu le dérangeais. Je pourrais le déranger trois fois durant un... un de ses patients à lui (IP12, CSC, 840-860).

If you're being forced to collaborate, then perhaps it's disruptive (IP21, CDIP, 226-227).

Les propos de l'IP12 illustrent un discours fréquemment entendu auprès de certaines participantes, c'est-à-dire que la disponibilité des MD est associée à de la gentillesse, plutôt qu'à une obligation professionnelle qu'ils ont envers l'équipe et les patients. Une conséquence possible serait que la CI devienne ainsi dépendante de la personnalité des uns et des autres. Ceux qui possèdent une « bonne personnalité » (ceux qui sont « gentils ») se retrouvent avec une plus grande part de responsabilité pour que la collaboration fonctionne. Réitérons toutefois que cette perception des IP peut être influencée par le fait que la consultation entre ces dernières et les MD était, dans l'ancienne norme de pratique, obligatoire dans certaines circonstances cliniques (voir Tableau 1 et section 5.2.3), ce qui signifie alors que cette forme de CI n'est plus cristallisée dans la loi et réside maintenant davantage dans la sphère du bon vouloir.

En ce sens, la plupart des IP disent tenter de tenir compte des préférences des uns et des autres – un apprentissage long et risqué qui affecte l'intégration et la négociation du rôle des IP. Il n'y a en effet que de très rares duos qui ont formé des ententes pour que les consultations se poursuivent et qu'elles fonctionnent bien :

[Another NP colleague] and I have sort of set out expectations of each other, like if I'm having a really serious problem and really need her, she's fine if I knock on her door and interrupt her with a patient.

Chercheuse: When you say we set up expectations, how that did happen? Was it a formal discussion?

No, it was just, as we went, once we sort of got to know each other, it was just as the situation arose, I would have said: « Are you okay if I do this or would you prefer this way? », and that's how we sort of set those boundaries.

Chercheuse: Did you ever feel that sometimes you would bother them?

Sometimes (pause de 2 sec)... Especially at first, because I was asking so many questions, right? But now I feel that we're both sort of... we have a mutual respect for each other and each other's capabilities. So I don't really feel like a bother too much, you know (IP4, CDIP, 81-99)?

J'ai un autre cas comme ambigu en santé mentale... peut-être un TDA. J'ai dit : « Je fais quoi, moi? Tout ce qui est psychostimulant, je ne peux pas toucher. Je ne sais comme pas quoi faire avec ce client-là. » Il [MD] dit : « Qu'est-ce que tu aimes mieux? » [IP répond] : « Bien, ce n'est pas nécessairement qu'est-ce que j'aime mieux, qu'est-ce que tu préfères? C'est toi le médecin, tu sais. » En bout de ligne, il [MD] dit : « On pourrait le *booker* pour le voir ensemble et tu vois comment j'interagis avec. » [NP dit] : « Parfait, je n'ai pas de problème avec ça. De toute façon, en bout de ligne, le psychostimulant, il va toujours falloir que je vienne te voir pour le prescrire, l'ajuster. » [IP poursuit] : « Veux-tu voir le patient une fois sur deux ou on le voit... On décidera de ce qu'on fait comme plan de match pour le suivi. » (IP8, CSC, 948-987).

De rares IP négocient cette forme de collaboration en laissant entendre que, bien qu'elles tentent de tenir compte des préférences des uns et des autres, et bien que parfois les dynamiques professionnelles fassent que les partenaires médicaux puissent estimer être trop occupés pour accorder du temps aux IP, il n'en demeure pas moins qu'ils sont tenus d'être disponibles, notamment quand les institutions en ont fait une politique ou lorsque les dossiers de patients sont nombreux :

Ça [les dossiers] s'accumule. [...] Les médecins sont supposés être en accord avec ce rôle de collaboration-là quand ils sont engagés ici! [...] Mais c'est sûr que quand je vais cogner à la porte d'un médecin, je demande toujours avant : « Est-ce que c'est un bon temps pour toi? » Je pense que généralement oui (pause de 5 sec) (rires). Ouin, mais tout le monde est occupé, t'sais! À un moment donné, bien... C'est ça. Il faut aller cogner parce que, sinon, c'est juste toi qui vas la créer, la collaboration (IP18, CSC, 349-366 et 471-476).

La décision assumée de « créer » (donc forcer) la collaboration et d'outrepasser les actants qui découragent la CI (p. ex. : portes fermées, politique institutionnelle absente) peut être bien accueillie par les partenaires, mais elle peut aussi engendrer de l'irritation envers les IP, embauchées pour soulager le système et les MD, mais qui, finalement, peuvent s'avérer

« dérangeantes ». Une telle perception peut porter préjudice aux IP et à la valeur qui leur est accordée.

Les préférences de certains MD vis-à-vis de la consultation émergent fréquemment dans les propos des participantes. Par exemple, l'IP4 décrit en ces termes les préférences de ses collaborateurs qui ne veulent pas de consultations spontanées et qui demandent aux IP de leur faire parvenir des requêtes formelles :

It's very difficult to collaborate. It was very formal like there was no personal friendly relationship with the physicians. Like you couldn't really stop them in the hallway and say: « Oh I have So-and-so in the room », you know? It was more you write up (finger typing) the formal request to them (IP4, CDIP, 475-503).

Les propos de l'IP4 traduisent dans quelle mesure la préférence des MD pour une consultation formelle se heurte à sa propre attente d'un format plus informel, une préférence qu'elle attribue à un manque de relations amicales. Cet écart dans les attentes a un effet important : même si les MD demeurent disponibles à la consultation (par le biais de processus formels), l'IP4 détermine tout de même qu'elle fait face à des difficultés de collaboration.

Nous avons noté que la présence d'une IP dans une équipe peut signifier du temps fastidieux pour les collaborateurs puisqu'ils sont principalement consultés au sujet de cas complexes, ce qui peut mener à des perceptions de dérangement chez les MD. La perception de résistance/dérangement en matière de consultation est modulée par d'autres aspects, soit par les dynamiques distinctes des PC repérées dans les différents milieux étudiés.

En CDIP, par exemple, une IP gestionnaire rapporte que la diminution du soutien financier offert aux MD pour la consultation entre les IP et ces derniers a été l'un des plus grands freins à leur collaboration. Selon plusieurs informateurs avec lesquels nous nous sommes entretenue, la diminution des incitatifs aux MD des CDIP s'est produite après l'expansion du champ de pratique des IP. En ESF, l'embauche d'une IP signifie l'ajout de 800 patients pour la

clinique. Avec son mandat de soutien aux MD dans ces cliniques, l'IP et ses demandes de consultation peuvent être estimées comme un ajout à la charge de travail des MD, surtout dans un contexte où peu d'incitatifs ou processus pallient le changement des pratiques professionnelles. En CSC, bien que des périodes de collaboration aient été mises à l'horaire des praticiens, des informateurs indiquent que certains MD n'y adhèrent pas en raison de leur surcharge de travail, mais aussi parce que ces périodes sont parfois libellées comme des périodes de documentation, et non de CI.

La consultation amène d'autres phénomènes de négociation, tels que des refus d'intervention par les partenaires consultés et des phénomènes de ce que des participantes désignent comme du questionnement intensif (*grilling*). Par exemple, une IP fait valoir qu'on lui refuse des services de consultation parce que les partenaires impliqués se connaissent peu :

Des fois, c'est juste comme 30 secondes, mais eux autres [MD], s'ils ne te [IP] connaissent pas, ils ne veulent pas s'impliquer (IP15, ESF, 883-884).

La confiance est un fondement central des PC. En ce sens, la consultation peut servir d'occasion de remise en question des pratiques des IP afin de déterminer si elles sont des personnes dont on peut faire confiance au jugement. Il faut savoir que les MD consultants sont en partie responsables des soins prodigués aux patients pour lesquels ils sont consultés et ils sont donc obligés de bien connaître l'ensemble d'une situation pour laquelle leur avis est requis. Or, de nombreuses participantes interrogées perçoivent le questionnement des MD comme du *grilling*, notamment quand il prend la forme d'une mise à l'épreuve des connaissances et du jugement de l'IP – une pratique semblable aux interrogations imposées aux résidents médicaux :

I have noticed this in [a HTF in another town] as well. When I would go in a consult, there would be a lot of *grilling* like: « Why would you do this? » and « What do you think about this? » and « How come you're choosing that course of action? » and bla bla bla. And then, it slowly went down. They just verify where your thought process is going. And these physicians need to know that you're not

stupid and you know how to use your resources. And then, as soon as they know, by the third month, it would be like: « Yeah yeah yeah, whatever, just give me the form to sign. » (IP10, ESF, 877-886).

En général, les participantes tentent d'éviter les pratiques de *grilling*, et une poignée seulement en vient à apprécier la manière dont les consultants les préparent ainsi à un « monde cruel » :

Moi, j'étais en stage au [lieu]. [...] Il y avait zéro discussion, il [MD] ne me challengeait pas. C'était bon parce qu'il ne se sentait pas menacé par moi. [...] C'était le *fun*, mais ça ne m'a pas préparée au monde plus cruel... justement à me faire questionner. Quand je suis arrivée ici, les médecins qui te questionnent tes actes, ça l'a comme fait : « Woh! » (rires). Je ne suis pas habituée à ça (IP7, ESF, 588-630).

La forme que prennent les moments de consultation auprès des partenaires, particulièrement des MD, varie considérablement entre IP puisqu'elle suit une logique fondée sur la navigation de rapports socioprofessionnels, de champs d'expertise variables et d'impératifs issus d'une demande de services accrue. Cependant, la diversification des besoins de consultation peut, selon nous, fragiliser la compréhension du rôle des IP et même la valeur accordée à chacune. Les phénomènes entourant la consultation produisent d'ailleurs plusieurs contrecoups chez les IP, qui mettront en œuvre diverses stratégies d'adaptation et de résistance (voir thème 3, à la section 5.3).

Délégation

La délégation s'est révélée dans les propos des IP comme étant une autre forme de CI. La forme la plus visible de délégation concerne généralement un professionnel qui, en vertu de son champ de pratique étendu, décide de déléguer à un professionnel ayant un champ plus restreint un acte autorisé. Dans les milieux, nous l'avons observée notamment par le biais de directives médicales, des documents légaux en vertu desquels des MD confèrent à des IP un acte ou une intervention qui dépasse le cadre habituel de leur rôle.

Il existe toutefois d'autres formes de délégation, moins visibles, qui ont été décrites par les IP en entrevue et qui ont trait non pas aux actes autorisés par des directives médicales, mais bien aux permissions de franchissement de territoires professionnels. D'autres délégations proviennent d'actants qui délèguent des pouvoirs aux IP, ce qui est le cas des normes de pratique.

Dans les directives médicales, la délégation n'est pas un acte arbitraire : la personne qui délègue un acte s'engage avec le délégué afin de lui procurer le soutien et les ressources pour mettre en œuvre l'acte délégué (elle a également le mandat d'évaluer annuellement le délégué). Toutefois, à la suite de l'élargissement du rôle des IP, la plupart des directives médicales n'ont plus eu lieu d'exister. Le changement de la norme d'exercice a ainsi certainement modifié les responsabilités, les pratiques et même les relations qui avaient été établies par les délégations provenant des directives médicales (voir section 5.2.3).

La délégation concorde avec la pratique culturelle des SSP consistant à désigner un fournisseur principal (MD ou IP) le plus responsable des soins de chaque patient. Cette responsabilité est cristallisée dans les mandats organisationnels des milieux étudiés (voir prochaine section). Cette forme de délégation se manifeste alors que plusieurs participantes rapportent qu'elles peuvent agir comme elles l'entendent d'un point de vue légal (des suites de l'expansion de leur champ de pratique), mais que, malgré cela, des territoires professionnels doivent tout de même être négociés :

Certains médecins nous font confiance. Ils disent : « Mes patients, si tu veux les voir, pas de problème, pas besoin de me le demander ». [...] Pour les autres, c'est une guerre de clochers. C'est ridicule (IP9, ESF, 438-448).

Ces questions territoriales surgissent lorsque les IP, à titre de fournisseurs secondaires, évaluent et soignent les patients des fournisseurs principaux (MD ou autre IP). C'est à ce sujet que plusieurs IP interviewées décrivent l'existence des délégations informelles et leur recours par

les partenaires, un phénomène qui s'est accéléré en raison des récents impératifs d'accès amélioré.

L'accès amélioré implique qu'un patient qui fait une demande de consultation doit être vu dans les plus brefs délais. Si le fournisseur principal de soins ne peut se libérer promptement, les soins de ce patient seront automatiquement prodigués à un autre prestataire de soins, IP ou MD, qui tient le rôle de fournisseur secondaire de soins. L'accès amélioré met en lumière le risque supplémentaire découlant du franchissement de ces territoires professionnels. Il semble y avoir une entente implicite entre les partenaires selon laquelle, en contexte d'accès amélioré, la délégation aux fournisseurs secondaires ne concerne que la gestion des maladies épisodiques. La maladie chronique, reconnue pour sa trajectoire longitudinale, demeure « réservée » au fournisseur principal de soins : cette entente est constituée comme un élément-clé d'une bonne collaboration.

La délégation s'appuie sur la confiance entre partenaires et, pour cette raison, les participantes la décrivent souvent comme étant en cours de développement : elle nécessite du temps pour parvenir à maturité et pour atteindre son plein potentiel (étendue de la délégation). Tel que l'IP9 l'atteste ci-dessus, certains collaborateurs abordent directement le sujet de la délégation, tandis que d'autres ne tiennent pas ces discussions. Le recours à la délégation informelle implique donc l'apprentissage des préférences des fournisseurs principaux (MD ou IP), un apprentissage qui est suscité par des plateformes de discussion et même de remise en question des façons de faire des fournisseurs secondaires qui peuvent être assez similaires à celles rencontrées avec la consultation. Ce qui distingue la délégation est qu'elle permet ou non l'intervention de l'IP, mais qu'elle convie ou non le caractère acceptable ou inacceptable de ses pratiques professionnelles (moralité) *envers le* fournisseur principal (la consultation était

d'avantage à propos du patient). Les actions des fournisseurs secondaires (donc les IP, dans cette étude) peuvent ainsi parfois déranger la pratique et déroger aux normes d'un fournisseur principal :

Whereas I had [Dr. name], she would come to me and say: « You saw this patient of mine. By the way, I would have ordered this and this and this, but I want to explain to you why. I want to meet with you in person because I want to explain to you why. » So, she told me a story about this random patient she had one time, and they ended up having this weird disease for some similar complaints. I can't remember what it was, but she's like: « Always add a TSH on everything » and « add » something else – I can't remember, that's too bad! So, it wasn't in a confrontational way, it was just saying: « By the way, from my past experience... » (IP10, ESF, 981-991).

Bien que la pratique de l'IP10 ait été sécuritaire, le fournisseur principal de soins lui a demandé de l'ajuster avec ses patients (« *patient of mine* ») en partageant avec elle ses expériences du passé, mais en lui passant également ses peurs. L'IP a accueilli favorablement ces propos et nous a confirmé qu'elle a adapté sa pratique pour répondre aux attentes de ce fournisseur principal si une telle situation se reproduisait avec les patients de ce dernier. Une autre IP rapporte qu'elle évite de prescrire un traitement qu'elle considère pourtant avantageux pour un patient dirigé vers son programme de MC parce qu'elle sait que le médecin demandeur est plutôt contre cette thérapie :

Je voyais son patient pour la cessation du tabac. [...] J'avais pensé que ça [bupropion] serait une bonne idée, mais lui [le MD] était contre. Alors, c'est clair [elle n'a donc pas prescrit ce traitement] (IP6, CSC, 74-84).

De ce point de vue, certaines IP décident donc de brimer leur liberté et leur champ d'action (pourtant légal) pour préserver l'éthique de la collaboration avec le fournisseur principal de soins. Certaines participantes ont même confié concéder leur autonomie en sachant pertinemment que cela allait leur procurer plus de confiance et de liens avec les fournisseurs

principaux et, donc, ultimement, plus de délégations leur permettant de recouvrer leur autonomie. Nous aborderons ces dynamiques au thème 3 (voir section 5.3).

La délégation implique d'autres balises incertaines pour les IP. Par exemple, la permission d'agir et l'étendue d'action ne sont pas toujours clairement définies dans les délégations des partenaires, et le caractère instable des cas-patients rend ces privilèges difficiles à naviguer pour les IP :

Un client avait des résultats anormaux. [MD] était en vacances. J'ai vu le patient puis c'est moi qui ai commencé les médicaments.

Chercheuse : Est-ce que c'est bien perçu?

Oui, j'imagine, mais il faut dire que ce n'est pas trop bien décrit (IP6, CSC, 89-100).

Cet extrait illustre que l'IP a fait face à une situation où elle devait déterminer si elle devait assurer la gestion d'une maladie chronique, alors qu'il est informellement entendu dans les milieux qu'un tel type de gestion appartient aux fournisseurs principaux. Or, diverses circonstances semblent conférer une délégation informelle de l'affranchissement des territoires professionnels et une liberté d'action aux IP, sans qu'elle soit nécessairement directement autorisée du fournisseur principal de soins. C'est le cas pour l'urgence d'une situation, qui permet aux IP de déployer leur autonomie professionnelle au détriment de l'éthique de la collaboration. Le degré d'urgence est un médiateur qui permet d'atténuer les perceptions de violation des territoires professionnels qui sont liées à la délégation informelle :

J'essaie de ne pas empiéter dans leur [MD] *gugusse* personnel, à moins que ce soit quelque chose d'urgent, immédiat : je vais l'adresser le mieux possible. Puis je vais envoyer ma note en disant : « Regarde, voici ce que j'ai fait. S'il y a d'autres choses que tu veux rajouter, rajoute-le, sens-toi libre. » Mais, si c'est quelque chose... que le patient me parle... qui n'est pas urgent, je vais le réorienter vers son médecin. Je vais dire comme : « Reviens donc là-dessus à ton médecin de famille, c'est quand même lui qui gère tous tes médicaments. » Ça fait que je vais essayer de le retourner autant que possible à son médecin de famille pour ces affaires-là. Je fais les changements quand c'est urgent, là, t'sais. Oui, comme le médecin à l'urgence, il ferait, t'sais... Le médecin à l'urgence, il va régler ton urgence immédiate, mais c'est quoi qu'il va

dire? « Oui, pour ça, va donc voir ton médecin de famille. » Tu comprends? Ça fait que, moi, j'ai tendance à faire ça avec eux autres. Puis, à date, ça va bien (IP12, CSC, 873-899).

Vu son caractère informel, les IP fournisseuses secondaires tentent d'interpréter certains comportements des fournisseurs principaux comme des signes de leur inclination ou non à déléguer, notamment quand elles s'occupent de programme de gestion des maladies chroniques (MC). Rappelons que les affections chroniques font partie des ententes implicites des collaborateurs qui dictent qu'elles ne doivent pas être prises en charge par des fournisseurs secondaires. Les demandes de consultation des fournisseurs principaux vers les programmes de MC sont une forme de délégation et, donc, de permission de traiter la MC. En ESF, la majorité des participantes ont discuté de l'enrôlement automatique des patients dans les programmes de MC, une façon de faire qui contourne la demande de consultation directe par le fournisseur principal et la délégation de soins. Certaines IP se disent plus à l'aise de pratiquer librement si les patients « appartiennent » à un fournisseur qui recommande de façon constante les programmes chapeautés par les IP ou qui répond rapidement aux demandes d'assistance (p. ex. : consultation), donc si ce fournisseur montre une disposition favorable aux IP. Pourtant, l'absence de demande de consultation d'un patient vers un programme de MC n'est pas nécessairement un signe de résistance médicale au rôle de fournisseur secondaire ou aux IP. Par exemple, nous avons assisté à un dialogue entre un MD et une IP lors d'une rencontre d'équipe qui indique que certains MD restreignent leurs demandes de consultation vers les programmes de MC afin de conserver leurs propres compétences dans la gestion de maladies et de situations chroniques complexes.

La norme de pratique des IP est une autre forme de délégation. À la section 5.2.3, nous avons discuté de plusieurs dynamiques qui l'entourent, notamment le fait que la nouvelle norme ait déplacé la négociation du rôle des IP de la sphère collective vers la sphère individuelle.

Que la délégation soit attribuée par le biais de directives médicales, de permissions des fournisseurs principaux ou des normes de pratique, elle n'est pas nécessairement investie par les IP. Voici ce qu'en dit une IP novice dans un CSC :

Il y a certains médecins qui sont beaucoup plus ouverts ou qui ont une plus grande confiance, peut-être aveugle... Pas aveugle, mais dans le sens qu'ils sont moins craintifs à dire : « O.K., tu peux demander un scan à mon nom » sans qu'ils aient nécessairement vu le client pour ce problème. Tandis que d'autres médecins vont préférer : « Bien, mets-moi-le à mon horaire, je vais le voir. Je vais gérer ça moi-même. » [...] Je suis encore à un point où j'aime mieux discuter de tout avant de demander (rires) un scan au nom du docteur parce que je ne sais pas encore : Est-ce que c'est nécessaire ou pas? C'est quoi les critères? Donc, parce que mes connaissances sont limitées, je suis à un stade où je consulte de toute façon (IP18, CSC, 253-265 et 267-285).

Cependant, refuser une délégation est un choix possible, mais qui risque la réprobation par la personne ou par l'actant qui déléguaient et qui veillait, par cette forme de CI, à être déchargé de différentes affectations qui constituent des « pressions » (ou des pressions sur le système, dans le cadre de la norme d'exercice). Une IP d'une CDIP étudiée rapporte comment les IP s'appuient sur la délégation pour alléger certains fardeaux cliniques :

We're really trying to use the whole team to their full scope to lessen some of the pressure off the NP (IP2, CDIP, 420-421).

Refuser une délégation d'un fournisseur principal ou d'une norme d'exercice peut révéler des limites dans le degré de connaissances ou de confort des IP, ce qui peut entraîner un positionnement identitaire risqué pour certaines. En effet, le niveau de confort à investir une délégation est variable et dépendra de chaque IP, mais aussi de la confiance qui lui est accordée par le délégant à déployer certains actes ou à franchir certains territoires. Tel que nous l'avons

noté précédemment, la confiance est plus aisément établie lorsqu'est facilitée la proximité des partenaires, mais aussi, selon une perspective latourienne, par le biais d'agents assimilés au rôle qui agissent à titre d'intermédiaires.

Enfin, la manière dont la délégation est gérée reflète des pratiques locales et des rôles non uniformes, compte tenu des différents pouvoirs qui sont accordés sur une base individuelle entre un fournisseur principal et un fournisseur secondaire de soins. Les IP jonglent et négocient avec la complexité et l'interaction de tous les principes (in)formels qui encadrent la délégation.

Cette section met en lumière le fait que la CI n'a pas une nature binaire (consultation et collaboration), mais qu'elle se présente plutôt suivant diverses manifestations. Bien que la CI fasse partie d'une conception quelque peu idyllique de la prestation des SSP, son caractère peu défini et très malléable peut entraîner des enjeux de pouvoir, des négociations et des divergences dans les discours, dans les pratiques et dans les attentes des partenaires dans les milieux, ce qui a ultimement un impact sur l'intégration des IP.

Nous constatons que la prise en charge des patients participe, directement et indirectement, à ces tractations.

5.2.6. Prise en charge des entités-patients

Les patients et leur prise en charge participent à la négociation et à l'intégration du rôle des IP en SSP. Nous avons remarqué d'ailleurs, à la section précédente, comment ceux-ci participent aux phénomènes collaboratifs entre les partenaires. Force est de reconnaître que le patient est, de par ses caractéristiques humaines, une entité peu prévisible, ce pour quoi nous lui accordons le terme « entité-patient » – un patient qui est, aux yeux de Latour, un réseau constitué en lui-même. Avant de voir comment son imprévisibilité se manifeste et comment il module les

pratiques, nous détaillerons ce que sont les mandats de prise en charge dans les différents milieux investis.

5.2.6.1. Mandats des IP selon les milieux

En SSP, le patient vient avec la responsabilité d'être « pris en charge », c'est-à-dire que les milieux ont le devoir de lui attribuer un fournisseur principal de soins (*most responsible provider*), qui chapeautera la totalité des soins primaires qui lui seront prodigués. La prise en charge des patients est établie par les organismes subventionnaires des différents modèles de SSP.

En CSC, notre analyse documentaire indique que les RLISS prévoient qu'un duo à temps plein IP-MD (1:1) doive posséder un minimum de 1300 patients. Les IP sont les premières responsables pour environ la moitié de ces patients. Il est compris que le duo IP-MD doive assurer des périodes de CI communes durant leurs heures de travail à titre de salariés pour le soin commun de leur clientèle. L'affichage des postes n'indique pas explicitement ces éléments. À titre de fournisseuses principales, des IP deviennent donc essentielles à la pérennité du modèle.

En ESF, le MSSLD prévoit que les MD soient les fournisseurs principaux de soins. Ces derniers doivent posséder un minimum de 1300 patients par équivalent à temps complet. Les IP des ESF deviennent ainsi des fournisseuses secondaires en facilitant, avec leur mandat de soutien à la pratique des MD, l'accès amélioré et/ou la gestion des MC. Un poste d'IP à temps plein peut être accordé lorsqu'un groupe de MD parvient à enrôler 4000 à 5000 patients et, à l'arrivée de la praticienne, 800 patients supplémentaires sont concédés aux MD, constituant par ailleurs une rémunération additionnelle pour les MD. Cependant, cette rémunération ne cible pas spécifiquement le soutien à la collaboration avec l'IP. L'affichage des postes spécifie que les IP

aident à faciliter l'accès ou la gestion des MD et/ou à soutenir les MD. Les MD forment donc la base inhérente au financement des ESF et les IP sont intégrées en soutien à ceux-ci.

En CDIP, le MSSLD prévoit que les IP soient les fournisseuses principales de soins. Elles doivent assurer le soin aux 800 patients *orphelins* par équivalent à temps plein. Les clientèles orphelines sont celles qui sont couramment sans fournisseur de soins de santé. Des MD collaborateurs ad hoc sont embauchés pour soutenir la pratique des IP et ils reçoivent un montant de 10 000 \$ par IP par an pour collaborer avec elles. L'affichage des postes n'indique pas explicitement ces éléments, mais les IP qui y postulent le font en général pour acquérir une fonction de pourvoyeuse principale des soins.

Lors de l'observation des rencontres d'équipe et des entrevues avec les participantes, il est devenu apparent que le patient est une entité complexe qui participe au phénomène d'intégration des IP, à la négociation de leur rôle et à la modulation des PC. Pour mieux comprendre les phénomènes qui lui incombent, nous décrirons ses caractéristiques, le façonnement des territoires professionnels qu'il engendre ainsi que l'imprévisibilité qu'il amène.

5.2.6.2. Patient : caractéristiques, imprévisibilité et territoires

Le patient a des caractéristiques propres et entraîne certaines imprévisibilités, qui modulent les territoires cliniques qui influencent le plein déploiement des IP et leurs PC. Cela fait de lui une entité à part entière dans le système de SSP et dans la réalité des IP qui intègrent ce dernier. Les cohortes soignées par les IP et leur complexité divergent grandement selon les milieux (voir Tableaux 2 et 6 ci-dessus). Dans tous les milieux, une prestation de SSP en région rurale signifie une complexité généralement plus élevée des clientèles, la conversion de cliniques en centres semi-urgents et divers problèmes d'accès aux services de santé (peu de soins spécialisés, transport public limité, etc.).

De façon plus spécifique, les IP des CSC côtoient davantage des clientèles vulnérables et marginalisées (comorbidité multiple, population immigrante, clientèle délaissée par d'autres cliniques, personnes itinérantes, utilisateurs de drogues, personnes atteintes d'une condition stigmatisée) et/ou des clientèles sous-desservies (régions rurales, minorités linguistiques). Les participantes des CSC attestent d'ailleurs de la lourdeur générale de la clientèle.

En ESF, les cohortes soignées sont les populations générales (soins familiaux), ce qui veut dire qu'elles ne ciblent pas des clientèles spécifiques. En entrevue, ces IP attestent de la lourdeur de la clientèle seulement quand elles parlent de leur rôle en gestion des MC puisqu'on leur confie en général les cas de patients les plus complexes.

En CDIP, les cohortes soignées par les IP sont des populations orphelines qui, souvent, n'ont pas eu accès à des SSP pendant des dizaines d'années. Dépendant des régions desservies, ces cohortes peuvent aussi être des clientèles vulnérables et marginalisées et/ou sous-desservies. Les CDIP devaient prouver un « écart de services » pour être financées, ce qui signifie qu'elles se situent souvent en localités rurales et éloignées. Ces IP attestent elles aussi de la lourdeur de la clientèle orpheline.

En entrevue, plusieurs IP des différents milieux affirment que le patient se présente avec diverses MC et des réactions variables aux molécules thérapeutiques, lesquelles ne répondent pas toujours aux trajectoires habituelles escomptées par les IP :

Illness is not so clear. People can come at the very beginning of an illness and it's actually with time and as that illness progresses that it becomes obvious what it is. Somebody come in with a fever, three days later, they have a characteristic rash! Well now I know what it is! But three days ago, I didn't know. And it's only because people come at different points in their illness, so I don't feel that pressure anymore (IP14, ESF, 487-496 et 534-544).

On a commencé avec juste un diurétique et ma patiente n'aimait pas ça. Pis après, elle a dit que sa mère avait des problèmes avec les ACE [inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine]. Alors, on n'a pas choisi ça. On va au fur et à

mesure. C'est vraiment une expérience à faire. En anglais, on dit : « Experiment, it's an experiment » (rires) parce que toutes les personnes sont différentes (IP6, CSC, 35-50).

Elle est super fine, la madame, mais elle est insuffisante rénale, la créatine et la pression n'arrêtent pas de monter. C'est quand ils [patients] décompensent que ça ne marche pas. Ils [MD] devraient les prendre en charge le temps que ça se calme (IP8, CSC, 911-946).

L'entité-patient amène aussi des situations psychosociales qui modulent les interventions des IP, leur capacité d'action et leur perception d'efficacité :

Les cas, ils sont lourds... C'est démuni. On part de zéro, avec eux autres : pas d'assurance, pas de rien, quand même beaucoup de personnes immigrantes (IP12, CSC, 295-306).

[Regarding which patient should enter the clinic and access the NP] We should be opening the door to people that do not have a physician. [...] Because the chart isn't closed... We welcome them [back]. And I'm thinking: « Yes... I just got to welcome a big [complex] person with health issues who's been followed by another doctor and got ticked off because he told her to lose some weight. » So thank you very much for that gift! She'd been last seen here [over 10 years ago] (IP11, CSC, 1510-1542).

Il est indéniable de constater que l'entité-patient confronte les réseaux qui l'entourent. En fait, l'entité-patient est souvent le point de repère pour démontrer la réussite du rôle de l'IP. Toutefois, il peut également mettre en valeur, sauf que certaines IP prouvent qu'il contrecarre parfois ce plan, surtout quand elles travaillent auprès des plus vulnérables :

Je n'ai pas d'histoires de réussite [avec des patients vulnérables]. [...] Il persiste toujours un petit doute [dans la tête des MD] : « Est-elle capable de faire ça, elle? » (IP7, ESF, 512-513).

En CDIP, la nature « orpheline » des patients amplifie ces dynamiques, de même que la situation géographique des cliniques, qui peuvent être difficiles à accéder sans moyen de transport et qui connaissent un taux de défection (*no show*). Le patient peut même compliquer le rôle de l'IP en n'adhérant pas aux traitements prescrits ou en peinant à décrire son histoire de santé :

[C'est difficile] De gérer [les patients] parce que, eh bien, c'est de l'inconnu! Comme quand je prends des nouveaux clients, je n'ai pas leur dossier antérieur... Tu fais une première rencontre [d'évaluation initiale]... Il y a des clients qui ne connaissent pas très bien leur situation (rires)... Il y en a d'autres : « Non, je n'ai aucun problème de santé », mais ils ont une liste de médicaments qui en contient cinq ou dix (IP18, CSC, 125-145).

Selon certaines participantes, les patients peuvent contrecarrer la réussite de l'intégration des IP en alimentant de fausses perceptions à leur sujet. Une IP dit avoir refusé un arrêt de travail à l'un de ses patients. Quelques semaines après, le MD traitant lui a indiqué qu'il retirait le patient du programme qu'elle dirigeait. L'IP suppose que le patient lui a « fait un mauvais nom ». Étant donné la communication limitée avec le MD de l'ESF, elle n'a pas été en mesure de communiquer sa version des faits.

Le patient vient également avec sa charge morbide, une charge qui, même pour un nombre de patients assez similaire entre les IP de tous les modèles, peut être très inégale. Par ailleurs, les modèles de SSP impliquent l'enrôlement de différentes populations : en ESF, une population plutôt générale; en CSC, une population vulnérable et souvent géographiquement éloignée; et en CDIP, une population orpheline et géographiquement éloignée. Ces différentes cohortes influencent le travail et le succès de l'intégration des IP :

[Regarding the large proportion of orphan patients] Oh, patients haven't had any testing done for four, five years, or more. And so you're starting from scratch with all of them, but that's just the way it is. They've been without [care] or they've been accessing walk-in clinics, and they haven't had any screening... So there's a lot of work, but we're used to that really. It's something that's very common (IP1, CDIP, 229-234).

L'attribution des clientèles participe aussi à l'expérience d'intégration. En entrevue, les IP suggèrent que la lourdeur de la prise en charge diffère non seulement selon la charge morbide, mais selon qu'on leur concède d'anciennes ou de nouvelles clientèles ou une combinaison des deux, et qu'elles aient déjà accès à des informations de santé dans les DME. Il semble que le

changement des attributions survienne plus fréquemment avec les IP que chez les MD, qui ont souvent déjà enrôlé leur quota maximal de patients. Or, les participantes affirment que suivre des patients inconnus requiert de nombreux efforts, surtout en matière de familiarisation avec leur état de santé et leur plan d'intervention, d'organisation des informations au DME et du contrôle de paramètres physiologiques instables :

The way I organize my patients is that, I organize the chart: everything is really put out clearly, so I know when their last physical was, when their Pap was, when this, this and this. [...] Now if I'm seeing [MD]'s patient for an acute issue, it's really difficult for me because I don't know them from Adam. I don't! Everything is in the chart differently. So that's difficult, but of course you have to do your best (IP4, CDIP, 151-161).

Cet extrait révèle que le DME devient par extension le représentant de l'entité-patient qu'il convient de soigner : il peut soit aider les IP, soit leur nuire. L'attribution est en constants changements et les IP assurent qu'elle peut changer selon l'arrivée et le départ des partenaires (remplacement, maladie, vacances) et les diverses affectations de ceux-ci (clientèles, programmes de maladies chroniques, postes temporaires ou permanents), etc.

Au-delà de l'inégalité des mandats de prise en charge entre les IP des divers milieux de SSP et du caractère imprévisible de l'entité-patient, c'est l'appellation lourde de sens de *fournisseur principal de soins* dans des modèles dits collaboratifs qui semble dessiner un territoire autour des patients et délimiter le rôle des différents professionnels qui gravitent autour de lui. Nous avons notamment relevé, à la dernière section, les dynamiques de délégation qu'un tel principe engendre. Les IP participantes interviewées nous racontent comment, dès l'ouverture du dossier d'un patient, le nom de son fournisseur principal de soins est une des premières informations que le système affiche spontanément ou qu'elles recherchent elles-mêmes. Selon les IP interrogées, la navigation des territoires entourant les patients a été fortement compliquée par le nouvel impératif d'accès amélioré imposé par les organismes subventionnaires des SSP.

La majorité des IP interviewées relèvent cependant que les patients présentent rarement des problèmes de santé compartimentés et, lors de leurs visites en accès amélioré, certains requièrent la gestion simultanée de maladies épisodiques et chroniques, ce qui contrevient aux ententes implicites entre les partenaires. À ces égards, l'entité-patient peut ainsi devenir un objet central dans les négociations entre les IP et d'autres membres de l'équipe de soins.

En somme, l'entité-patient est un réseau complexe traversé par de multiples discours axés sur les principes de fournisseurs principal et secondaire, d'accès amélioré, de gestion de la MC, de collaboration, de pathologies, de médicaments, de réactions physiologiques, de situations sociales, d'attribution de clientèles, d'annotations aux dossiers, etc. Autour de lui gravitent des décisions et des processus qui catégorisent et organisent les idées, les personnes, les pratiques, les espaces et les priorités. L'entité-patient apporte des éventualités parfois perturbatrices au rôle des IP, ce qui incite certaines à vouloir le gérer, le stabiliser et le contrôler. Elles mettent en œuvre des stratégies d'adaptation et de résistance qui seront abordées au thème 3 (voir section 5.3).

Ce deuxième thème nous a permis de souligner, d'une part, que la portée de l'intégration du rôle des IP est liée à sa force de négociation au collectif d'insertion et, d'autre part, qu'elle est influencée par différents aspects cliniques et socioprofessionnels. Le bagage infirmier et la valeur morale des IP, les finalités organisationnelles, les normes de pratique, la place des IP au sein des collectifs, la pratique collaborative et la prise en charge des entités-patients sont autant d'éléments instables et imprévisibles causant des variations dans les expériences d'intégration et de négociation du rôle. Ces éléments déstabilisent les acquis, les expertises et les repères des IP et des équipes. Lorsqu'ils produisent un manque de convergence dans les différents réseaux qu'ils impliquent, ils font le plus souvent éclore des espaces de négociations identitaires, autant

individuelles que collectives. À la section suivante, nous verrons comment ces dynamiques amènent plusieurs contrecoups.

5.3. Contrecoups de l'intégration et de la négociation du rôle des IP

Tout au long de cette étude, la négociation du rôle des IP s'est révélée comme un enjeu qui engendre plusieurs contrecoups chez nos participantes, notamment un pluralisme de leurs rôles professionnels, leur dissonance identitaire, leurs sentiments d'incompétence et d'incertitude, les glissements discursifs qui s'opèrent dans leurs propres discours ainsi que leurs états émotionnels/souffrances. Nous examinerons certaines stratégies d'adaptation et de résistance que les IP mettent en œuvre pour gérer ces états dissonants.

5.3.1. Pluralisme des rôles professionnels

La pratique des IP se décline en divers rôles professionnels pouvant coexister à différents degrés durant le parcours d'intégration. Ces rôles sont un effet de leur intégration et de la négociation d'une foule d'entités influentes, soit des orientations stratégiques des milieux qu'elles insèrent et des SSP, des modalités de financement, de l'organisation des espaces et de la CI, des ressources mises à leur disposition, des clientèles desservies, etc. En effet, au cours des entrevues semi-structurées, les IP ont employé diverses formulations pour décrire leur(s) rôle(s) professionnel(s) : fournisseur principal, fournisseur secondaire, dépannage, travail de bureau, avantage économique, gestion, investigateur des pratiques, etc. Ces fonctions sont ainsi malléables et établies de sorte à répondre aux impératifs fluctuants des collectifs auxquels les IP s'intègrent. Cela vient à l'encontre des postulats décrivant le rôle de l'IP comme l'un qui soit singulier. Les rôles investis par les IP dans les milieux de SSP ne sont pas anodins puisqu'ils semblent transformer leur identité initiale vers une identité qui soit socialement acceptable :

You're being defined by those are administrative coordinating things (IP17, CSC, 1186).

5.3.1.1. Fournisseur principal

Tel que nous l'avons démontré précédemment, cette désignation réfère à la prise en charge globale des patients. Elle est une responsabilité conférée aux IP des CDIP, lesquelles ont 800 patients orphelins à leur charge, et aux IP des CSC, qui en ont près de 650. Les IP des CSC estiment que le rôle de fournisseur principal leur est imposé puisqu'il est, généralement, non attendu par ces professionnelles et contraire à leurs idéaux initiaux. Dans ces milieux, plusieurs IP le qualifient de « rôle du médecin » :

Ils m'ont mis des cas dans les mains, des familles à gérer, comme si j'étais un médecin de famille... à gérer complètement seule. [...] Ç'a été vraiment difficile. [...] Ils [les patients] sont à mon nom, là. Si on me donnait le choix, ce ne serait pas mes patients. Si on me donnait le choix, je serais soit dans un programme ou je verrais plus de *walk-in*. Je n'aurais pas la charge de cas. Je trouve ça lourd à porter : leur suivi à long terme avec des complications qui peuvent arriver en cours de route. Quand est-ce que je le *discharge*? Quand est-ce que je le transfère? [...] Je ne trouve pas que c'est le rôle de l'IP, moi. Tu sais, je ne suis pas MD, moi. Je suis IP, tu sais. [...] J'ai des patients diabétiques qui n'ont jamais été vus par un MD. C'est moi qui les gère toute seule. Puis je consulte quand il y a des choses qui sortent de la normale. Mais, moi, j'aimerais ça que, ces patients-là, ils aient tous un MD de famille. Puis j'essaie de les mettre avec des MD, mais ils n'ont pas de place (IP12, CSC, 3-32, 340-350 et 388-423).

Plusieurs éléments semblent participer à cette impression qu'ont les IP des CSC d'incarner un rôle de médecin. Le discours de soutien aux MD, très visible en ESF, est interprété dans les CSC étudiés sous l'angle de la compensation, dans la mesure où les IP doivent pallier la pénurie de personnel médical et, donc, investir plus largement leur rôle de fournisseur principal. En entrevue, plusieurs de ces IP plaident en défaveur d'un tel positionnement, qui influence, à leur avis, leurs pratiques professionnelles, qui les amène à devoir gérer des patients plus complexes ou à consulter davantage (le contraire de ce qui est voulu), et qui ravive fréquemment leur sentiment d'incompétence :

Let's say I'm allowed 700 patients or whatever... They put a screeching halt to that because we were short of doctors. So, the rest of what I get a lot in my day is overload of the doctor's patients which means, often, I have to go consult with them because they're a little trickier to figure out. [...] I was kind of halted with that because they were short of a doctor and so somebody needed to see those patients. So it sort of became me (IP11, CSC, 168-178).

Le changement aux normes de pratique des IP semble aussi jouer dans cette perception de rôle de médecin. Auparavant, la fonction des IP des CSC portait davantage sur la gestion des cohortes *en santé*. La collaboration avec le MD étant obligatoire et la gestion indépendante de certaines conditions étant proscrite aux IP, le changement de la norme a rendu possible un changement de rôle qui n'était pas attendu des IP et qui amplifie leurs sentiments d'incompétence et d'incertitude. Chez certaines, cela contribue à leur impression de « gérer complètement seule », bien qu'en CSC, par exemple, on affirme pourtant que la prise en charge principale est assurée par un duo IP/MD. La nouvelle norme d'exercice génère, par le biais de la délégation, une pression sur les IP de tous les milieux à incarner un rôle élargi (voir sections 5.2.3 et 5.2.5.3), culminant vers un rôle de « superIP » (voir section 5.3.1.12).

En CDIP, le discours lié au soutien aux MD s'inscrit dans un souci de compenser la pénurie médicale dans les régions éloignées et pour des cohortes ciblées. Il est intéressant de noter que ce discours est largement repris par les IP, alors qu'il n'a pas été imposé. Contrairement aux IP des CSC, le rôle de fournisseur principal est donc attendu et voulu par les participantes des CDIP. D'ailleurs, plusieurs IP ont transité vers les CDIP dans l'optique d'investir une telle responsabilité, qui s'aligne généralement avec leurs idéaux. La majorité de ces participantes associent ce rôle à une plateforme d'autonomisation professionnelle et d'émancipation d'une pratique collaborative dissonante, telle que celle rattachée à la délégation (voir section 5.2.5.3) :

I believed the Nurse Practitioner-Led Clinic is the nurse practitioners operating at their fullest scope basically [...] we're responsible for the entirety of the patient care and we do our own procedures... So to me, the NP-Led Clinic is the ideal setting for nurse practitioner. Because it's really NP-led, NP-driven, you know. [...] In some of my experience, in other models, it's more physician-led, you know? It's the physician's patients and the NP is just there to kind of help a bit, but they don't make executive decisions in terms of medication management or anything like that (IP4, CDIP, 19-28).

When I first started, I had the drug lists and I didn't have the expanded role that I do now. [...] I had to consult a lot for certain tests. [...] And then it changed in 2011 and now I have a full scope. So I work to my full scope, to the very ends of my full scope (IP2, CDIP, 5-15).

Le vacillement des fonctions liées à la prise en charge globale des patients lors du changement à la norme d'exercice a aussi affecté les IP en CDIP. Bien que certaines IP affirment que ce changement leur a permis d'investir plus aisément ce rôle, d'autres estiment que, dorénavant, elles font davantage face aux limites de leur autonomie :

Many of these patients are just outside of my scope. I just can't, these shouldn't be my patients, or there should be much more physician involvement, and I'm carrying this load by myself. [...] And all the NPs were feeling kind of I think the same way that: « Oh, these are so complex, they're really beyond my scope. » But now that we have the drug list and all of that has gone, there's much less and it's not feeling the same way as much, but yeah there are still days when I feel like: « No, you're out of my scope, you have to see our doc. » (IP3, CDIP, 746-755).

Aux frontières de leur autonomie, plusieurs IP des CSC et des CDIP insistent alors sur l'importance du rapport de collaboration avec leur équipe, mais tout particulièrement avec le MD. En CDIP, les IP notent toutefois que le Ministère a réduit la rémunération des MD et leur présence se fait plus rare, ce qui génère des conséquences identitaires néfastes pour ces IP.

Nous avons vu précédemment que les fonctions de fournisseur principal peuvent aussi être déléguées aux IP des ESF par les MD, notamment dans le cadre des programmes de MC. Certaines participantes en ESF ont acquis plus aisément cette responsabilité, tandis que d'autres ont dû user de diverses tactiques (que nous verrons bientôt) pour l'acquérir.

Quand cette fonction s'aligne avec leur idéal de pratique, les IP en ressentent une vive fierté, bien que plusieurs avouent qu'elles doivent consulter fréquemment les bases de données médicales virtuelles afin de mieux déployer leur nouveau rôle. Être un fournisseur principal a l'avantage de les émanciper, surtout quand elles jugent insatisfaisants les contextes de collaboration. Cependant, ces fonctions d'autonomisation peuvent leur nuire quand elles estiment la collaboration avec les MD comme une nécessité au regard de leur satisfaction au travail.

5.3.1.2. Fournisseur secondaire

Ce rôle établit à un deuxième plan hiérarchique un partenaire qui n'a pas acquis la responsabilité principale de la charge d'un patient. Il relève donc plusieurs enjeux de pouvoir et de négociation des identités et des rôles. Il a été principalement repéré parmi les IP des ESF, mais il s'applique aussi aux IP de tous les autres milieux qui doivent soigner les patients des fournisseurs principaux dans le cadre de l'accès amélioré.

Si l'on se fie aux documents ministériels et à ceux des ESF, être un fournisseur secondaire en ESF signifie soutenir les MD en vue de diminuer leur charge de travail. Les participantes des ESF interviewées déclarent que ce principe a causé de nombreux conflits et des négociations entre certains MD qui veillent à se prévaloir au mieux de l'aide des IP :

[En parlant des MD] : Moi, je suis trop surchargée dans une journée. Je veux moins travailler... On réfère, on réfère [aux programmes et aux IP] puis je travaille autant. Il faut que tu t'attendes à pouvoir jouer au [jeu de société], parce que, maintenant, on est là!... Il y a des patients qui attendent. L'horaire ne va pas être moins chargé pour eux autres. Mais les patients vont être mieux pris en charge! [...] MD dit : « On est tous d'accord sur un point : notre but, c'est de faciliter le travail du médecin ». Non! Si on part de cette base-là, on ne s'entendra jamais! C'est important de mettre ça au point! [...] La base n'est pas la bonne si c'est ça leur perception [...] Ça part mal. Je suis d'accord que, dans un espace de collaboration, faire des choses pour vous faciliter la tâche et c'est un échange, mais ça ne fait pas partie de mon leitmotiv en me levant le matin : « Je vais essayer de l'aider le plus possible aujourd'hui, ce médecin-là : ah, qu'il va être content de moi! Moi, là, si docteur X m'aime aujourd'hui, là, je l'ai aidé. » Non, non! Non, non! [...] Ils [MD de l'ESF] retournent

parler en cachette puis, là, ils s'engueulent : « Mais, moi, je veux cette IP, moi aussi. Pourquoi, toi, tu l'as? » Parce que, en cachette, ils veulent la justice entre eux autres aussi. [...]

Chercheuse : Pourquoi?

L'appât du gain, la jalousie entre leaders, le besoin de pouvoir, le... je ne sais pas! [...] Ça se fait en cachette... sans qu'on le sache, mais... On le comprend par-ci, par-là (IP9, ESF, 226-248, 453-485, 611-613 et 643-660).

L'IP9 illustre que le rôle de fournisseur secondaire des IP en ESF est un élément qui est négocié entre les MD lors d'instances. Durant le processus de négociation, il semble que chacun des MD veille à avoir un accès équitable aux IP, des professionnelles qui constituent une ressource aux pratiques médicales (qualité des soins, mais aussi primes), mais qui est tout à la fois limitée dans ces milieux. Les IP ne peuvent pas répondre à la totalité des attentes des partenaires qui exercent dans les ESF, ce qui génère parfois des frustrations et même la remise en question, par ces partenaires, de la contribution des IP. Être « en soutien » aux MD contribue à la fluctuation des sphères d'action dans leur rôle de fournisseur secondaire :

The role I had in the FHT was just for walk-ins. So walk-in clinic but then it was expanded to some booked appointments because of availability of the physicians. And then [...] I did have some prenats at some point. [...] My job description would have been walk-in, plus I did a Well Women's clinic – it was all Paps, breast exams, bone densities, things like that. [...] In FHT, the NPs aren't seeing all the patients. So the physicians see lots of them and the NPs... some places just do the physicals, I've heard that. Some don't see episodics (IP1, CDIP, 8-29 et 456-497).

Comme nous l'avons vu précédemment, le discours de « soutien aux MD » n'est pas unique aux ESF : il apparaît sous une différente forme en CSC et en CDIP.

Dans tous les milieux investis dans cette étude, c'est dans le cadre des visites en accès amélioré que les IP rapportent des particularités liées au rôle de fournisseur secondaire (incluant les dynamiques s'y rattachant, telles que la compartimentation des besoins des patients en fonction de critères d'acuité ou de chronicité) et des risques à leur intégration (voir

sections 5.2.5.3 et 5.2.6). En SSP, il est informellement reconnu qu'un fournisseur secondaire doit respecter l'autorité du fournisseur principal en démontrant l'éthique de collaboration. En fait, dans les milieux, ce respect accordé au fournisseur principal n'indique pas simplement la courtoisie ou le professionnalisme fait à son endroit, mais bien le discours prescriptif et moral qui l'entoure. Le fournisseur secondaire doit jongler entre cette éthique, les délégations informelles et les diverses circonstances du patient pour juger du degré d'autonomie qu'il peut déployer afin de satisfaire aux besoins des patients et aux attentes des autres professionnels :

[In FHT] She had two collaborating MDs. She would be limited in her practice. I mean she had maybe changed a couple of medications for them, but not a lot (IP4, CDIP, 475-503).

It has to do with the model of care that they [NPs] are in, because we're capable of doing so much more than NPs in family health teams are allowed to do, or permitted to do, right? [...] So even though they could work to a full scope, they're not allowed to do that because then they're stepping on physician toes! [...] [As NP in a FHT] I would feel such conflict with my role in that setting because I would say: « Well, I can do this, but can I do it? Am I going to get in trouble if I do it because it's the physician's patient? Are they going to be mad at me for doing this? » (IP3, CDIP, 733-770).

Nous avons vu précédemment que, dans tous les milieux, certaines IP soulèvent l'existence de dynamiques de surveillance des pratiques, par exemple sous la forme de questionnement intensif (*grilling*). Ce sont des dynamiques possibles dans un rôle de fournisseur secondaire puisque le fournisseur principal reçoit en permanence toutes les informations concernant ses patients par le biais du DME (dont la note de consultation du fournisseur secondaire), les révise et les analyse. Qu'il s'agisse d'un MD ou d'une IP, il/elle remet parfois en question la pratique et les décisions des IP à titre de fournisseur secondaire.

5.3.1.3. Dépannage

Ce rôle consiste à envisager l'IP comme une solution pouvant répondre au caractère imprévisible des SSP, notamment le départ des fournisseurs principaux (démissions, maladies) ou encore le changement aux processus de reddition de compte (accès amélioré, qualité des soins). Ce rôle implique la flexibilité et le déplacement des axes de pratique des IP, et destine même les plus expérimentées à vivre une expérience de réintégration, c'est-à-dire une intégration *pendant* l'expérience globale d'intégration.

Selon les propos recueillis, il s'agit le plus souvent de prendre en charge de manière ponctuelle les clientèles d'un membre du groupe ou de gérer un tout autre programme de maladies chroniques. Ce rôle et ses diverses fonctions sont différents selon les IP, leur temps d'intégration et les situations des milieux où elles exercent :

They basically said there would be no new patients admitted because doctor [name] was on sick leave and because they had a doctor shortage. [...] So when I first came, there was [NP name] and [MD name]. They were already short of doctor. So then it took quite a while before they got a doctor. [...] So during all that while, I was seeing overload. [...] So I'm kind of the one that they told to pick up. [...] So there's all this overflow that [new MD] can't possibly see (laughs). I'm the overflow person! I get a lot of walk-ins. [...] Probably because [NP name] had her full complement of patients and I didn't. So they would all get more dumped on to me because I had more free place. [...] I'm a little bit the person that puts her finger in the dyke when there's a hole (IP11, CSC, 1569-1598 et 1704-1714).

Des fois, je faisais [du temps à la clinique sans rendez-vous]. Ça, c'était pour aider : il n'y avait pas autant de médecins puis tout ça. Mais [mon rôle] a toujours été comme dépannage; ça n'a jamais été comme si on allait avoir nos propres [patients] (IP15, ESF, 1297-1300).

Les demandes de « dépannage » envers les IP sont particulièrement difficiles à refuser puisqu'elles s'accompagnent généralement de discours de bien-être des patients, de qualité et de continuité de leurs soins. Devant ces dynamiques, certaines IP choisissent d'envisager la prise en

charge de clientèles comme un moteur stratégique d'intégration (stabilité de leur pratique) – ce qui sera abordé plus tard dans cette thèse.

5.3.1.4. Travail de bureau

Ce sont des fonctions sur lesquelles s'appuient les activités quotidiennes des IP et des centres, des tâches pour lesquelles les IP estiment qu'un soutien est requis (personnel de soutien et/ou allocation de temps), car elles affectent leur charge de travail et leur performance.

Durant les entrevues, en ce qui concerne le manque de personnel de soutien, plusieurs IP signalent qu'elles doivent effectuer des photocopies et des télécopies, procéder à la commande de fournitures médicales ou au remplissage des salles d'examen, et régler des problèmes informatiques. Par exemple, le gestionnaire demande à une IP à la tête d'un programme de MC en ESF de faire le rappel des patients en vue d'assurer leur enrôlement dans le programme, leur suivi et ainsi leur adhésion au traitement. Cette IP doit donc se consacrer à des fonctions qui sont interprétées par elle comme une preuve de dévalorisation du potentiel de sa contribution :

J'ai passé mon matin à essayer de contacter des patients. Puis, je n'ai pas la moitié des messages qui sont répondus parce que j'envoie des lettres. C'est tout moi qui fais ce qui est administratif. C'est comme une réceptionniste! (IP15, ESF, 305-307)

Nous avons observé que tous les milieux tentaient de coordonner différents mécanismes de rappel de leurs patients (impliquant ou non les IP) pour assurer leur adhésion aux programmes de dépistage du cancer et pour bonifier la performance des centres et celle des divers praticiens.

Dans les milieux de SSP, le travail de bureau des IP est aussi lié aux « soins indirects » aux clientèles, tels que la documentation aux DME, le temps de consultation avec les partenaires, la rédaction de lettres de recommandation, la recherche sur les conditions de santé des patients ou sur les divers rappels, les différents formulaires à remplir et la réception des examens diagnostiques et des laboratoires. Employée par les agences subventionnaires, l'appellation *soins*

indirects est réductrice, selon une IP qui estime qu'un soin dit « indirect » est pourtant directement relié au patient et à l'ensemble de sa situation de vie :

The 30 minutes [appointment] is because it has to allow us time to do things, like sometimes after you finish with a patient, you still have to document, you might have to do a referral letter, you might have to do something. There's other aspects to the visit then just sitting there. [...] There's always inevitably a grocery list that comes out of things that they [patients] have. [...] I couldn't believe the number of forms I got, insurance forms and disability forms... I was bombarded by them! And I had to work overtime just to try to get them done because the patients need them [finance, employment] (IP3, CDIP, 458-462 et 804-807).

Chacun des milieux à l'étude accorde aux IP en moyenne 60 minutes par jour de soins indirects. Les participantes s'entendent pour dire que ce temps est généralement insuffisant, surtout pour les IP agissant à titre de fournisseuses principales. Ce manque de temps crée de l'appréhension chez elles :

I think it's the pressure of the volume of work that has to be done and the demand and having to get things done by a certain time, plus seeing the patients, like the forms take a lot of time to do. We have some admin time but it never seems like it's enough, but I don't think we can get any more than we have. So we have one day a month that's a full day of admin. And so that day is, you know, I mean we, sometimes things are kind of saved until then: some forms are maybe completed on that particular day, but depends on timeline too. There's a lot of results coming in, we need to do referrals. When the MD comes in, you're consulting and then you have lots of things to complete, so that's usually really where the, you know, time constraining and calling patients with what the MD said (IP1, CDIP, 149-167).

La plupart des participantes jugent que les contraintes de temps sont néfastes pour les patients. Une grande part du travail des IP est donc rendue invisible aux yeux des administrations. Les agences subventionnaires et leurs mesures de rendement ne ciblent que les soins directs, ce qui contribue davantage à reléguer les soins indirects à l'arrière-plan et à réduire leur importance. Les soins indirects deviennent également une charge de travail qui est souvent cachée même aux membres de l'équipe, car ils sont difficiles à inclure dans l'horaire des praticiennes. Dans un contexte où peu de ressources en travail de bureau leur sont fournies, cela

pose un risque à leur intégration dans une ESF et au caractère de leur contribution dans ces milieux :

Je pense qu'ils veulent voir ce qu'on fait. Ils veulent voir qu'on bouge, qu'on marche, qu'on rentre dans une pièce, qu'on sort de la pièce puis qu'on écrit sur un papier... Le fait qu'on soit [éloignées géographiquement], ils ne nous voient pas... Donc, nécessairement, c'est qu'on est dans notre bureau en train de jouer [à un jeu] (rires). Mais, ils regardent nos horaires, il y a des trous parce que notre horaire, c'est un outil de travail, mais, si j'appelle un patient, je ne vais pas nécessairement [inscrire cet appel dans mon horaire]. [...] C'est [l'horaire] un outil d'analyse qu'ils ont. [...] Le fait que ce soit moi qui doive [énumère plusieurs tâches de bureau] et essayer de contacter le médecin, faire les références. [MD qui demande]: « Voyons, comment ça se fait que ça te prend une demi-heure par patient? C'est bizarre, ça! » (IP9, ESF, 174-207).

Il est clair, à la lumière des propos recueillis, que le travail de bureau est important au fonctionnement de l'organisation (suivi, coordination, statistiques, audits, etc.), mais il est facilement rendu invisible. Nous verrons bientôt comment ces fonctions soulèvent de la dissonance identitaire et comment certaines IP décident d'user de stratégies pour la pallier.

5.3.1.5. Avantage économique

Une grande majorité des IP interviewées considèrent qu'elles représentent un avantage économique pour le système de santé, et ce, sur plusieurs plans. Des brochures médiatiques montrent que, dès 1998, l'intégration des IP a été promue et justifiée pour son avantage économique et pour la qualité du soin dans l'autonomisation et le suivi des patients atteints de MC. Ces discours ont certainement aidé à présenter la pratique des IP comme étant bénéfique et rentable, mais ils l'ont aussi cantonnée dans un espace restreint de reconnaissance économique. Toutes les participantes assurent prodiguer des soins de qualité à moindre coût. Elles évoquent fréquemment leur gel salarial de près de 10 ans en SSP :

The ministry isn't really increasing funding in terms of salary, right? So it's sort of salary freeze. It's been that way for a couple of years and it's not going to change. [...] A registered nurse at the top of her game working at the hospital can

make as much as us, which is fine, hum, it's just difficult in a way, so that's the biggest issue. Also, maybe benefits or pension aren't where they should be (IP4, CDIP, 270-281).

Le gel salarial en SSP provoque des difficultés de recrutement et de rétention. Certaines IP tendent même à quitter les SSP pour d'autres postes plus rémunérateurs ou qui comportent des bénéfices (p. ex. : régime de retraite). Ces départs sont dommageables pour le fonctionnement de certains modèles, notamment les CDIP et les CSC, qui sont souvent situés en milieux ruraux. En CDIP, durant la présente étude, on estime à un taux de 20 % les postes vacants. En dépit des responsabilités grandissantes des IP, le gel salarial illustre, pour plusieurs participantes, l'écart de reconnaissance envers leur profession et leur réelle contribution au système de santé. Cette notion d'avantage économique relève d'un paradoxe entre l'essor du champ de pratique de l'IP, qui se rapproche graduellement de celui de la profession médicale, et la stagnation de la profession sur les plans financier, social et même idéologique. Ce paradoxe amène certaines IP à affirmer que leur profession est instrumentalisée :

On a des objectifs : ça vous prend tant de patients par jour puis... C'est toute la question du temps que tu prends avec le patient. L'approche [de l'IP] devrait être différente, mais, finalement, il n'y a plus de différence, là. Tu deviens du *cheap labour*. Tu fais la même chose que les médecins, mais tu es moins payé. Tu deviens très intéressant aux yeux du gouvernement parce que tu te dis : « Donc, on a créé le rôle, bien oui, il coûte moins cher, puis ces IP font la même chose [que les MD]. » (IP7, ESF, 765-791).

Une IP dit avoir fait les frais d'un calcul au prorata du salaire gagné et du nombre de patients évalués par jour. Sa performance a été jugée comme étant de meilleur marché :

I came out of my evaluation, I was so pissed off [...]: « Congratulations! [...] You're the cheapest nurse practitioner in the system. » [...] Do you realize how insulting that is? [...] Know that there's somebody making the same salary as me and seeing one third of the patients (IP11, CSC, 366-411).

Comme le dernier extrait le démontre, un tel calcul peut aussi créer du clivage entre les IP, certaines jugeant injuste d'être rémunérées au même titre que d'autres qui voient moins de patients.

Également, en entrevue, les IP se comparent fréquemment aux MD. Elles indiquent un manque à gagner important par rapport à ces derniers pour des responsabilités parfois assez similaires. Des participantes des CSC, par exemple, estiment un écart salarial disproportionné (150 000 \$) pour une charge de travail relativement comparable, et ce, surtout maintenant qu'elles ne soignent plus des cohortes en santé, mais complexes.

La notion d'avantage économique que représentent les IP n'est pas limitée au système de santé dans sa globalité. Des acteurs du système de santé peuvent également percevoir un tel avantage, qui les touche de façon particulière. C'est le cas de certains partenaires, notamment les MD des ESF, qui reçoivent des primes pour du travail effectué par des IP :

So there was no bonus there until it was [x year]. The [FHT] manager approached me and said: « Oh, we just need you to sign this form. » I glanced at it and I said: « No, I'm not signing this, like no. » So that they could start getting primary care bonuses for the work that I was doing, the mammograms, the Pap smears (IP3, CDIP, 713-726).

Selon les propos recueillis, un avantage économique réside aussi dans la fréquence des heures supplémentaires effectuées par toutes les participantes, lesquelles varient entre 30 minutes et 1 h 30 par jour. Différents facteurs amènent les IP à faire des heures supplémentaires : patients en retard, temps limité de consultation, conditions de santé déstabilisées, boîte de courriels pleine, interprétation des résultats de laboratoire et d'examens diagnostiques, appels à retourner, etc. :

Ç'a m'est arrivé une fois [d'effectuer des visites écourtées des patients]. [...] Tu ne fais pas tes dossiers durant les visites des patients. [...] Tu les remets à la fin. Puis, là, bien, tu fais du temps supplémentaire! [...] C'est bien beau pour le centre : on augmente la performance, les clients. Puis, bien, le temps supplémentaire, ça ne coûte pas cher, tu sais (IP18, CSC, 672-721)?

L'IP18, tout comme d'autres IP, a obtenu le mandat d'augmenter l'accès aux patients en évaluant davantage dans un temps de consultation abrégé :

See more patients. Same time. [...] Because the clock is ticking and three people waiting in the waiting room (IP20, CDIP, 688-696).

Les heures supplémentaires des IP ne sont pas rémunérées, car les agences subventionnaires ne leur allouent que des budgets couvrant leurs heures normales de travail. Au moyen de politiques (in)formelles, certains milieux permettent aux IP de comptabiliser leur temps et de le reprendre à un moment convenu. Quoique cette option soit appréciée des IP, elles ne s'en prévalent pas toujours, car, selon les propos recueillis en entrevue, se prévaloir d'une reprise des heures supplémentaires peut comporter des risques quant au succès de leur intégration. Nous aborderons ces notions plus tard.

5.3.1.6. Gestion

Ce rôle est relié aux fonctions de direction attribuées aux IP. Dans tous les milieux étudiés, un rôle de gestion est délégué aux IP visant à diriger les programmes de MC ou communautaires, à améliorer les pratiques ou à développer des politiques et procédures institutionnelles. Étonnamment, les fonctions de gestion sont peu fixées dans l'horaire des IP, même si elles constituent parfois des attentes centrales :

I'm also asked to [lead a program] which: « Okay, fair enough, I'll go to meetings. » I mean if they carve out the time for me, I'll go to the meetings and bring back information and bring to the meetings information about what we're doing. But my focus is the patients (whispering). And what else do they want me to do? Then, it's our professional duty to make sure that all our policies are in place. So we also do education to each other and I'm supposed to spend time putting together [infos on a subject]. [...] Now I got to dig out all the policies and make sure it's safe for our patients, that we're handling that situation correctly. So we got to come up with the standard, right? What's the current on-going standard? So then I got to do that, but I find that stressful (IP20, CDIP, 274-286)!

Malgré le peu de temps prévu à l'horaire pour leur rôle de gestion, les IP se font questionner par les gestionnaires sur l'avancement des dossiers administratifs qui leur ont été confiés.

La nouvelle norme d'exercice, un actant qui a la capacité d'agir et de parler, a établi que les IP ont un rôle à jouer visant à assurer l'existence de *systèmes fiables*. Cette nouvelle directive génère des questionnements et de l'appréhension chez certaines, notamment en ce qui concerne leur imputabilité envers des éléments qui ne relèvent pas uniquement d'elles :

[A test result] didn't come to me electronically, nor in the paper copy. [...] But don't forget that CNO [College of Nurses of Ontario] says that we're liable for everything we do and including knowing that the results come in. (whispering) The replacement secretary [did not properly process it]. So I never saw the scan and I never saw the original copy. [...] We did a whole incident report [...] and then thinking: « How many others could there be? Could there be some more somewhere? And how can I possibly be held responsible for tests that I've ordered that I never saw the results? » [...] On a teleconference, CNO was explaining the responsibility of a health care provider for tests. [...] But they [CNO] require us to have a system to know... They require us to be able to trace... It's in our required documents, our standard of practice (IP11, CSC, 916-1008, 1033-1089 et 1837-1923).

Ce verbatim montre clairement que la fiabilité d'un système est un discours confondant pour les IP puisqu'elle doit relever d'une responsabilité partagée, soit sur l'action et sur la cohésion des différents acteurs humains et non humains qui composent les SSP. Devant les problèmes que génèrent ces directives, certaines IP adoptent diverses stratégies, qui seront ultérieurement détaillées.

Contrairement aux autres milieux de SSP, le rôle de gestion est formalisé pour une partie des IP en CDIP : les IP désignent une consœur au poste de directrice de la clinique en fonction de ses habiletés de leadership. Elle est généralement accompagnée d'un spécialiste administratif s'affairant à la gestion des ressources humaines et/ou du budget opérationnel. Le vote par acclamation joue dans l'accueil et l'ouverture qui lui sont réservés. La dualité de ce rôle (50 % en gestion et 50 % en clinique) comporte ses difficultés, c'est-à-dire que les fonctions de gestion sont facilement supplantées par les fonctions cliniques des IP gestionnaires, qui doivent prodiguer des soins aux patients qu'elles ont à charge. Étant donné que les postes administratifs

et en soutien sont très limités dans les CDIP (rappelons qu'ils sont les seuls milieux qui n'aient pas accès à un employé de soutien informatique), les IP nous ont ainsi confié que leurs tâches centrales dans ces milieux incluent le fait de faire progresser certains dossiers administratifs, le plus souvent en soutien à l'IP gestionnaire. Les IP de tous les milieux des SSP soignent donc aussi des organisations, mais sans que la contribution de ce « rôle » soit nécessairement reconnue.

5.3.1.7. Investigateur des pratiques

Ce rôle implique l'examen des pratiques professionnelles à la lumière des données probantes en vigueur. Pour réaliser cet aspect du rôle, les IP sont impliquées dans plusieurs activités, notamment le recrutement des patients, la participation à des revues de performance des IP/MD et l'évaluation de la documentation des IP/MD.

En effet, certaines IP participent au recrutement des patients dans leur programme de MC. Les IP des ESF reçoivent fréquemment de leurs gestionnaires le mandat de répertorier et d' enrôler dans les programmes les patients qui détiennent des paramètres physiologiques hors normes, surtout quand les MD confient peu de patients aux IP. On leur dit alors de recruter leurs propres patients dans les programmes – une méthode contraire à la CI. Cependant, recruter soi-même les patients nécessite d'examiner les dossiers des patients afin d'identifier lesquels d'entre eux présentent le profil recherché pour le programme. Or, cela peut être perçu par un collègue fournisseur principal (MD) comme une surveillance de leurs patients et, donc, de leur pratique, alors que les paramètres des patients découlent d'une foule de facteurs pouvant être indépendants de leur volonté. Une IP montre l'ampleur du phénomène :

One issue that has really stressed me out here, to no end... We would start recalling, telling these patients: « You're now part of a program, please book in. » [...] And then, you're like some of these people are well controlled by their family doctor, there is no need for me to interfere. What's my role there? Just to confuse

the patient: « Oh, you're now told to see [NP name]. » And also the physicians didn't want that (said more softly): they didn't want me picking through their files and finding, you know? [...] Who am I to now go in and do this stuff? This is not collaborative, this is sneaky and it's not a good way to run a program... And what's the benefit to the patient really? Like, am I really going to make a big difference in a lot of the people? And I would have said no. So it's like, let the doctor decide if this person is going to benefit from another intervention, which would be the program because they've done an assessment. It is not fair to pick someone out of the EMR, because that's not the way to assess whether someone is a good candidate for the program, but that's how they [MD] wanted it to go. And I was like no, and I told some of the doctors of my team like: « This is what I've been directed to do » and they were like: « We don't want you to do this at all. We want to decide who's appropriate for the program and who's not. » I agree (IP14, ESF, 976-995 et 1009-1023)!

Le recrutement des patients va souvent de pair avec la revue de performance des pratiques professionnelles des IP et des MD, c'est-à-dire que les praticiennes doivent étudier chaque dossier-patient, cerner le contexte entourant les anomalies et juger ainsi de la performance des professionnels à suivre les « meilleures recommandations » sur les soins destinés aux patients. Ce travail d'investigation est souvent décrit comme une méthode de cueillette des données aux dossiers des patients qui est difficile, longue et imprécise. Par exemple, dans le cas d'une tension artérielle élevée, une participante d'une ESF dit devoir se poser les questions suivantes : Cette mesure a-t-elle été effectuée alors que le patient était en douleur? A-t-on utilisé une technique de mesure appropriée? Est-ce que le fournisseur principal de soins a décidé de tolérer l'anomalie parce que le patient est susceptible de faire des chutes ou parce qu'il priorisait un autre problème de santé?

Ce travail d'investigation a aussi des conséquences particulières, car il peut ne pas faire l'unanimité parmi les fournisseurs principaux de soins, qui se voient être surveillés par un autre professionnel, au détriment possible de l'intégration des IP, bien qu'il corresponde aux attentes des gestionnaires ou du Ministère qui visent à répondre aux impératifs de rendement. Les IP sont

donc désignées comme des agents-clés pour satisfaire à ces exigences et, donc, pour identifier les patients qui dérogent aux normes.

À titre d'investigatrice des pratiques, certaines IP sont appelées à évaluer la documentation au DME de leurs collègues IP et MD dans le cadre des évaluations annuelles de performance. Dans l'un des deux CSC visités, ce rôle a été formellement délégué aux IP par les gestionnaires, qui croient qu'elles ont acquis des connaissances médicales qui leur permettent d'avoir ce regard. Ces IP affirment qu'avec un tel mandat, elles peuvent risquer leurs relations de collaboration ainsi que leur intégration :

Chaque année, ils nous demandent de faire une révision des dossiers. [...] And that makes an awkward working situation because should they [MD] find out who is the person that did the chart review and then you had like 100 recommendations for them and they failed. That's not a good thing, right? It's an awkward position. Because we were expendable, we're cheap, cheaper than a physician (laughs) (IP11, CSC, 1740-1823).

5.3.1.8. Prestation de services genrés

Ce rôle découle principalement des dynamiques créées par le fait que le fournisseur principal de soins est souvent de sexe masculin. En CSC ou en ESF, l'assistance d'une femme (MD ou IP) est fréquemment requise dans la prestation des soins gynécologiques (tests Pap). Ce sont généralement les patientes qui demandent une fournisseuse de soins :

I was doing Well Women [program] up there [ESF], but there was no primary care bonus. It was mainly because the women up there didn't want to see the male provider. [...] They wanted the female provider (IP3, CDIP, 713-726).

Un infirmier praticien n'aura pas à déployer ce rôle, ce qui engendre des attentes additionnelles envers les IP de sexe féminin. Par ailleurs, l'analyse documentaire montre que les MD des ESF reçoivent des primes pour l'atteinte de certaines cibles, même pour des services effectués par les IP. Peu discuté par ces dernières en ESF, ce phénomène abonde dans les propos des IP des CDIP, qui l'évoquent comme l'une des raisons les ayant conduites à quitter les ESF.

Ce paradoxe semble provenir du fait que les ESF sont un territoire purement médical, dans la mesure où il est géré par les MD (administrateurs). Les IP des ESF peuvent donc être prédisposées à accepter cette forme de survalorisation du rôle médical (prime) à leur détriment. Ce sont des dynamiques de pouvoir et des territoires identitaires qui permettent aux MD de s'approprier, symboliquement et financièrement, le labeur des IP.

En CSC, quand les IP effectuent certains soins préventifs pour les patients des fournisseurs principaux de soins, ces derniers ne recueillent pas de primes, mais ils voient tout de même l'augmentation des taux d'adhésion de leurs patients aux programmes de soins préventifs (p. ex. : tests Pap). Ce rôle invisible des IP est essentiel à la performance des centres et des pratiques professionnelles :

(Whispering) Doctor [male] sees people in 5 minutes in and out. I do nearly all his full physicals of women and young women. He never even sees them. They're under his name but... And they're sort of on his statistics but, sometimes, they've never even seen him. We're the ones that see them all the time.

Chercheuse: Why would they be under his statistics if you're doing the physical?

Ahhh, that's just the way it is. [...] Few years ago, every fecal occult blood, every mammogram and every something else that we did, they got paid for all of them, even though we did the work, and the Pap tests... They got the great big huge check, a couple of thousand bucks each at the end of the year for the work that we did... The bonus.

Chercheuse: Now, the bonus are gone in CHC?

Yes, but they probably have figured another way of bonus, who the heck knows? But I don't know what it is. There probably are silent things that happen, that we don't know about. But that (laughs) would be my bet. Because I bet their salaries are not frozen the way ours is, that's for sure (IP11, CSC, 888-910).

5.3.1.9. Pratique infirmière avancée selon l'axe communautaire

Une IP est une infirmière qui déploie un rôle de pratique infirmière avancée (PIA), rôle qui se caractérise aussi par une approche holistique. Cette pratique ne se limite pas aux soins cliniques prodigués aux patients : elle englobe aussi le leadership, la collaboration, la recherche

et la formation. Les autres rôles professionnels cités ci-dessus mobilisent nécessairement différents aspects de la PIA.

La norme d'exercice des IP semble traduire cet aspect de leur rôle. Par exemple, en 2004, la norme établissait le concept d'« animation et planification communautaire » comme étant central au rôle des IP en SSP, concept qui a entièrement disparu dans la version de 2011. Durant les entrevues, une majorité de participantes de tous les milieux ne s'identifient pas spécifiquement (ou rarement) aux aspects non cliniques de la PIA. Or, il semble que les milieux d'insertion traduisent aussi leur identification au rôle de PIA communautaire.

Par exemple, en CSC, on segmente la prestation des soins en trois grands axes : santé physique, mentale et communautaire. Pendant nos observations des rencontres d'équipe, on affecte ces IP à la « santé physique » sous forme de « soins primaires » (et non de « soins de santé primaires »). Ce secteur d'activité forme d'ailleurs la base du financement des CSC. Pourtant, l'affichage des postes relatifs aux IP en CSC évoque un aspect communautaire :

NP provides primary health care to individuals, families and the community, participates in the development and implementation of quality improvement initiatives with a focus on excellence and coordination of care (document interne, CSC).

Cet extrait reflète le discours de qualité qui est de plus en plus véhiculé en CSC et qui, selon les IP interrogées, est un signe de changements dans leurs pratiques professionnelles. Ainsi, quand les IP des CSC interviennent dans les axes communautaires des centres, cela demeure restreint à la santé physique par le biais de visites scolaires, de séances d'éducation en groupes, etc. Par ailleurs, certaines participantes des CSC ressentent une certaine dépossession et une fragmentation de leurs compétences devant une telle segmentation des soins (selon les trois axes nommés ci-dessus), notamment en ce qui a trait à la santé mentale. Elles affirment que la santé mentale n'est pas dissociable de la santé physique et vice-versa. Lors d'une rencontre

d'équipe, vu la complexité de certains patients atteints de troubles de santé mentale, un gestionnaire propose aux IP de confier leurs patients à l'équipe de santé mentale aussitôt qu'elles doivent investir trop de temps dans ces derniers afin de leur permettre de « s'occuper d'autre chose » (la santé physique). Quand elles sont questionnées au sujet de l'axe communautaire de leur rôle, les IP des CSC évoquent des activités liées au partenariat avec les secteurs et organismes communautaires, à la prestation de services de santé en communauté (cliniques satellites) et au développement de programmes pouvant être accessibles à l'ensemble d'une population.

En ESF, comme fournisseuses secondaires de soins, les IP se retrouvent principalement à la tête de programmes de MC, de dépistage et/ou d'accessibilité aux soins. Lorsque nous questionnons directement ces IP sur l'aspect communautaire de leur rôle, leurs réponses sont axées sur les consultations individuelles avec les patients et sur les programmes de MC ou de dépistage intégré du cancer. Contrairement aux IP en CSC, ces IP ne semblent pas se sentir dépossédées du volet santé mentale.

En CDIP, comme fournisseuses principales de soins, on retrouve les IP à la prestation du continuum complet des SSP. Dans ces centres, les IP mènent elles-mêmes les programmes en MC, en gestion du diabète, en santé mentale ou en santé communautaire, en plus de jouer aussi un rôle administratif dans leur milieu. Selon l'affichage des postes, les IP des CDIP ont un mandat particulier de coordination des soins pour lequel diverses activités ont été observées. Certaines CDIP orientent davantage cet axe sur le plan de la santé des individus, par le biais de cliniques mobiles ou de visites à domicile; d'autres le font plutôt selon une perspective communautaire. Dans ce dernier scénario, les CDIP offrent, par exemple, des séances d'éducation à la santé qui sont accessibles à tous les membres de la communauté; elles se lient

avec divers organismes communautaires et partagent même certaines de leurs ressources. L'offre de soins en santé mentale est centrale à leur rôle. Quand elles sont questionnées au sujet de l'axe communautaire de leur rôle, leurs propos sont semblables à ceux des IP des CSC.

Il semble que les perspectives personnelles (idéaux, valeur morale) et les compétences individuelles modulent l'identification des IP au rôle de PIA communautaire. Une majorité de participantes n'envisagent pas les aspects non cliniques de la PIA comme faisant partie intégrante de leur rôle d'IP. Ce rôle n'est pas toujours bien perçu chez les IP :

Ils voulaient qu'on fasse des groupes puis que je fasse des présentations. [...] L'infirmière est là pour ça. Pourquoi je le ferais? Je vais le faire en individuel avec mon client, mais je ne commencerai pas à faire... Heille! Mais c'était rendu à la fin que j'ai dit oui parce que, sinon, j'avais quasiment peur de perdre mon emploi. C'était de la pression inutile. Je n'ai pas réussi à négocier... Je ne voulais pas, première des choses, parce que je trouvais ça inutile parce que l'infirmière le fait déjà. Puis, deuxième des choses, parce que, personnellement, je ne suis pas à l'aise de parler devant des clients. Je n'aime pas ça. Je ne suis pas bien là-dedans. Je suis inconfortable. Bien, ils m'ont obligée à le faire. Je l'ai fait pareil, mais je n'étais pas bien (IP8, CSC, 77-93).

Certaines indiquent que la mise en œuvre de tels rôles est parfois dissonante, d'autres affirment qu'ils requièrent des habiletés qu'elles ne maîtrisent pas, d'autres encore évoquent un manque d'exposition à ceux-ci pendant leur formation ou chez leurs mentors, d'autres enfin questionnent la validité des interventions en PIA et la distinction identitaire qu'ils sont censés réaliser (distinction entre IP et IA).

De rares participantes jugent importants ces volets de la PIA. Ces IP développent de leurs propres volonté et initiative des services qui sont utiles aux clientèles et à l'amélioration des pratiques, pour autant qu'il existe une reconnaissance du milieu. Certaines misent sur la reconnaissance du milieu en négociant du temps à leur horaire :

Je vois beaucoup des patients du programme [communautaire]. T'sais, comme, là, il y avait des [risques de maladies/blessures] en cours de parcours. [...] Ça fait que je suis en train de développer une présentation sur la santé des [maladies/blessures].

[...] Je vais m'asseoir avec [gestionnaire], il est super pour nous laisser la liberté (IP12, CSC, 648-695).

Tout comme d'autres rôles professionnels, le rôle de PIA communautaire de l'IP s'appuie sur la coordination de différents acteurs et réseaux sur lesquels elle possède peu de contrôle. Différentes circonstances peuvent ainsi diluer la capacité des IP à mettre cet axe en valeur :

I do a little bit of [community services], but let me tell you that's hopeless! [...] We're so completely underutilized... They either don't advertise sufficiently or the [communities] feel not quite comfortable (IP11, CSC, 119-128).

Certaines diplômées à la maîtrise soulignent que d'autres dispositions du rôle de la PIA devraient être plus élaborées et incarnées dans les milieux, mais que les soins directs aux patients demeurent privilégiés par les milieux en réponse aux exigences de performance :

The ministry sees and they have written down [number] hours of admin time. [...] It's like if we take too much admin time, we're going to be criticized, you know? We're going to be criticized for not having enough patient time. (sighing) Well, probably on a lesser level [advanced practice domains] than patient access, right? Because it's all about numbers of patients! We have to make sure that they recognize this is a decent number of patients that we're seeing. [...] You're really being pushed to minimize it: hurry, hurry, hurry (IP20, CDIP, 327-347)!

En ce sens, plusieurs IP réitèrent l'importance de conserver et même d'augmenter leur nombre de patients par jour. Nous n'avons pourtant pas trouvé des directives claires en ce qui a trait à la quantité des soins cliniques (par jour) qui doit être effectuée par les IP. Nous savons que les domaines non cliniques de la PIA impliquent des soins indirects aux clientèles, lesquels, comme nous en avons attesté plus tôt, sont peu reconnus et facilement rendus invisibles. Cette trouvaille soulève un paradoxe entre le discours des praticiennes qui privilégient l'urgence d'une performance en soins cliniques et les attentes non précisées des organismes.

5.3.1.10. Fonctions infirmières

Les IP sont des infirmières qui ont aussi joint à leur pratique des fonctions médicales. La majorité des participantes des milieux étudiés révèlent que leurs fonctions infirmières sont parfois incarnées de façon variable dans les milieux selon les diverses configurations des cliniques et des professionnels qui y gravitent. Les IP interviewées indiquent notamment que leurs fonctions infirmières dépendent fortement du rôle des IA :

Mais le rôle de l'IP est tellement... dépendant du rôle de l'infirmière (IP7, ESF, 839-873).

Par exemple, certains milieux impliquent leurs IA dans le triage de tous les patients qui consultent, qu'ils soient aiguillés vers l'IP ou le MD. Cela est coordonné en vue de permettre aux IP de se consacrer à leurs habiletés diagnostiques et de traitements. Dans les milieux où l'IA est rarement pairée à l'IP, c'est l'IP qui effectue diverses tâches : conduire un client à la salle d'examen, triage, évaluation des besoins, vaccination, traitements spécifiques (lavage d'oreille, injections), etc. Les IP de ces milieux estiment qu'il est possible de remplir ces fonctions seulement si on leur concède suffisamment de temps :

Nous autres [les IP], on a plus de temps pour le client, ça fait que les infirmières ne font pas nos [signes vitaux] comme ils font avec les MD. Sauf que, là, si [la durée de nos rendez-vous avec les patients diminue], j'ose espérer que les infirmières vont le faire... C'est parce que l'approche IP... [...] C'est sûr qu'un mal d'oreille, ça se traite bien vite. L'affaire c'est que, des fois, indirectement, même si [les patients] sont supposés être là pour un problème, ils ont une autre affaire. Tu n'es comme pas pour lui dire: « Reprenez un rendez-vous. » [...] Mais aussi là, si tu commences à reculer dans ton temps d'administratif [...] quand est-ce que tu vas faire tes laboratoires puis tes retours d'appel, là? Bien, c'est ça, c'est du temps gratuit donné? Je ne suis pas intéressée (IP8, CSC, 551-579).

En régions éloignées, plusieurs cliniques possèdent des salles de phlébotomie et leurs IP effectuent parfois des ponctions veineuses afin de rendre un service accessible à la communauté. Les centres ruraux prodiguent davantage de soins d'urgence avant l'arrivée des secours

ambulanciers, car ils sont les seuls fournisseurs de soins d'une région donnée et les patients s'y présentent dans des conditions critiques. Les IP y jouent aussi un rôle.

Or, les fonctions infirmières peuvent devenir problématiques pour les IP. Elles influencent leur capacité à se positionner stratégiquement dans le système en démontrant l'intensité de leurs fonctions médicales. Les fonctions infirmières des IP, bien qu'inhérentes à leur identité, peuvent nuire à leur efficacité clinique quotidienne et affecter la perception de leur contribution au système. Pour certaines participantes, cela est d'autant plus préoccupant depuis que les outils de reddition de compte comparent les pratiques professionnelles (IP-IP, IP-MD). Selon les IP interrogées, l'attribution de certaines ressources permet d'augmenter l'efficacité des fonctions médicales des professionnels. Une distribution inégale de ressources peut refléter une dichotomie du statut social entre les individus ou la hiérarchisation de certaines professions (p. ex. : IP et MD). Par exemple, on relève fréquemment que le niveau d'assistance offert par les IA aux MD est souvent différent de celui offert aux IP :

If it's a doctor's patient, then the doctor's patients all get done for them by nurses [statistics for preventive care], but we do our own. [...] They [nurses] don't do it for us. [...] The doctors never make a phone call, the nurses do all their phone calls for them. [When leaving for holidays] I'd come in and I'd have messages on here [answering machine]. For a couple of years, I fought that (IP11, CSC, 1423-1461).

Un autre problème est lié au fait que les IP interrogées estiment tout de même que leurs tâches infirmières respectives doivent demeurer flexibles en vue de préserver leur expertise infirmière (p. ex. : triage, ponctions veineuses, vaccination, etc.), de continuer à répondre aux besoins des clientèles lorsque les IA ne sont pas accessibles ou de pouvoir décharger leurs collègues IA à l'occasion lorsque la clinique déborde. La volonté de décharger l'IA de certaines fonctions n'a pas été observée parmi les MD des cliniques. Il convient de préciser que les

fonctions infirmières ne signifiaient pas seulement des tâches techniques, mais aussi une approche spécifique aux patients et aux soins, laquelle a déjà été abordée à la section 5.2.1.

5.3.1.11. Collaboration

Les IP ont plusieurs mandats de collaboration qui leur sont transmis par le biais des institutions, de leur norme d'exercice et de leur formation en pratique avancée. La section 5.2.5 a présenté les phénomènes complexes de collaboration et les espaces de négociation qu'ils engendrent. À cet effet, les IP accomplissent un travail continu d'établissement, de développement et de maintien des relations de collaboration : un travail qui n'est pas toujours visible, mais qui est pourtant d'importance pour la pérennité des équipes, leur bon fonctionnement et leur performance. Les IP s'assurent de conserver l'éthique de la collaboration au-delà même des difficultés qu'engendrent la perméabilité et la malléabilité des frontières professionnelles, et elles usent parfois de stratégies pour y parvenir (voir section 5.3.6).

5.3.1.12. SuperIP

Cette fonction de superIP (*NP-extender*) repose sur la perception que les IP ont le devoir de maximiser leur étendue d'action. Tel que nous l'avons décrit à la section 5.2.3, les changements à la norme d'exercice semblent avoir amené les IP à étendre leur champ d'action, par obligation pour certaines et par émancipation pour d'autres. La norme possède un grand pouvoir de persuasion auprès des IP, notamment par les possibilités de délégation qu'elle crée (voir section 5.2.5.3).

L'interprétation des milieux oriente ces décisions. Aux dires des participantes, et à la lumière de documents analysés, certains milieux interprèteraient la norme d'exercice à leur gré et imposeraient un rôle élargi aux IP, sans considération particulière pour leurs compétences individuelles, alors que ce critère est stipulé dans la norme. Lors d'un échange informel, un

gestionnaire d'un CSC nous déclare qu'à salaire équivalent, un milieu a plus de bénéfices à embaucher une IP qui veille à déployer un rôle élargi. À son avis, il peut ainsi arriver que l'on informe les IP qu'elles doivent déployer la totalité de ce que leur norme d'exercice permet et que, si elles ne possèdent pas ces compétences, on leur demande de se mettre elles-mêmes à jour.

Une IP d'un CSC témoigne de cette pression :

Maintenant, on voit le monde puis on est maintenant censés pouvoir tout gérer (rire sarcastique)! Hé, c'est à nous-mêmes de mettre les limites, je dirais... selon nos connaissances pis notre expérience. Alors, moi, je trouve que c'est parfois difficile [de gérer les soins complets aux clientèles] parce que, à un moment donné, je vais dire : « Ok, bien, j'suis infirmière, c'est assez, tu peux voir un médecin. » [...] Je trouve que c'est un peu trop. Ça [niveau de confort] dépend, ça dépend des personnes (IP6, CSC, 7-15).

Certains milieux tendent à évoquer le changement de norme comme une occasion d'autonomisation à saisir par les IP afin de les libérer du paternalisme médical. Dans de tels discours, il subsiste toutefois une préoccupation envers le rendement des organisations et la pénurie médicale, même si ces propos divergent sensiblement d'un projet émancipateur :

Lors d'une discussion informelle, un gestionnaire me dit que les IP doivent éviter de se cantonner dans leur pratique. Il leur dit fréquemment : « Tu es capable... C'est à toi de connaître ton rôle et d'être capable de faire toute l'ampleur de ton rôle. » Il dit que l'institution est gagnante quand les IP déploient un rôle davantage élargi et que d'ailleurs les normes de pratique y concèdent. Selon lui, « l'employé doit être prêt à faire l'emploi pour lequel il est rémunéré ». Puis, des discours de rentabilité et de performance suivent l'échange (extrait du journal de bord, CSC).

De rares IP remettent toutefois ces discours et ces forces de persuasion en question :

Nursing is very bounded, it's very scripted. But nurse practitioners and physicians have trouble with this. You have the right to decide: « Do I have enough knowledge to do this? » The physicians have trouble with that, but that's what medicine gives them; the right to decide if they know enough about this to pull forth, to create their own boundaries. And as nurse practitioners, we have that right, although I don't think medicine likes that because they're used to models of nursing that are more rigid, so they keep expecting us having to prove and ask permission (IP17, CSC, 409-418).

Les propos de l'IP17 reflètent dans quelle mesure la profession d'IP a été bousculée par des déstabilisations qui ont ouvert des espaces de négociation. Cette participante précise que cette négociation a affecté les compétences des IP, leur positionnement (p. ex. : nécessité de s'affirmer), les frontières professionnelles, les relations de CI et les identités.

Cette dernière section nous a permis de constater que les contrecoups de l'intégration et de la négociation du rôle des IP sévissent sur le plan de leur rôle professionnel, qui se décline en de multiples fonctions. Une dissonance identitaire est aussi vécue par nos participantes, dissonance qui mérite une attention particulière.

5.3.2. Dissonance identitaire

Les IP attachent une valeur morale à leur profession (voir section 5.2.1). Elles désignent couramment la contribution de leur rôle en termes d'obligations morales envers leur profession, leur équipe et les organisations qui les embauchent. Chez certaines IP, ces obligations génèrent parfois des paradoxes et des pressions ainsi que de la dissonance identitaire pendant leur parcours d'intégration. Nous aborderons les principaux éléments qui donnent lieu à ces expériences : les soins aux patients et les structures « gouvernantes ».

5.3.2.1. Soins aux patients

Les participantes rapportent une grande satisfaction au travail lorsqu'elles sentent qu'elles contribuent positivement au bien-être des patients et des familles. Ces sentiments se développent plus favorablement lorsque les IP assurent du suivi étroit, la continuité des soins aux patients et la prise en charge globale. Les ruptures dans leurs relations avec les patients (p. ex. : quand un patient décide de changer de fournisseur de soins) peuvent ainsi provoquer des remises en question importantes chez certaines :

When that was happening [patient leaving the clinic], I almost felt like I was taking it personally. And I remember the first time it happened, I almost cried because I thought: « What the heck? Like why would they choose a physician over the nurse practitioner? » But then, you know, I realize it's something that's going to happen. [...] When patients drop the clinic, I don't take it to heart, like I used to. [...] They don't realize how good they had it (IP1, CDIP, 192-223).

Cette IP gère sa déception de voir un patient partir en attribuant cette décision au fait que les patients ne réalisent pas les avantages des soins prodigués par des IP et que de tels départs peuvent être inévitables, même si les IP permettent d'augmenter l'accessibilité des soins. Cependant, les participantes décrivent que les exigences de rendement, qui se fondent pourtant sur l'amélioration de la qualité des soins (incluant l'accès aux soins), participent parfois à leur état de dissonance. Les participantes ont remarqué que les impératifs d'accessibilité, bien que présentant plusieurs avantages, segmentent paradoxalement la continuité des soins, une valeur dont de nombreuses IP se réclament et que ces dernières intègrent comme une part importante de leur rôle auprès des patients et de leur identité à titre d'IP :

Most of my patients, or most of my visits here, specially working at [current FHT] are for acute episodic things. I don't feel like my impact is as much as I sort of had envisioned. [...] As a nurse, you really would educate the patients and felt like making a difference, because I would really have bonded with people. But here, when I see patients, first, it is never the same person and so it's not like you can build a relationship easily with them. So they don't trust you. There's not a huge therapeutic relationship. You're not making a huge impact when you see patients on this assembly line, just one after the other, never the same person (IP14, ESF, 658-685).

Un patient qui demande un rendez-vous en accès amélioré ne se verra pas nécessairement attribuer son fournisseur principal de soins si ce dernier n'est pas libre. Aux yeux des participantes, cette discontinuité provoque parfois des bris dans les plans de traitement de ces patients puisque les soins sont partagés avec un autre professionnel, qui peut en modifier la teneur. Il se pourrait que cela participe au fait que les IP ne rattachent pas automatiquement la notion de soins accessibles à la notion de qualité :

Quality, it's not the priority, I think? Access to care is... (IP10, ESF, 416).

Selon nos participantes, la qualité des soins touche nécessairement au domaine relationnel et à la notion de « faire une différence », alors que la notion d'accès peut se limiter à voir des patients comme une « chaîne de montage » afin de répondre à des exigences de rendement. Pour les IP interrogées, la notion de qualité doit aussi tenir compte de la nécessité de répondre aux besoins de la population. Toutefois, l'IP9 note que les priorités établies ne concordent pas nécessairement avec les besoins réels :

Depuis le début, ce n'est jamais centré sur le patient! Je n'ai jamais vu personne parler en termes de « besoins de la communauté » à part [l'équipe]! [...] La plupart des programmes au début ont été développés dans la fonction d'optimiser ces grands bonus [octroyés aux MD]... La justification, c'est que le Ministère a évalué les besoins de santé publique comme étant ceux-là : étant donné qu'on donne un bonus, ça veut dire que c'est priorisé. [...] Il y a un programme [en dehors des barèmes] : aucun intérêt, à part que ça répond aux besoins de la population, mais ça ne change absolument rien pour la rémunération de qui que ce soit (IP9, ESF, 246-248 et 351-374).

Ces propos trouvent écho chez les IP des ESF, pour qui les priorités et les caractéristiques des soins peuvent différer de celles qui leur sont demandées :

Our goal or our priority would not be necessarily access. It would be « collaboration », « built on relationships », « quality over quantity », but we all also felt that management has the power and that « this [access] is the way things are » (IP14, ESF, 1347-1354).

Bien que les IP misent sur les notions de relation et de collaboration pour décrire des soins de qualité, certaines mettent toutefois en garde que la proximité relationnelle avec les patients peut être interprétée différemment par ces derniers. Certaines décrivent notamment des rapports entre les patients et elles qui ne sont pas aussi respectueux ou professionnels que ce que les patients manifestent à l'égard des médecins, par exemple :

Because we've traditionally allowed patients to call us by our first names, it's instantly a different relationship than having to call somebody Doctor So-and-so. [...] They will say things to you that they wouldn't say to, let's say a physician,

like when they're trying to be funny [...] because you are kind of perceived on a different hierarchy (IP5, CDIP, 474-511).

Les soins aux patients peuvent donc provoquer un état dissonant chez les participantes de l'étude, état qu'elles tenteront d'amoindrir. Nous verrons maintenant que les structures gouvernantes des SSP provoquent certaines dysfonctions qui troublent l'identité des IP.

5.3.2.2. Structures « gouvernantes »

Les structures gouvernantes ont été citées par les IP de l'étude comme celles qui organisent et cadrent leurs activités et leur pratique. Ces structures, étant des acteurs et des actants qui forment des réseaux qui entretiennent des liens particuliers, incluent principalement les exigences de production, la gestion clinique, mais également – et même paradoxalement – la collaboration interprofessionnelle. C'est au moment où les IP interprètent ces structures comme perturbatrices qu'elles y dégagent des dysfonctions qui génèrent une dissonance identitaire.

Exigences de production

Durant les entrevues des IP et les rencontres cliniques, la dissonance identitaire vécue envers les structures gouvernantes apparaît sous forme d'exigences de production et d'attentes liées à leur rôle. Plusieurs participantes leur font correspondre des notions de responsabilisation, d'instrumentalisation, de devoirs, de performance, de calculs et de comparaison, qui compromettent parfois leur identité et leur pratique, qui sont intériorisées comme des acquis qu'elles remettent peu en question, même s'ils sont à la source de la dissonance.

Certaines IP manifestent entre autres que les patients des SSP sont instrumentalisés de sorte à optimiser l'image de la « bonne » institution performante, ce qui ne cadre pas avec leur conception du lien entre un patient et son professionnel de la santé :

[A clinic used to give gifts to patients to have them] come in to the clinic. [...] It's like bribing a person to come in. [...] They [patients] were used as tools of

engagement. It's the relationship that keeps someone coming (IP17, CSC, 1365-1370).

Certaines participantes, quoique minoritaires, se perçoivent aussi comme des accessoires au maintien d'une bonne image pour les organisations qui les embauchent. L'une estime que certaines cliniques se rallient à l'intégration des IP pour se voir conférer une mention d'innovation clinique; une autre affirme que son CSC la convie à être un porte-parole lors des activités d'accréditation afin de se faire octroyer une mention d'excellence :

They [management] want to make themselves look good. Even when I was in [location], they thought: « Oh, we're going to stick this nurse practitioner in here and it's going to be... and we're going to be so good, and we're going to be innovative. » (IP17, CSC, 1637-1639).

C'est tout arrangé... On sélectionne des IP pour les entrevues avec les gens de l'accréditation... C'est sûr qu'on ne choisit pas les IP les plus négatives... Ensuite, il [gestionnaire] engage un consultant pour nous faire un breffage sur quoi dire et quelles seraient les questions [qui seront probablement posées par les évaluateurs] (IP13, CSC, 99-102).

De nombreuses IP se sentent instrumentalisées dans le cadre de rencontres interprofessionnelles; elles ont l'impression de se faire donner des « devoirs » pour aider les milieux à mieux répondre aux impératifs de rendement et à soigner leur image en ce sens. Par exemple, le rôle de gestion est perçu comme une forme d'instrumentalisation des IP (direction de programmes de MC en ESF, IP des CDIP vaquant à soutenir les structures administratives en dehors des heures normales de travail) pour faire avancer des impératifs bureaucratiques et pour susciter l'alignement des praticiens, non seulement aux exigences de production, mais aussi aux recommandations de certaines organisations spécialisées (p. ex. : Cancer Care Ontario, QSSO) :

So I am really focused on my patients, but then, I'm also asked to do the cancer program which: « Okay, fair enough, I'll go to the meetings. » I mean if they carve out the time for me, I'll go to the meetings and bring back information and bring to the meetings information about what we're doing. (whispering) But my focus is the patients. And what else do they want me to do? Then, it's our professional duty to make sure that all our policies are in place. So we also do

education to each other and I'm supposed to spend time putting together [...] to dig out all the policies and make sure it's [practices] safe for our patients, that we're handling that [particular pathology] situation correctly. So we got to come up with the standard, right? What's the current on-going standard? So then I got to do that, but I find that stressful!

Chercheuse: Can you negotiate time to perform these activities?

Well, the thing is we are already being told that we have more administrative time than a lot of other places. [...] The problem is [the manager] counts it [administrative time] from [this hour to that hour], but oftentimes my patients are still here, so that doesn't count [as administrative time] for me (IP20, CDIP, 276-300).

Certaines IP de cette étude perçoivent la composition, la structure et le financement du système de santé comme des facteurs d'influence qui préservent une philosophie entrepreneuriale des soins axée sur la réduction des coûts en santé. Selon une participante, ce contexte contribue au succès et à la pérennité de la profession médicale et, selon une autre, à la stagnation de la profession de l'IP, en dépit de l'augmentation graduelle de son champ d'exercice – bien que ce dernier se rapproche de plus en plus de celui de la profession médicale :

These [politics and economics] are the things that influence and maintain the power inequities. [...] Budgets are bad for that [rigid structure]. When you're frugal and you keep your budget, it's almost like you're penalized [losing money over the next year]. [...] The whole system is set up to support the doctors, that's the whole system is collaborating with them, or in cahoots with them... All is set up to support them (IP17, CSC, 589-593, 633-635 et 1151-1154).

On a des objectifs : ça vous prend tant de patients par jour puis... C'est toute la question du temps que tu prends avec le patient. L'approche [de l'IP] devrait être différente, mais finalement, il n'y a plus de différence, là. Tu deviens du *cheap labour*. Tu fais la même chose que les médecins, mais tu es moins payé. Tu deviens très intéressant aux yeux du gouvernement parce que tu te dis : « Donc, on a créé le rôle, bien oui, il coûte moins cher, puis ces IP font la même chose [que les MD]. » (IP7, ESF, 765-791).

De façon probablement paradoxale, les IP qui œuvrent dans un modèle où elles peuvent pratiquer à titre de fournisseuses principales ou selon un champ de pratique étendu comparent fréquemment leurs conditions de travail à celles des MD. En CSC, cette comparaison est particulièrement remarquable puisque plusieurs participantes en CSC disent être opposées au rôle

de fournisseur principal, qu'elles désignent comme un « rôle de médecin ». Il semblerait que, devant investir ce rôle en CSC et en CDIP, ces IP prévoiraient alors une reconnaissance financière comparable à celle attribuée aux MD.

Les participantes de tous les milieux font état de la dissonance identitaire que génère le rationalisme économique qui, à leur avis, les amène à devoir constamment prouver leur travail par le biais de la quantification de leurs activités, quantification qui capte mal l'ampleur et la valeur de leur travail quotidien. Par exemple, des documents institutionnels analysés indiquent que sont recueillies des statistiques portant sur le nombre de patients évalués par jour et sur l'ordonnance d'examens préventifs prévus par le Ministère. Or, en rencontre d'équipe, les IP énoncent à maintes reprises que ces données ne cernent pas les plus fins détails de leur performance et de leurs pratiques professionnelles, notamment la PIA, la collaboration et la qualité des soins.

Une majorité d'IP interrogées évoquent l'idée que leur performance est surveillée. Ces dernières font souvent référence au fait que, au-delà des statistiques, les partenaires utilisent les horaires et les DME pour juger de leur performance selon un critère de temps (p. ex. : durée des rencontres avec les patients, nombre de patients mis à l'horaire). Certaines y voient un risque puisque, pour elles, les actants que constituent ces outils de travail ne reflètent pas fidèlement la complexité de leur pratique. Selon une participante, ils peuvent même prédisposer les IP à se faire microgérer par les autres membres de l'équipe :

They [MDs in FHT] wanted stats. [...] I would meet them about stats, but, if I recall correctly, it was mainly that they were starting to micro-manage me, and [they were looking at] the schedule... That was the biggest thing (IP20, CDIP, 186-189).

Lors de nos séances d'observation, l'impératif de performance est souvent rattaché à des enquêtes de rendement (voir section 5.2.2.2) qui, en plus de mobiliser une gamme de ressources,

remettent en question les rôles et les pratiques des IP et des membres, et créent ainsi de vives discussions entre les partenaires (MD, IP, gestionnaires, IA) durant les rencontres d'équipe.

En faisant référence aux exigences de production, certaines IP recourent aux concepts de « production industrielle » et de « chaîne de montage » pour décrire la manière dont elles transforment leurs pratiques professionnelles et les relations thérapeutiques avec les patients :

There's not a huge therapeutic relationship. You're not making a huge impact when you see patients on this assembly line, just one after the other, never the same person (IP14, ESF, 676-678).

Pour la plupart des IP, les exigences de production provoquent une dissonance identitaire. Pour de rares IP, ces exigences les prédisposent à percevoir leur efficacité et leur contribution comme « satisfaisantes » :

C'est une autre affaire : ils [MD] ne voient pas les statistiques et ne comparent pas avec les autres places. Notre performance est meilleure que le LHIN [régional]. On se compare, là, les ESF, on a un rapport annuel [colligé par la QSSO et un organisme subventionnaire où est inscrite la performance des différentes ESF/régions]. On est égal ou supérieur dans bien des points (IP9, ESF, 643-660).

Les rapports annuels de qualité, accessibles aux professionnels, semblent façonner la perception de la performance des IP et des autres membres de l'équipe. Il s'agit d'un bref moment où les caractéristiques individuelles des modèles et des praticiens sont oubliées. Pour l'IP9, la comparaison des performances sur le plan régional l'enchanté puisque cela la positionne de façon avantageuse. En contrepartie, d'autres IP ont manifesté des inquiétudes alors que leur milieu d'embauche se situait au bas de l'échelle.

Gestion clinique

La gestion clinique est une structure gouvernante qui a des répercussions sur les expériences d'intégration des IP et, ultimement, sur leur identité professionnelle. Nous avons remarqué que, lorsque la gestion clinique des milieux sollicite peu l'avis des IP, qu'elle repose

sur des intérêts et des buts divergeant de ceux des IP ou encore qu'elle contrecarre leur autonomie et leur pouvoir décisionnel, les IP sont plus à même de percevoir cette gestion comme un obstacle à leur intégration. Nos participantes décrivent alors une administration « fermée » ou « stérile », un « environnement toxique » ou bien comme générant une « famille dysfonctionnelle » pour illustrer leurs propos :

On n'a pas le droit de toutes les décisions, puis il n'y a pas de consistance. Des fois, on peut faire certaines décisions, puis il y a d'autres fois où on va être réprimées pour certaines décisions; autant que d'envoyer des courriels à l'interne, autant que de dire qu'on est prêt pour tels programmes... Fait que c'est des doubles messages, alors on sait jamais si on doit aller de l'avant ou pas, parce que des fois ça passe, des fois ça ne passe pas (IP15, ESF, 23-39)!

We [NPs and MDs] all also felt like that management has the power and their ideas and that « this is the way things are ». [...] So it's kind of like « toxic environment », I mean luckily we're [NPs and MDs] all on the same page (laughs). [...] We're all in it together in that sense, but it's still frustrating for everybody (IP14, ESF, 1352-1364)!

C'est dans l'agrément qu'on dit que les [procès-verbaux] du CA devraient être affichées publiquement, ce qu'ils font, mais ils mettent un titre qui a proposé et qui a appuyé, mais pas de texte. L'administration, c'est stérilisé. Quand tu poses des questions, tu n'as pas vraiment de réponses. C'est peut-être mieux pour le bien-être de tous. [...] On dirait que quand ça vient d'en haut, c'est vu comme vrai et transparent, et c'est automatiquement implanté en bas. Ça descend d'en haut par des réunions, des courriels, des communications au personnel, la planification stratégique (IP13, CSC, 103-119).

Plusieurs participantes attribuent de tels qualificatifs à des milieux qui fonctionnent selon des processus décisionnels « secrets » (IP20), « en cachette » (IP7 et IP9) ou encore à « portes fermées » (IP9 et IP20). Ces termes forts ont été le plus souvent utilisés par les IP des ESF, par quelques IP des CSC et par très peu d'IP en CDIP. (On se rappellera qu'en CDIP, les IP forment elles-mêmes la structure gouvernante de la clinique.)

Collaboration interprofessionnelle

De rares IP ont reconnu la collaboration comme ayant la capacité de s'imposer et de gouverner et, donc, de soulever une certaine dissonance identitaire, compte tenu du risque qu'elle constitue pour leur crédibilité et leur intégration. Nous en tenons compte puisque cela se manifeste comme une controverse à laquelle nous ne nous attendions pas. Quelques IP témoignent que certaines formes de CI (p. ex. : mentorat, délégation, consultation) créent des dénivellations hiérarchiques entre les professions qui fragilisent les relations interprofessionnelles et l'identité des IP :

When I started out as a nurse, I had lots of senior nurses and I had a manager who would also give me guidance. I think in any sort of discipline you should have that, and I really don't think that you should be ungrateful to what I've learned from other disciplines. But I think as a discipline, we have to take responsibility for supporting and educating our own. We can't put that onto another discipline: that's maintaining that paternal relationship with medicine (IP17, CSC, 515-522).

They [MDs] keep expecting us having to prove and ask permission. They want us to ask permission because when you ask permission it maintains superiority. Do you know what I mean? If you never ask... They don't like a nurse practitioner who never has to consult with them (IP17, CSC, 409-418).

Dans certains cas, la collaboration perpétue un certain paternalisme médical. Cette dynamique peut aussi être renversée lorsqu'on demande à des IP d'offrir des séances de formation aux autres membres de l'équipe (p. ex. : éducation interprofessionnelle), compte tenu de leur rôle d'éducateur prévu à la PIA. Cette demande peut être dissonante lorsque les IP n'ont pas l'impression d'avoir des ressources (temps) et une expertise particulière à offrir à leurs collègues interprofessionnels, et ce, même si ces dernières sont censées détenir une expertise distincte des autres professionnels. La CI peut s'avérer une structure gouvernante pour les IP, dans la mesure où elle peut mener à des demandes particulières qui sont dissonantes pour elles :

Quelqu'un a proposé des [heures de repas où les IP donnent de la formation]... C'est de présenter sur un sujet quelconque sur l'heure du dîner. [...] Moi, je n'en ai pas fait. Je vais te dire bien franchement, c'est parce que je n'ai pas l'impression que je suis experte en quelque chose : de quoi je vais vous parler ou qu'est-ce que je

connais? [...] Ça [cette proposition de donner des formations] a été dit à voix haute. Une IP qui travaille à temps plein a répondu qu'elle n'a pas le temps de faire ça! Ça a été répondu : « Bien, ça fait partie de votre rôle aussi. C'est de la recherche, du transfert de connaissances. » [IP] « Oui, O.K., mais... on a-tu du temps de plus pour ça? » [...] Ça a été fortement proposé par une diététiste et appuyé par le gestionnaire qu'il fallait qu'on le prenne [temps] (IP18, CSC, 818-822 et 835-843).

Cette perception de manque d'expertise joue dans la disposition de certaines IP à s'engager dans des activités de CI, même quand celles-ci se prêtent à la valorisation de leur rôle au sein de l'équipe et à l'aplanissement des relations hiérarchiques que déplorent justement ces participantes. Dans le dernier extrait, on peut remarquer que la CI gouverne parfois les mandats impliquant les IP, de telle sorte que le collectif en arrive à décider *pour* l'IP.

La collaboration, avec ses outils, ses configurations et ses processus, gouverne le droit de parole des IP au sujet de leur position dans ces milieux et des enjeux qui les touchent. Des choix (p. ex. : formalisation des PC) et des permissions (p. ex. : inclusion d'IP à certaines tables de négociation ou rencontres) affectent l'intégration et la négociation du rôle des IP, ce qui influence leur identité.

À cet effet, certaines participantes remarquent que la présence de certains gestionnaires et de structures de soutien facilite certaines formes de collaboration, comme la coopération, lesquelles sont centrales à leur intégration et à l'acquisition d'une identité professionnelle :

La culture était vraiment différente. On avait plus une approche de concertation puis de consensus... Le fait qu'on soit impliqué directement dans tout. Puis [gestionnaire] croyait que notre bien-être et notre bonheur allaient transparaître dans les soins qu'on donnait. Il croyait vraiment que la rétention était la clé du succès pour que l'organisation fonctionne. Il répétait à chaque rencontre que « la culture, c'est important... Quand il y a un conflit, de se parler, de résoudre. » Des fois, il y a des accrochages, des petits conflits. Il essayait tout le temps de régler ouvertement puis il était très transparent ou très ouvert... Maintenant, on est plus dans un milieu fermé : on apprend les décisions, on n'est pas au courant du processus, des règles. Des nouvelles directives sont dites, mais, finalement, la marge de manœuvre pour nous... Tu peux donner ton opinion, mais le processus est implanté pareil! Ça fait des flammèches (IP9, ESF, 16-38).

La collaboration en SSP pourrait aussi être un moteur stratégique pour faire endosser l'intégration des IP, des professionnelles autonomes capables de franchir des territoires jusque-là médicaux, et pour assurer la responsabilisation des partenaires impliqués – faisant encore ainsi de la CI une structure gouvernante :

I wonder if this talk about collaboration is not a whole political move so that doctors don't get really pissed off about this other provider coming in who can be autonomous (IP17, CSC, 1137-1139).

Cette section nous a permis de réaliser qu'un des contrecoûts de l'intégration et de la négociation du rôle des IP est l'émergence de dissonance identitaire. Cette dernière apparaît lorsque les soins aux patients et les structures gouvernantes (exigences de production, gestion clinique et CI) ne concordent pas avec leur valeur morale ou les réalités cliniques.

5.3.3. Sentiments d'incertitude/d'incompétence

Des sentiments d'incertitude et d'incompétence sont manifestes dans les propos des praticiennes. Ils résultent de l'articulation de nombreux aspects imprévisibles (instables, dirait Latour) qui composent la pratique de l'IP ainsi que d'attentes déçues chez de nombreuses IP participantes dans tous les milieux de soins à l'étude : modifications aux normes de pratique, entités-patients, collaborateurs, diverses formes de CI, configurations des cliniques, exigences de rendement, guides de pratique clinique, outils technologiques, etc.

Les sentiments d'incompétence seraient plus aigus à la suite de la transformation de la norme d'exercice, tout particulièrement chez les IP formées bien avant le changement de la norme. Les IP ont perçu ce moment comme une perte de repères (cliniques, identitaires) et de certitude, nonobstant leur niveau de préparation, de confort ou de satisfaction quant à l'expansion du champ de pratique :

[The 2011 transition to expanded scope] It's had its challenges certainly, because when I took the NP program, our education was not about putting someone on a

blood pressure pill and so all of that is very new. And so I am facing it, a lot because I have, primary care, but so my comfort level is increasing. But even, it's something I have to look at, like I can't just do it like that, like birth control. You know we could renew birth control and prescribe it, so that I had no problem, but now our scope is so huge and we've never really been educated along with that. So, we have great resources and we have UpToDate and things like that, so I'm on those a lot! It takes time and then once you develop a comfort level, then you know, those things are easy, but it takes time.

Chercheuse: Now three years into that change, how is it?

It is a lot and there's not only... you're not always dealing with those things. Like some things are new and then, if you've never done it before, you're researching or asking your fellow, the other NPs or consulting [with MDs] as well. If your comfort level isn't there, right? But there's such limited consult time so it's really challenging. That's probably the biggest challenge (IP1, CDIP, 87-110).

Dans cet extrait, le sentiment d'incertitude semble être influencé par la multitude de changements amorcés par la transformation de la norme d'exercice. Il s'exprime par un discours réactif suivant des bouleversements en matière de CI avec les MD, d'entités non humaines (outil UpToDate, molécules pharmacologiques), de gestion des rôles professionnels, d'autonomie, de compétences, de nouveauté, d'exposition aux conditions de santé, de temps, etc. Les sentiments d'incompétence seraient fortement liés à l'imprévisibilité et aux fluctuations du réseau des SSP.

La spécialité des SSP peut aussi contribuer aux sentiments d'incertitude et d'incompétence des IP interviewées. Une majorité d'IP désignent les SSP comme une vaste spécialité au sein de laquelle elles n'ont pas toujours eu la chance de se socialiser dans le cadre de leur formation ou de leurs expériences cliniques, et au sein de laquelle émergent de nouveaux savoirs, pathologies et expériences avec les patients, des processus biopsychosociaux particuliers, etc. Cette imprévisibilité, qui constitue la zone grise de la prestation des SSP, limite les sentiments de certitude, d'efficacité et de compétence des participantes :

You're never going to know it all and knowledge is changing so quickly. So, what could be considered first treatment five years ago might not be now. [...] It's about knowing your own boundaries and limits. [...] You're the one deciding: « Am I going to give this baby or this child antibiotics? » You decide and you go with it and you learn (IP17, CSC, 1701-1713).

Plusieurs participantes confient que le développement de sentiments de confort et de contrôle nécessite du temps. L'IP1 ci-dessus semblait d'ailleurs toujours devoir s'adapter à sa nouvelle réalité de pratique, et ce, même dans un modèle où la responsabilité d'un rôle élargi est pourtant attendue et voulue d'elle.

Dans les propos des participantes, la reconstruction identitaire suscitée par ces transformations est souvent ancrée dans un discours de « lacunes » individuelles et/ou dans les programmes de formation des IP. Plusieurs notent une inadéquation entre, d'un côté, leur formation et leur bagage expérientiel et, de l'autre, le champ de pratique étendu. Elles évoquent des outils de soutien à la pratique (p. ex. : UpToDate) comme permettant un rattrapage des connaissances manquantes. Cette impression de déficit, fortement internalisée au fait d'« être mal préparée » pour assurer un rôle élargi, mène même certaines à juger certaines attentes envers les IP comme un bris à la sécurité des patients :

Je ne suis pas médecin, je suis IP. [...] Je ne pense pas que c'est ma job d'avoir en charge une clientèle complète... Pas moi, pas pour moi. Je ne trouve pas que c'est sécuritaire, honnêtement (IP12, CSC, 340-350 et 352-385).

De rares participantes ne perçoivent pas de lacunes personnelles, jugeant plutôt que l'objectif de la formation initiale visait davantage une pratique débutante sécuritaire :

[Le changement du champ de pratique] m'a fait encore plus réaliser que tu ne peux pas tout connaître, tu sais? La loi a changé, tu ne l'as pas vu dans tes cours du tout (IP7, ESF, 636-659).

Certains phénomènes moins apparents participent au discours d'inadéquation des praticiennes, phénomènes qui ont été abordés dans la section 5.3.1.12 sur le rôle de superIP, par exemple : délégation attribuée par la norme, interprétation des milieux et risque associé au refus de déployer un rôle élargi. Ces discours ont pu tendre à la perception d'inadéquation des IP et ainsi à leur transformation identitaire. Par exemple, durant les rencontres d'équipe, les

gestionnaires présentent souvent l'IP comme une solution aux déficits du système, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité et à la pénurie du personnel médical, en soulignant ses bienfaits pour la population. Ces discours créent un climat propice à l'attribution aux IP de la responsabilité de cohortes complexes. De fait, des participantes ont mentionné que certains collègues médicaux leur proposent maintenant de se « faire confiance », « d'aller de l'avant » et de pratiquer selon la totalité de leur champ. Pour ces MD, le rôle élargi des IP pourrait être une porte de sortie pour se dégager des dérangements que suscitaient les fréquentes consultations des IP. Tous ces discours à visée positive transforment des « possibilités », créées par la nouvelle norme, en « devoirs », dans la mesure où des pratiques étendues, décrites par la norme comme des potentialités, sont interprétées comme des mesures bienséantes pour tous et des impératifs incontournables auxquels les IP doivent se soumettre :

The blood pressure meds, for instance. It now became your responsibility to know if you were starting something, which one and why... and which one was best, and... Whereas before we would have gone in consult [with the MD] and said: « Okay, here's the sustained elevation in readings, where do we go? » And they [MDs] would choose (IP5, CDIP, 284-314).

Une approche foucauldienne prônerait que, bien que certains discours aient des visées nobles (en apparence), certains provoquent l'effet contraire. Les effets de ces changements et de ces discours nécessitent de nouvelles négociations : une négociation qui relève non plus d'une sphère collective d'un groupe d'IP balisées jusque-là par des listes de médicaments, des circonstances cliniques, des pathologies prédéfinies, etc., mais d'une sphère individuelle, selon les connaissances, les compétences et le jugement d'un individu. L'IP6 illustre ce phénomène en déclarant que « c'est à nous-mêmes de mettre les limites ».

Durant cette thèse, nous avons vu plusieurs autres contextes qui fragilisent le degré de perception de compétences/de certitude, par exemple des fonctions imposées aux IP qui ne

respectent pas les ententes entre les partenaires et la moralité des pratiques professionnelles (p. ex. : investigateur des pratiques) ou des attentes imposées aux IP au regard de l'efficacité d'un système, alors que ce dernier doit reposer sur la cohésion et sur la participation d'un collectif entier. En ESF, la gestion des programmes de MC par les IP s'est avérée un élément perturbant à leur intégration et à la négociation de leur rôle dans ces milieux :

There was [few dozen] patients in the program when I started and there's [several hundreds] now. [...] To have this instant, like, zero to [several hundreds] is crazy! No program progresses like that! It really is something that just builds over time, over time for me and my comfort level, over time for the physicians knowing about the program. [...] So it takes a long time to work out at all these little details and again [it] cannot be worked out by just me. If we're going to do screening, well the doctors need to say: « Are you fine with me sending requisitions in your name? Are you going to book all these patients? » You know, if that's not going to work for them, there's no point in me having this idea. There needs to be conversation. But the physicians here don't really want to do anything with the chronic disease management programs either, they're not interested in volunteering their time to talk about a program management. [...] Because it would be on their lunch or they would have to block some of their appointments, which they don't want to do! And some physicians feel in the literature that chronic disease programs don't make a huge difference. So they don't even buy into it (IP14, ESF, 1139-1166).

Plusieurs éléments mettent donc en péril le succès des programmes pour lesquels les IP sont mises en charge, des éléments indépendants de leur volonté qui compliquent leur capacité à remplir leurs responsabilités dans l'organisation et qui mènent à la remise en question de leurs compétences :

- Difficulté de recrutement et de rétention des patients (certains connaissent peu le rôle de l'IP, d'autres ne souhaitent pas être évalués par un fournisseur secondaire);
- Manque de recommandations des patients par les MD (certains boycottent les programmes pour diverses raisons qui ne sont pas toujours connues des IP, d'autres manquent de connaissances sur les programmes existants, d'autres considèrent la recommandation comme un travail additionnel, d'autres mettent en doute les bénéfices des programmes);
- Programmes qui ne suivent pas les intérêts réels des patients (les programmes sont le plus souvent institués selon des besoins populationnels déterminés par le Ministère, qui offre parfois des primes aux MD pour assurer la conformité);

- Perte de compétences en gestion de maladies chroniques par les médecins demandeurs, qui réduisent ainsi leurs recommandations aux programmes;
- Manque de précision quant aux cibles à atteindre auprès des populations prises en charge;
- Manque de ressources pour évaluer tous les patients et pour assurer leur suivi.

Les sentiments d'incompétence et d'incertitude constituent des contrecoups de l'intégration et de la négociation du rôle des IP en SSP. Pour contrecarrer ces sentiments, les IP mettent en œuvre une foule de mécanismes leur permettant de stabiliser leur pratique et leur identité (voir section 5.3.6).

5.3.4. Glissements discursifs

Au cours d'une même entrevue, de nombreuses participantes nuançaient la teneur de leur discours selon les thèmes abordés. L'analyse des transcriptions reflète un glissement discursif chez certaines, notamment en ce qui a trait à leur approche aux soins, à leurs sphères d'action, à leur vision quant à l'appartenance des patients à un fournisseur de soins et à leur autonomie professionnelle.

Durant les entrevues, le discours d'une majorité d'IP passait fréquemment de l'approche centrée sur les patients et de l'approche infirmière vers une perspective centrée sur la performance des systèmes (une approche qu'elles venaient parfois tout juste de critiquer) :

So why use our resource and our time [to teach chronic disease patients] when I could see another episodic patient and get them in and out and get them access to care? Why not send them to the hospital [to an outpatient chronic disease program] to have as much education? [...] It's not a good use of services (IP10, ESF, 367-387).

Le gestionnaire voulait que je fasse des groupes. [...] Bien, moi, le rôle de l'infirmière praticienne, c'est vraiment : tu suis ta clientèle. Ce n'est pas de faire des groupes d'enseignement... Oui, il y a de la prévention à faire, on a de l'enseignement à faire, mais, moi, je le fais au travers de mes suivis avec mes clients. Je ne commencerai pas à monter des groupes [communautaires] : il y a déjà des infirmières qui le font. [...] On n'est pas pour dédoubler les services. Je veux dire, maintenant, je suis rendue à un stade où j'ai appris à faire d'autres choses, alors je vais le faire (IP8, CSC, 65-81 et 103-142).

[Advanced access appointments] I may only assess that specific problem. I would not assess them [patients] holistically, I wouldn't, not that I don't, but I mean, it's not the focus, right? I wouldn't be renewing their medications... It would be a bit more of a systems-focus: « Oh, you've got back pain, you've got a bladder infection, you've got a whatever. » I'm dealing with this, and follow up with your most reliable provider about your other issues. [Otherwise] This is going to take me 1 hour and not 20 minutes (IP21, CDIP, 334-358).

Les priorités apparentes de « faciliter l'accès aux soins », d'éviter les « dédoublements de services » et d'augmenter l'efficacité suggèrent que ces participantes auraient, au cours de leur parcours d'intégration, intériorisé des discours provenant d'autres registres (managériaux, bureaucratiques), comme ceux de l'accessibilité et du rendement organisationnel. Dans ces discours, il est important de noter que les besoins et désirs des patients, de même que l'impact des soins sur ceux-ci, ne sont pas soulevés par les IP, même si, à d'autres moments dans les entrevues, les IP évoquaient l'importance de ces éléments pour leur pratique. Dans une perspective foucaldienne, ce constat suggère que le discours axé sur l'efficacité, sur la performance et sur l'accès amélioré est un discours dominant avec lequel un discours de PIA peut difficilement rivaliser. De fait, comme en ont témoigné les résultats de cette étude, un glissement discursif s'est opéré sur le plan des sphères d'action qui sont dévolues et investies par les IP.

Nous avons relevé la disparition des notions de développement communautaire, le dépouillement discursif liant l'IP au domaine inclusif des SSP ainsi que le manque d'harmonisation de la PIA avec les orientations et philosophies des milieux. En général, les rôles et fonctions des IP sont subordonnés aux soins directs, qui s'allient davantage à un espace curatif. Selon nos observations, les IP peuvent investir des fonctions « supplémentaires », si elles ont le temps et pour autant qu'elles se soient d'abord acquittées de leurs tâches prioritaires, donc de manière à ne pas perturber les indicateurs de performance. Plus le rôle de l'IP se conforme à

ces impératifs de performance, moins il semble avantageux pour les IP et les milieux d'incarner l'ensemble des aspects de la PIA (notamment ceux qui sont complémentaires à une approche de SSP), et plus cette pratique est en contrepartie oubliée. Tout cela crée un certain discours et une certaine réalité au sujet de l'IP et de sa PIA qui sont cristallisés dans le fonctionnement du milieu et qui sont donc difficiles à remettre en question. Il n'en demeure pas moins que certaines participantes illustrent de la dissonance créée par une pratique qui tend à se dissocier du bagage infirmier. Un glissement discursif s'est aussi opéré sur le plan de la perception des IP quant aux rapports thérapeutiques avec les patients des SSP.

Nous avons relevé que la dynamique créée par le discours sur le fournisseur principal de soins peut être à l'origine des territoires professionnels qui se dessinent autour des patients. Cela mène à un décalage discursif des IP en entrevue qui oscillent fréquemment entre les expressions « mes patients » et « ses patients ». Un glissement discursif s'est aussi opéré sur le plan de la perception des IP quant à leur autonomie professionnelle et à leur capacité d'effectuer des choix.

Il semble en effet y avoir un décalage discursif au regard du pouvoir décisionnel et de l'autonomie des IP au sujet de leur rôle. Par exemple, certaines participantes en ESF suggèrent que leur rôle (de fournisseur secondaire) provient d'un *choix* qui leur est propre :

I would choose to not be the sole responsible provider. [...] We don't have the clinical experience coming out of school (IP10, ESF, 304-311).

Pourtant, nous avons vu que le rôle de fournisseur secondaire est imposé par les structures d'enrôlement des clientèles en ESF, lesquelles s'inscrivent sous un médecin traitant. D'autres IP en ESF notent au contraire que leur positionnement va au-delà de leur volonté propre. Celles qui exercent selon un rôle élargi (plus près d'un rôle de fournisseur principal) indiquent que ce sont plutôt les besoins populationnels ou encore les désirs de l'équipe médicale traitante (à concéder/déléguer certaines tâches) qui mènent à la négociation de la prise en charge

des patients dans ces milieux. Ces discours, parfois paradoxaux pour des IP d'un même établissement, peuvent être dus aux contextes de possibilités qui leur sont attribuées, directement ou non : certaines IP obtiennent un élargissement du rôle par la délégation informelle qu'un MD fournisseur de soins leur concède, d'autres IP usent aussi de stratégies d'adaptation ou de résistance, d'autres encore optent pour un modèle de prestation des soins qu'on leur décerne.

Enfin, les glissements discursifs repérés dans les discours des IP ont été mis en contexte avec les discours dominants qui circulent dans les milieux des SSP. Certains discours rivalisent, se butent à des contraintes, et certains sont même discrédités : c'est le cas notamment de l'approche centrée sur le patient, de la qualité des soins, des différents axes de la PIA et des approches communautaires. La compétition des discours et la disparition de certains représentent des contrecoups à l'intégration et à la négociation du rôle des IP.

5.3.5. États émotionnels et souffrances

Les IP de cette étude ont exprimé une gamme d'émotions positives et négatives durant les entrevues concernant certains thèmes portant sur l'intégration et la négociation de leur rôle. Nous avons structuré les prochains paragraphes autour des sujets suivants : administration, norme d'exercice, CI, rôles professionnels, entité-patient, espaces physiques et statut social/reconnaissance publique.

5.3.5.1. Envers l'administration

Les IP ont évoqué plusieurs ressentis lorsqu'elles se sont exprimées au sujet des CA, des gestionnaires et des pratiques administratives propres à leur milieu de travail.

Des comptes-rendus de réunions (p. ex. : procès-verbaux) au contenu flou et vague peuvent susciter frustrations et désengagement chez certaines IP qui les interprètent comme des processus non transparents. L'écoute et la promptitude d'intervention d'un CA confèrent aux IP

(p. ex. : en CDIP) des liens plus étroits avec leur IP gestionnaire et leur CA, liens qui se traduisent aussi par des sentiments d'importance, de la confiance et une perception de cohésion dans les décisions qui sont prises – le plus souvent en concordance avec leur perspective. Un appareillage plutôt indéterminé et complexe d'une structure administrative (qui sont les décideurs, leurs fonctions, le moment et le contenu des rencontres, les modalités de financement) et l'inaccessibilité des procès-verbaux des CA génèrent des sentiments d'incertitude importants chez les IP (p. ex. : en ESF). Dans ces milieux, le manque d'inclusion des IP dans les décisions administratives, qui touchent souvent leur pratique clinique, est vécu comme un manque de concertation, de respect et de représentation des volontés et intérêts des IP. Cela affecte leurs possibilités de négociation, qui peuvent être quasiment inexistantes dans certains milieux :

C'est un milieu fermé : on apprend les décisions, on n'est pas au courant du processus. Les règles et les nouvelles directives sont dites, puis, finalement, la marge de manœuvre pour nous [est limitée]. [...] Tu peux donner ton opinion, mais le processus est implanté pareil! [...] C'est une culture d'entreprise. [...] Par exemple, au Tim Hortons, tu punches puis tu n'as pas ton mot à dire et c'est comme ça. [...] [Un directeur] trouvait important qu'on ait un mot à dire en termes de relations, vis-à-vis de notre horaire, notre approche avec les patients, la collaboration interprofessionnelle... la hiérarchie (IP9, ESF, 32-35 et 48-51).

La présence des IP peut toutefois générer la confrontation de différents positionnements philosophiques tendant à créer des conflits ou, à l'inverse, à donner naissance à l'évitement. Le bagage d'expérience des gestionnaires est parfois à l'origine des inquiétudes des IP quant à se faire bien comprendre et représenter aux instances supérieures.

Concernant les pratiques locales, les participantes relatent diverses situations qui témoignent d'inégalités entre les professions en SSP et qui créent des frustrations, notamment au regard d'écarts salariaux malgré des charges de travail dites identiques, de l'attribution d'un plus grand soutien à la pratique médicale et de l'inégalité des gouvernances et des systèmes de rémunération (primes aux MD). D'autres participantes envisagent ces inégalités comme un

moindre mal puisqu'elles s'intéressent davantage à développer des relations significatives leur permettant de mieux s'intégrer. Selon les propos recueillis, il y a de grandes variantes dans la latitude professionnelle des IP et, donc, dans la satisfaction de celles-ci.

5.3.5.2. Envers la norme d'exercice

Le changement de la norme a suscité – et suscite encore – une gamme d'émotions chez nos participantes. Ces émotions varient selon les caractéristiques personnelles des IP, mais aussi selon leur contexte d'intégration respectif. Pour les IP qui identifiaient certaines difficultés de pratique avant le changement (manque de CI, pratique qui n'évolue pas avec leur expérience), l'élargissement de leur rôle semble leur avoir donné un droit valable d'autonomisation professionnelle, suscitant ainsi plus d'acceptation et de satisfaction. D'autres ont l'impression d'être « mal préparées » au regard de nouvelles formulations de pratique en évoquant des risques à la prestation des soins (auparavant plus partagés par les MD). Une autre IP a l'impression de devoir « gérer complètement seule » (IP12, CSC).

L'annonce de l'élargissement du rôle et la période qui a suivi ont été des moments anxiogènes pour la plupart des IP interrogées, tous milieux confondus. Ces IP expriment certaines désillusions en rapport au soutien qu'elles auraient souhaité avoir de la part des associations professionnelles et des milieux durant cette transition. Dans les milieux, elles auraient espéré avoir l'occasion de s'exprimer en groupe au sujet de leur rôle, de leurs joies et de leurs difficultés, mais aussi afin d'obtenir des conseils et des outils qui optimiseraient leur intégration :

A chance to get together [with other NPs], to talk together, to solve certain problems together, to make an agenda... It rarely happens! There's always something that takes precedence over. It's very, very, very rare it happens. [...] But we [NPs] could share things together that we have picked up: new resources, new this, new that (IP11, CSC, 1391-1413).

Pour les IP, le changement de la norme d'exercice a constitué une déstabilisation significative durant leur parcours d'intégration. Son acceptation dépend de plusieurs facteurs, notamment des ressources internes et externes des IP. Ce changement a créé de l'appréhension pour certaines et des espoirs pour d'autres vis-à-vis de leur potentiel émancipateur. Nous verrons que les participantes expriment d'autres émotions, cette fois par rapport à la CI.

5.3.5.3. Envers la collaboration interprofessionnelle

Les IP de notre étude détiennent une perception d'une « bonne » ou « mauvaise » collaboration, selon la configuration que prennent les éléments qui composent la CI et notamment selon la façon dont ceux-ci s'harmonisent ou non avec leur pratique et leur valeur morale. La bonne collaboration suscite l'espoir des IP puisqu'elle facilite leur intégration, leur continuation et leur satisfaction au travail, et qu'elle affermit leur identité professionnelle. La bonne collaboration est davantage évoquée en rapport aux partenaires non médicaux, avec lesquels les IP estiment avoir des rapports satisfaisants. La réciprocité relationnelle est une attente qui atteste d'une bonne collaboration, dans laquelle le partenaire démontre son engagement et la valeur qu'il accorde à sa relation avec la praticienne. Dans certains cas, les attentes et les espoirs liés à la CI, fondés sur plusieurs discours (professionnels, ministériels) qui vantent ses bienfaits pour la qualité des soins, s'avèrent être déçus, particulièrement au regard des interactions des praticiennes avec les MD.

La perception de mauvaise collaboration avec les MD peut être modulée par plusieurs éléments, par exemple : processus cliniques, espaces physiques, statut d'emploi, éloignement géographique, incitatifs financiers, hiérarchies et philosophies de soins. Un manque de collaboration entre IP et MD amène certaines d'entre elles à se sentir insatisfaites et, dans certains cas, plus près de l'épuisement professionnel, particulièrement en CDIP, où la prise en

charge des patients orphelins s'avère lourde, ou encore quand les IP estiment que l'attribution de leurs patients n'est pas conforme à leurs compétences. Quand la collaboration avec les MD est fructueuse, les IP se disent être « chanceuses »; une expression révélatrice, car elle laisse entendre que la CI peut être difficile à trouver et qu'elle ne caractérise pas tous les milieux de soins. Les IP reconnaissent le plus souvent la CI comme un outil de pouvoir qui est susceptible de « déranger » et d'être « forcé » auprès des partenaires :

If you're being forced to collaborate, then perhaps it's disruptive (IP21, CDIP, 226-227).

Les partenaires qui possèdent une « bonne personnalité » (ceux qui sont « gentils ») se retrouvent quant à eux avec une plus grande part de responsabilité pour que la collaboration fonctionne et que l'intégration du rôle de l'IP réussisse. Dans le cas contraire, les IP elles-mêmes sont appelées à compenser les manques dans la collaboration, et ce, en surplus de leur charge normale de travail, d'où les propos de certaines qui se disent débordées :

[Another NP's name] will come knock on my door or phone me nearly always before [consulting with her collaborating MD] (laughs). So that's another thing. I totally don't mind. I totally don't mind. I know how important it is to have somebody you can... But it just means that all those little extra things, they nearly all end up in my office on my lap, quite truthfully. That's the truth of it (laughs). So I'm swamped often, I'm swamped (IP11, CSC, 285-292)!

La CI appelle la mise en commun d'arrière-plans professionnels, philosophiques et éducatifs divergents qui peuvent compliquer la communication, la compréhension des phénomènes et la collaboration entre membres de l'équipe :

Do physicians collaborate? Physicians don't collaborate. They refer. [...] It's not your patient. I think the problem is dominance and power and also work structures... and boundaries too (IP17, CSC, 398, 401-402 et 403-407).

Outre l'incertitude et le sentiment de lourdeur du travail, le manque d'accès à une pratique collaborative avec les MD génère d'autres effets troublants :

Dr. [name] comes in once a month. And then we're [NPs] all lined up to talk to him (laughs)! So I have usually like ten questions for him – ten patients... So he comes rushing in late because he's so spread out! I've got a full afternoon. So somewhere between one or two patients, I have to rush down there, see if he's available. I have to say: « Okay, I've got 5 minutes, you have 5 minutes, let's do it. » It's awful! It's awful, in the sense that it's pressure, pressure, pressure, pressure, and I don't even get time to chart what he tells me and I chart it a week later (IP20, CDIP, 449-471).

If I run out of time [because another NP is waiting for the MD] and I don't get everybody in [patients], then I have to wait another month before I can talk to them [MDs], or I have to wait a few weeks or whatever (IP3, CDIP, 274-291).

Ces deux dernières participantes indiquent que le manque d'accès à un MD entraîne des pratiques de soins qui ne sont pas conformes aux normes de qualité ainsi que de nouvelles configurations des rôles et des pratiques des IP. Il prédispose par exemple les IP à contourner leurs normes de pratique (promptitude à évaluer et à intervenir, à documenter diligemment, etc.), ce qui pose un problème d'ordre éthique et professionnel, en plus de créer de la compétition entre les IP des CDIP, qui tentent chacune de se tailler une place pour répondre à ces impératifs, compétition qui peut toutefois être nuisible à l'esprit d'équipe nécessaire à la prestation de soins de qualité. Les IP recherchent dorénavant l'expertise de nouveaux collaborateurs médicaux, des actants tels que des outils médicaux virtuels (p. ex. : UpToDate).

5.3.5.4. Envers les rôles professionnels

Les rôles professionnels dévolus aux IP suscitent une gamme d'expériences d'intégration et des émotions positives et négatives. Les contextes de pratique des IP peuvent générer un fort sentiment d'ambivalence envers les rôles professionnels, poussant certaines à désirer de tels rôles et d'autres à les fuir. Les rôles qui confèrent plus d'autonomie aux IP (p. ex. : fournisseur principal) ne suscitent pas automatiquement leur satisfaction ou un grand niveau de certitude et de confort. Elles le voient d'un regard positif si les fonctions à incarner concordent avec leur

idéal de pratique. Elles considéreront aussi l'investir quand elles jugent insatisfaisants les contextes de collaboration comme une plateforme émancipatrice, bien qu'elle ne s'allie pas nécessairement à leur valeur morale initiale. Cette perspective est cependant mitigée chez certaines IP, qui jugent que des fonctions autonomisantes peuvent poser un risque à la collaboration avec les MD. Les sentiments ambivalents sont notables chez les participantes qui établissent ces collaborations comme une nécessité au regard de leur satisfaction au travail. Dans le même ordre d'idées, le rôle d'investigateur des pratiques et de gestion des programmes de MC, courant en ESF, donne plus d'autonomie et de responsabilités aux IP, notamment en favorisant un renversement des hiérarchies. Toutefois, ce rôle engendre lui aussi des sentiments d'appréhension chez les IP puisqu'il peut justement bousculer l'éthique de la CI dans un cadre où une gestion informelle d'un programme ne décerne pas automatiquement une autorité d'action reconnue par tous les membres du milieu :

You're sort of told that: « You're the leader and you design [the program]. You tell the others what's going to happen! You tell the others. » [...] One issue that has really stressed me out here, to no end... We would start recalling, telling these patients: « You're now part of a program, please book in. » [...] Some of these people are well controlled by their family doctor, there is no need for me to interfere. What's my role there? Just to confuse the patient: « Oh, you're now told to see [NP name]. » And also the physicians didn't want that, they didn't want me picking through their files. [...] This is not collaborative, this is sneaky and it's not a good way to run a program (IP14, ESF, 973-974, 976-995 et 1009-1023).

Les sentiments exprimés par les IP (malaise, incertitude, ambivalence) semblent manifestement liés à la manière dont les rôles sont reçus et perçus par les milieux et par les professionnels (notamment les MD). Or, même si les IP clament être des professionnelles autonomes, elles persistent tout de même à évoquer la place des MD dans leurs discours et à rattacher, voire subjuguer leurs expériences, leurs réactions et leur satisfaction à ces derniers.

Discursivement, un tel positionnement maintient, même symboliquement, la dépendance des IP envers les MD.

5.3.5.5. Envers l'entité-patient

Constituée de différents éléments instables, l'entité-patient n'est pas passive dans l'expérience d'intégration et de négociation des IP, et elle provoque elle aussi diverses émotions chez elles. Tel que nous l'avons examiné précédemment, elle vient avec un mandat de prise en charge pour lequel nous avons repéré deux rôles principaux : celui de fournisseur principal et celui de fournisseur secondaire. Les différents mandats de prise en charge des entités-patients peuvent entraîner divers arrangements professionnels et cliniques ainsi que diverses préoccupations chez les IP, telles que des dynamiques liées au respect des partenaires, au déploiement d'un plein potentiel de l'IP et aux dilemmes éthiques. Il est intéressant de noter que ces dilemmes ne résident plus dans des questions d'ordre clinique axées sur les patients, mais sont plutôt reconduits comme une question de respect du territoire des fournisseurs principaux :

If [NP colleague] was away I would see any urgent issues, right? [...] I don't do medication renewals or chronic issues. I'm just sort of acute issues. So I would never go in and change a blood pressure pill that the patient has been on for twenty years, right? That's up to [NP colleague] because it's her patient. Because she knows the patient more and she's the one that would be primarily responsible for the follow-up of it, and ordering the blood work and that type of stuff. We don't generally interfere too... It's because of respect as well. You know? So I might send her a note saying: « You know maybe you could consider this, I don't know, it's up to you. » [...] I don't feel like my hands are tied, it's just a respect issue (IP4, CDIP, 33-54).

Des fois, je me sens mal à l'aise parce que je ne veux pas déranger les affaires qu'eux [MD] font avec leurs clients ou je n'ai pas envie de faire quelque chose puis qu'ils disent: « Bien voyons donc, à quoi elle pensait à faire ça avec mon patient? » [...] On dirait que, quand c'est les miens [patients], je sais. Quand c'est ceux des autres, je ne veux tellement pas me tromper ou me faire juger : ce n'est pas mon client. [...] D'un coup que je parte une pilule puis qu'il n'est pas content puis qu'il me dise: « Tu n'avais pas d'affaire à faire... » Il n'aurait sûrement pas dit ça, mais

n'empêche que c'est une pensée qui me reste dans la tête (IP8, CSC, 772-777 et 785-828).

L'entité-patient et ses conditions de santé bousculent parfois les ententes entre les partenaires et influencent le degré d'autonomie que les IP peuvent revendiquer.

Les divers mandats de prise en charge (et rôles) traduisent aussi la relation que développent les IP avec les entités-patients. Presque toutes nos participantes ont souligné l'importance de la continuité des soins. Or, elles estiment que le rôle de fournisseur secondaire les prive de relations significatives avec les clientèles, ce qu'elles vivent comme une perte et une atteinte à l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. Une des participantes dit par exemple se percevoir comme une « répartitrice » et remet en question sa contribution au système de santé :

Bien, des fois, j'ai l'impression plus de *dispatcher*, tu sais, d'être le *dispatcher*. Ça fait que, O.K., je te réfère là, je consulte là. Mais, tu sais, comme gérer totalement? C'est plus comme un rôle pivot, mais qu'est-ce que j'apporte vraiment (IP12, CSC, 585-616)?

Pour d'autres IP, même si leur rôle de fournisseur secondaire compromet la possibilité d'une relation thérapeutique significative, elles estiment au contraire mieux répondre aux besoins des populations lorsque leur pratique permet de satisfaire aux impératifs de l'accès amélioré. Nous avons réalisé, durant l'étude, que ces différentes perspectives du rôle de fournisseur secondaire arrivent même à provoquer des jugements entre les IP se situant dans chacune de ces catégories :

Ça me fait de la peine quand je vois des IP qui viennent à se prendre, à cracher sur les infirmières ou [...] qui se prennent pour des mini-médecins ou...

Chercheuse : Tu as vu ça?

Bien non, mais tu sens le sentiment que : « Moi, je ne suis pas juste une infirmière... J'aurais pas pu juste être une infirmière. Je suis pas une vraie infirmière. Je n'aurais pas pu être juste une infirmière. » Ça, j'ai entendu ça, oui. Oui, j'ai entendu : « Ah, moi, je n'étais pas une vraie infirmière *caring*, là, t'sais, tout ça. Ça fait que je suis allée en IP, c'est plus scientifique, c'est plus... » [...] Oui, oui, oui, mais il y en a, il y en a (IP7, ESF, 728-746).

L'entité-patient vient aussi avec son lot de discours, ceux englobant la moralité, l'efficience et la vertu. Bien que ces discours soient mobilisés par les praticiennes, ils se butent souvent et finalement dans l'un ou l'autre des positionnements majeurs, soit à améliorer la qualité des soins ou l'accès aux soins. Dans le dernier extrait, par exemple, une collègue IP opte pour un discours de scientificité plus que celui du *caring* aux patients, possiblement en vue de pallier une dissonance identitaire, d'obtenir une reconnaissance du collectif et d'assurer son intégration. Des discours ministériels de soutien aux MD ou à la pénurie médicale sont mobilisés par l'entité-patient, ce qui suscite une impression que les IP allègeront la prise en charge des patients, ce qui peut être interprété, à tort, comme un allègement de la charge de travail globale des MD. Une participante atteste qu'une mauvaise interprétation du mandat de l'IP peut créer alors des tensions dans leur intégration, surtout si le patient n'est pas replacé au centre des réflexions :

[Les MD pensent] : « Moi, je suis trop surchargé dans une journée. Je veux moins travailler... On réfère, on réfère [aux programmes et aux IP] puis je travaille autant. » Il ne faut pas que tu t'attendes à pouvoir jouer [à un jeu de société], parce que, maintenant, on est là! Il y a des patients qui attendent. L'horaire ne va pas être moins chargé pour vous autres [MD], mais les patients vont être mieux pris en charge! Il faut qu'ils *shiftent* de cette mentalité-là de « moi » pour le patient (IP9, ESF, 226-248).

L'entité-patient vient également avec des soins indirects. Selon plusieurs participantes, ces soins sont une lourde charge pour les IP, surtout quand ils sont peu reconnus par les milieux. Dans ces circonstances, l'IP3 perçoit alors l'entité-patient comme un consommateur de temps et de services qui peut nécessiter des heures supplémentaires pour assurer des soins intégraux :

There's always inevitably a grocery list that comes out of things that they [patients] have. [...] I couldn't believe the number of forms I got, insurance forms and disability forms. I was bombarded by them! And I had to work overtime just to try to get them done because the patients need them (IP3, CDIP, 458-462 et 804-807).

Le manque de temps et de reconnaissance pour cette partie « indirecte » de leur rôle est une grande source d'appréhension chez la plupart des IP interviewées et d'épuisement chez celles qui ont obtenu un rôle de prise en charge principale dans un contexte d'effritement des ressources (administratives, collaboratives).

5.3.5.6. Envers les espaces physiques

Les espaces physiques ne sont pas des éléments neutres dans l'expérience d'intégration et de négociation des IP. Leurs configurations entraînent certaines (im)possibilités de développement et de maintien des liens relationnels entre les acteurs/actants des milieux, et peuvent atténuer ou exacerber les perceptions qu'ont les IP envers elles-mêmes. La majeure partie du temps, les participantes attestent d'un sentiment d'isolement créé par certains actants : murs séparateurs, portes fermées, etc. Ces actants peuvent devenir des barrières symboliques à l'intégration des IP et à leur CI avec les partenaires.

Un sentiment d'isolement peut aussi être modulé par l'emplacement des bureaux de chacune des IP de son centre. Certains emplacements conduisent par exemple à l'inégalité de leurs occasions de collaboration et d'intégration, et génèrent de la souffrance chez certaines :

La clinique idéale? J'aurais aimé que tous les bureaux soient proches parce que c'est une perte de temps! Je suis dans mon bureau, puis il faut que j'aille voir [collègue IP] qui est à l'autre bout du fin fond des fonds... Je me sens à part parce que je suis ici (IP8, CSC, 1014-1024).

It [design of the clinic] makes a big difference! Yes, because I never see the physicians if I want to catch them in the hall, unless I have the door open when they're going to the bathroom. And then, it's kind of awkward to be standing at the bathroom door as if you're waiting for them. But [NP colleague], because of where she is, she can be aware all the time of which doctors are free and when, whereas I often do not (IP11, CSC, 272-281).

La proximité avec les collègues collaborateurs est évoquée par toutes les participantes comme un élément important de leur pratique, et c'est en ESF que l'éloignement physique des

collaborateurs est le plus prévalent. Les participantes de ces milieux sont celles qui parlent le plus fréquemment d'un manque de proximité physique entre les partenaires :

We never see each other unless really we make an effort to go over, but there's never like this coincidental crossing paths. [...] [In another FHT] We were grouped together to do our paperwork and I think if you're sitting in the same room with someone, then you would naturally make conversation (IP14, ESF, 105-107 et 233-235).

Le plus gros ça devient, le plus dur c'est. Je pense que le rêve d'avoir des ESF énormes, c'est dur de garder des liens serrés (IP14, ESF, 128-130).

La tendance à l'organisation virtuelle des ESF permettant de pallier des facteurs souvent disparates, comme la taille importante des équipes, l'éloignement géographique et les horaires de travail, semble participer à la perception d'inefficacité des PC dans ces milieux. L'espace virtuel ne se prête pas nécessairement à une clarification du rôle de l'IP, ce qui peut faciliter le maintien de préjugés de la part de certains MD qui demeurent sceptiques vis-à-vis des IP, voire résistants :

Ça doit pas aider [d'être géographiquement éloignés] parce que probablement qu'ils [MD] entretiennent des préjugés sur nous qu'ils ne peuvent pas valider ou parce qu'ils ne nous voient pas. [...] Peut-être que si on travaillait ensemble, peut-être que j'apprendrais à mieux les connaître pis on deviendrait de vrais *partners*, de vrais amis. Puis là, ils me défendraient eux autres contre les autres [MD résistant au rôle]... Tandis que là, bien, on s'entend bien de loin, mais je ne peux pas dire que c'est des [amis, des défenseurs du rôle] (IP7, ESF, 295-297 et 301-305).

Nous constatons, d'un point de vue latourien, que certaines IP privilégieraient le ralliement des MD à leur cause et leur recrutement pour défendre leur rôle. De tels défenseurs du rôle sont vus par les IP comme des « amis ».

Le potentiel rassembleur ou isolant des espaces peut servir divers objectifs. Par exemple, une IP œuvrant en CDIP affirme avoir été isolée de ses consœurs pour éviter qu'elle ne les contamine sur le plan idéologique. Cette perception illustre comment l'organisation des espaces physiques n'est pas neutre et joue un rôle important dans ce que Foucault appelle le gouvernement des conduites et la circulation de certaines idées (« savoirs ») dans le milieu.

L'attribution des bureaux peut aussi refléter la dénivellation hiérarchique entre les partenaires, contraire au principe d'égalité qui sous-tend les discours de CI, et ainsi susciter certaines réactions chez les IP. Par exemple, l'attribution de salles d'examen à l'usage exclusif de MD est remise en question par les participantes des CSC et des ESF. Les salles inaccessibles peuvent entraîner des répercussions défavorables sur la capacité des IP à remplir leur mandat. La non-attribution de salles, comme les salles qui sont utilisées sur la base du « premier arrivé, premier servi », peut tout autant générer de la frustration chez les participantes et requiert que les membres négocient. L'issue de ces discussions peut générer des désaccords/frustrations au regard de l'usage des lieux et des difficultés à localiser les collaborateurs dans la clinique à tous moments de la journée.

5.3.5.7. Envers le statut social et la reconnaissance publique

Le statut social et la reconnaissance du public ne sont pas non plus des éléments passifs dans l'expérience d'intégration et de négociation du rôle des IP. Certaines IP décrivent le fait de devoir continuellement expliquer et défendre leur rôle auprès du public et des partenaires, et comment les façons anciennes de penser les rôles professionnels persistent :

Every week, I get someone asking: « I'm not familiar with the terminology *nurse practitioner*? What does that mean? Are you under a nurse or are you above? » People think in hierarchy. I usually sort of get away from the hierarchy and tell them about my education and my experience, so they can make their decision based on that (IP17, CSC, 432-436).

[MDs have their own] world view. They [MD] really can't understand nurse practitioners. The whole model of nursing, they see it as « doctor », they don't understand different paradigms. We have to break that. I would say to [manager] : « When you put a nurse practitioner into an environment, you are changing the way health care is delivered. » (IP17, CSC, 356-361).

Les perceptions d'autres professionnels ou des membres du public peuvent donc occasionner des émotions diverses, souvent de l'ordre de la frustration ou du découragement, qui

influencent en retour les perceptions des participantes quant à leur expérience d'intégration au sein des milieux de SSP.

5.3.6. Stratégies d'adaptation et de résistance

En réaction à la dissonance et aux diverses émotions vécues, les participantes interrogées s'engagent dans des pratiques adaptatives ou résistantes, plus ou moins discrètes, en vue de rééquilibrer les diverses composantes qui constituent leur rôle et de stabiliser certains éléments problématiques pour leur pratique. Les données de recherche recueillies signalent certains écarts entre la manière dont les participantes décrivent la centralité de leurs idéaux et de leurs valeurs, et la mesure dans laquelle ceux-ci sont reflétés dans l'organisation et les pratiques des milieux où elles exercent. Plusieurs parlent de la nécessité perçue de reprendre contrôle des situations en les alignant le plus possible sur leur valeur morale. Ces IP auraient donc identifié des manquements systématiques (souvent vécus comme des enjeux ou des problèmes individuels), auxquels elles tentent de remédier d'elles-mêmes. Cette internalisation de cette responsabilisation, du système vers l'individu, est mise en évidence par les verbatims de ces IP :

I think you have to make it happen for yourself (IP11, CSC, 1258-1272).

Il n'y a pas personne qui va dire (ton d'un père aimant) : « Puis, ma petite fille, comment ça va? » (rises) Grow up! C'est toi qui dois te démarquer! Il faut que tu trouves des solutions à tes problèmes : qu'est-ce que tu veux (IP18, CSC, 472-476)?

Ces mécanismes d'adaptation et de résistance s'ajoutent toutefois à leurs obligations cliniques, ce qui peut moduler davantage leur sentiment d'efficacité et d'accomplissement. Dans les prochaines pages, ces stratégies seront présentées et discutées.

5.3.6.1. Négocier la collaboration

La majorité des praticiennes de cette étude ont rapporté qu'elles doivent négocier la collaboration, compte tenu de son caractère flou, instable, improbable et parfois même risqué. Elles

s'y prennent de diverses façons, par exemple en jugeant du « bon » moment de collaboration et du « bon » collaborateur et, dans certaines circonstances, en évitant catégoriquement la CI. Étant donné que les PC sont principalement informelles dans les milieux, les IP doivent juger des « bons » moments de consultation, une forme de collaboration qui, comme nous l'avons démontré plus tôt, peut être « dérangeante ». Certaines participantes indiquent qu'elles le font en surveillant les portes des collaborateurs afin de les attraper au passage, bien que cette stratégie puisse être gauche :

It [design of the clinic] makes a big difference! Yes, because I never see the physicians if I want to catch them in the hall, unless I have the door open when they're going to the bathroom. And then, it's kind of awkward to be standing at the bathroom door as if you're waiting for them. But [NP colleague], because of where she is, she can be aware all the time of which doctors are free and when, whereas I often do not (IP11, CSC, 272-281).

Ils [MD] vont des fois me regarder quand je suis dans le corridor : « As-tu besoin de moi? » parce que tu vois qu'ils en ont déjà assez de leur journée. Puis là, je suis là : « Non, je suis là, je fais juste [surveiller l'ouverture d'une porte]... » parce que moi, je n'étais pas pour aller cogner, j'attends. Tandis qu'ils y en a d'autres [MD], même si on cogne, y'a rien là [ça ne les dérange pas] (IP15, ESF, 707-712).

Certaines participantes surveillent l'horaire des partenaires afin d'identifier leur moment de disponibilité. D'autres IP sont à l'affût de signes indiquant si le partenaire est ouvert à collaborer. Les IP indiquent qu'elles interprètent comme une ouverture à la collaboration le fait qu'un collaborateur recommande les programmes chapeautés par les IP et/ou le fait qu'il réponde rapidement aux demandes d'assistance (p. ex. : consultation).

Ces signes qui attestent apparemment de la bonne disposition d'un collaborateur peuvent toutefois être trompeurs. Par exemple, pendant une période d'observation en ESF, nous avons intercepté un dialogue entre un MD et une IP indiquant que certains MD restreignent la recommandation de leurs patients aux programmes de MC en vue de conserver leurs compétences, et non parce qu'ils résistent au fait que des IP dirigent ces programmes.

Inversement, l'aiguillage des patients vers les programmes dirigés par les IP ne signifie pas nécessairement que les MD partenaires octroient à celles-ci une pleine liberté d'action (délégation, voir section 5.2.5.3) :

Certains médecins nous font confiance. Ils disent : « Mes patients, si tu veux les voir, pas de problème, pas besoin de me le demander. » [...] Pour les autres, c'est une guerre de clochers. C'est ridicule (IP9, ESF, 438-448).

Il y a un risque à décoder des signes attestant ou non de la disposition des partenaires, surtout que, selon l'IP9, rares sont ceux qui abordent ouvertement le sujet de la délégation.

Juger de ce qui constitue un bon moment de collaboration avec un bon collaborateur, sans dialogue franc au préalable, s'effectue donc à coups d'essais et d'erreurs en misant sur l'apprentissage et le respect des préférences de leurs partenaires (p. ex. : utiliser la messagerie instantanée, frapper à leur porte, etc.). Il revient ainsi aux IP d'apprendre la volonté et les particularités de chaque collaborateur, puis de les incorporer dans leur pratique de travail. Une étape importante du processus d'intégration des IP requiert donc le développement de savoirs, dirait Foucault, qui permettent de comprendre, d'anticiper et d'utiliser les façons de travailler des pairs afin d'assurer leur assistance et ainsi de répondre aux impératifs du Ministère dans une logique de collaboration productive. Il faut toutefois remarquer que ces savoirs (ce qu'est un bon collaborateur ou un bon moment de CI) varieront dans le temps et dans l'espace.

Nous avons relevé précédemment que la CI peut entraîner des revers qui compliquent l'intégration des IP. Certaines participantes disent par conséquent parfois éviter certains collaborateurs ou certaines manifestations de la CI. En général, les IP sollicitent davantage les collaborateurs dont les comportements suggèrent de l'ouverture, de l'accueil et de la compréhension. Ceux qui s'adonnent à des pratiques dites de questionnement intensif (*grilling*),

par exemple, sont perçus comme des collaborateurs plus risqués et peuvent décourager certaines

IP de les consulter :

Le premier [MD] ici était dur. J'avais peur d'aller lui poser des questions. Ça fait que tu as des cas à discuter, mais tu es toujours en train de te dire : « Je pense que je vais attendre. Je vais la poser à quelqu'un d'autre, ma question. » C'est dangereux! Puis ça te ralentit dans ton processus, dans tes journées. [...] [MD] me traitait comme une résidente. Il me posait des questions, il testait mon savoir : « Ah oui, Tylenol, tu donnes combien par kilogramme? » [...] Ça dépend sur le ton que c'est fait et dans quel contexte aussi. [...] On te plante [rabaisse] devant le patient? [...] Le stress aussi fait que tu perds des fois tes moyens! Ça fait que [MD] me traitait comme son employée (IP12, CSC, 124-230).

D'autres signalent par leur comportement qu'ils ont peu de temps à accorder aux IP :

Je le sais qu'ils sont occupés puis, bien, tu limites tes questions... J'ai déjà évité d'aller consulter (IP18, CSC, 89 et 373-374).

Dans les deux cas, les IP modifient leur approche en réponse aux signaux qu'elles interprètent comme étant dissuasifs, et ce, sans qu'elles valident cette interprétation auprès des collaborateurs en question. Par ailleurs, en privilégiant l'évitement ou la restriction de leurs questions, même si cela les ralentit dans leur travail et réduit leur efficacité, les IP peuvent contrecarrer le principe de soins centrés sur les patients. En limitant leurs questions ou le nombre de dossiers-patients à couvrir durant leurs moments de consultation, les praticiennes espèrent ne pas « trop déranger » le consultant et ses activités courantes. De telles décisions peuvent positionner le patient comme le « bouc émissaire » d'une collaboration dysfonctionnelle. Afin de pallier ces difficultés, plusieurs participantes s'organisent pour que le temps de consultation demeure le plus bref possible : elles prennent note de points à discuter, impriment d'avance des formulaires et priorisent les dossiers. Ces tactiques requièrent un travail supplémentaire d'organisation pour maintenir un sentiment d'efficacité, tout en préservant les relations avec les collaborateurs « importunés ». Ce travail invisible qu'effectuent les IP permet aux milieux et aux

partenaires de croire à la bonne fonction et à l'aisance de la CI, sans nécessairement réaliser dans quelle mesure les IP compensent les lacunes de celle-ci.

Même en l'absence de questionnement intensif, quelques IP avouent qu'elles évitent la consultation afin de ne pas exposer leur niveau de connaissances (déficientes, selon elles). La consultation suscite en effet une certaine dénivellation des relations puisque le consultant devient l'observateur et le juge des pratiques professionnelles de la personne qui le consulte. Ces dynamiques de pouvoir peuvent amener certaines IP à éviter la CI et les moments parfois inconfortables qu'elle engendre – moments qui peuvent être perçus comme nuisibles à leur position dans le milieu :

C'est juste que j'ose comme pas [consulter]. [...] Ils [MD] vont me trouver achalante. [...] Je ne veux pas qu'ils me trouvent harcelante. Je ne veux pas qu'ils disent : « Voyons, elle ne sait rien, elle. » Je me sens juste mal là-dedans (IP8, CSC, 252-260).

Ces préoccupations mettent en lumière le fait que le côtoiement des MD peut tantôt soutenir l'intégration des IP, tantôt la compromettre, dépendant des circonstances, qui incluent des facteurs individuels (p. ex. : personnalité du collaborateur) et des facteurs organisationnels (p. ex. : lourdeur du travail, ressources en place). Certaines IP estiment que les défis liés à la CI ne doivent toutefois pas faire perdre de vue le fait que les IP constituent un groupe professionnel autonome. L'IP17 est très éloquente à cet effet :

In any work place, I don't think we [NPs] should focus so much on pleasing them [MDs]. We should focus on doing our jobs, and if they respect us. I mean politically we have to be [assertive] because they will be very dirty about undermining us (IP17, CSC, 1170-1173).

When I go to work, someone comes in: I do my work and I decide when I'm going to consult. [...] You have physicians who feel like they have to come in. [...] They've had bad experiences with nurse practitioners when they don't feel they're coming to them when they should. [...] He [MD] said that he doesn't feel that she [another NP] asks him enough stuff about [specialized medical subject]. Why do we have to gain their trust? Do they have to gain our trust? I don't buy

that. I think: « Screw that, you are not my supervisor. » They are not our supervisors. We don't have to prove anything to them. That's a throw back. [...] [Asking another NP] Am I supposed to send a note if I [see a MD's patient], [NP] said no. So I thought okay. I'm not going to. I thought, thank you. I asked her because I thought [sending the visit note to the primary provider] would perpetuate the idea that we're their helpers (IP17, CSC, 499-507, 1117-1125 et 1323-1326).

Pour cette dernière participante, éviter la consultation est un choix stratégique effectué sur la base de l'affirmation de soi. Nous croyons que c'est dans cette optique que certaines IP disent s'accommoder d'un soutien réduit à la collaboration médicale puisque, dans ce rapport, elles semblent constater la préservation de leur autonomie ou l'évitement de relations jugées néfastes à leur intégration.

Au regard de processus fastidieux, de la duplication des services en plus de la perte de crédibilité que la CI engendre, certaines IP indiquent aussi qu'elles évitent la CI en redirigeant certains patients à l'horaire des MD, ce qui permet de réduire les difficultés inhérentes à la CI :

Mon approche maintenant, c'est plus : je vais les [patients] mettre à leur horaire : ça finit là! Ce n'est pas plus compliqué que ça. C'est moins complexe que de voir le client, puis d'aller consulter puis : « Il m'a demandé ci, il m'a dit cela, il m'a proposé tel test. » Mais, après ça, moi, comment je fais pour les interpréter? Encore là, faut-il que je consulte encore? Tu comprends? Ce n'est pas nécessairement faciliter les soins (IP18, CSC, 267-285).

Dans l'optique où la CI se doit d'augmenter l'efficacité des pratiques professionnelles, de favoriser un accès immédiat aux soins et d'éviter la duplication des services, ces stratégies d'adaptation des IP contrecarrent ces objectifs.

5.3.6.2. Effectuer de l'autosurveillance

Les IP procèdent à l'autosurveillance de leurs pratiques professionnelles suivant l'intériorisation des demandes du système de SSP. Par exemple, devant leur obligation d'assurer des « systèmes fiables » (rôle de gestion, voir section 5.3.1.6), certaines confient devoir dorénavant « rédiger des listes » de tests dont elles doivent assurer la réception et le suivi :

Il me semble qu'on est responsable de tout (rires), incluant si le patient décide oui ou non de faire ses prises de sang ou de perdre la réquisition. Mais, c'est dans notre guide de pratique that we're responsible for whatever, seeing that the results came in. [...] [CNO] requires us to have a system [...] to trace. It's in our required documents, our standard of practice (IP11, CSC, 1911-1923).

L'IP11 déclare tenir sa propre liste de tests pour lesquels elle doit assurer du suivi afin de compenser les manquements du système (p. ex. : les résultats non envoyés pour un laboratoire) et des patients eux-mêmes. De telles mesures d'autosurveillance sont mises en preuve par une partie des IP de notre échantillon, bien que, pour celles-ci, cela suscite une certaine dissonance, notamment le fait de porter la responsabilité de failles systémiques, ce qui se traduit par une charge de travail supplémentaire et souvent invisible.

Les IP orientent également leurs pratiques professionnelles afin de satisfaire aux divers critères de performance du Ministère. Par exemple, pendant leurs pauses ou heures de repas, certaines IP disent analyser les dossiers des patients du jour en fonction d'une liste de paramètres physiologiques qui doivent être rétablis pour respecter les normes :

In my morning, generally, at my coffee break, I'm looking at the people [DME] in the day that I don't know and I'm making a little sticky note about each and everyone and saying 67 [years old], whatever, whatever, needs blood or FOBT, hasn't been seen for six years... Then I make myself a big checklist of what it is I need to do or what I feel that I need to know about this patient. [...] I know everybody thinks I waste my time, but je me sens mieux après avoir [fait ça] (IP11, CSC, 204-208 et 1903-1904).

Le fait que cette IP se « sente mieux » à la suite de cette préparation est révélateur de l'anxiété causée par la crainte d'un manquement aux soins aux patients et des retombées possibles en matière de responsabilité. Si les patients refusent de tels soins et recommandations, les praticiennes disent devoir documenter diligemment le refus dans leur dossier.

Les IP se surveillent également en ce qui a trait à la durée que prennent leurs différentes activités afin de maintenir une apparence d'efficacité dans le temps. Des participantes ont décrit

les mécanismes en place pour dissuader les IP de réclamer leurs heures supplémentaires. Respecter des balises de temps strictes permettrait ainsi d'éviter les risques associés à la réclamation d'heures supplémentaires et de faciliter l'intégration des IP dans le milieu. Par exemple, dans un CSC, une IP nous informe qu'elle a cédé aux demandes de ses supérieurs pour effectuer des visites écourtées (évaluer plus de patients dans un temps de consultation abrégé pour satisfaire au principe de l'accès amélioré) puisqu'une autre IP du CSC y avait consenti et qu'elle semblait (en apparence, du moins) s'acquitter de cette tâche sans recourir aux heures supplémentaires :

Ça m'est arrivé une fois [d'effectuer des visites écourtées des patients]. [...] Je n'ai pas trouvé que c'était correct de faire ça. [...] Qu'est-ce qui va écoper? C'est nos dossiers. Tu fais pas tes dossiers durant les visites des patients, [...] tu les remets à la fin. Puis, là, bien, tu fais du temps supplémentaire! [...] C'est bien beau pour le centre : on augmente la performance, les clients. Puis, bien, le temps supplémentaire, ça ne coûte pas cher, tu sais (IP18, CSC, 672-721)?

Plus novice, l'IP18 a tenté le coup, mais elle a accumulé plusieurs tâches liées aux soins indirects des patients qu'elle a finalisées en dehors des heures de travail, sans toutefois demander de compensation, raison pour laquelle elle fait référence aux heures supplémentaires comme un élément peu coûteux pour son employeur. Deux raisons justifient son choix : 1) démontrer que sa performance est équivalente à celle de l'autre IP et 2) ne pas contrecarrer le principe de l'accès amélioré. Une troisième raison s'est ajoutée lorsqu'elle a mentionné, en cours d'entrevue, qu'elle avait également cessé d'enregistrer ses heures supplémentaires et de les reprendre lorsque ce temps a été analysé par le gestionnaire aux fins d'évaluation de sa performance annuelle. Certaines IP trouvent ainsi avantageux de cacher ou de prendre sur elles les heures supplémentaires requises pour réaliser les soins indirects. De telles stratégies peuvent rendre les soins indirects des IP encore plus invisibles et peuvent être préjudiciables à leur propre sentiment de performance.

Les milieux semblent perpétuer ce mode d'adaptation des praticiennes. Dans une CDIP, nous avons assisté à une rencontre d'équipe pendant laquelle les gestionnaires ont signifié que la politique liée à la reprise des heures supplémentaires devrait possiblement être modifiée (restreinte) afin de répondre aux directives ministérielles portant sur l'accès amélioré. Les IP devant assurer un maximum de présence pour leurs patients, leur présence serait amoindrie si elles reprenaient leurs heures supplémentaires en temps personnel. C'est au moment où la gestion a lancé l'idée que les IP pourraient abuser des heures supplémentaires qu'une IP a furieusement déclaré :

Pensez-vous vraiment qu'on fait exprès pour rester plus tard au travail quand on pourrait retourner auprès de notre famille? (Extrait du journal de bord)

Une IP explique sa version des faits :

People are frustrated because a topic like that [reprise des heures supplémentaires] is a big deal. You offered it to us, it was offered as a retention strategy. [...] It was never said that it was a trial. [...] It was not told that it was going to be retracted. [...] You work your butt off and when something like that happens, you just get 10 minutes to talk about it, but you had a full day team meeting the day before, and nothing got mentioned about something that big? It feels disrespectful. You feel under-appreciated. [...] I am committed to doing the best I can for my patients and for making sure that my things are up to date. And I don't feel ethically that I can go and leave that stuff for weeks and not do it and not care, but I would certainly rather be home (IP16, CDIP, 529-558).

Cette interaction observée au sujet de l'accès amélioré atteste que les IP sont parfois vues et construites comme un problème pour les patients. À ce titre, le discours des gestionnaires indique qu'ils jugent les pratiques auxquelles les IP ont droit, en affirmant qu'elles doivent être rectifiées afin de résoudre le problème d'accès nouvellement identifié et d'assurer les droits des patients. Dans cette logique, les gestionnaires laissent entendre qu'il y a des oppositions entre les droits des IP et ceux des patients. Cela crée, de manière discursive, une tension entre ces deux groupes, alors que les écrits infirmiers parlent plutôt de relation d'aide et de partenariat les

reliant. Ainsi, afin de neutraliser cette tension, les IP se sentent contraintes d'observer les durées réduites auprès des patients et s'autosurveillent en conséquence.

Lors de nos visites dans les milieux, nous avons observé que les IP ne prenaient pas toujours leurs pauses ou leurs repas, et qu'elles arrivaient très tôt au travail ou quittaient tard le bureau. Cet impératif de surveillance ne doit toutefois pas supplanter les normes de qualité inculquées en cours de formation, comme l'indique cette participante :

If we take too much admin time, we're going to be criticized [...] for not having enough patient time. [...] Because it's all about numbers of patients! We have to make sure we're seeing that they recognize this is a decent number of patients that we're seeing. [...] So, I'm trying to keep the quality, you know; the notes that we were taught, the thoroughness and to make sure you're not missing something, and trying to bring all the past medical history and, you know... You're really being pushed to minimize it: hurry, hurry, hurry (IP20, CDIP, 327-347)!

La plupart des IP choisissent de ne pas négocier les contraintes de temps auprès de leur employeur afin de préserver une image de performance et un sentiment d'efficacité ou encore parce qu'elles ont l'impression que leurs pairs parviennent à mener leurs propres activités dans le temps alloué et qu'elles devraient donc pouvoir faire de même. Au sens foucaldien, ces données démontrent qu'un effet de discipline est à l'œuvre puisque les IP modifient leurs façons de travailler afin de maintenir un idéal de performance et de conformité.

5.3.6.3. Maintenir le statu quo

Certaines IP choisissent des moments où elles maintiennent le statu quo de leur pratique, par exemple en limitant sciemment leur autonomie professionnelle afin d'éviter que leurs décisions ne soient interprétées comme une vexation par les partenaires. Cette stratégie émerge notamment lorsque les participantes estiment que leurs interventions empiètent sur les territoires professionnels des collègues fournisseurs principaux de soins. À ce titre, certaines participantes confient qu'elles cèdent temporairement leur autonomie. Par exemple, une IP d'un CSC évite de

prescrire un traitement qu'elle considère comme avantageux pour un patient dirigé vers son programme de MC, étant donné que le médecin demandeur est contre cette thérapie :

Je voyais son patient pour la cessation du tabac. [...] J'avais pensé que ça [bupropion] serait une bonne idée, mais lui [le médecin] était contre. Alors, c'est clair (IP6, CSC, 74-84)!

L'IP6 s'empêche de prescrire, non parce que le médecin demandeur le lui a interdit, mais parce qu'elle a l'impression que ce dernier est réticent à ce traitement. Sensibles à la violation des territoires professionnels, plusieurs IP envoient ainsi leur note de consultation aux fournisseurs principaux, bien que rien ne les y oblige :

J'essaie de ne pas empiéter dans leur [MD] *gugusse* personnel, à moins que ce soit quelque chose d'urgent, immédiat, je vais l'adresser le mieux possible. Puis je vais envoyer ma note en disant : « Regarde, voici ce que j'ai fait. S'il y a d'autres choses que tu veux rajouter, rajoute-le, sens-toi libre. » (IP12, CSC, 873-899).

L'envoi de la note de consultation sert plusieurs objectifs : communiquer, aviser, expliquer, anticiper des conflits, apaiser et tendre la main pour assurer la collaboration. Ces IP espèrent ainsi entretenir de bonnes relations de collaboration avec leurs collègues (un critère central de satisfaction au travail pour certaines), augmenter leur crédibilité et peut-être même bénéficier d'occasions professionnelles favorisant l'avancée ultérieure du rôle. Cela est plus probable si une bonne confiance est établie entre les IP et les MD :

Ça prend un peu les deux [utiliser son autonomie et céder son autonomie]! Mais il faut qu'elle [IP] le fasse un peu [céder son autonomie au profit de la collaboration]. Il faut qu'elle le fasse un peu quand même, oui, pour se faire connaître; oui, pour gagner la confiance. Il faut le faire un peu là en faisant les cliniques [sans rendez-vous], en dépannant un médecin qui est malade. [...] Je l'ai fait au début, là! Je l'ai fait pour me prouver (IP9, ESF, 497-505).

Céder son autonomie, s'abstenir de prescrire un traitement, envoyer une note au fournisseur principal ou encore assumer un rôle professionnel dissonant constituent tous des choix qui reposent sur des calculs stratégiques qui briment temporairement l'autonomie des IP (ou leur valeur morale),

mais qui pourraient avoir des retombées futures importantes. Le maintien du statu quo dans certains aspects peut donc soutenir le développement professionnel. En fait, une restriction ciblée de l'exercice professionnel permet une certaine forme d'émancipation dans d'autres sphères d'activité. L'IP17 décrit comment elle prête assistance à un MD collaborateur afin d'accéder à un plus grand répertoire de savoirs médicaux :

Is it [collaboration] reciprocal? Well maybe, because in this case, most of these patients are rostered to him, so he's getting assistance with his practice for workload, and then I'm getting the benefit of his knowledge for years of experience (IP17, CSC, 560-562).

En entrevue, les IP des CSC et des CDIP évoquent fréquemment l'idée selon laquelle les IP des ESF sont largement contrôlées par les MD, du fait qu'elles agissent principalement à titre de fournisseuses secondaires. Or, la majorité de nos participantes des ESF le voient tout autrement, soit comme un bénéfice stratégique leur permettant d'acquérir des expertises médicales et de croître progressivement et de façon sécuritaire dans leur prise en charge des clientèles. Selon ces participantes, cet arrangement est d'autant plus important, compte tenu des nombreux défis auxquels elles font face : complexité des cohortes, direction de programmes de MC et expansion de la norme d'exercice. La subordination perçue des IP aux MD en ESF peut donc être interprétée comme un certain immobilisme (statu quo) au regard de l'élargissement du rôle des IP promu par la norme de 2011. Les participantes issues des ESF proposent toutefois une lecture bien différente de ce processus, lecture qui se situe en marge du discours, plus courant, de l'assujettissement de la pratique de l'IP aux pratiques médicales. Le contrediscours des IP en ESF repose plutôt sur des notions d'acquisition progressive d'expertise pour mieux soigner les patients, mais aussi sur des notions de mobilité et de liberté :

I'm a bit scared to have my own patients (laughs)! Because I'm not sure that the program prepares us to roster our own patients and to manage them alone. None of my preceptors had their own patients. So I don't know how it works... I'm bit

nervous of that responsibility. I would also be afraid of the lack of mobility: if I really did want to leave this job, I could. But if you have your own patients, your own practice, it's much harder to just get up and leave one day. So, I don't want to wreck my mobility (IP14, ESF, 731-741).

Les calculs stratégiques des IP peuvent avoir d'autres conséquences. Certaines IP participantes soignent donc le territoire du fournisseur principal, et ce, possiblement au détriment des patients, par exemple lorsqu'elles décident de ne pas commencer un traitement particulier pour ne pas froisser le collaborateur. Lors d'une discussion informelle dans une ESF, une IP atteste même de prioriser les patients recommandés par un MD, car ce dernier est plus susceptible de la défendre auprès du collectif lors de réunions administratives, par exemple. La préservation des collaborations, voire des alliances avec les MD se joue également sur le plan des investigations des pratiques effectuées par les IP. Là aussi, les choix de celles-ci peuvent entraîner des conséquences pour les patients. Ainsi, nos données montrent que les IP d'un CSC évitaient de faire des recommandations au sujet de pratiques de documentation des MD, bien que cela puisse affecter le suivi des clientèles. Les IP de ce milieu ont négocié auprès du gestionnaire de ne faire que l'examen de la documentation des IP en arguant qu'elles ne connaissaient pas les normes de la profession médicale. Toutefois, elles ont tu le fait que l'investigation des pratiques de collègues médicaux comporte des risques d'affront aux MD pouvant contrecarrer leur CI avec ces derniers et leur intégration globale dans le milieu.

5.3.6.4. Créer des alliances stratégiques et de la légitimation

Le développement et le maintien de liens de collaboration et d'alliances sont une caractéristique inhérente au bon fonctionnement du rôle des IP et à leur intégration au système. En ce sens, les IP de tous les milieux étudiés tentent de former des alliances stratégiques avec les MD, les IP et d'autres collaborateurs. Pour quelques participantes, ces alliances permettent notamment une meilleure consolidation de leurs compétences :

On nous demande de faire un travail de médecin, mais on n'est pas médecin. Ça fait que, à quelque part, ça nous prend un professeur quasiment avec nous, tu sais? Moi, je trouve. D'éducateur, tu sais (IP12, CSC, 306-333)?

I was already there [ready for an increased scope of practice]. I do rely on the other disciplines, like the pharmacist and the dietician. I rely on them heavily [...] and just using the expertise of these other disciplines (IP3, CDIP, 163-171).

Pour une IP, avoir un mentor peut être un outil politique et social d'intégration puisque le contact établi avec ce dernier persiste, soit généralement durant tout le cheminement de carrière effectué dans l'établissement d'accueil – et parfois même au-delà. Le mentor peut aussi agir à titre de défenseur et de protecteur. Il influence positivement la vision du rôle de l'IP auprès des autres collaborateurs en démystifiant le rôle de cette dernière et en vendant ses mérites auprès des collectifs auxquels elle se joint :

I heard one of the other one [MD] saying : « [IP10's name], she's fine, she's got a good head on her shoulders, you can trust what she comes with. » (IP10, ESF, 891-893).

Chercheuse: How is your collaboration with the physicians?

Good... They both [MDs] really enjoy being part of the team. [...] Because he works [elsewhere], he's got access to a different part of learning than maybe what I do. [...] He would promote the role of NP there, he does (IP2, CDIP, 489-510).

Les IP recherchent aussi l'appui des mentors en vue d'intégrer la culture du milieu de soins, notamment si les orientations à l'emploi sont inexistantes ou de très courte durée. Selon les participantes, les mentors constituent une figure-clé pour amorcer les premiers échanges entre les nouvelles intégrées et les membres de l'équipe, et ainsi pour faciliter leurs premiers pas dans l'organisation et auprès des patients eux-mêmes :

Toute la gestion des clients, la gestion du temps, toutes les ressources de l'environnement autour que tu ne connais pas quand tu commences... Juste les demandes de tests que tu ne sais pas trop comment encore au début, les formulaires... (IP18, CSC, 445-464).

When I was new in [previous employer], the nurse has been there for [more than 5] years, she knew all of their doctor's patients. [...] And so, I would say: « You

know this family, what do you think? » She'd be like: « They are here all the time and this has been the recurrent problem. » Sure I can read it in the chart, but they [mentors] would be the ones to know the stuff (IP14, ESF, 359-371).

Les alliances stratégiques ne se limitent pas qu'aux acteurs de milieux cliniques. Par exemple, les IP des CDIP ont déclaré qu'elles entretiennent des liens privilégiés avec des associations professionnelles, lesquelles galvanisent leur force de négociation. Une IP gestionnaire nous informe, lors d'un échange informel, que la plupart des CDIP ont récemment joint l'Association des ESF de l'Ontario, notamment en raison de la voix plus directe des ESF auprès du Ministère et de leur orientation en matière d'amélioration de la qualité. Selon elle, cette alliance stratégique est fort utile pour compenser les ruptures provoquées par la migration des CDIP, du département ministériel infirmier vers celui de la Direction des soins primaires, et pour amoindrir les difficultés liées à la planification des mesures d'amélioration de la qualité. Des communications provenant de l'Association médicale de l'Ontario auxquelles nous avons pu avoir accès montrent des liens forts avec le Ministère et laissent entrevoir des forces de négociation et de persuasion exercées à l'endroit de ce dernier. L'IP gestionnaire indiquait que les bénéfices de cette alliance entre les CDIP et l'Association des ESF de l'Ontario surpassaient les risques d'un manque de représentation sociopolitique au regard du domaine, de la philosophie et des intérêts de la profession infirmière.

Différents médiateurs humains (p. ex. : MD) et non humains (p. ex. : DME, statistiques) permettent aux IP de solidifier leurs alliances stratégiques et, donc, de légitimer leur rôle et leur place dans les milieux en particulier et dans le système de santé en général. Par exemple, en ESF, pour mieux s'intégrer à un environnement administratif perçu comme difficile à percer (« les décisions d'en haut ») et pour mieux anticiper les changements et les impacts sur leur rôle, les IP comptent sur plusieurs actants (mémos, procès-verbaux de réunion), surtout lorsqu'elles ne sont

pas invitées aux rencontres. Les IP des ESF priorisent souvent les médiateurs du corps médical qui, eux, ont plus de chance de demeurer dans le collectif que les administrateurs et qui seront plus capables de relayer leurs points de vue au CA :

Il faut qu'on ait une voix au conseil d'administration (IP9, ESF, 845-846).

En CDIP, la légitimation se réalise par la défense et par la préservation de l'image des cliniques et du rôle des IP par les gestionnaires auprès des médias, notamment pendant la période suivant leur création. Les descriptions de postes des IP abordent tout particulièrement leur rôle politique d'ambassadrices dans ce modèle :

The NP focuses on prevention, education, health promotion and advocacy [...] is an ambassador for the NP role in this new model of care (document interne, CDIP).

Toujours en CDIP, la légitimation repose sur le recrutement et sur la rétention d'un corps médical, sans lequel l'intégration des IP et la pérennité du modèle de soins seraient compromises. Cependant, devant l'hésitation du corps médical à s'associer aux CDIP, les gestionnaires expriment qu'elles doivent parfois se contenter de certains candidats et que ce manque d'options peut ultimement affecter la CI au sein des institutions, par exemple si le candidat n'offre que peu de disponibilité. Par ailleurs, les IP gestionnaires des CDIP expriment que les différents CDIP de la province s'assemblent afin d'établir des pistes de solution pour amoindrir les risques que constituent les mesures de performance des agences subventionnaires, qui sont ancrées dans le paradigme biomédical et qui tendent à brimer, selon elles, l'avancement du modèle des CDIP, la valeur de la contribution des IP et leur intégration.

Il est intéressant de noter toutefois que les IP capitalisent également sur la dominance du discours économique comme stratégie supplémentaire de légitimation. En ce sens, le langage économique et les calculs mathématiques constituent des médiateurs efficaces, dans la mesure où ils

sont reconnus, adoptés et priorisés par le collectif. Dans l'extrait suivant d'une participante en ESF, cette stratégie permet aussi de diffuser certaines tensions :

[MD] ne sont pas contents : « Je veux moins travailler. Je veux avoir la vie plus facile. Qu'est-ce que concrètement [l'IP] peut faire dans une journée pour m'aider? » Tu dis : « Mathématiquement, c'est possible! Pour que tous les MD aient accès équitablement aux IP... Mathématiquement, comment [nombre limité] IP peuvent significativement changer ta pratique? 52 semaines, moins 4 semaines de vacances, moins 2 semaines (éducation continue et congés de maladie), il reste 46 semaines. 46 semaines divisées par [nombre] MD. [...] Mathématiquement, tu leur expliques, puis ils disent : « Ouin, mais [ça ne serait pas pour tous les MD]. » C'est pour ça que ça fait [quelques années] que ça traîne parce que, chaque fois... C'est bien beau sur papier, mais, mathématiquement, j'arrive tout le temps avec cet argument-là récurrent. Puis, ils [MD] font : « Oui, mais... » Puis, là, ils retournent parler en cachette, puis ils s'engueulent : « Mais, moi, je la veux, moi aussi. Pourquoi, toi, tu l'as? Na na na. » Parce que, en cachette, ils veulent la justice entre eux autres aussi (IP9, ESF, 585-613).

L'IP9 recourt à des calculs simples pour détourner les critiques de certains MD qui jugent que, contrairement à ce qui leur a été promis, les IP n'allègent pas nécessairement leur charge de travail. Elle opère ainsi un déplacement des frustrations de ces MD, de la pratique des IP vers le nombre limité de celles-ci (en ESF, dans ce cas-ci), nombre qui n'est pas déterminé par les IP elles-mêmes, mais qui dépend des enveloppes budgétaires allouées par le Ministère. Ce déplacement discursif permet de protéger la disposition des MD à travailler avec les IP et à consolider la légitimité de ces dernières au regard de la pratique médicale et de sa lourdeur.

5.3.6.5. Gérer l'entité-patient

Nous avons vu précédemment que le patient est une entité qui peut perturber la pratique de l'IP, laquelle doit alors trouver des stratégies pour assurer à la fois sa prise en charge, mais aussi son cheminement à travers le processus thérapeutique. Les IP développent des routines de travail efficaces avec leurs propres patients, mais décrivent les patients inconnus comme une source importante d'incertitude. Lors de nos observations, nous avons fréquemment vu des IP

étudier à l'avance les dossiers médicaux des patients afin de mieux déterminer les soins requis, de se familiariser avec leur état de santé et leur plan d'intervention, d'organiser les informations au DME et de s'assurer du contrôle de paramètres physiologiques instables :

But on some days, as many as 50-75% of my patients that I saw (laughs) are not mine. [...] Maybe that is nothing, but here's what it means to me: to me, when I see somebody else's patients, not my patient: I don't know her and I don't know what she's here for... I need to find out! [...] I'm just going to open her [chart, lab, consult letters, notes, medications, preventive care] (IP11, CSC, 184-209).

We have our own patients, we know them, right? So the way I organize my patients is that, I organize the chart: everything is really put out clearly, so I know when their last physical was, when their Pap was, when this, this and this. You get to know the patients, so when I see this person come in, I kind of remember and go there, right? So for me... And I always set out... I do a written list the day before for all my patients: this is what they're coming in for, but they need a refill of these and they're due for these labs. Now if I'm seeing [another NP]'s patient for an acute issue, it's really difficult for me because I don't know them from Adam. I don't! Everything is in the chart differently. So that's difficult, but of course you have to do your best (IP4, CDIP, 151-161).

Pour mieux gérer les imprévus et pour stabiliser l'attribution de patients, certaines IP veillent également à choisir leur cohorte. Par exemple, les IP des CSC et des CDIP suggèrent parfois à leurs collègues IP qui acceptent de nouveaux patients de « diluer » leur complément de patients en inscrivant des patients en santé entre des patients complexes. En CSC, une grande majorité des IP, novices ou expérimentées, effectuent un triage de leur charge de patients en privilégiant les clients plus en santé, estimant pouvoir faire une meilleure démonstration de leur rôle quand les conditions des patients s'harmonisent mieux avec leur champ de pratique :

We have very different case loads. [NP name] has been here [many] years. She basically could hand select and hand pick all her patients over the last [x] years to have patients that met her previous job description... Before they changed the scope of practice... Then, your patients were entirely within your scope of practice. It was even encouraged! [...] I arrived after the fact and I get all kinds of other things: somebody with renal failure waiting for a kidney transplant (IP11, CSC, 144-158).

Plusieurs participantes ont fait référence à la possibilité que certains patients plus complexes puissent fragiliser l'intégration des IP, la perception de leur contribution et leur pérennité dans le système. Quelques IP des CDIP indiquent qu'elles refusent dorénavant certains patients, notamment ceux qui nécessitent des soins en dehors de leur portée légale (p. ex. : ceux qui ont besoin de narcotiques) ou l'intervention plus intensive du MD (ressource devenue limitée). Selon ces IP, les services médicaux doivent plutôt être dévolus aux patients déjà enrôlés et aux besoins de consultation existants. En CDIP, ce choix menant à l'exclusion de certaines clientèles est un dilemme, compte tenu de leur mandat d'enrôler des patients orphelins :

If we had unlimited physician time and funding, that wouldn't be an issue whatsoever, we'd be happy to take all these orphan people. But now we have to be very picky about who we choose. [...] The NP decides at [the initial interview] looking at the medications and if there's anything like controlled substances that she can't prescribe. Then they're saying: « I'm sorry, I'm not able to take you on because I can't prescribe this. » The other factor is the complexity. If there's a specific... Well if they have more than this many chronic diseases or if they have this certain complexity, we're saying no, but I'm not sure. [...] Back in the day, it was very rare that you would ever see somebody that was not accepted (IP3, CDIP, 332-349).

Historiquement, l'intégration des IP en SSP reposait sur le principe qu'elles pourraient prendre soin de patients stables afin que les MD puissent se concentrer sur les patients aux conditions plus complexes et/ou imprévisibles. Les manœuvres de sélection, ci-dessus décrites, selon lesquelles les IP tendent à « choisir » leurs patients, s'inscrivent dans cette logique. Toutefois, certaines participantes décrivent l'inverse dans leur milieu, dans la mesure où les MD délaissent justement les cas complexes aux IP – et mettent ensuite en doute leur performance :

C'est sûr que le suivi d'un jeune homme de 30 ans qui va bien... Ils [MD] vont se le garder, de l'or en barre. [...] [Après s'être choisis ces populations, les MD disent] : « Tu les [patients] vois pas en 20 minutes? » C'est parce que tu m'as tout donné les patients complexes (IP9, ESF, 795-796 et 802-804)!

Certaines IP disent qu'elles doivent amener de telles situations en rencontres interprofessionnelles afin que le groupe tranche à savoir si ce patient devrait ou non être pris en charge par elles; d'autres en discutent plutôt avec leur gestionnaire.

Les participantes de l'étude manifestent aussi un rapport parfois ambigu avec les patients. Tel que nous l'avons rapporté précédemment, elles se soucient de l'accès et de la qualité des soins qu'ils reçoivent, tout en essayant de gérer les imprévus que ces patients créent dans leur pratique. Dans leurs propos, certaines IP en viennent même à positionner les patients comme des objets de soins, plutôt que comme des personnes à part entière :

Un mal d'oreille, ça se traite bien vite. L'affaire, c'est que, des fois, indirectement, même ils sont supposés d'être là pour un problème [à la fois], s'il a une autre affaire, tu n'es comme pas pour lui dire : « Reprends rendez-vous. » Mais si tu commences à reculer dans ton temps d'admin, quand est-ce que tu vas faire tes laboratoires puis tes retours d'appel? Bien, c'est du temps gratuit donné? Je ne suis pas intéressée (IP8, CSC, 551-579).

Cet extrait illustre la mise en opposition, sur le plan discursif, des besoins des patients, d'une part, et des exigences de production, d'autre part. Certaines IP briment leur approche centrée sur les patients en limitant le temps alloué aux consultations. En entrevue, ces IP ne discutent généralement pas de l'impact de telles décisions sur leur clientèle, par exemple le fait que ces patients aient à attendre pour des traitements, à revenir à la clinique et/ou à reprendre une journée de congé pour une nouvelle consultation.

Au lieu de refuser des soins aux patients, certaines praticiennes établissent, avec l'accord de leur milieu, un code de conduite pour les patients. Ce code détermine les attentes des IP envers les patients en ce qui a trait à leur loyauté au centre, à leur suivi, à leur traitement et à leurs soins préventifs, des éléments qui sont calqués sur les normes utilisées pour jauger la performance d'un système :

Some of the patients that I've known now for [few] years, I can easily handle them, right? [...] I know that the guy will come back, I'll tell him to come back in a month and he'll be here. Some people, I'll tell them to come back in a month and they won't be here, so I need to be more fussy about what I let go and what I don't let go because it's, you know... certain things are medically dangerous. [...] So there's certain people you can trust and certain people you can't trust. And I'm starting to get to know who's going to follow up, who's going to do their thing, who isn't (IP20, CDIP, 391-407).

À cette fin, certaines IP engagent leurs patients à un code de conduite par le biais de contrats formels ou informels. En CSC, nous avons été témoins de l'utilisation de contrats auprès de patients agressifs et/ou intoxiqués les rappelant à l'ordre vis-à-vis de comportements attendus et les informant de la possibilité d'être exclus du centre en cas de bris relationnels (malhonnêteté, vol, violence). En CDIP, comme l'IP3 l'atteste plus haut, une option de traitement est proposée comme une condition d'inscription chez certaines clientèles – option perçue comme étant bénéfique pour eux. En ESF, tous les patients doivent s'engager formellement lors de leur inscription par le biais d'un formulaire standardisé du MSSLD (seule la version anglaise du formulaire *Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information* a été recueillie). À la section « *Patient commitment* », on y lit les consignes suivantes :

Ne pas changer de groupe/MD plus de 2 fois l'an et contacter le groupe ou les services téléphoniques quand surgit le besoin de services médicaux – « *je promets de le faire à moins que ceci soit une urgence ou que je voyage à l'extérieur de ma résidence* ».

Les termes d'annulation des services y sont énoncés, notamment dans le cas de comportements déviants. Ces dernières notions portant sur la gestion des clientèles renvoient à la nécessité de développer des savoirs à leur sujet et à endiguer leurs comportements « déviants », ceux qui ne suivraient pas les directives des IP ou des milieux. À ce titre, les IP prévoient des façons de discipliner les patients par le biais de codes de conduite (pouvoir disciplinaire de Foucault), mais dans le but de mieux les soigner, s'ils ont une conduite dangereuse (pouvoir pastoral de Foucault).

5.3.6.6. Gérer les actants

Tel que nous l'avons exposé précédemment, les actants en SSP ont la capacité d'influencer l'intégration et la négociation du rôle des IP. Les participantes ont exprimé de quelle manière elles manœuvraient notamment les horaires et les espaces physiques pour rendre leur pratique plus convenable et pour assurer le succès de leur insertion. Plusieurs actants jouent un rôle dans l'évaluation de la performance des IP. L'horaire constitue l'un de ces moyens d'évaluation. Cependant, il ne constitue pas un reflet fidèle des activités des IP puisque celles-ci y consignent surtout les soins directs à effectuer. Afin que leurs activités (et leur performance) ne soient pas mises en doute, certaines IP choisissent donc de « remplir » leur horaire en indiquant explicitement les noms des patients pour lesquels les soins indirects sont effectués :

[Les MD] veulent qu'on soit à côté d'eux : ils veulent voir ce qu'on fait. [...] Le fait qu'on soit à l'extérieur dans un autre *building* : ils ne nous voient pas, donc on est nécessairement dans notre bureau en train de jouer [à un jeu] (rires). Ils regardent alors nos horaires, il y a des trous, parce que, notre horaire c'est un outil de travail. Si j'appelle un patient, je ne vais pas nécessairement [l'inscrire]... [Avant] Je n'avais pas besoin de le [horaire] remplir pour justifier chaque fait et geste. Je l'ai utilisé comme un outil de travail pour mes patients, mes rendez-vous, mais je ne justifiais pas chaque bloc de 15 minutes. [...] Ah, là maintenant, ça déborde de partout : à chaque fois que je pense à un patient, je l'écris... C'est un outil d'analyse qu'ils ont (IP9, ESF, 174-207).

En procédant ainsi, les IP contribuent à rendre leurs soins plus visibles pour le milieu et à éviter des évaluations pénalisantes.

Les espaces physiques offrent aussi des occasions de stratégisation. Par exemple, dans quatre des six sites à l'étude, le bureau partagé est perçu comme un avantage permettant aux IP et aux autres professionnels de se côtoyer à longueur de journée et de collaborer de façon continue, ce qui renforce la communication, l'entraide, l'amitié, le partage des ressources et la cohésion. Dans l'ESF de petite taille, les IP ont rapporté que le partage des lieux a solidifié leur force de cohésion puisque, selon elles, personne ne peut les « isoler une contre l'autre » (IP7).

Les IP tentent parfois de négocier des espaces physiques partagés afin d'améliorer leur collaboration et, par conséquent, leur intégration.

Pour sa part, le bureau privé peut s'avérer un outil clinique intéressant pour augmenter la cadence de pratique, notamment sur le plan de la documentation, de la collaboration, de la consultation des ressources et de la charge de travail. Certaines participantes ont ainsi remis en question le fait qu'elles ne puissent avoir accès à de tels espaces, contrairement aux MD. Dans l'ESF de plus grande taille, une IP rapporte qu'elle a négocié son utilisation d'aires dites « de collaboration » mais dans lesquelles elle n'était pas admise (*bullpen* et *fishbowl*), car elles étaient utilisées exclusivement par les MD. Selon cette participante, un tel positionnement était stratégique en ESF : les espaces physiques de ces milieux sont distribués sur plusieurs sites et ils prennent différentes configurations qui peuvent distancier, physiquement et symboliquement, les collaborateurs. Vu la taille plus imposante de ces équipes, leur éloignement géographique et le fait que certains partenaires, tels que les MD, se joignent rarement aux rencontres interprofessionnelles, accéder à ces aires de travail était stratégique pour une intégration fructueuse.

5.3.6.7. Compenser les erreurs et leurs effets

Les IP compensent par divers moyens les erreurs de traduction, de sorte à mieux répondre aux impératifs personnels, éthiques, identitaires et organisationnels qu'elles ont identifiés. Tel que nous l'avons rapporté précédemment, les IP endossent un rôle élargi parfois plus tôt qu'escompté et gèrent leur manque de préparation ou de formation formelle (scolaire) grâce aux ressources existantes – particulièrement utiles lorsque les MD collaborateurs sont peu accessibles ou disponibles :

[2011 increased scope of practice] I think that was a big relief for me. Although, you know, it's still the same in some respects: if I don't know about a medication,

I'm going to consult, or I'm going to talk to the pharmacist. I'm still going to do my homework. [...] It takes time to build that [expertise] up. [...] I still use UpToDate, I still use my eCPS or whatever, and still make sure that I'm not missing something (IP20, CDIP, 512-534).

[The transition toward the 2011 expanded scope] It's had its challenges certainly, because when I took the NP program, our education was not about putting someone on a blood pressure pill and so all of that is very new! [...] So, we have great resources and we have UpToDate and things like that, so I'm on those a lot! It takes time and then once you develop a comfort level, then those things are easy, but it takes time. [...] If you've never done it before, you're researching or asking your fellow, the other NPs, or consulting as well (IP1, CDIP, 87-110).

We used to have more of them [MDs], but then the ministry cut the hours. So it's been... It's been a real struggle (IP1, CDIP, 262-264).

Des IP résolvent les problèmes du rôle élargi et le manque d'accès aux consultants médicaux en négociant la signature préalable de ceux-ci sur des prescriptions et des examens diagnostiques ou en développant des directives médicales.

Les IP disent aussi remplacer le manque d'accès aux MD avec la consultation des autres professionnels non médicaux. En CDIP, elles en viennent à déléguer un maximum d'actes aux partenaires autorisés, et ce, même si elles ressentent un vif sentiment de responsabilisation quant à répondre à la totalité des demandes institutionnelles, cliniques et du système de santé. Dans tous les milieux investis, nous avons noté que les IP font des heures supplémentaires afin de combler plusieurs besoins « cliniques » et « administratifs », incluant ceux causés par le manque d'accès aux MD collaborateurs.

Des IP démontrent également qu'elles anticipent les changements à venir et qu'elles s'y préparent, ce qui contribue à accroître leur crédibilité. Un groupe d'IP en CDIP discutaient, par exemple, du positionnement qu'elles prendraient lorsque la prescription des narcotiques entrerait en vigueur, et elles examinaient les transformations que cela entraînerait chez les cohortes, leur prise en charge, les mandats légaux et les activités et outils cliniques. De même, certaines IP ou

certaines groupes d'IP veillent à délimiter leur rôle, par exemple en s'imposant d'emblée des axes de soins à incarner (soins directs ou indirects), un temps de consultation optimal à suivre ou même un nombre spécifique de patients à évaluer par jour, alors que nous n'avons pas retrouvé, dans les documents analysés, d'exigences qui justifiaient de telles lignes de démarcation de la pratique des IP. Une telle manœuvre d'épuration du rôle pourrait pourtant contribuer à restreindre la compréhension du rôle des IP et de leur contribution au système de santé et, par conséquent, alimenter la confusion entourant le rôle des IP en SSP.

Ce dernier thème nous a permis de constater que l'intégration et la négociation du rôle engendrent plusieurs contrecoups pour les IP, tels que la pluralité de rôles professionnels, la dissonance identitaire, des sentiments d'incompétence et d'incertitude, des glissements discursifs, et des états émotionnels et des souffrances. Plusieurs dynamiques et paradoxes provoquent des tensions morales, cliniques, professionnelles et politiques qui poussent certaines IP à mettre en œuvre certaines stratégies d'adaptation et de résistance en vue de rééquilibrer les diverses composantes qui constituent leur rôle. Les IP tentent ainsi de maintenir une certaine mainmise dans un système imprévisible dont elles doivent pallier les manques.

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

Cette étude ethnographique critique avait pour but d'examiner l'intégration et la négociation du rôle des IP en SSP. Ses objectifs visaient à 1) comprendre des contextes socioprofessionnels, culturels, historiques et politiques des SSP; 2) comparer diverses modalités ontariennes de prestation des SSP en ce qui a trait à l'intégration des IP [centres de santé communautaire (n = 2), équipes de santé familiale (n = 2) et cliniques dirigées par des IP (n = 2)]; 3) analyser des mécanismes relationnels qui participent à l'intégration du rôle des IP

dans divers modèles et aux stratégies professionnelles de négociation du rôle des IP; et 4) examiner des systèmes d'opposition plausibles à l'intégration des IP en SSP.

Le présent chapitre vise à rattacher les résultats de cette étude avec le bassin de connaissances actuel par le biais d'ouvrages théoriques et de résultats de recherche. Notre discussion s'articulera autour des dimensions suivantes : 1) les principaux constats de l'étude; 2) les origines et conséquences d'une insertion non optimale des IP; 3) les origines et conséquences des cadres explicatifs liés à l'intégration du rôle des IP; 4) la négociation du rôle des IP dans les milieux de SSP; et 5) l'intégration du rôle des IP : un concept revisité.

6.1. Principaux constats de l'étude

Dans le cadre de cette étude, nous voulions répondre à la question de recherche suivante : « Comment s'effectuent l'intégration et la négociation du rôle de l'IP dans divers modèles de SSP? » À la lumière des résultats de cette étude, nous estimons que l'insertion des IP s'effectue par le biais d'un processus stratégique de socialisation, hautement complexe et politique, entre les IP et l'ensemble de ce qui constitue les « soins de santé primaires » (incluant des acteurs humains et non humains) qui s'influencent de façon réciproque. Ce processus de socialisation aligne les IP au regard des SSP et les SSP au regard des IP en vue de former un collectif nouveau et stable.

Or, ce processus de socialisation des IP aux SSP et des SSP aux IP n'est pas aisé ni acquis : ce processus génère en lui-même des déstabilisations, souvent imprévues par les partenaires, ou il peut même, après avoir atteint un certain seuil de stabilité, être affecté et relancé par d'autres déstabilisations. Les déstabilisations créent des espaces de négociation (« controverses ») à petite et à grande échelle qui se manifestent par des questionnements, des ruptures, des changements, des déplacements (pratiques, identité, rôles) ou même des

soulèvements. Dans cette étude, ces déstabilisations découlent de l'arrivée des IP dans des milieux de SSP donnés, mais elles se prolongent au-delà en raison de caractéristiques instables associées à leurs normes de pratique, à leur valeur morale, aux exigences de production des SSP, aux mécanismes de collaboration interprofessionnelle et à la prise en charge des patients.

Par exemple, l'évolution continue des normes de pratique des IP stabilise et déstabilise à la fois l'autonomie, l'expertise et la collaboration des IP avec leurs partenaires. La valeur morale des IP, ancrée dans leurs idéaux en matière de pratique infirmière avancée et dans leur bagage scolaire à titre d'infirmière et d'IP, se modifie avec le temps, le processus de socialisation des IP et les expériences. Elle participe ainsi pleinement à l'expérience de l'intégration. Le fonctionnement ou le dysfonctionnement de plusieurs mécanismes collaboratifs ainsi que la présence ou l'absence de ressources en matière de collaboration interprofessionnelle (membres de l'équipe, horaires, formalisation des pratiques, etc.) nuancent l'expérience d'intégration des IP, mais également la perception que se font les partenaires du succès de cette dernière. Il en va de même pour la prise en charge des patients – un élément volatil qui se transforme suivant les modèles de prestation des SSP, les motifs de consultation (p. ex. : en accès amélioré), les pathologies rencontrées, les patients, les délégations formelles et informelles, l'appartenance du patient et les exigences de production. Elle n'est donc pas, elle non plus, aisée à stabiliser.

Le degré « d'intégration » perçu par les IP est intimement lié à l'expérience du processus de socialisation ainsi qu'au degré de stabilité et de congruence que celui-ci procure. En général, un haut niveau de satisfaction chez les IP au regard de leur intégration est associé à une meilleure stabilisation des différents réseaux auxquels elles appartiennent et participent; un plus bas niveau de satisfaction est associé à des déstabilisations de ces réseaux. Nous offrirons plus de précisions au regard des concepts « d'intégration » et de « réseaux ».

Les déstabilisations évoquées ci-dessus sont à la fois des forces antagonistes qui contrecarrent le mandat de stabilisation lancé par le processus de socialisation, et des forces productives qui permettent la renégociation des pratiques, des rôles, des pouvoirs et des identités des IP et des partenaires. En ce qui concerne les forces productives, par exemple, certaines IP utilisent les instabilités à leur avantage de manière à se repositionner de façon plus congruente dans les réseaux des SSP. C'est notamment le cas quand leur positionnement à l'intérieur de ceux-ci ne cadre pas avec leur valeur morale, leurs pratiques professionnelles, leurs compétences, leur identité et plus encore. L'IP devient ainsi une participante active du processus de socialisation. C'est aussi ce processus de socialisation (IP selon les SSP, SSP selon les IP) qui informe les possibilités des IP, notamment sur le plan de leur rôle, de leur pouvoir, de leur identité et de leur contribution. À la section 6.4 *Négociation du rôle des IP dans les milieux de SSP*, ce processus sera expliqué plus en détail en utilisant la notion de « traduction » (Callon, 1986), laquelle décrit quatre étapes de formation de réseaux d'acteurs humains et non humains en constante négociation.

Le processus de socialisation a divers effets sur les IP, sur les partenaires et sur les réseaux. Chez les IP, les effets du processus de socialisation se manifestent par exemple dans leurs dilemmes éthiques, leurs glissements discursifs et identitaires, leurs états émotionnels et souffrances, et leurs stratégies d'adaptation et de résistance. Dans les réseaux et chez les partenaires, les effets se révèlent dans les discours qui expriment un manque de clarté du rôle des IP, mais qui concèdent néanmoins à celles-ci des mandats (cliniques, administratifs) spécifiques.

En effet, le mandat des IP est articulé selon un besoin d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins, d'efficacité du système, de réduction des coûts en santé et de prestation de SSP en équipe (Bauer, 2010; Delamaire et Lafortune, 2010; Gould et collab., 2007; Laurant et

collab., 2005). Or, le type d'intégration, qui est hautement différencié parmi les IP (configuration très diversifiée des pratiques et des rôles des IP dans les différents milieux de SSP) et qui est le résultat de la force associative et politique du collectif d'insertion, ne permet pas toujours aux IP de répondre à ces engagements. Le processus de socialisation génère des écarts, lesquels peuvent affecter la perception des partenaires à l'égard des IP, de leur rôle, de leur valeur et de leur contribution. Dans certains contextes de socialisation, les IP sont perçues comme soutenant le système et ses mandats, alors que, dans d'autres, elles sont perçues comme le freinant ou le compliquant.

Dans la prochaine section, nous traiterons plus spécifiquement des conséquences d'une insertion non optimale des IP.

6.2. Origines et conséquences d'une insertion non optimale des IP

Dans les écrits scientifiques, une insertion optimale des IP est jugée atteinte si elle améliore la performance du système des soins de santé, notamment la qualité et l'accès aux soins, l'efficacité du système et la réduction des coûts en santé (DiCenso et Bryant-Lukosius, 2010a), ou si elle culmine par l'adoption locale de réformes, de restructurations, de nouvelles pratiques et de nouveaux rôles (Burgess, 2008). Cependant, ces écrits n'abordent pas l'optimisation de l'insertion selon le caractère hautement politique et associatif de l'insertion, ni les liens qu'entretiennent les IP avec les différents réseaux sollicités dans leurs activités quotidiennes. La performance des systèmes et l'adoption locale de réformes ne dépendent pas que des IP, mais découlent aussi de la coordination, de l'alignement et de la bonne volonté des acteurs et des actants qui participent à l'insertion des praticiennes. Burgess (2008) décrit en quoi consiste une insertion optimale :

NPs [nurse practitioners] understood role integration to mean NPs would have autonomy to fully enact their role, their role would have public recognition,

their value-added contributions to PHC [primary health care] would be demonstrated and measured, their collaborative relations would help NPs to become viewed as essential PHC team members, and NPs as individuals and collectives would secure strategic capacity and alliances to foster role sustainability (p. 214).

Si les écrits traitant de l'insertion des IP lui associent plusieurs bienfaits (Sangster-Gormley et collab., 2015) tels que la sécurité des patients, l'efficacité ainsi que la prestation de soins appropriés et intégrés, ils sont peu prolixes quant aux moyens et aux processus qui soutiennent de tels résultats (DiCenso et Bryant-Lukosius, 2010a). Ainsi, lorsque les chercheurs, les administrateurs ou même les différents professionnels de santé jettent un regard uniforme et standardisé sur la performance des IP, ils perpétuent l'invisibilité des pratiques des IP et des partenaires ainsi que des négociations qui sous-tendent ces résultats.

Une insertion réussie des IP a pour effet d'accélérer les bienfaits de leur pratique tels qu'ils sont énumérés dans les écrits. Or, lorsque cette insertion est perturbée par des dynamiques associatives et politiques, comme le relèvent nos résultats, la fragilisation du processus d'insertion des IP peut miner les bienfaits que celles-ci peuvent apporter aux patients et au système. Une insertion sous-optimale des IP peut ainsi avoir des effets sur la prise en charge des patients, sur la prestation des soins, sur la CI, sur les indicateurs de santé des patients et sur leur expérience de soins, menant ainsi à une contreperformance du système (accès, qualité, coûts).

Il convient également de noter que les IP se retrouvent au cœur de débats philosophiques où les discours dominants (paradigme biomédical, soins primaires, accès) et non dominants (paradigme infirmier, soins de santé primaires, qualité) se confrontent, ce qui engendre une dissonance vis-à-vis de leur pratique, de leur pouvoir et de leur identité. Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre 2 *Recension des écrits*, c'est dans ce même contexte qu'on a attribué aux IP un rôle d'agents de changement et de réforme. Implanter une réforme – ce qui est en soi

hautement complexe et politique – sans alignement des philosophies et du pouvoir peut gêner l'insertion des IP :

The study represents a virtual discourse between nursing and medicine on the reform of PHC services (Martin-Misener et collab., 2010, p. 40).

Government and Health system commitment to comprehensive PHC and integrated health teams is at times questionable. Reticence can be analyzed as power relations, where patriarchal health systems limit public participation, organizational hierarchies constrain practitioner involvement, and traditional protective disciplines confine collaborative relations. The NP role sparks conflicts and controversies related to PHC reform, because it contexts traditional primary care services and is a catalyst for holistic health promoting care. Assessment of NP role integration is thus valuable for monitoring both advancement of the NP role and progress of PHC reform. Further research is needed to explicate these political implications (Burgess et collab., 2011, p. 32).

Les IP sont sensibles à ces débats. Certains auteurs ont en effet affirmé que, dans ce processus de socialisation, il est faux de croire que les IP peuvent être un libre arbitre ou exercer une pleine autodétermination, car, finalement, les IP « needed to be in agreement with the positions and decisions of the organization and leaders » (Burgess, 2008, p. 244). Par la force de persuasion qu'engendre le processus de socialisation, les IP en viennent à ne plus remplir (ou pouvoir remplir) leur mandat initial, ce qui pose un risque à l'identité qu'on leur attribue et mine la possibilité d'options novatrices de soins (Browne et Tarlier, 2008; Contandriopoulos et collab., 2016; McCready et Ouimet, 2018). À ce titre, on continue d'interpréter les SSP comme des services médicaux en SP (Haggerty et collab., 2007; Hutchison, 2008; van Soeren, Hurlock-Chorostecki, Pogue et Sanders, 2008). Pourtant, par le biais de la PIA, l'IP pourrait contribuer de manière innovante aux soins des patients. Or, selon Moore et Prentice (2013), le temps que dédie une IP aux axes non cliniques de la PIA affecte négativement les relations de collaboration interprofessionnelle. Le contexte néolibéral plus large dans lequel s'insèrent les SSP accommode peu ces axes non cliniques en mettant l'accent sur la responsabilité individuelle des patients et

des professionnels, sur la privatisation des soins et sur la minimisation des services sociaux (Browne et Tarlier, 2008). Une organisation des SSP selon une logique néolibérale offre donc un cadre étroit et dissonant qui ne privilégie pas la PIA. L'IP est ainsi aux prises avec ce que certains nomment un « patronage politique » (Burgess, 2008, p. 245, trad. libre).

L'insertion réussie des IP nécessite une culture de collaboration pour élargir et maintenir leur autonomie auprès de leurs collègues et pour s'intégrer dans les réseaux de soins existants (Burgess, 2008; Burgess et Purkis, 2010; Donald et collab., 2009; Maylone et collab., 2011). Cette collaboration bénéficie tant aux patients (Gougeon, Johnson et Morse, 2017; Mahdizadeh et collab., 2015) qu'aux IP puisqu'elle favorise leur satisfaction au travail et leur rétention (Hughes et Fitzpatrick, 2010; Moore et Prentice, 2013; Ritter 2011). La culture de collaboration doit être hautement fonctionnelle pour engendrer ces effets, mais elle doit également dépasser le cadre usuel de la prestation locale des soins (p. ex. : avec l'équipe) (Burgess, 2008). Cette collaboration nécessite un engagement multisectoriel qui doit inclure les actants afin de reformuler les directions stratégiques des SSP, les relations de pouvoir, les services de santé, les modalités de la CI et même l'allocation des ressources (Koerner et Wesley, 2008) :

L'incapacité de forger des partenariats entre les membres de l'équipe de soins et avec d'autres fournisseurs de services constitue un obstacle majeur à l'intégration du rôle d'IP (ICIIP, 2004, p. 43).

De fait, la mesure de l'intégration de l'IP est étroitement liée aux relations de collaboration et à leur intensité, permettant ainsi la négociation des champs de pratique partagés entre les partenaires des SSP (Burgess et Purkis, 2010), car « l'intégration d'un nouveau rôle dans une organisation correspond à une innovation et remet en question les façons de faire de plusieurs professionnels » (D'Amour et collab., 2007, p. 14).

Le pluralisme des rôles professionnels des IP, mis en évidence dans notre recherche et dans celle de Burgess (2008), est peu reconnu puisque la plupart des chercheurs et partenaires réitèrent plutôt le manque de clarté du rôle (Brault et collab., 2014; Cummings et collab., 2003; Delamaire et Lafortune, 2010; DiCenso et collab., 2003; Stolee et collab., 2006; van Soeren et Micevski, 2001). Pourtant, « role diversity made the issue of role clarity more complex and NPs thus needed to expend much time and effort in educating others about the nature of their role so that they could fully enact them » (Burgess, 2008, p. 250). Ce discours persistant du manque de clarté est le reflet de l'insertion non optimale des IP. Le manque de clarté atteste des tensions professionnelles, des difficultés de collaboration et des déplacements identitaires que l'insertion des IP suscite chez les partenaires. Il est aussi le reflet du pluralisme du rôle des IP qui émerge des suites du processus stratégique de socialisation et qui demeure largement incompris en SSP. Le manque de clarté démontre une utilisation flexible et divergente des compétences et des capacités des IP. Certains milieux sous-utilisent donc les IP (Bryant-Lukosius et collab., 2004) ou encore les utilisent autrement que ce qui était prévu initialement par les IP (p. ex. : ne pas pouvoir déployer une PIA, rôles dissonants) – ce que certains auteurs désignent comme une « surutilisation » (Bryant-Lukosius et collab., 2004; Burgess, 2008). Le discours de manque de clarté est donc cohérent avec la nature hybride des IP et avec leur haute fluidité professionnelle, qui permet de répondre aux besoins divers des SSP. Le rôle des IP soutient la pérennité du système et son bon fonctionnement, mais il perturbe le sentiment d'identité et de contribution des IP. Le manque de clarté du rôle pourrait également résulter du fait que les IP « practiced strategically to shift and change PHC culture » (Burgess, 2008, p. 254) :

NPs were encouraged to develop their leadership in both opportunistic and strategic ways. [...] Opportunistic [leadership] was seen [...] as the proactive work of individual NPs to network locally, design practice innovations, and enhance population health; while strategic [leadership] was [...] the collective

endeavour of NPs to be political at health authority and provincial levels, to identify and align their goals and targets with those of the health organization, and to intentionally shape and effect systems change (Burgess, 2008, p. 171).

À notre connaissance, notre recherche est la seule qui clarifie la teneur de ce processus de socialisation et de négociation, et qui détaille les stratégies mises en œuvre par les IP. Sans cet apport scientifique, les failles du processus de socialisation demeurent mal comprises et l'insertion des IP peut en être affectée (Burgess, 2008). Il est clair que des éléments multisystémiques façonnent la profession des IP et leur contribution au système de santé (Burgess, 2008; Burgess et collab., 2011; Contandriopoulos et collab., 2016; Martin-Misener et collab., 2010). L'insertion optimale des IP dépend donc largement de leur harmonisation vis-à-vis du collectif (Lindemann, 2011).

6.3. Origines et conséquences des cadres explicatifs liés à l'intégration du rôle des IP

Les barrières et les facilitateurs de l'intégration des IP constituent un thème récurrent dans les écrits scientifiques actuels. En particulier, ces derniers citent comme barrières le cadre législatif restreint et le manque de ressources financières et humaines pour soutenir le rôle de l'IP (Delamaire et Lafortune, 2010; DiCenso et collab., 2003; Gould et collab., 2007; Hamric et collab., 2014; Irvine et collab., 2000; Jones et Way, 2004; Sangster-Gormley et collab., 2011), la perception d'un manque de clarté du rôle des IP, les attentes conflictuelles envers les IP, l'inégalité vis-à-vis de l'acceptation et de la collaboration dans les équipes, l'interférence médicale, le manque de soutien des gestionnaires et le manque d'indicateurs de performance pouvant cerner spécifiquement la contribution des IP au système (Cummings et collab., 2003; Delamaire et Lafortune, 2010; DiCenso et collab., 2003; Gould et collab., 2007; Irvine et collab., 2000; Martin-Misener, Downe-Wamboldt, Cain et Girouard, 2009b; Sangster-Gormley et collab., 2011; Stolee et collab., 2006; Thrasher et Purc-Stephenson, 2008; van Soeren, Hurlock-

Chorostecki, Goodwin et Baker, 2009; van Soeren et Micevski, 2001). Certains auteurs commencent toutefois à constater que ces barrières/facilitateurs ont un caractère dynamique qui dépend des contextes :

The « structure of the MD-NP working relationship » could act as a facilitator (e.g. a supportive relationship between the physician and NP) or a barrier (e.g. an unsupportive relationship between the physician and NP) (Sangster-Gormley et collab., 2015, p. 125).

Barriers and enablers are often tied together as opposites: barriers have threatened NP role development and sustainability, while enabling strategies serve to advance the NP role (Burgess, 2008).

Certains rapportent même que la perception des barrières à l'intégration des IP est disparate entre les professionnelles interrogées (DiCenso et collab., 2003; Hanrahan et collab., 2001), reflétant ainsi leur caractère dynamique et hautement socialisé.

Des auteurs reconnaissent l'effet de changements rapides des SSP sur les IP (Sullivan-Bentz et collab., 2010; Reeves, Nelson et Zwarenstein, 2008). En Ontario, ces changements touchent les balises légales du champ de pratique (p. ex. : abolition de liste de médicaments), la CI (p. ex. : abolition des conditions cliniques spécifiques requérant l'intervention d'un MD) et les modèles interprofessionnels des SSP. Étonnamment, tous ces changements n'ont pas fait l'objet de recherches empiriques formelles, ce qui reflète un manque singulier de questionnements sur l'intégration des IP. Les cadres analytiques statiques, par exemple ceux priorisant l'identification d'obstacles et de facilitateurs (Contandriopoulos et collab., 2015), semblent avoir participé à cette conception.

Des perspectives théoriques qui entrevoyent le dynamisme des SSP doivent selon nous approfondir le phénomène de l'intégration des IP. Le cadre PEPPA, lequel a influencé de nombreuses recherches portant sur les rôles en PIA, comporte de nombreuses limites (discutées au chapitre 2 *Recension des écrits*), dont celle d'être linéaire. Dans les écrits scientifiques, il y a

un intérêt croissant pour des cadres explicatifs permettant la compréhension de phénomènes dynamiques. Les concepts de réseaux, par exemple, deviennent de plus en plus attrayants pour la compréhension des dynamiques de CI (Reeves, Xyrichis et Zwarenstein, 2018), laquelle n'est plus tant examinée sous l'angle d'une dyade IP-MD, que celui d'interactions complexes, locales et globales entre des entités humaines et non humaines. L'utilisation de sondages pour délimiter les contours de la CI (voir par exemple McAiney et collab., 2017) a laissé peu de place à d'autres formes d'interprétation du déploiement de la CI dans les milieux. Le dynamisme est déjà associé au phénomène de l'IP, alors que D'Amour et ses collaborateurs (2007) parlent d'une négociation constante et changeante des attentes des partenaires, mais il n'a pas été formellement étudié.

Notre recension des écrits montre que les recherches à ce jour n'ont pas veillé à suivre l'intégration des IP en tant que phénomène longitudinal, ni à examiner les processus et les moyens d'insertion (enchevêtrés avec des notions identitaires et de pouvoir). On a d'ailleurs minimisé ou éliminé la participation des IP dans certaines de ces études (voir Reay et collab., 2006; Sangster-Gormley, 2011; Sangster-Gormley et collab., 2013) afin de favoriser le point de vue des partenaires, qui semblent jugés comme étant plus à même de discuter des « contextes interprofessionnels » qui affectent les IP. Nous estimons que les perspectives en théorie critique doivent être mises à profit afin d'examiner les dynamiques identitaires et de pouvoir en SSP, mais aussi afin de redonner du pouvoir aux participants et faciliter leur émancipation. Notre étude répond aux recommandations de Koren et ses collègues (2010), qui appellent à des approches scientifiques novatrices permettant la compréhension de la collaboration, de l'interdépendance, du pouvoir et des processus de prestation des SSP.

En ce qui concerne le phénomène global de l'intégration des IP en SSP, les perspectives théoriques antérieurement utilisées comme formes d'explication ont des fondements

épistémologiques et ontologiques similaires qui tendent à répéter les mêmes conclusions, gênant selon nous la pleine compréhension de ce phénomène. Les écrits latouriens et foucaaldiens utilisés dans cette étude doctorale forcent un revirement épistémologique. Ils proposent un cadre large et flexible utile à l'examen de mécanismes dynamiques tels que la négociation d'un rôle professionnel et la compétition identitaire et stratégique qui peut s'ensuivre. Ce cadre rallie les paliers micro, méso et macro sur un même plan ontologique, générant ainsi des conclusions inédites. Cet aplanissement ontologique peut également éviter de percevoir les professionnels (souvent les MD) comme simplement « résistants » ou « réfractaires » au rôle des IP. Les écrits montrent d'ailleurs que les facteurs interprofessionnels ne sont généralement pas les causes des problèmes d'insertion des IP et de la CI des équipes (DiCenso et collab., 2003; Donald et collab., 2010a; van der Horst, 1992). Pourtant, les recherches persistent dans cette représentation des partenaires médicaux. À notre avis, un manque réside dans le fait que les recherches n'ont pas inclus les acteurs non humains en tant qu'entités influentes possédant une agentivité. En effet, peu de chercheurs se sont intéressés aux acteurs non humains qui pourraient influencer l'insertion des IP, leur collaboration, leur négociation, leur pouvoir, etc. Notre recherche montre pourtant que les entités non humaines participent pleinement aux processus de socialisation.

6.4. Négociation du rôle des IP dans les milieux de SSP

Notre étude relève qu'il y a, en SSP, une pluralité d'éléments perturbants qui proviennent de sources individuelles, culturelles, collaboratives, organisationnelles, administratives, gouvernementales, professionnelles, environnementales, technologiques, protocolaires, etc. Il en est ainsi des IP, des cliniques de soins et des équipes interprofessionnelles (toutes des réseaux en soi), qui travaillent toutes à recouvrer leur équilibre chaque fois qu'un élément les bouleverse. L'intégration des IP, l'introduction d'une nouvelle politique, un changement aux modalités de

financement des soins ou l'ajout de nouveaux objectifs au plan stratégique organisationnel constituent des exemples de perturbation de réseaux. Le phénomène de l'intégration des IP est ainsi intimement lié à leur négociation avec le ou les collectifs d'insertion.

Dans les écrits courants, la négociation est généralement liée au concept de pouvoir, lequel réfère le plus souvent à des structures hiérarchiques – des arrangements administratifs et culturels formels qui jouent dans la satisfaction, la rétention et le développement du rôle des IP (Almost et Laschinger, 2002; Reay, Golden-Biddle et Germann, 2003; Schreiber et collab., 2003). On y réfère comme une approche descendante (*top-down*) (Martin-Misener et collab., 2010) ou des « modèles de pratique » (AIIC, 2009a) qui sont moins désirables et émancipateurs pour les IP :

Physician-intensive settings appeared to utilize NP least effectively and more practitioners left such settings, citing inability to implement the role, than did practitioners employed by other types of health agencies (DiCenso et collab., 2003).

Dans le chapitre 5 *Présentation des résultats et analyse*, nous avons discuté de la manière dont ces structures hiérarchiques et administratives influencent les IP et leurs expériences d'intégration. Afin d'apporter de nouveaux constats, nous choisissons ici de nous concentrer sur des éléments atypiques qui influent sur les IP, sur leur équipe et sur leurs processus de négociation. Cette perspective novatrice met en valeur une notion de pouvoir d'inspiration foucaldienne qui est plus démocratique, diffuse et disséminée (capillaire, dirait Foucault), mais aussi un processus de négociation, que Latour (2005) décrit comme une « traduction », qui implique des tentatives continues d'alignement des IP avec les différents acteurs-réseaux (AR) des SSP. Nous examinerons spécifiquement en quoi consiste ce processus stratégique.

6.4.1. Éléments atypiques dans le processus de négociation

Les éléments atypiques dont nous désirons traiter ont créé des controverses qui ont généré des espaces de négociation. C'est pour ces raisons que nous les trouvons particulièrement intéressants. Il s'agit des dynamiques associées au caractère informel de la pratique collaborative, à l'inscription des clientèles, au discours de soutien aux MD et aux espaces physiques et acteurs non humains.

6.4.1.1. Caractère informel de la pratique collaborative

Bien que, dans notre étude, la CI soit apparue comme un élément autoritaire et idéal auquel chacun des milieux de SSP et des IP aspire, elle demeurerait informelle et souvent inachevée. Le caractère informel de la CI complexifie les relations des IP avec leurs partenaires et influence leur expérience d'intégration. Les IP interprètent ce caractère informel en qualifiant leur CI avec les MD comme étant plus dissonante, délicate et anxiogène que celle qu'elles entretiennent avec les autres cliniciens. Ces propos suggèrent que le caractère informel de la CI peut accentuer les perceptions de mauvaise collaboration et qu'elle engendre la nécessité de négocier au quotidien le déploiement de la CI, incluant sa définition, ses manifestations, son contenu, ses espaces, ses processus, ses ressources et son intensité. Par souci de clarification, nous décrirons en premier lieu la formalisation de la CI en SSP.

Dans cette étude, la CI prend la forme de séances de débriefage d'équipe, de documentation partagée, de pauses combinées et de chartes d'équipe, laquelle est plus fréquente en CSC et en CDIP. Vu l'éloignement géographique de certains partenaires, certains milieux se fient aux outils technologiques pour établir et maintenir la CI (Legault et collab., 2012). Dans notre étude, cela est plus fréquent en ESF. Les outils technologiques sont toutefois perçus

comme des modalités indirectes de la CI qui ne répondent pas toujours aux besoins des partenaires. Bien qu'elles doivent en théorie répondre aux besoins collaboratifs des partenaires, les rencontres interprofessionnelles ou administratives comportent plusieurs problèmes : manque d'inclusion de partenaires stratégiques (comme les IP), accent moindre sur leurs besoins cliniques, impression des IP de se faire donner des « devoirs », etc. On note ainsi que la CI peut perpétuer les hiérarchies qu'elle tente justement d'éliminer et que son caractère informel rend le marchandage plus difficile à réaliser que certaines IP le souhaiteraient.

Par son caractère informel, la CI est rarement un sujet d'échanges explicites entre les partenaires (Contandriopoulos et collab., 2015). Pour pallier ce manque, les IP doivent procéder au décryptage de signes chez leurs collègues attestant de leur disposition à collaborer : l'ouverture des portes de bureau, les attitudes, l'accueil ou la recommandation aux programmes de MC constituent des signes que les infirmières guettent au quotidien. Cependant, si les IP interprètent ces signes de façon erronée, cela peut être préjudiciable à leur intégration puisque leurs actions pourraient alors être perçues par les partenaires comme des dérangements ou un manque d'éthique vis-à-vis de la CI. Ce caractère informel a même affecté l'insertion de nouvelles IP dans leur milieu de travail. Peu de milieux ont prévu l'orientation et le mentorat de ces novices, ce qui a conduit plusieurs IP à devoir identifier elles-mêmes un mentor informel (avec les risques que cela suppose), à consulter les secrétaires et les infirmières, à déchiffrer les signes et les codes du milieu, à assimiler elles-mêmes les processus cliniques et administratifs, et ainsi de suite. Le caractère informel crée donc un espace de marchandage dont la fluidité et l'incertitude ajoutent au travail quotidien (invisible) des IP. Ce travail est aussi risqué en ce qui concerne le froissement de territoires professionnels et la fragilisation du processus d'intégration des IP.

Le caractère informel des PC, souvent associé à l'éloignement physique des partenaires, à leur manque de familiarité avec le milieu et/ou à l'absence de clarification de leurs attentes, contribue à ce que certaines zones collaboratives demeurent perpétuellement floues et entravent la construction identitaire de plusieurs IP. Bien que ces facteurs engendrent une occasion d'émancipation pour certaines, de nombreuses IP évitent d'explorer ouvertement les difficultés suscitées par la CI, car la remise en question de celle-ci pourrait provoquer la confrontation du collectif à lui-même, c'est-à-dire étaler ses manquements ou ceux des individus qui le composent, raviver des conflits ou miner l'idéal que la CI incarne. Un questionnaire lancé par une IP pourrait donc déstabiliser la CI, ce qui pourrait constituer un risque à l'intégration des IP, lesquelles seraient ensuite associées à des notions de difficulté et de confusion du réseau. Ces raisons peuvent conduire les IP à freiner leurs élans à clarifier, à mettre en doute ou à négocier la CI, bien qu'elles soient plusieurs à percevoir la CI comme étant peu idéale, compte tenu de leur vécu antérieur ou de leurs attentes formées lors de leur conversion au rôle en PIA.

Les IP ne sont pas seules à perpétuer le caractère acquis et informel de la CI. Les exigences de production des SSP y participent, dans la mesure où l'apport de la CI est peu reconnu et défini dans les plans d'amélioration de la qualité, ce qui peut contribuer à ce que les milieux privilégient encore plus les soins cliniques aux patients au détriment du temps passé à collaborer. Les écrits suggèrent pourtant que la réussite de la CI repose fortement sur le temps alloué aux équipes de soins pour s'occuper de leurs enjeux, un élément dont les milieux s'acquittent différemment dans l'étude de DiCenso et ses collaborateurs (2003) et dans notre recherche. Rassembler les IP et les partenaires dans un même espace géographique ne produit pas automatiquement la CI (Bailey, Jones et Way, 2006). Virani (2012) soutient que la réforme des SSP, impliquant une transition des pratiques solos à de la pratique collaborative, n'a pas

prévu de ressources et de leadership suffisants ou concrets pour soutenir les acteurs locaux, lesquels se retrouvent livrés à eux-mêmes pour déployer la CI. Dans certaines provinces canadiennes, l'intégration des IP et des équipes interprofessionnelles a pourtant été assortie de ressources formelles (bureaucratiques et administratives), notamment d'agents d'intégration agissant à titre de facilitateurs sensibles aux microcontextes locaux (Sangster-Gormley et collab., 2013), de flexibilité à l'horaire (Reay et collab., 2006) et d'investissements dans les infrastructures et les modalités de financement. Ces ressources ont pu influencer l'intégration des IP et leur CI.

Une forme de CI en particulier, la consultation, tend à créer des espaces de négociation en raison de son caractère informel. La consultation tend à déranger et à entrecouper les activités des collaborateurs en SSP. C'est en partie pour cette raison que les IP tentent d'apprendre les préférences des collaborateurs et de développer des savoir-faire, tout en amoindrissant le risque à leurs relations et, donc, à leur intégration. La CI tendra à varier selon les perceptions des IP envers les attentes et les préférences des partenaires.

Or, la nature informelle et complexe de la CI et les dynamiques entourant notamment la consultation peuvent contribuer à un alourdissement de la charge de travail des partenaires, alors qu'elles avaient plutôt le mandat de les soulager. La CI peut ainsi soulever des enjeux liés aux champs de pratique professionnels, aux rôles (celui de l'IP, notamment), aux idéologies devant guider la prestation des soins, au développement de la confiance et au temps que les partenaires veulent y investir (Bailey et collab., 2006).

Nous décrirons maintenant en quoi l'inscription des clientèles suscite des dynamiques de négociation entre les partenaires.

6.4.1.2. Inscription des clientèles

La culture de l'inscription des patients en SSP sous un fournisseur de soins particulier (« fournisseur principal de soins ») affecte les normes professionnelles et culturelles liées aux processus de prise en charge des patients. Cette culture d'inscription des patients produit un territoire invisible autour de ceux-ci, gouverne une majeure partie des phénomènes de collaboration (en particulier ceux associés à la délégation et à la consultation) et détermine l'étendue de l'autonomie professionnelle qui sera exercée par les IP.

L'inscription des patients sous un fournisseur principal de soins ou sous un « prestataire/praticienne le plus responsable » en milieux hospitaliers (Acorn, 2015a, 2015b; van Offenbeek, Sorge et Knip, 2009; trad. libre) crée un territoire politique invisible autour des patients qui affecte la perception d'appartenance de ceux-ci et qui crée des espaces de négociation, notamment sur le plan du niveau d'échange des responsabilités, des interactions et des connaissances des partenaires (MacNaughton et collab., 2013). Bien que notre recherche corrobore ces résultats, elle fait le constat supplémentaire que la perception d'appartenance des patients se cristallise dans les discours et les pratiques des partenaires au moyen des mandats institutionnels et des dossiers médicaux électroniques (DME).

MacNaughton et ses collègues (2013) ont déjà relevé que les fournisseurs de SSP ont des perceptions mixtes quant à l'appartenance des patients. Dans notre étude, les IP des CDIP recourent à l'expression « mes patients » pour décrire les patients dont elles sont le fournisseur de soins principal. Les IP des CSC ont une position plus floue à cet égard, étant donné qu'elles forment officiellement un duo de fournisseurs principaux avec un MD. Ces IP utilisent la désignation « mes patients » pour désigner ceux qu'elles ont expressément choisis par le biais du triage des clientèles. Les IP des ESF disent plutôt « ses patients » pour indiquer que les patients

sont enrôlés au nom des MD. Ces dernières expriment cependant un plus grand sentiment d'appropriation (« mes patients ») lorsque ce sont elles qui gèrent les patients dans les programmes de MC et qu'elles en assurent le suivi étroit. Contrairement à ce qu'ont observé MacNaughton et ses collègues (2013), aucune IP de notre étude n'a utilisé le descriptif « nos patients » pour des patients enregistrés au nom de la clinique où elles travaillent. Ce constat diffère de la pratique courante de nombreuses IA qui consiste à désigner leur clientèle comme « mes patients », ce qui suggère qu'une telle expression n'est pas anodine et porte certaines implications sur les plans financier, administratif et clinique. Cette expression peut également refléter les dissymétries qui existent et qui se créent entre les professionnels de la santé. Dans tous les milieux de SSP à l'étude, les IP qui investissent un rôle de fournisseur secondaire (en accès amélioré) ont indiqué qu'elles prodiguent des soins aux patients d'un collègue. Les mandats institutionnels sont ainsi intériorisés par les IP et par leurs partenaires. Le DME accélère la cristallisation de ce discours et de cette pratique puisqu'il leur rappelle, à chaque ouverture de dossier, qu'un des partenaires a plus de responsabilités que l'autre.

L'inscription des clientèles gouverne les phénomènes de collaboration en créant des dissymétries de pouvoir et des dynamiques de négociation. Deux formes de collaboration s'y rattachent, à savoir la délégation et la consultation. La délégation consiste en l'octroi d'une permission d'agir à titre de fournisseur principal ou d'intervenir sans préavis sur le territoire du fournisseur principal désigné (« ses patients »). La consultation est une requête d'échanges des savoirs et des responsabilités faite principalement auprès du fournisseur principal de soins lorsqu'une situation pourrait nécessiter le franchissement de son territoire, une forme de collaboration prisée dans un but de dépassement de l'expertise individuelle (généralement des IP

vers les MD). Alors que la délégation est un pouvoir, un champ d'action formellement concédé par un partenaire, la consultation doit être négociée au quotidien entre les différents partenaires.

La désignation « fournisseur principal de soins » est un statut et une responsabilité *délégues* par le Ministère à un membre spécifique de l'équipe. Le Ministère délègue au reste de l'équipe le mandat de réaliser certaines exigences de production (p. ex. : accès amélioré) dans un rôle de fournisseur secondaire. Ces délégations constituent toutefois un paradoxe en soi, dans la mesure où elles catégorisent, distancient et hiérarchisent symboliquement les membres de l'équipe (fournisseur principal/fournisseur secondaire), alors que les documents ministériels portant sur la CI positionnent celle-ci comme une innovation facilitant l'égalité entre partenaires.

Il est intéressant de noter que la pathologie des patients recevant les soins joue un rôle prépondérant dans la manière dont s'articulent les dynamiques de collaboration, de négociation et de délégation entre soignants. Dans les milieux de SSP, il est entendu que la gestion des maladies chroniques (MC), reconnues pour leur trajectoire longitudinale, relève de la responsabilité du fournisseur principal de soins, qui en assurera la stabilisation et la continuité des soins, tandis que la gestion des maladies épisodiques, reconnues pour leur forme sporadique, intermittente et limitée dans le temps, peut être gérée par le fournisseur secondaire. C'est d'ailleurs ainsi que le prévoit le Ministère dans ses discours d'accès amélioré. Le respect de ces ententes est constitué comme un élément-clé d'une bonne collaboration. Cependant, les patients présentent rarement des problèmes de santé compartimentés et, lors de leurs visites en accès amélioré, certains requièrent la gestion simultanée de maladies épisodiques et chroniques, ce qui sort du cadre stipulé ci-dessus et brouille la répartition des responsabilités. Les patients interviennent dans ces dynamiques, dans la mesure où leur inscription au système de SSP présuppose leur engagement et leur responsabilisation dans les soins. Or, les patients ne sont pas

aisément enrôlés auprès des IP, des équipes et du système de SSP en raison des instabilités qui les accompagnent (maladies, absences, manque d'adhésion, faible niveau de littératie en santé, etc.) et même de la confusion qu'ils créent parfois sur le rôle des IP, sur les relations entre les membres de l'équipe et sur la performance du système de santé.

Les directives médicales sont des documents légaux statuant sur la délégation formelle d'actes médicaux spécifiques entre les MD et les IP. Par le fait même, elles déclenchent des dynamiques de négociation des rôles, des pratiques et des identités. Même si les directives médicales sont peu utilisées depuis le changement de la norme d'exercice de 2011, elles décrivent les responsabilités des partenaires (délégant et délégué) en ce sens que le délégant a soin d'encadrer, au besoin, le délégué. L'élargissement du champ de pratique de l'IP a toutefois dissipé ces délégations et ces responsabilités, ce qui a été vécu par certaines IP comme une fragilisation de leurs relations de collaboration et de leurs expertises, autant celles établies que celles en cours d'acquisition. Cependant, les directives médicales ont aussi été utilisées par les IP comme un outil d'émancipation au regard, d'une part, des défis que généraient les normes de pratique inflexibles quant à l'évolution de leurs compétences et la complexification des soins et, d'autre part, des difficultés liées à la collaboration, et tout particulièrement à la consultation auprès des MD (accès au MD collaborateur, risque de *grilling*, etc.).

Dans les programmes de gestion des MC dirigés par les IP, ce sont les *recommandations* intraprofessionnelles/interprofessionnelles qui jouent le rôle de délégateur des clientèles. En ESF, les administrateurs proposent souvent aux IP d'enrôler elles-mêmes (sans recommandation) les patients dans les programmes de MC, mais cette intimation peut contrevenir aux principes de respect du fournisseur principal et de l'autorité qui lui permet de déléguer lui-même des actes au fournisseur secondaire. Elle peut donc être dissonante pour

plusieurs IP, notamment en raison du risque qu'elle pose pour le respect attendu des IP envers le fournisseur principal de soins.

Diverses circonstances semblent aussi entraîner une délégation. En cas d'urgence (p. ex. : absence non planifiée du partenaire), l'IP peut franchir des territoires professionnels sans qu'elle y soit explicitement autorisée par le fournisseur principal de soins. Une situation d'urgence peut donc agir à titre de médiateur, en ce sens qu'elle permet d'éliminer les perceptions de violation des territoires professionnels. La délégation peut également être octroyée verbalement à l'IP par le fournisseur principal. Dans un tel cas, l'entente est plus explicite et l'étendue d'action est définie plus clairement. Une telle délégation peut constituer une preuve d'une crédibilité et d'une force de collaboration qu'a gagnées une IP, mais elle peut aussi constituer une indication que les fournisseurs principaux (ou même le Ministère) tentent de se libérer des contraintes que génère la CI au quotidien. Or, les délégations sont exécutées selon plusieurs non-dits au regard de la prise en charge des patients, et les IP doivent constamment juger du niveau d'autonomie qu'elles mettront en œuvre, en dépit de leur champ de pratique étendu. La délégation reflète un niveau variable de l'autonomie des IP et peut, par conséquent, alimenter l'impression d'un manque de clarté de leur rôle. Niezen et Mathijssen (2014) affirment que l'octroi d'une délégation repose non seulement sur les connaissances et compétences des IP et sur la négociation des frontières professionnelles avec les MD, mais aussi sur les environnements organisationnel (politiques internes, configuration des milieux et des emplois, collégialité et plus encore) et sociopolitique (cadres légaux, forces socioéconomiques, perception des patients, etc.). Notre étude corrobore ce constat, mais elle montre aussi que les MD ne sont pas les seuls partenaires impliqués et que toute délégation engendre des négociations.

Il y a un paradoxe discursif au regard de la consultation. Nos résultats suggèrent que la consultation implique un préarrangement qui doit être obtenu par les IP à coup d'essais et d'erreurs, notamment lorsque les partenaires n'ont pas défini leurs préférences dans la « bonne » manière d'être sollicités. Il y a aussi un risque que le requérant de la consultation, le plus souvent une IP (puisque c'est elle qui semble entreprendre la majorité des mouvements de collaboration), puisse être perçu par le consultant, dans une attitude de type quasi patronale, comme un élément « nécessaire » ou « dérangeant ». Nous suggérons que ce positionnement risqué est plus probable dans les milieux désignant les IP comme *soutien aux MD*, un élément auquel nous reviendrons sous peu.

L'inscription des clientèles contribue donc à circonscrire l'étendue de l'autonomie professionnelle des IP, en ce sens que les IP peuvent voir leur champ de pratique se faire restreindre, même s'il est légiféré. Le champ de pratique des IP se déploie selon un cadre plus large que le simple fait d'effectuer des actes « autorisés », mais nos données montrent qu'il est sujet à des dynamiques identitaires, morales, de collaboration et de pouvoir. Le pouvoir à l'œuvre dans les territoires discursifs, symboliques et identitaires entourant l'inscription des clientèles a poussé certaines IP en SSP, notamment en CDIP, à contempler et à défendre d'autres savoirs et pratiques discursives (Foucault, 1972). Un tel glissement apparaît par exemple chez certaines IP qui désirent une autonomie fondée sur les fonctions traditionnelles des MD (Gould et collab., 2007). Un tel glissement s'aperçoit également quand Acorn (2015b) affirme que l'acquisition du statut de fournisseur principal par les IP n'est pas un simple transfert de pouvoir et d'autorité : « [It] is about the power to deliver safe quality care and to optimize care accountabilities » (p. 10). Cette formation discursive nous mène à comprendre comment les IP traitent avec le réseau des SSP en fournissant de nouvelles propositions qui collent aux discours

dominants lancés initialement par le Ministère (sécurité, qualité, optimisation des soins et reddition de compte), discours qui s'unissent aux fondements de leur intégration.

6.4.1.3. Discours de soutien aux MD

Le discours situant les IP comme *soutien aux MD* est un autre élément atypique qui génère des espaces de négociation des rôles, des identités et des pouvoirs. Il ne fait aucun doute que le discours de soutien aux MD a contribué à l'adoption des IP dans le système de santé, notamment en ESF, où les MD étaient habitués à prodiguer des soins en solo et où le discours anti-IP a été le plus tenace. Pour nous, ce discours de soutien aux MD a toutefois promulgué un mythe selon lequel les MD verraient leur charge de travail diminuer significativement s'ils s'associaient avec une IP. La recherche indique toutefois que l'intégration d'une IP dans une équipe ne diminue pas directement la charge des MD (p. ex. : taille de la clientèle, nombre de visites par MD) (Legault et collab., 2012; Russell et collab., 2009). Ce discours pourrait avoir suscité de faux raisonnements, qui ont pu, à leur tour, contribuer aux difficultés vécues par les IP par rapport à la CI et à leur perception d'(in)efficacité. Chez nos participantes, ce discours et les idéaux qu'il communique ont généré des insatisfactions chez les IP et les MD, des conflits interprofessionnels, des sentiments de manque de clarté du rôle de l'IP et des doutes quant à leur contribution concrète dans ces milieux. Le plus étonnant a été de constater que ce discours est aussi persistant en CSC, où les IP pallient les pénuries de personnel médical puisque les caractéristiques de ces centres sont moins attrayantes pour les MD (p. ex. : philosophie de soins, direction communautaire, mode de rémunération au salaire). En CDIP, ce discours se décline plutôt comme celui de la *substitution médicale*, alors que ces cliniques ont comme mandat de s'implanter près de patients orphelins dans des régions où les soins médicaux sont inexistantes.

6.4.1.4. Espaces physiques et acteurs non humains

Les espaces physiques et les acteurs non humains sont des vecteurs significatifs de la négociation entre les IP et les partenaires au regard des rôles, des identités et du pouvoir. La configuration et l'attribution des espaces physiques en SSP reflètent souvent le statut social conféré aux partenaires : certains milieux de SSP fournissent plus de salles aux MD, installent les IP dans des bureaux éloignés des partenaires et désignent des lieux supposés de collaboration (*fishbowl* ou *bullpen*) ou de travail (« salle familiale ») alors que ces derniers sont à l'usage quasi exclusif des MD. Sangster-Gormley et ses collègues (2013) ont fait des constats semblables dans leur étude, notant que les espaces physiques ne sont pas automatiquement désignés pour l'utilisation des IP, qu'ils doivent parfois être entièrement reconfigurés et que les IP se voient parfois attirer un lieu physiquement éloigné du reste de l'équipe. Toutefois, ces éléments n'ont pas été explicitement rattachés aux processus de négociation auxquels s'adonnent les IP dans le cadre de leur intégration dans les milieux de SSP. En ce sens, la configuration des espaces en SSP participe grandement à titre d'élément atypique dans les processus de négociation. S'appuyant le plus souvent sur les principes de confidentialité et du respect de l'intimité, elle donne lieu à des agencements de salles et de bureaux séparés et organisés en séries qui peuvent amplifier le degré d'isolement ressenti par certaines IP. Bien que cette architecture respecte la relation infirmière/patient et l'autonomie professionnelle, elle confine les partenaires dans leur éloignement. Les séparations des partenaires imposées par des structures physiques sont difficiles à modifier. Leurs effets peuvent être atténués par de brefs moments d'ouverture : ouverture des portes de salle et de bureau, partage des ressources cliniques ou utilisation d'outils virtuels. Certains auteurs estiment que les espaces de travail séparés produisent des barrières entre les membres, tandis que la colocation améliore la visibilité et l'accès aux collaborateurs et

crée plus d'occasions pour leurs interactions informelles (Oandasan et collab., 2009). Ce constat n'est pas anodin pour l'intégration des IP dans des milieux où la CI demeure largement informelle. Toutefois, la colocation n'est pas toujours envisageable, particulièrement lorsque les espaces sont restreints, car cela peut produire un sentiment d'entassement et une perte de vie privée (Oandasan et collab., 2009), ce que révèle notre étude. Le manque de temps partagé entre collaborateurs limite les face-à-face et contraint l'équipe à se fier principalement aux outils technologiques pour maintenir leurs relations (Legault et collab., 2012). Dans notre étude, cela est notamment le cas pour les IP et MD en ESF et en CDIP. Chez les IP de ces milieux, cela semble avoir favorisé leur perception que le MD est plus un « consultant » (extérieur à l'équipe de soins) qu'un collaborateur. Dans les écrits, les auteurs eux-mêmes séparent souvent, sur le plan discursif, *l'équipe du MD*, suggérant que les classes socioprofessionnelles persistent en SSP (Gocan, Laplante et Woodend, 2014). Le MD semble être plus conceptualisé comme un contributeur lointain à la CI qu'un participant à part entière.

Les actants peuvent entretenir des structures professionnelles hiérarchiques, et intervenir dans les perceptions de chacun envers les rôles professionnels et la CI. Aux espaces physiques et virtuels s'ajoutent entre autres les outils cliniques et les horaires. Sur le plan des outils cliniques, par exemple, la simple présence d'une imprimante dans un lieu stratégique a la capacité d'activer des interactions, un élément non négligeable dans des milieux où des horaires inflexibles rendent la collaboration infructueuse. Les horaires inflexibles, quant à eux, causent parfois des dissymétries de pouvoir entre les collaborateurs, visibles par exemple dans le fait que certaines IP doivent « courir après les MD » ou les attendre à la porte de leur bureau lorsqu'elles veulent les consulter. Un horaire flexible favorise pourtant une meilleure intégration des IP (Reay et

collab., 2006). À ce titre, les milieux qui réussissent le mieux dans leur pratique collaborative prévoient non seulement des espaces partagés, mais aussi du temps (Gocan et collab., 2014).

Ainsi, différents éléments atypiques (d'une part, parce qu'il s'agit d'entités non humaines et, d'autre part, parce qu'ils sont rarement identifiés comme éléments significatifs dans les écrits actuels) créent des controverses et des dissymétries du pouvoir qui impliquent différentes négociations. Les diverses négociations des IP avec les SSP et des SSP avec les IP sont fluctuantes et stratégiques. Compte tenu de leur centralité dans notre phénomène d'intérêt, et afin d'apprécier leur pleine complexité, nous choisissons de les examiner plus en profondeur au moyen du concept de « traduction » proposé par Latour et Callon.

6.4.2. Processus de traduction

L'intégration des IP en SSP va de pair avec la négociation de leur rôle. Ce constat novateur a notamment émergé de l'utilisation dans cette étude de la théorie de l'acteur-réseau (TAR), qui a permis de tracer des relations entre des cadres de référence instables et changeants, tels les éléments qui composent les pratiques professionnelles en SSP (CI, normes de pratique, processus), ainsi que des intérêts qui entrent en compétition (Latour, 2006) – une dynamique nommée le processus de traduction. Le processus de traduction comporte quatre moments interreliés, à savoir la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation. Toutefois, ils ne sont pas pour autant fixes, linéaires ou séquentiels (Callon, 1986). Des chevauchements entre ces quatre moments sont possibles, et ils peuvent se réaliser de façon simultanée. La traduction est une notion pertinente pour expliquer un phénomène de négociation (Walsh et Renaud, 2010) puisque du processus stratégique de traduction émergent une formation soudée d'acteurs humains et non humains et une transformation de leurs identités, de leurs rôles,

de leurs discours, de leur pratique et de leurs pouvoirs. Nous aborderons à présent les quatre moments établis par Latour et Callon en faisant des liens avec les résultats de notre étude.

6.4.2.1. Problématisation

Au cours de la première étape du processus de traduction, à savoir la problématisation, un ou plusieurs acteurs-clés, les macroacteurs, définissent un « problème » et ils impliquent d'autres acteurs dans la compréhension et la résolution de celui-ci. Ensemble, ils forment le réseau initial, dont les activités graviteront autour de la conjoncture identifiée (González, 2013; Linde, Linderoth et Räisänen, 2003; Burgess et Tatnall, 2002; Sarker, Sarker et Sidorova, 2006). Le macroacteur définit le problème selon ses propres termes, qu'il impose aux autres, et l'établit comme un point de passage obligé (PPO) (Callon, 1986). Ainsi, le problème et sa résolution deviennent un PPO. Un PPO se définit comme suit :

Un lieu ou un énoncé qui s'avère incontournable, par sa capacité à produire de la convergence dans la constitution d'un réseau. Il s'agit d'une condition nécessaire mais pas suffisante à l'irréversibilité du processus [de traduction] (El Abboubi et Cornet, 2010, p. 162).

À cette étape, on comprend donc que les problèmes des autres acteurs, qu'ils soient identiques ou non au PPO énoncé, ne seront résolus qu'à travers ce dernier (Law, 1986) et seulement si ces derniers modifient leurs intérêts actuels et les alignent sur ceux du macroacteur. Ces acteurs sont ceux ayant le potentiel de s'engager dans le processus de négociation ou de le déranger (Walsh et Renaud, 2010). Ils aident le macroacteur à définir le problème, lequel doit être suffisamment pertinent et percutant pour intéresser et engager tous ces acteurs.

Dans le contexte qui nous intéresse, l'intégration des IP en SSP a été majoritairement proposée par les instances politiques et gouvernementales de l'Ontario et du Canada (les macroacteurs) comme une solution à un problème particulier, à savoir la fragilisation de la qualité des soins et de leur accessibilité, en raison, d'une part, d'une population vieillissante

atteinte de maladies chroniques et, d'autre part, d'une ressource spécialisée en SSP de plus en plus limitée et, en ESF particulièrement, d'un besoin de soutenir la charge de travail accrue des MD. Ces problèmes concernent une multitude d'acteurs et sont peu remis en question puisqu'ils traduisent un haut niveau d'éthique et de moralité (qualité, sécurité, accès équitable, etc.).

Ces problèmes ont été associés à plusieurs PPO, identifiés dans notre recension des écrits et nos résultats. Les PPO imposés par les macroacteurs sont la qualité des soins, leur accessibilité (Delamaire et Lafortune, 2010; Gould et collab., 2007; NPAO, 2011; Way et collab., 2001b), le soutien aux MD (Acorn, 2017; Delamaire et Lafortune, 2010) et la limitation des coûts du système de santé (Bauer, 2010; Delamaire et Lafortune, 2010; Gould et collab., 2007; Laurant et collab., 2005; Ryan, 1998; Way et collab., 2001b).

Au cours de la problématisation, les IP ont été incluses dans l'identification des problèmes et des PPO, et certaines ont joué un rôle actif dans leur énoncé. Par exemple, des IP ont utilisé les problèmes et les PPO identifiés par le collectif pour créer un nouveau modèle de prestation des SSP : les cliniques dirigées par les IP (Heale, 2012). Cet événement peut être vu comme une indication que les IP ont le pouvoir de problématiser et de lancer le processus de traduction. Dans ce cas précis, un nouveau PPO a été ajouté en CDIP, soit celui de « défendre le rôle et le modèle » des CDIP, un impératif jugé encore pertinent 10 ans après leur établissement. Ces fonctions sont d'ailleurs cristallisées dans la description de tâches des IP de ce modèle.

Cependant, l'identité des IP, telle qu'elle est définie par la problématisation et les PPO, contrevient parfois à leur valeur morale (valeur acquise par leurs expériences cliniques comme infirmières et par leur formation à titre d'IP) et crée de la dissonance identitaire pour plusieurs d'entre elles, qui voient leurs idéaux et volontés dissipés dans le discours et les priorités (PPO) des macroacteurs. Or, le PPO porte un bien-fondé qui est difficile à contester.

6.4.2.2. Intéressement

Au moment de l'intéressement, les acteurs qui reconnaissent et acceptent le problème tel qu'il est énoncé par le macroacteur entrent en relation (en réseau) de manière plus concrète. Ils sont invités à participer à la résolution du problème, mais il est attendu qu'ils doivent aussi amoindrir l'influence des acteurs pouvant fragiliser le réseau en émergence (Callon, 1986; Linde et collab., 2003; Burgess et Tatnall, 2002). Le macroacteur peut user de stratégies et tactiques pour s'interposer entre les acteurs intéressés et d'autres entités avec lesquelles ils avaient des liens préétablis puisque ces liens peuvent les détourner des priorités et intérêts du macroacteur (Sarker et collab., 2006; Singleton et Michael, 1993). Le macroacteur recourt par exemple à des représentants qui parleront et négocieront en son nom auprès des acteurs. L'objectif est d'isoler les acteurs intéressés en entravant toutes autres alliances possibles puisque ces dernières pourraient poser un risque à la légitimité du PPO (Callon, 1986).

Afin de favoriser, voire forcer le changement, le macroacteur utilise des représentants pour arriver à s'interposer entre les acteurs qui constituent le réseau de SSP et leurs liens préalables. En ce qui a trait aux IP œuvrant en SSP, en assurant le financement de la formation et des emplois d'IP ainsi que les changements législatifs à leur rôle, le macroacteur a assuré aux IP une place fixe dans le réseau selon une identité socioprofessionnelle précise. Les cadres législatifs, les formateurs des IP, les milieux cliniques, les emplois financés, les modèles de SSP et les équipes de soins deviennent tous en ce sens des représentants des intérêts du macroacteur, qui solidifie son influence à travers eux. D'autres représentants incluent les centres de recherche (p. ex. : ICIS), les centres d'amélioration de la qualité des soins (p. ex. : QSSO, Cancer Care Ontario), les organismes subventionnaires (p. ex. : RLIS, MSSLD), les recherches scientifiques, les rapports d'experts, les centres d'attestation, les philosophies des modèles de SSP, les

statistiques, les décideurs locaux et, finalement, les professionnels de la santé. Ces diverses entités contribuent à donner forme et à disséminer un nouveau registre discursif (p. ex. : le rôle des IP dans les exigences de production), qui acquiert un caractère très stable par les acteurs et les actants qui le transportent et qui lui confèrent sa légitimité. Ces derniers reconduisent tous le discours du macroacteur dans les différents modèles de SSP. Grâce à de tels représentants, différents participants (humains et non humains) ont moins tendance à défier la légitimité des PPO et ne remettent pas en question le macroacteur ou les priorités qu'il a établies.

Le macroacteur a contribué à amoindrir l'influence de régimes d'opposition, notamment les organisations médicales initialement réfractaires à la proposition d'intégrer les IP dans le système de santé ontarien. Il convient de préciser toutefois que ces tactiques de neutralisation n'ont pas nécessairement dicté, guidé, ni assuré l'intégration des IP à l'échelle locale, et les participantes de notre étude ont amplement discuté de leurs expériences respectives à cet effet. Les IP bousculent encore parfois les pratiques professionnelles existantes, les discours organisationnels et les rôles préétablis.

L'étape de l'intéressement est réussie lorsque les acteurs, d'une part, reconnaissent le problème énoncé par le macroacteur et le jugent cohérent avec leurs propres intérêts et préoccupations et, d'autre part, délaissent des relations ou des alliances pouvant les détourner vers des problèmes qui sont en compétition avec le projet du macroacteur. À cette étape, les acteurs deviennent « intéressés » à proprement parler par le projet du macroacteur.

Dans notre étude, en plus d'être de pleines participantes à la définition du problème et des PPO, les IP sont aussi une solution prometteuse. Leur intégration dans le système est acceptée sur la base des PPO – difficiles à contester, mais ce *privilege* d'intégration vient de pair avec une identité prédéfinie, qui passe par les PPO énoncés. Les IP témoignent de la présence des PPO en

SSP et du moment de l'intéressement lorsqu'elles concluent, par exemple, qu'il est difficile pour elles de négocier leurs propres PPO (p. ex. : continuité des soins, PIA, activités autres que les soins cliniques) et, donc, que l'administration est fermée à leur pleine contribution. En ces termes, les IP signifient que certains discours du Ministère sont dominants et qu'ils sont constitués de sorte à ne pas être remis en question.

En effet, les premiers moments de la traduction requièrent que les éléments hétérogènes (p. ex. : les différentes priorités des acteurs) doivent être minimisés ou neutralisés. Les glissements discursifs des IP dont il a été question dans cette étude sont un exemple de la réussite de ce phénomène, c'est-à-dire de la modification et de l'alignement des intérêts des IP à ceux du macroacteur. On remarque ce même phénomène quand les IP des CDIP privilégient des discours axés sur la qualité, sur l'accès et sur la pénurie médicale pour se tailler plus facilement une place en SSP ou encore quand les IP des ESF disent être en soutien aux MD de leur équipe. Nous constatons que les PPO sont facilement adoptés et intériorisés puisqu'ils sont en général des discours rassembleurs capables de transcender les divergences des entités à enrôler dans le réseau. Nous remarquons toutefois que certaines IP participantes commencent, à ce moment précis, à ressentir des écarts, des incohérences et de la dissonance.

6.4.2.3. Enrôlement

Au moment de l'enrôlement, le macroacteur renforce les liens et les alliances sans lesquels l'intéressement ne mènerait pas à une traduction complète (González, 2013). L'enrôlement se caractérise par des négociations, des rapports de force et des stratégies où le macroacteur met à l'épreuve les intéressés, ceux sur lesquels le contrôle est exercé, et travaille ainsi à solidifier leurs liens, leurs alliances et leur engagement dans le processus (Callon, 1986).

Les rôles devant être exercés par chacun (incluant les actants) sont élaborés selon le régime du PPO (Law, 1986; Linde et collab., 2003).

L'enrôlement permet de faire en sorte que les intéressés endossent et partagent le même énoncé du problème. Une gestion stratégique de l'information et de la communication devient indispensable. Si le macroacteur fait face à de la résistance de la part des intéressés, il peut sévir par « violence (contre les prédateurs), séduction, transaction et au consentement sans discussion » (Callon, 1986, p. 214, trad. libre). Quelle que soit la tactique utilisée, les négociations servent à éprouver les identités des intéressés et donc à réussir cette étape de la traduction. À cette étape, tout discours qui pourrait contrecarrer les PPO sera contesté et écarté par les macroacteurs et leurs représentants puisque ces contrepropositions menacent l'enrôlement (Akrich, Callon et Latour, 1988).

Dans notre étude, ce moment axé sur la définition des rôles des acteurs et des actants est significatif. Pour les IP, il peut s'agir d'assumer des rôles professionnels (p. ex. : fournisseur principal ou secondaire, gestion, etc.) qui ont été désignés par le macroacteur, compte tenu de leur capacité à répondre aux problèmes et aux PPO. Nous avons vu comment ces divers rôles endossés par les IP permettent de soutenir les différents AR des SSP, leurs impératifs fluctuants et la résolution des problèmes tels qu'ils ont initialement été cernés par le collectif. L'étape de l'enrôlement tâche de mettre le nouveau collectif à l'épreuve et à l'œuvre vis-à-vis des PPO identifiés, et l'un de ses effets est de pluraliser le rôle des IP. Les écrits actuels sur le rôle de l'IP persistent à concevoir celui-ci suivant un caractère standardisé, une essence singulière – une conception étroite qui, à notre avis, borne plusieurs chercheurs à (re)demandar que le rôle des IP soit mieux défini, décrit et compris (DiCenso et collab., 2003, 2010; Contandriopoulos et collab., 2015). Le processus de traduction et en particulier son moment d'enrôlement mettent pourtant en

lumière le fait que le rôle de l'IP se pluralise, et devient fluide et perméable aux impératifs fluctuants (instabilités) des collectifs auxquels les IP s'intègrent, et ce, durant tout leur parcours en tant qu'IP. Les déstabilisations du réseau contribueront ainsi à moduler le rôle des IP, à le faire varier et ainsi à générer l'impression qu'il manque de clarté (DiCenso et collab., 2003). Dans sa configuration plurielle, le rôle des IP ne menace pas la stabilité du réseau : il la favorise. Les rôles investis par les IP dans les milieux de SSP ne sont pas anodins : ils signalent ce qui doit être stabilisé dans le réseau ainsi que les PPO qui priment – des éléments qui pourraient influencer le degré d'autonomie des IP (voir Koren et collab., 2010).

La PIA est associée aux IP dans les écrits scientifiques (Ackerman et collab., 1996; D'Amour et collab., 2009; DiCenso et collab., 2003; Sangster-Gormley, 2011; Sangster-Gormley et collab., 2013; Winnipeg Regional Health Authority [WRHA], 2017), mais elle n'est pas entièrement investie par les praticiennes en milieux de SSP ontariens. Peu d'études nous éclairent sur les raisons de cette tendance. Certains auteurs suggèrent que les IP s'imposent ou se voient imposer une restriction dans leur PIA lorsque les milieux n'y sont pas favorables (D'Amour et collab., 2009; Guzman et collab., 2010). Dans notre étude, la PIA entre discursivement et symboliquement en compétition avec les soins cliniques (directs), qui, eux, possèdent une forte charge politique, et plusieurs IP semblent orienter leur pratique en conséquence puisque ces soins directs sont nécessaires et stratégiques au succès de leur intégration. D'autres ne s'engagent pas dans la PIA, car elles estiment ne pas posséder les aptitudes nécessaires – une décision qui peut être stratégique pour certaines IP soucieuses de préserver une image compétente.

Une dynamique similaire existe au regard de la pratique des SSP. Au chapitre 2 *Recension des écrits*, nous avons fait état de la transformation discursive du champ de pratique

des IP des soins de santé primaires vers les soins primaires (SP). Trois phénomènes de traduction semblent avoir contribué à ce que les IP ne remettent pas en question ce glissement. En premier lieu, la tendance à l'uniformisation des fonctionnements des différents modèles de soins, a priori hétérogènes, semble participer à l'atténuation des spécificités des IP. D'ailleurs, c'est en CSC, où les IP ont évolué dans un cadre spécifiquement communautaire, qu'elles expriment devoir dorénavant incarner un « rôle de MD ». En deuxième lieu, les discours épidémiologiques et managériaux dans les milieux de soins positionnent les IP comme des agents tout indiqués pour gérer les individus (p. ex. : évaluations cliniques, traitements, suivi, enseignement, etc.) et les populations (p. ex. : évaluations des besoins, programmes communautaires, activités de santé publique, etc.) (Perron, Fluet et Holmes, 2005). Les fonctions qui s'inscrivent dans cette logique ne sont pas remises en question, même si cela implique des incohérences : par exemple, gérer des difficultés avec les DME qui empêchent de dépister des personnes avec des problèmes de santé déclarés ou à risque d'en développer et dont on juge qu'elles doivent se « responsabiliser » (même si ces personnes sont aux prises avec des déterminants de la santé qui les affectent négativement); ou encore incarner un rôle d'investigateur des pratiques, même si ce rôle peut froisser des collègues. Sous ces discours managériaux de réduction des coûts de santé, les approches de soin communautaire (qui visent des effets à long terme) trouvent difficilement leur place, car elles ne sont pas perçues comme présentant un avantage économique au même degré qu'une approche centrée sur le contrôle de paramètres physiologiques des patients. En troisième lieu, enfin, la transition discursive du champ de pratique des IP des SSP aux SP a été rendue possible par le rattachement des IP en soins aigus aux IP en SSP. Ayant à répondre à des groupes d'IP et à des milieux avec des objectifs thérapeutiques très différents, la norme d'exercice a dû être modifiée pour assurer l'alignement de deux groupes disparates en priorisant un discours plus

inclusif, mais qui a toutefois effacé les spécificités des SSP. Ces traductions influencent la perception qu'ont certaines IP de la valeur et de leur contribution dans cet axe de leur pratique.

On vante parfois le rôle de l'IP sur la base de l'offre de soins à certaines populations (voir D'Amour et collab., 2007; DiCenso et collab., 2003; van Soeren et collab., 2009). Toutefois, les impératifs visant à répondre aux besoins populationnels ne tiennent pas nécessairement compte des attentes des IP, de leur contexte de pratique (p. ex. : composition des équipes, CI) et de leur niveau de confort vis-à-vis de leurs compétences, ce qui peut occasionner une dissonance importante. Les axes de pratique des IP évoluent ainsi au gré du processus de traduction.

Ces divers positionnements, et les discours qui les accompagnent, peuvent être à la source de descriptions disparates du rôle des IP, notamment en tant qu'*ajout* ou *complément au système* (Sangster-Gormley, 2011; Sangster-Gormley et collab., 2013; Tye et Ross, 2000) ou en tant que *remplacement/substitution* (Niezen et Mathijssen, 2014). De telles conceptualisations du rôle des IP suivent un continuum d'allocation des tâches, lequel n'est pas corroboré par les données de la présente étude. Nos données attestent plutôt d'un dynamisme et d'une pluralité de rôles. Le rôle complémentaire suppose une offre unique de soins et une pleine autonomie professionnelle, ce qui n'était pas toujours le cas de nos participantes agissant comme fournisseurs secondaires de soins. Foth et ses collègues (2015) affirment que, dans un contexte néolibéral d'efficience et de réduction des coûts, la complémentarité n'est pas prise en compte. Or, notre étude suggère que, dans les milieux étudiés, la complémentarité est configurée de sorte à répondre à différents impératifs. Dans les écrits, le rôle de substitution est articulé comme un croisement des champs professionnels médicaux et infirmiers (p. ex. : prescription de médicaments) et reposant sur la délégation (Niezen et Mathijssen, 2014; Tye et Ross, 2000; Zwijnenberg et Bours, 2012). Ce rôle s'accorde avec celui de fournisseur principal de la présente

étude. Bien que ce rôle reflète l'hybridation des champs professionnels des IP et parfois la fragilisation de leur identité, il permet aussi le dépassement de dynamiques dissonantes, telles que certaines interactions ardues liées à la délégation, l'accès limité à la consultation des MD et un champ de pratique ne reflétant pas les pleines compétences des IP.

Nous continuons à cerner les stratégies et tactiques mises en œuvre par le macroacteur et ses porte-paroles pour multiplier la force de l'enrôlement des IP dans le réseau et leurs alliances. La gestion stratégique de l'information et de la communication est importante au moment de l'enrôlement (Callon, 1986). Elle gouverne par exemple l'inscription des patients sous un fournisseur principal de soins, la production de rapports et de tableaux comparatifs des performances, les plans d'amélioration de la qualité et des rendements, et l'utilisation des DME. Ces éléments représentent tous des « inscriptions », c'est-à-dire des textes écrits ponctués de calculs mathématiques et de chiffres qui ont la propriété remarquable de circuler à travers les différents AR sans perdre de leur spécificité, car leur interprétation demeure relativement inchangée (Mol, 2003). Par ailleurs, leur provenance ainsi que les acteurs et actants qui leur attribuent une signification sont parfois difficiles à retracer (Latour, 1987, 1991). Ces inscriptions, de par l'agentivité qui leur est concédée, permettent la surveillance à distance des milieux de SSP et jouent un rôle important dans l'articulation de la contribution des IP au système de santé. C'est par ailleurs à travers ces inscriptions qu'une standardisation des performances entre des modèles de SSP disparates devient possible, et ce, bien qu'elle entraîne de nombreux bouleversements, négociations et transformations identitaires des discours, des pratiques et des activités des IP, des équipes et des actants. Les inscriptions et ses finalités sont si persuasives qu'elles deviennent la norme à suivre.

La tactique du consentement sans discussion semble être fréquemment utilisée en SSP pour enrôler les IP. Nous suggérons qu'elle est à l'œuvre dans certaines situations décrites par les participantes de notre étude : par exemple, des moments où les IP ne se sentent pas écoutées ou invitées aux tables de discussion et qu'elles reçoivent des directives qu'elles ne peuvent remettre en question. Dans une CDIP, cette tactique s'est manifestée lorsqu'on a signifié que la reprise des heures supplémentaires par les IP n'était plus permise, et ce, malgré les réactions indignées et les sentiments d'injustice exprimés par les IP au moment de cette annonce.

Notre étude suggère que trois types d'IP « enrôlées » sont produits à ce moment du processus de traduction : celles qui s'engagent sans questionner, celles qui s'engagent en vivant une dissonance et celles qui se désengagent. Puisque notre cadre théorique met particulièrement en lumière les controverses, il a été plus aisé de déceler les deux dernières catégories.

La première catégorie constitue des IP enrôlées qui s'engagent sans questionner et qui s'intègrent plus aisément au réseau et aux PPO lancés par le macroacteur. Il se peut que la proposition du macroacteur s'allie à leurs propres convictions, valeurs et idéaux. Quand leurs idéaux concordent avec la réalité vécue sur les plans moral, clinique, professionnel et discursif, ces IP enrôlées semblent satisfaites. Il est plus aisé pour elles de suivre la ligne directrice émise par le macroacteur, car elle ne suscite pas de tensions ni de conflits.

La deuxième catégorie d'IP enrôlées regroupe celles qui vivent une dissonance envers le processus de traduction, ce qui les amène à recourir à des stratégies d'adaptation, telles qu'elles ont été détaillées dans le chapitre 5 *Présentation des résultats et analyse*. Par exemple, la sélection des clientèles dont elles assureront les soins est une manœuvre qui contrecarre les valeurs éthiques et professionnelles des IP, mais qui permet aussi de rendre les propositions du

macroacteur plus conformes aux réalités du milieu et à leurs idéaux, et ce, sans avoir à remettre en question le processus de traduction.

La troisième catégorie d'IP enrôlées regroupe celles qui se désengagent du processus de traduction et qui peuvent perpétrer des actes de résistance. Les deux dernières catégories d'IP enrôlées sont plus insatisfaites puisque ces IP perçoivent des incongruences entre leurs idéaux et les réalités de la pratique.

Cette dissonance porte plusieurs IP enrôlées à mettre en œuvre des stratégies leur permettant de s'adapter à la traduction, ou alors des actes de résistance en vue de demeurer dans le collectif ou de le quitter. Dans ce dernier cas, les IP enrôlées reconnaissent le risque des actes de résistance, mais elles y voient généralement un bienfait qui dépasse ce risque (p. ex. : rééquilibrage de leur identité ou de leur pratique), et elles sont prêtes à en assumer les conséquences (perte d'emploi, marginalisation). Il faut reconnaître que ces stratégies d'adaptation et de résistance permettent simultanément aux IP de s'adapter et de résister à l'enrôlement, dépendant du degré de dissonance identitaire vécue. Martin et Hutchinson (1997), en référant à l'espace symbolique de négociation du rôle des IP de leur étude, ont proposé que ces dernières mettent en œuvre quatre stratégies : elles cultivent des relations, elles marchandent leurs conditions d'emploi (salaire et bénéfices), elles affrontent les conflits et elles se désengagent de circonstances conflictuelles ou qui fragilisent leur identité (parfois même en évitant les collaborateurs). L'allégeance stratégique, qui est construite d'au moins deux IP qui intègrent un même milieu, semble être une stratégie multipliant leur force d'insertion (Chouinard, Contandriopoulos, Perroux et Larouche, 2017). Dans notre étude, les IP compensent les erreurs du système; elles tentent de juger de la bonne personne et du bon moment pour collaborer; elles effectuent l'autosurveillance de leur pratique; elles maintiennent le statu quo en

dépit de l'autonomie qu'elles pourraient légalement exercer; elles créent et maintiennent des alliances stratégiques; elles déploient des tactiques de légitimation; elles tentent fréquemment de gérer l'entité-patient; elles s'assurent de gérer les horaires; elles tentent d'optimiser leur transaction avec les espaces physiques; et elles évitent même la collaboration dans certains cas. Très peu d'études ont relevé un tel ensemble de stratégies.

Martin et Hutchinson (1997) ont noté chez les IP de leur étude une stratégie consistant à miner leur propre autonomie en vue de privilégier leurs relations avec les MD et de négocier les relations de pouvoir entre elles et ces derniers; les infirmières suivent un ordre moral qui varie selon les situations, et qui leur permette de mieux répondre à leurs objectifs moraux et d'assurer leur meilleure intégration (Allen, 1997). Pour certains auteurs, cette stratégie compromet la crédibilité et la capacité des IP à répondre adéquatement aux besoins des patients (Almost et Laschinger, 2002; Draye et Brown, 2000; MacNaughton et collab., 2013; Way, Jones et Busing, 2000). D'autres estiment plutôt que la collaboration IP-MD permet de développer les compétences et la confiance entre les partenaires, et facilite ultimement la pratique autonome des IP et le plein déploiement de leur rôle (Fletcher, Baker, Copeland, Reeves et Lowery, 2007; Kaasalainen et collab., 2010; Wilson, Pearson et Hassey, 2002; Zwijnenberg et Bours, 2012). Pasaron (2013) a affirmé que les « NPs may seek the discipline and culture of medicine as their source of professional growth (intrinsic reward) » (p. 2601).

À la lumière des processus complexes qui contribuent à définir une variété de rôles chez les IP, nous constatons l'insuffisance des écrits qui persistent à affirmer que les cadres législatifs et l'étendue des normes de pratique constituent les principaux émancipateurs de la pratique des IP. L'étape de l'enrôlement mobilise une multitude d'éléments (internes et externes aux IP) qui définissent un répertoire de rôles complexes permettant aux IP d'évoluer au sein du collectif.

6.4.2.4. Mobilisation

Le processus de traduction culmine dans un moment nommé la mobilisation, au cours de laquelle des mécanismes et des canaux de communication se consolident au sein du réseau. Ce processus se réalise notamment par le biais de porte-paroles qui parlent aux autres acteurs au nom d'un regroupement particulier d'acteurs. Le rôle du porte-parole est notamment d'articuler les problèmes propres à son regroupement en fonction du registre (discursif, idéologique, etc.) imposé par le macroacteur (Law, 1986). La réussite de cette étape permet au réseau de se consolider et même de prendre de l'expansion (Burgess et Tatnall, 2002). Lorsque des besoins, intérêts et problèmes disparates se retrouvent alignés sur le problème formulé par le macroacteur, on considère que le processus de traduction est complété. L'objectif ultime est atteint lorsque la ponctualisation survient, c'est-à-dire quand le réseau formé incarne dorénavant un seul point/nœud dans un autre réseau (Callon, 1991).

Dans notre étude, c'est à ce moment de la négociation que l'on constate que les porte-paroles se multiplient et représentent les intérêts du macroacteur (Walsh et Renaud, 2010). Les porte-paroles principaux de notre recherche sont ceux ayant trait à la qualité des soins (p. ex. : QSSO, Cancer Care Ontario) ainsi que les centres de recherche (p. ex. : ICIS). Le Ministère a délégué un double mandat de facilitation et de surveillance à la QSSO, lequel a permis à celle-ci de parler aux autres acteurs au nom de l'avancement de la cause des SSP. Alors que la promotion des SSP a initialement pris forme par le biais de lois, elle est dorénavant portée et reconduite par les acteurs de façon capillaire dans chacun des milieux. La QSSO est un si bon représentant que les membres du réseau, dont les IP, la perçoivent non pas comme une organisation contraignante et asservissante, mais plutôt comme une entité qui les guide et leur facilite la tâche, et ce, en dépit d'inconstances dans ses demandes (p. ex. : rapport de performance) et des effets de celles-

ci (p. ex. : changement des pratiques de documentation, surcharge de travail, etc.). La QSSO offre son aide aux membres du réseau, et les participantes de notre étude qualifient ses employés comme des coachs, une désignation qui met en valeur le rôle de soutien, d'assistance et de guide de la QSSO, mais qui passe sous silence son mandat de surveillance.

Foucault (1972, 1978, 1980) prédirait que la QSSO et ses exigences de production constituent une formation discursive, retraceable et appréhendable par des études généalogiques et empiriques, et dont le mandat repose sur une multitude de relations de pouvoir/savoir. Ces savoirs spécifiques (p. ex. : qualité des soins – codés notamment dans des discours) sont privilégiés dans un contexte et une époque spécifiques, et ils sont difficiles à remettre en question, ce qui mène à leur adoption et à leur intériorisation par les IP, par leur équipe et par les milieux de soins. En établissant les énoncés qui sont raisonnables, vrais, admissibles et légitimes, ces savoirs permettent l'exercice de diverses formes de pouvoir à travers les différents modèles de SSP et rendent même possible leur standardisation. Dans cette étude, les exigences de production s'articulent autour d'un pouvoir facilitant et positif qui s'allie continuellement à la proposition de l'importance de la « qualité des soins ». Ce pouvoir/savoir, une représentation qui s'harmonise aisément avec la valeur morale des IP, est ainsi largement perçu comme étant bénéfique et, donc, productif. Cela peut expliquer pourquoi les IP associent à la QSSO des termes axés sur la facilitation (p. ex. : coachs, soutien) qui favorisent la confiance et l'engagement, mais qui rendent difficile toute remise en question. Cette adoption par le collectif consolide à son tour la légitimité des discours et des pratiques de la QSSO, lesquels en viennent à être diffusés et prolongés dans les discours et pratiques des acteurs eux-mêmes (les IP, notamment). Nous remarquons en effet qu'à l'étape de la mobilisation, le macroacteur, par le biais de ses porte-paroles, délègue le suivi des propositions (PPO) aux gestionnaires cliniques,

aux DME et aux IP elles-mêmes. L'effet du pouvoir est si grand que plusieurs IP en viennent même à se *responsabiliser*, elles seules, pour assurer la mobilisation des PPO et leur succès. À cette étape, le macroacteur gouvernemental recrute donc plusieurs alliés humains et non humains, incluant des IP, des MD, des gestionnaires, des infirmières, des patients, des associations professionnelles, des normes d'exercice, des mémos, des incitatifs financiers, des calculs budgétaires, des nombres de patients à enrôler, des feuilles d'inscription, des principes d'autogestion à inculquer aux patients, et ainsi de suite. Les alliés remplissent l'objectif du réseau en assurant son étendue, sa stabilité et son adoption, ce qu'ils feront en mobilisant les PPO *pour* le macroacteur. Les participantes de notre étude évoquent plusieurs éléments indiquant que ce moment de la négociation est en cours.

L'intériorisation des mandats du macroacteur et de ses représentants signale la mobilisation. Les IP compensent ici des dysfonctions, des écarts et des dichotomies laissés par le processus de traduction (p. ex. : discontinuité des soins, difficulté de repérage d'informations dans le DME, collaboration limitée par les espaces physiques, etc.). Le fait que certaines IP continuent d'incarner un rôle professionnel, pourtant dissonant, illustre la puissance et la réussite de la mobilisation. Les IP colmatent les erreurs du processus de traduction par différents rôles et stratégies, de façon largement invisible et sans reconnaissance directe du réseau, malgré les effets que cela entraîne sur leur charge de travail, leur identité et leur pérennité. Ce pourrait être ce travail invisible qui permet d'affirmer, par exemple, que les IP unifient les équipes et améliorent les soins aux patients (Kilpatrick et collab., 2011), soit en effectuant des activités de coordination des soins aux patients à titre de fournisseurs secondaires, activités qui sont en effet peu reconnues par les équipes (Legault et collab., 2012). L'invisibilité de la contribution des IP au système a été reconnue et a été associée aux déficits des mesures de rendement en SSP et des

incitatifs financiers pour les soins prodigués aux clientèles (Weiland, 2008; Poghosyan et collab., 2013; Scanlon et collab., 2016). Cependant, les IP contribuent à cet état de fait en continuant à réaliser ce travail invisible sans remettre en question les raisons pour lesquelles il est requis (effet de pouvoir, tel qu'il est décrit par Foucault). Les IP en viennent même à modifier leur pratique *au nom de* la collaboration, du patient, des processus, des territoires, des alliances et de l'intégration, même si cela déroge à leur valeur morale, puisqu'elles en viennent à considérer cette pratique comme leur mandat propre, une intériorisation et un engagement qui perpétuent la légitimité des PPO. Nous croyons que cela participe à l'observation faite par Mayo-Bruinsma (2011), selon qui la présence d'IP signifie plus de soins centrés sur les familles, alors que ces soins diminuent à mesure que le nombre des MD augmente (Mayo-Bruinsma, 2011; Russell et collab., 2009). C'est également le haut potentiel d'hybridation (dont nous avons parlé plus tôt) qui prédispose l'IP à devenir l'une des professionnelles les plus malléables dans le réseau (Chulach et Gagnon, 2016).

La réussite de la mobilisation se termine en ponctualisation du réseau, où il est alors difficile de distinguer le contenu des « boîtes noires » qui le composent. Nous croyons que c'est entre autres en raison de la ponctualisation du réseau que l'intégration du rôle des IP a perdu de l'intérêt auprès des scientifiques.

Nous nous tournons à présent vers un concept revisité de l'intégration des IP qui tient compte de son dynamisme et de sa négociation stratégique.

6.5. Intégration du rôle des IP : un concept revisité

Notre étude montre que l'intégration n'est pas une expérience globale calquée sur un continuum d'échecs et de réussites, ni un processus linéaire. L'intégration des IP peut se décliner en plusieurs mini-intégrations (plus ou moins sécables) avec les divers AR des SSP, ce qui

signifie qu'elle n'est jamais acquise. Elle est donc un processus longitudinal qui touche toutes les IP, même les plus expérimentées, et qui les force à vivre plusieurs expériences de réintégration durant leur parcours. Ce constat est notamment appuyé par le vécu des IP d'expérience qui, étonnamment, ne jouissent pas nécessairement d'une intégration plus facile que les IP novices. Les états ascendants *et* descendants qui caractérisent l'intégration montrent que l'expertise des IP n'est pas tant garantie par leurs connaissances, comme l'entendrait Benner (1995), mais plutôt par les liens formés (associations) et leur qualité (significatifs, disséminés et durables). Cette expertise associative est *conférée par* des acteurs et des actants, et ne naît donc pas exclusivement de leurs compétences individuelles. Bien que l'expérience procure un certain avantage, plusieurs IP expérimentées ont aussi été déstabilisées par les changements aux normes de pratique. Pour ces IP, les changements aux normes semblent avoir secoué une partie des AR avec lesquels elles avaient établi des relations au terme de plusieurs années d'efforts, même si elles ont, pour la plupart, revendiqué, défendu et attendu ces changements. Les déstabilisations plus ou moins significatives, même celles qui semblent anodines (p. ex. : départ d'un collègue, nouvelle exigence de production, arrivée d'un nouvel acteur tel que Cancer Care Ontario), déconcertent les IP et leur équipe en brusquant leurs acquis, en faisant éclater les associations établies, en produisant des controverses (mise en évidence de failles dans les processus auparavant établis et stables) et en reconfigurant des collectifs. En ce sens, la déstabilisation génère le « renouvellement » de l'intégration des IP au système et est souvent intériorisée par les IP sous forme de remises en question quant à leur identité et leur contribution, et d'incertitudes quant à leur pratique, leur collaboration, leurs rôles et leurs activités. Les déstabilisations ne peuvent toutefois pas être examinées sans leurs stabilisations puisque ces deux processus se parlent et s'influencent continuellement.

La nature associative de l'intégration (Burgess et collab., 2011; Contandriopoulos et collab., 2015; Sangster-Gormley et collab., 2013) est interprétée dans notre étude au regard des différents volets qui caractérisent la pratique des IP (divers AR en SSP : modèles de SSP, CI, normes de pratique, prise en charge des patients, rôles professionnels, exigences de production, etc.) – des éléments corroborés par Contandriopoulos et ses collègues (2015). Un sentiment d'intégration élevé se traduit par l'expérience d'une stabilité plus significative avec les AR. La subjectivité associative des IP est cohérente avec les écrits de Latour et de Foucault.

Les IP sont des AR en soi, le résultat d'un arrangement complexe de relations entre divers acteurs et actants, tels que des normes et des organisations professionnelles, des identités, des entités-patients, des milieux de soins, des philosophies, et ainsi de suite. Les IP n'existent donc pas a priori, mais plutôt au terme d'un (re)groupement dynamique et fluctuant d'une myriade d'entités qui (re)forment des associations hybrides, et qui gouvernent leur subjectivité et leur place au cœur de ces interactions.

Les IP sont aussi des acteurs. À ce titre, elles intègrent d'autres AR qui sont proprement constitués, tels que les agences subventionnaires, les autres fournisseurs de soins et les mécanismes de surveillance et de reddition de compte. La réussite de l'intégration des IP repose ainsi sur des conditions de possibilité (Foucault, 1972), décrivant la manière dont certains discours, savoirs et représentations, locaux et globaux, influencent le développement et le maintien de relations et d'échanges. Ces relations et échanges entre les différents AR peuvent à la fois promouvoir et contrecarrer le projet d'intégration des IP. Ils constituent une force productive ou contreproductive menant à un phénomène des plus politiques :

Integration is a longitudinal phenomenon subjected to forces that go well beyond the sole will, agency and subjectivity of individual players. The global and local realms are therefore closely connected across settings and across interactions. Studying the intricacies of these connections may provide additional insights into

the way NP integration occurs (or not) in current health systems (Rioux-Dubois et Perron, 2016, p. 7).

Nous estimons donc que l'intégration ne peut plus être dissociée d'un processus stratégique de négociation (traduction).

Dans le réseau des SSP, les IP sont autant une source de déstabilisation que de stabilisation. Elles sont une innovation qui perturbe les acquis (statu quo) des divers AR et leurs transactions, et qui accélère leur remaniement (Contandriopoulos et collab., 2016; D'Amour et collab., 2007; Sangster-Gormley et collab., 2013). Elles entraînent parfois une augmentation dans la charge de travail des partenaires (DiCenso et collab., 2010) ou encore le bousclement de territoires professionnels (Brault et collab., 2014; Gould et collab., 2007; Kennedy, Armstrong, Woodward et Cullen, 2015; Kilpatrick, 2013; Kilpatrick et collab., 2012a; Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Lamothe, Ritchie et Doran, 2012b; Niezen et Mathijssen, 2014). Ces dérangements nécessitent non seulement une réaffirmation du rôle de l'IP, mais aussi de l'équipe tout entière (Niezen et Mathijssen, 2014; Sangster-Gormley, 2011; Sangster-Gormley et collab., 2013). L'IP peut ainsi être à la source de résistances et de remises en question portant sur la valeur de son rôle. Certains y voient même son échec possible :

Without strong organisational leadership, this new role, just like any new innovation, is at risk of failure because it is not taken up by the practice settings (Sangster-Gormley et collab., 2013, p. 11).

En matière de stabilisation, les IP satisfont aux espoirs qui ont été mis en elles au regard de l'amélioration de la qualité, de l'accès et de l'efficience des soins et de compensation des effets de la pénurie du personnel médical (American Academy of Nurse Practitioners [AANP], 2010a, 2010b; Gould et collab., 2007). Elles stabilisent le réseau de SSP aux prises avec des contraintes importantes et compensent plusieurs de ses manquements. Foucault (1972) prévoirait qu'au terme des conditions de possibilités, l'IP peut réussir son intégration si elle atténue et

neutralise les perturbations ainsi que l'anxiété provoquées par les contraintes d'accès et de pénurie du personnel médical.

Dans ce collectif, l'identité des IP est largement modelée par le processus stratégique de la traduction. L'identité de l'IP ne peut donc pas être examinée indépendamment des significations, des actions et des interactions d'un collectif (Chreim, Williams et Hinings, 2007; MacNaughton et collab., 2013). Dans ce processus de conversion, il y a un affrontement entre *l'identité pour soi* des IP, issue de l'arrière-plan infirmier, de l'héritage scolaire, de la valeur morale et des balises légales qui délimitent un certain idéal de rôle, et *l'identité pour autrui* du réseau des SSP, issue de multiples processus de traduction qui passent au filtre des propositions du collectif (mandats, dispositions temporelles et géographiques, rapports, norme d'exercice, délégations, chiffres) (Dubar, 2007).

L'identité pour soi se traduit par une transaction subjective entre l'identité *héritée* (identité antérieure) et l'identité *visée* (idéal) (Dubar, 2007). Dans notre étude, les IP se définissent largement en fonction de leur identité antérieure, c'est-à-dire en vertu de leur bagage infirmier, de leur formation à titre d'IP et des espoirs d'émancipation qu'elles rattachent à la PIA. Ces IP discutent simultanément de leurs idéaux, c'est-à-dire de faire une différence auprès des patients, d'incarner une pleine autonomie, d'assurer la continuité des soins, de progresser dans un cadre collaboratif, d'apprendre des collègues, d'augmenter la qualité des soins, d'assurer l'accessibilité, de prendre en charge des clientèles et de suivre ces clientèles de façon conjointe.

Selon Dubar (2007), *l'identité pour autrui*, elle, est une transaction objective entre l'identité *proposée* ou *attribuée* par autrui et celle qui sera finalement *assumée* ou *incorporée* par l'IP. Cette transaction entre le sujet et le collectif a changé la trajectoire d'intégration des IP et leur identité, de telle sorte qu'il était difficile de reconnaître leurs postulats initiaux (réels

idéaux); les idéaux et leur priorisation pouvaient évoluer. Dans ce processus, les IP se voient attribuer, voire imposer certains rôles, pratiques, espaces et identités : « The identity of actors, the possibility of interaction and the margins of manoeuvre are negotiated and delimited » (Callon, 1986, p. 203). Cela détermine certaines formes d'existence et écarte la possibilité de définitions identitaires alternatives. À cet effet, Callon (1986) explique que :

Considered from a very general point of view, [translation] postulates the existence of a single field of significations, concerns and interests, the expression of a shared desire to arrive at the same result. Though translation recognizes the existence of divergences and differences that cannot be smoothed out, it nevertheless affirms the underlying unity between elements distinct from one another. Translation involves creating convergences and homologies by relating things that were previously different (p. 211).

Le puissant processus de traduction se heurte à diverses subjectivités : d'une part, le cadre entrepreneurial des SSP incarné par les indicateurs de rendement, par les cibles optimales et par le financement et, d'autre part, le cadre moral des professionnels de la santé incarné par exemple par une éthique du soin. On constate alors un pluralisme du rôle des IP, leurs glissements discursifs, leurs états émotionnels et souffrances, et leurs stratégies d'adaptation et de résistance. Déjà en 1999, Martin et Hutchinson avaient remarqué un phénomène de *psychosocial discounting* des IP se réalisant par le sabotage, l'ignorance, l'exclusion, la stigmatisation, l'invisibilisation et l'identification erronée des IP. Or, pour nous, la construction identitaire est non simplement le fruit de l'action de diverses personnalités, structures ou politiques autocratiques qui s'imposent par le « haut », mais des interactions transversales entre les trajectoires des IP et des AR des SSP.

Bien que le processus de négociation suppose un pouvoir considérable, les IP n'y sont pas des agentes passives et, si elles le semblent, il se peut qu'elles prisent les mêmes directions que le collectif. Leurs actions peuvent être le fruit d'un opportunisme stratégique et associatif

consistant à abdiquer une part de pouvoir afin d'obtenir certains bénéfices, tels que l'acquisition de savoirs et la préservation de relations collaboratives. En ce sens, les IP ne sont pas campées dans un rôle de victimes des structures hiérarchiques. En tant qu'innovation perturbatrice (Contandriopoulos et collab., 2016), elles utilisent leur potentiel relationnel pour faire travailler le statu quo à leur avantage, ce qui est opposé aux notions de subordination associées à la profession infirmière (Nairn, 2012). Ce travail peut s'inscrire dans la nécessité de négocier les frontières des rôles et leur perméabilité, ce qui signifie pour certains plus de dynamiques de pouvoir (MacNaughton et collab., 2013; Niezen et Mathijssen, 2014). Or, finalement, ce travail et ce pouvoir sont entre les mains d'un collectif (non une personne unique) et doivent être constamment renégociés (Chreim et collab., 2007; Mizrachi et Shuval, 2005). Duner (2013) désigne ce phénomène comme du *ongoing boundary work*, tandis que Martin et Hutchinson (1997) le voient comme une négociation de l'espace symbolique. Les frontières de rôle sont parfois préservées pour éviter la perte d'aptitudes techniques et cliniques (Tye et Ross, 2000), un phénomène qui a aussi été relevé dans notre recherche. La perméabilité des rôles professionnels est appréciée des organismes professionnels et ministériels pour répondre promptement aux conditions changeantes des milieux (Bourgeault et Mulvale, 2006). Legault et ses collaborateurs (2012) soulignent d'ailleurs un renversement de la place des IP dans le système alors qu'on leur confie dorénavant la prestation de soins aux populations complexes (plus que celles en santé). La réallocation des tâches devient ainsi une mesure d'innovation (Tye et Ross, 2000; van Offenbeek et collab., 2009), où un haut niveau d'hybridation des IP peut être désirable (Chulach et Gagnon, 2016). L'hybridation implique une incursion importante des infirmières dans le registre des pratiques médicales, ce qui pourrait augmenter leur susceptibilité à naviguer

parmi différents conflits identitaires, professionnels et collaboratifs. D'ailleurs, Weiland (2008) accuse les IP de ne plus être des « infirmières », une perception qui leur a valu des résistances.

Dans cette étude, l'examen de l'intégration des IP a débuté suivant la définition de Burgess et Sawchenko (2011) (voir chapitre 2 *Recension des écrits*). Nous modifions cette définition pour qu'elle situe l'intégration des IP comme une construction sociale qui repose sur l'agentivité d'entités humaines (IP, MD, gestionnaires, patients, infirmières, etc.) *et non* humaines (idées, normes professionnelles, technologies, objets, etc.) qui possèdent des buts collectifs et stratégiques (accès, efficacité, coûts et qualité des soins). Toute définition de l'intégration du rôle des IP en SSP doit réunir un concept de négociation afin de révéler les pouvoirs, les savoirs et les identités qui sont en jeu. Nous proposons donc l'énoncé suivant pour définir l'intégration des IP en contexte de SSP :

Processus de socialisation des IP aux réseaux qui forment les soins de santé primaires. L'intégration est un construit social qui repose sur l'interprétation des forces relationnelles (associatives) dans les collectifs-réseaux où gravitent les IP. Les associations sont stratégiques puisqu'elles détiennent le pouvoir de moduler les intérêts et les volontés des IP de même que des acteurs humains et non humains des différents collectifs-réseaux. Il s'ensuit un déplacement des discours, des pratiques et des identités, et la mise en œuvre de stratégies d'adaptation et, parfois, de résistance.

L'oscillation constante des collectifs, entre stabilisations et déstabilisations, montre bien les insuffisances des postulats qui affirment que l'intégration des IP est linéaire, finale et ultime; qu'elle repose principalement sur la volonté et sur la capacité propre des IP; qu'elle n'inclut que des acteurs humains; et qu'elle n'est pas stratégique.

6.6. Limites de l'étude

Notre étude comporte certaines limites qu'il convient de présenter afin de contextualiser les résultats. En effet, les décisions prises dans le développement du projet, la position épistémologique de la chercheuse ainsi que certaines circonstances ont influencé les résultats.

Notre étude visait à donner une voix aux IP puisque nous avions préalablement noté (paradoxalement) leur faible représentation dans les recherches portant sur leur insertion et intégration. Nous avons privilégié les expériences et les propos des IP, et exclu les autres membres de l'équipe de soins à titre de participants des objectifs et questions de recherche. Ces membres ont toutefois été des participants observés dans le cadre de rencontres interprofessionnelles et/ou administratives; ils ont eu un rôle d'informateur pendant nos observations du terrain; et ils ont fait partie de nos inscriptions à notre journal de bord. Par ailleurs, en cours d'entrevues, plusieurs participantes ont discuté de leur expérience globale d'intégration en parlant de leur rôle au sein de différentes institutions autres que celles pour lesquelles elles travaillaient alors, ce qui peut constituer un biais de rappel.

Pour des raisons pragmatiques et d'accès aux milieux, nous avons dû faire des choix quant au déroulement de la recherche, étant donné que celle-ci se déployait sur six différents sites illustrant trois différents modèles de SSP, à travers la province de l'Ontario. Par exemple, il nous est arrivé d'accéder à un milieu, puis d'avoir à le quitter temporairement pour en investir un autre afin d'y prioriser une rencontre ou un accès spécifique. La chercheuse a toutefois toujours pris soin d'informer tous les milieux de ses déplacements et d'éventuelles absences temporaires. Ces va-et-vient dérogent quelque peu de la méthodologie de la TAR, qui prévoit de suivre les acteurs de manière aussi ininterrompue que possible afin d'examiner les controverses qui surviennent. Certaines controverses ont donc pu être perdues par la chercheuse durant ces va-et-vient. En contrepartie, une absence pouvait s'avérer utile pour laisser éclore d'autres controverses. Le recul obtenu pouvait également constituer un avantage pour mener des recherches plus approfondies et pour noter des éléments qui nous avaient échappé lors d'une visite précédente. L'examen d'une innovation et son processus de traduction (dans notre cas, les

intérêts, volontés et subjectivités des IP) auraient pu être plus détaillés si nous n'avions inclus qu'un seul site. L'ethnographie multisite a été privilégiée dans le but d'examiner l'intégration des IP comme un phénomène transcendant les limites institutionnelles, mais cette position peut avoir mené à la perte de spécificités locales (modèles de soins, sites spécifiques).

Nous avons tenté d'investir tous les sites de façon assez semblable et uniforme (voir Tableau 4 ci-dessus) afin de saturer les représentations des expériences d'intégration des IP dans chacun des modèles de SSP, mais cela n'a pas été toujours possible en raison du processus de recrutement. La collecte de données reposait sur les permissions d'accès, sur la volonté des IP à participer et sur la disposition des administrateurs de relever temporairement les IP de leurs fonctions pour qu'elles puissent participer à une entrevue. Ce dernier élément pourrait avoir constitué un frein pour certaines IP puisqu'il minait leur capacité à participer de façon anonyme. Bien que nous ayons informé les IP de ce risque, il se peut que certaines aient préféré s'abstenir de participer pour cette raison. Les IP des deux CDIP et des deux CSC se sont vu attribuer du temps spécifique pour participer à la recherche, mais, en ESF, les entrevues se sont déroulées pendant du temps personnel des IP, ce qui a pu contribuer à leur plus faible taux de participation.

Notre étude ethnographique, échelonnée sur 8 mois et sur 6 sites, a généré un nombre très significatif de données (entrevues, observations, documents). Un de nos objectifs de recherche visait à comparer les expériences d'intégration des IP à travers différents modèles de SSP, un objectif qui a ajouté à la complexité de l'étude. Des décisions stratégiques ont dû être prises afin de présenter les résultats de manière à respecter les exigences relatives à une perspective latourienne (examen de spécificités locales), tout en accommodant un examen de structures (discursives, administratives, etc.) plus larges servant de contexte de fond au phénomène d'intégration des IP en SSP en Ontario.

Il convient de souligner que la chercheuse principale est elle-même IP. Cela a facilité selon nous plusieurs aspects de l'étude : recrutement d'IP; recueil de confidences; compréhension des normes, des politiques ministérielles et du jargon professionnel; sensibilité à certains enjeux professionnels; familiarité avec les exigences des programmes de formation des IP; etc. Toutefois, cela peut aussi avoir coloré la compréhension du phénomène et l'interprétation des données.

Enfin, le cadre théorique choisi a été bénéfique pour mettre en lumière des phénomènes autrement négligés, notamment les discours, les mécanismes associatifs, le pouvoir et la subjectivité, mais ceux-ci n'ont pas permis de proposer des solutions aux problèmes relevés.

6.7. Implications pour les sciences infirmières

Cette étude a permis de générer de nouvelles connaissances en examinant empiriquement les mécanismes associatifs et les notions de discours, de pouvoir et de subjectivité de l'intégration des IP en contexte interprofessionnel, et ce, au sein de divers modèles de prestation de SSP en Ontario. Ces résultats sont particulièrement importants pour les IP (actuelles et futures), leurs équipes de soins, leurs gestionnaires, les chercheurs et les éducateurs qui forment les IP. Cette étude est l'une des premières recherches empiriques offrant une perspective critique et sociale de l'intégration des IP et de la négociation de leur rôle en contexte de SSP en Ontario. Elle a permis de dégager plusieurs implications pour la pratique, l'administration, la recherche et la formation.

6.7.1. Pratique

Cette étude a remis en question de nombreux discours et perceptions qui sont tenus pour acquis au regard de l'intégration des IP. Ses données devraient être utilisées par les milieux

cliniques de SSP et par leurs acteurs (IP, équipes, gestionnaires) afin de reconsidérer l'intégration des IP comme un phénomène hautement complexe (Rioux-Dubois et Perron, 2016).

Le niveau d'intégration des IP en SSP est indicateur du succès de la réforme des SSP, de son intensité et de sa réelle mise en œuvre (Contandriopoulos et collab., 2016; McCready et Ouimet, 2018; Sangster-Gormley et collab., 2013). De fait, notre étude montre que l'intégration n'est pas acquise puisqu'elle est fréquemment perturbée par les acteurs des milieux, mais aussi par leurs actants (normes de pratique, CI, lignes directrices, espaces physiques, outils et soutien technologiques, etc.) et par les multiples acteurs-réseaux (AR) qui traversent les IP et auxquels elles se greffent par une expertise nouvelle, celle de l'association. On doit également saisir que le processus d'intégration des IP ne concerne pas exclusivement les novices. Bien que l'expérience des IP puisse conférer une certaine permanence dans les relations qu'elles entretiennent avec les différents AR, notre étude dévoile que ces relations ne sont pas à l'abri des déstabilisations, lesquelles risquent de relancer le processus de traduction et la négociation de leur rôle (CI, processus cliniques, identités, pouvoirs). Un grand nombre d'IP de la présente étude a d'ailleurs été secoué par les changements aux normes de pratique, même si la plupart d'entre elles désiraient ces changements. Il importe de respecter les préférences et les compétences des IP ainsi que leur évolution, tout en reconnaissant que celles-ci reposent sur une foule d'autres facteurs indépendants des IP elles-mêmes (configuration de la CI, accès aux MD, populations desservies et plus encore) (Contandriopoulos et collab., 2015).

Il faut dorénavant embrasser le fait que la solidité de l'intégration des IP, correspondant à l'atteinte d'une permanence associative avec les entités et les AR qui composent les SSP, repose sur l'immutabilité de ceux-ci. Ces entités et AR ne sont toutefois pas confinés; ils se meuvent et provoquent dès lors des déstabilisations qui peuvent fragiliser l'intégration des IP, et ce, à

n'importe quel moment de leur parcours. De nombreux contrecoups identitaires sont alors vécus par les IP, et certaines ressentent le besoin de mettre en œuvre des stratégies d'adaptation et parfois de résistance (Martin et Hutchinson, 1997). Nous avons mis en lumière plusieurs pratiques discursives, procédurales, organisationnelles, collaboratives, culturelles, locales, professionnelles, politiques et autres qui doivent être reconnues par les milieux et leurs praticiens puisque ces pratiques participent à la hiérarchisation des savoirs des SSP et des pouvoirs octroyés, lesquels ont ultimement un effet identitaire sur les IP (Dubar, 2007) et sur la façon dont elles déploient leur rôle. Cette hiérarchisation a été décrite comme un processus de traduction (Callon, 1986), où seuls certains pouvoirs, identités et rôles deviennent possibles, suivant quatre étapes. L'intégration des IP signifie donc leur incorporation dans un social stratégique qui négocie, manipule et use de tactiques pour tendre à leur conversion.

Les milieux cliniques doivent aussi reconsidérer la croyance répandue du manque de clarté du rôle des IP, croyance qui a été fréquemment citée comme une barrière à leur intégration (Brault et collab., 2014; Cummings et collab., 2003; Delamaire et Lafortune, 2010; DiCenso et collab., 2003; Stolee et collab., 2006; van Soeren et Micevski, 2001). Le rôle des IP ne possède pas une essence singulière (Burgess, 2008), mais il se décline plutôt, par le biais de la traduction, en une pluralité de rôles qui permettent de répondre aux normes du collectif, notamment aux points de passage obligés. Nos résultats suggèrent que la traduction efface certaines spécificités propres aux IP, notamment celles liées à leur PIA, à la prestation des SSP (et non des SP) ou même à la qualité de la relation thérapeutique, ce qui peut amplifier la perception d'un manque de clarté du rôle. C'est possiblement la grande capacité d'hybridation de l'identité des IP (Chulach et Gagnon, 2016) qui fait d'elles un des acteurs les plus susceptibles de colmater les brèches causées par les vacillements constants des AR des SSP. Cette tendance au caractère

informel du rôle des IP est cruciale au bon fonctionnement de la CI (Contandriopoulos et collab., 2015), mais pourtant nuisible à sa clarification (American Medical Directors Association [AMDA], 2011; Bush et Watters, 2001) et, donc, à son adoption par les partenaires. Pour ces derniers, l'intégration des IP devrait être attendue comme pouvant générer la fluidité de leur propre rôle (Goldman, Meuser, Rogers, Lawrie et Reeves, 2010; Hoskins, 2011; Kilpatrick et collab., 2012a).

La CI a une action indéniable sur l'intégration des IP, raison pour laquelle les milieux de soins et les professionnels doivent, à la lumière des résultats de la présente étude, repenser leurs façons de faire. La CI est couramment décrite comme étant naturelle et idéale en SSP, mais son déploiement réel n'est pas aussi aisé que ce qui est escompté. Sa nature principalement informelle dans les milieux à l'étude suscite de nombreux revers qui nécessitent une attention particulière – un équilibre entre les pratiques formelles et informelles est recherché (Contandriopoulos et collab., 2015). Le manque de reconnaissance, de discussions formelles (et de groupe) et de consensus entourant sa définition, ses principes et ses processus incline le plus souvent les IP à se soumettre aux préférences individuelles des collaborateurs par le biais d'un travail, invisible, de décodage. Les milieux de SSP bénéficieraient de soutien supplémentaire à la CI par le biais d'agents d'intégration, de temps protégé, d'espaces partagés, de reconnaissance formelle des activités de collaboration ainsi que d'élaboration de processus et de politiques consensuels (Contandriopoulos et collab., 2015; Legault et collab., 2012; Oandasan et collab., 2009; Reay et collab., 2006; Sangster-Gormley et collab., 2013).

Les milieux peuvent aussi amorcer des discussions ouvertes qui permettront d'offrir une compréhension de la CI qui soit plus complexe que celle précédemment décrite et tenant plutôt une essence bimodale (consultation et collaboration) (voir Contandriopoulos et collab., 2015;

DiCenso et collab., 2003). La présente étude a relevé six différentes manifestations de la CI qui sont toutes importantes pour l'intégration des IP : mentorat, éducation interprofessionnelle, coopération, partenariat, consultation et délégation. Les équipes devraient de plus porter une attention toute particulière aux espaces physiques dans les milieux puisque ces derniers ne sont pas passifs dans l'expérience de l'intégration : ils influencent indéniablement les conditions de possibilités pour les relations que les IP entretiennent avec leurs collègues (Andrews et Evans, 2008; Crooks et Andrews, 2016; Oandasan et collab., 2009). Des dynamiques de pouvoir sont omniprésentes dans les milieux de SSP et peuvent poser un défi aux impératifs d'équité de la CI. Au-delà des structures hiérarchiques usuelles définies dans les écrits (p. ex. : personnes dans des postes de gestion), la présente étude soumet l'idée que des actants possèdent eux aussi une influence non négligeable en ce sens. Un exemple réside dans le principe d'inscription des clientèles à un fournisseur principal et dans les dynamiques de délégation qui s'ensuivent (Poghosyan, Norful et Martsolf, 2017). Le discours de soutien aux MD en constitue un autre exemple. Il s'agirait également d'éliminer ces entités qui perpétuent les hiérarchies au sein des équipes collaboratives ou, du moins, de veiller à minimiser leurs effets en ce sens. Par ailleurs, le recours aux plateformes virtuelles doit être fait à bon escient (Legault et collab., 2012), surtout en ESF, puisqu'elles semblent plus efficaces chez les équipes matures où des liens sont établis depuis plus longue date. Nos résultats montrent que ce type de recours peut retarder les échanges des partenaires et nuire à l'intégration des IP.

6.7.2. Administration

Dans les écrits scientifiques, on reconnaît la place indéniable des gestionnaires dans le soutien à l'intégration des IP (Cameron et Masterson, 2000; Reay et collab., 2003), particulièrement de la part des infirmières gestionnaires (Chouinard et collab., 2017). Ils peuvent

en effet créer des occasions où les IP et leur équipe sont invitées à remettre en question certains statu quo en SSP, tels que les exigences de production, le manque de clarté du rôle de l'IP, la collaboration interprofessionnelle (manifestations, espaces physiques, pratiques formelles et informelles) ainsi que la prise en charge de l'entité-patient. À titre d'agent d'intégration, le gestionnaire peut innover par le biais d'interventions structurantes qui formalisent les pratiques professionnelles, cliniques, collaboratives et administratives, lesquelles faciliteront l'adaptation des équipes au changement, et ce, surtout dans les milieux de grande taille où les interventions informelles sont moins possibles (Chouinard et collab., 2017; Reay et collab., 2003). Dans un climat favorisant l'authenticité, le gestionnaire peut donc être sensible à la dissonance rapportée par les praticiens et travailler à la pallier. Il doit également relayer les préoccupations et les suggestions des professionnels de la santé vers les paliers administratifs pertinents (Poghosyan et collab., 2017). Notre étude a montré que les pratiques informelles de la CI sont aussi d'importance par les IP et leur équipe; à cet effet, le gestionnaire doit donc, en plus de développer des interventions structurantes, en développer d'autres un peu plus déstructurantes. Le gestionnaire peut négocier et établir des priorités de pair avec ses employés lorsque ces derniers rapportent que des structures sont dysfonctionnelles. Il peut, par exemple, assurer une flexibilité dans l'horaire des membres de l'équipe (Reay et collab., 2006). Dans le cas particulier des IP, une telle démarche permettrait notamment à celles-ci l'investissement de la totalité des axes de PIA. Le gestionnaire doit également être attentif à la disposition des espaces physiques, compte tenu de leur impact sur le processus d'intégration des IP dans leur milieu respectif (Oandasan et collab., 2009).

Cette étude met en valeur les stratégies mises en œuvre par les IP alors que leur identité, leur volonté, leur pratique et leur rôle passent au filtre des attentes du collectif. Il est nécessaire

de prévoir et de préserver des plateformes d'échange où les IP peuvent se rencontrer et se soutenir entre elles (échelles locale et régionale), avec leurs MD collaborateurs et avec l'équipe entière (Sangster-Gormley et collab., 2013). Les IP doivent être encouragées à communiquer les contrecoups vécus dans leur parcours d'intégration (Sangster-Gormley et collab., 2013). En ce qui a trait aux changements constants des normes de pratique et aux différents niveaux de confort des praticiennes, le gestionnaire doit soutenir les besoins individuels des IP, par le biais de formations ou en respectant les décisions des IP de ne pas exercer une compétence spécifique.

Les administrateurs et les décideurs politiques doivent également déléguer plus de pouvoir aux professionnels et aux milieux cliniques locaux (Contandriopoulos et collab., 2015). D'ailleurs, la représentation de ces derniers est nécessaire dans les instances supérieures (Poghosyan et collab., 2017). Les gestionnaires de haut niveau doivent réaliser que les soins cliniques en SSP impliquent de jongler avec de multiples éléments dynamiques que les professionnels, notamment les IP, négocient quotidiennement, souvent dans l'invisibilité et la surcharge, c'est-à-dire en dehors de la prestation directe de soins aux patients et même de leurs heures normales de travail. Les exigences de production doivent donc refléter un niveau de compréhension plus attentif et fidèle aux pratiques locales. Par exemple, les exigences de production ne peuvent être limitées à l'institution d'un nombre fixe de patients évalués par jour selon des pathologies déterminées; elles doivent aussi refléter et respecter l'importance de la CI et des axes de PIA. Les pratiques d'inscription des patients selon les fournisseurs de soins devraient également être remises en question, étant donné qu'elles dénivelent les rapports entre les partenaires. Les administrateurs doivent se conscientiser au regard des défis suscités par les principes de l'accès amélioré, qui ne signifient pas automatiquement des soins de qualité puisqu'ils peuvent engendrer de la discontinuité dans les soins (Contandriopoulos et collab.,

2016). Les décideurs politiques doivent relancer des études qui ciblent l'amélioration de la pratique collaborative, par exemple par le biais d'interventions et de guides cliniques. De telles études pourraient cibler les questions suivantes : Comment les équipes doivent-elles collaborer (au-delà des valeurs habituellement citées)? À quelle fréquence? Sous quelle forme? Quelles dispositions devraient avoir les cliniques et les bureaux des professionnels? Les administrateurs et les décideurs politiques doivent aussi (ré)investir dans des projets qui soutiennent la profession des IP en SSP (recherche, formation – ex. : mentorat) et les contextes qui facilitent leur pratique (collaboration, espaces physiques, normes de pratique, etc.).

6.7.3. Recherche

À notre avis, d'autres recherches empiriques doivent continuer de réexaminer le processus d'intégration des IP et les discours associés (p. ex. : le manque de clarté du rôle de l'IP) en utilisant un regard critique qui se distancie des explications dominantes du phénomène (Browne et Tarlier, 2008; Rioux-Dubois et Perron, 2016). Ce regard critique a l'avantage de dévoiler le statu quo, d'assurer un éclairage nouveau et de soutenir l'émancipation des groupes examinés.

Les analyses au sujet de l'intégration des IP ciblent fréquemment l'identification de barrières et de facilitateurs aux phases d'implantation du rôle des IP. À la lumière des résultats de la présente étude, les chercheurs et les décideurs politiques doivent investir dans des recherches qui visent à mieux comprendre le contexte associatif de l'intégration des IP (Contandriopoulos et collab., 2015) et de la CI en tant qu'indicateurs du succès de la réforme des SSP, des innovations lancées et de la qualité des soins (Burgess et collab., 2011). Un tel regard permettra d'examiner ce qui influence la trajectoire d'intégration des IP et de mettre en œuvre des interventions visant à la soutenir.

L'ethnographie a été peu utilisée pour examiner l'intégration des IP, bien que ce sujet se prête très bien à une telle approche. Les méthodologies de proximité devraient être privilégiées, même si elles signifient un investissement plus considérable de la part du chercheur (Allen, 1997, 2004). Cette étude pourrait être reprise dans diverses provinces canadiennes afin de comparer les expériences des IP en SSP, mais aussi d'en relever les stratégies et les interventions qui semblent les plus bénéfiques à leur intégration, à la CI et à la prestation des SSP.

Des recherches futures devraient également se pencher sur la subjectivité des IP, notamment sur leurs dynamiques et particularités identitaires qui peuvent être diluées lors de leur intégration dans un collectif stratégique qui tend à la négociation (Friedson, 1970; Martin et Hutchinson, 1999). En ce sens, les dimensions genrées devraient également être explorées afin de comprendre si ces dernières influencent l'expérience de l'intégration. Des recherches pourraient aussi identifier des contrediscours et des contrepropositions aux discours dominants, à leur mise en œuvre et à leurs effets, tout cela en vue de générer des connaissances permettant de repenser les manières de faire et de penser actuelles. Le cadre théorique choisi a une utilité certaine quant à expliquer le phénomène de l'intégration et à apprécier sa complexité. Ce cadre offre une compréhension novatrice des relations et des associations, et il met en valeur le caractère politique du phénomène de l'intégration des IP, c'est-à-dire qu'il implique les différentes configurations du pouvoir et des effets sur les subjectivités.

Notre étude permet de recommander aux décideurs politiques de financer plus de recherches portant sur la CI. Notre hypothèse est que les décideurs politiques (et professionnels) croient que la CI est assurée puisque les équipes des SSP collaborent maintenant depuis plusieurs années. Notre recherche illustre plutôt le fait que la CI est toujours en développement et qu'elle nécessite du soutien concret et continu (Chouinard et collab., 2017). Plus de recherches sont

requis pour examiner non seulement les principes généraux de la CI ou ses valeurs, mais aussi ses manifestations, ses zones de négociation, ses configurations et sa traduction par les actants des milieux (inscription des clientèles ainsi qu'espaces physiques, virtuels et discursifs).

6.7.4. Formation

Les formateurs et les futures IP doivent prendre connaissance des résultats de la présente étude, notamment au regard de la construction identitaire qui survient lors de l'intégration des IP dans les milieux (Dubar, 2007); des dynamiques de traduction (Callon, 1986) et d'hybridation (Chulach et Gagnon, 2016) qui les prédisposent à la modulation professionnelle; et des contrecoûts que cela suppose, notamment en rapport à la dissonance identitaire, aux impressions d'incertitude et d'incompétence, aux états émotifs et aux souffrances ainsi qu'aux plausibles stratégies qui sont parfois mises en œuvre (Martin et Hutchinson, 1997).

Les écoles de formation ne doivent pas supposer que le bagage infirmier des candidates soit suffisant pour leur réussite (Laflamme, 2010). Notre étude montre que, bien qu'il inculque de nombreuses compétences et certitudes chez nos IP participantes, le bagage infirmier mobilise aussi une valeur morale (idéale) qui peut se trouver bouleversée pendant le processus d'intégration, ce qui peut susciter de la dissonance et des remises en question. Les éducateurs doivent aussi développer le regard critique des futures IP en rapport à leur identité, à leur rôle, à la CI, à la prestation des SSP et aux philosophies et mentalités qui entrent parfois en compétition. La pratique infirmière avancée doit être mieux comprise et mieux investie durant les stages cliniques afin de normaliser cette pratique et de mettre les habiletés des candidates en action – ce qui pourrait faciliter leur mise en œuvre une fois que les IP entament leur rôle après l'obtention de leur diplôme, et ce, surtout quand les milieux ne soutiennent pas ces aspects du rôle (D'Amour et collab., 2009; Guzman et collab., 2010). Les programmes de formation doivent

également déconstruire le discours du manque de clarté du rôle de l'IP (Brault et collab., 2014; Cummings et collab., 2003; Delamaire et Lafortune, 2010; DiCenso et collab., 2003; Stolee et collab., 2006; van Soeren et Micevski, 2001), tel qu'il est colporté dans les écrits professionnels et scientifiques, en démontrant notamment que le rôle de l'IP est associatif et qu'il est donc modulé par le collectif (Burgess, 2008; Contandriopoulos et collab., 2015; Rioux-Dubois et Perron, 2016).

Il est impératif d'abandonner le discours de la CI en tant que « soutien au MD » puisqu'il constitue un faux raisonnement pouvant contribuer aux difficultés de CI et perpétuer les perceptions d'inefficacité du rôle de l'IP. Dans les milieux universitaires, les futurs MD doivent mieux intégrer le principe de réciprocité nécessaire à la CI, en plus de prioriser (et d'amorcer) les rencontres interprofessionnelles comme faisant partie de leurs obligations professionnelles pour le bien des patients. Avec plus de réciprocité, les IP ne seraient pas contraintes de quémander des rencontres ou d'être celles qui colmatent le plus souvent les difficultés de la CI.

Cela dit, notre étude montre que certaines IP moins expérimentées ont du mal à s'affirmer auprès des MD (Martin et Hutchinson, 1997). Certains chercheurs attribuent plutôt ce comportement à la confiance en soi (Bailey et collab., 2006), lacune que les IP interprètent comme un manque de CI. Leurs incertitudes, couplées au manque de disponibilité de certains MD, empêchent des discussions franches visant à clarifier les attentes, les besoins et les préférences de chacun. Les perceptions de « déranger » ou de bousculer les habitudes des MD sont rarement validées, ce qui perpétue le doute quant à la viabilité de ces collaborations. Il serait ainsi d'importance que les programmes de formation outillent les IP dans leur capacité à s'affirmer, à asseoir leur légitimité, à négocier les attentes, à valider leurs perceptions et à exercer le leadership propre à la PIA.

CONCLUSION

L'intégration des IP en SSP a été largement étudiée dans les phases d'élaboration du rôle de l'IP dans les provinces canadiennes et ailleurs. Elle demeure toujours un phénomène d'actualité scientifique puisque les mécanismes associatifs, discursifs et de pouvoir demeurent, eux, peu connus, bien qu'ils l'influencent considérablement. Une perspective critique de l'intégration des IP combinant la théorie de l'acteur-réseau et des écrits de Foucault s'est avérée essentielle pour mettre en lumière ces mécanismes négligés. Par ailleurs, en Ontario, l'intégration des IP s'est effectuée dans trois modèles interprofessionnels de prestation des SSP et suivant des changements constants dans la norme d'exercice des IP. Or, ces divers contextes n'ont pas été étudiés. La présente étude permet donc de combler cette lacune et de jeter les bases pouvant servir à élaborer d'autres études sur ce sujet.

Notre étude montre clairement que, même chez les praticiennes d'expérience, le parcours d'intégration des IP n'est pas acquis. Une multitude d'entités humaines et non humaines configurées en réseau (des acteurs-réseaux [AR]) stabilisent et déstabilisent simultanément l'intégration des IP. Notre étude montre que l'intégration globale des IP peut se décliner en plusieurs mini-intégrations (plus ou moins sécables) avec les divers AR des SSP, une expérience qui prévaut également pour les IP dites d'expérience. Cette recherche illustre que les déstabilisations créées par les AR des SSP déplacent les relations existantes des IP, transforment les méthodes de travail et fragilisent leur niche professionnelle. Les stabilisations, quant à elles, assurent davantage la permanence de l'intégration. Dans tout cela, l'IP n'est pas une entité passive puisqu'elle est elle aussi un AR qui stabilise et déstabilise les autres AR.

L'intégration est donc un processus longitudinal, mais non linéaire, qui touche toutes les IP, même les plus expérimentées, et qui les amène à vivre plusieurs expériences de réintégration

durant leur parcours. Notre recherche montre d'ailleurs que l'intégration des IP en SSP ne peut pas être dissociée de mécanismes de négociation individuelle et collective, un processus mieux expliqué par le concept de la traduction (Callon, 1986). La traduction est un phénomène de négociation puissant et convaincant qui porte les diverses entités humaines et non humaines des SSP (dont les IP) à s'enrôler et à mobiliser des discours rassembleurs reconduits comme points de passage obligés (PPO). Les écrits de Foucault (1972, 1978, 1980) nous permettent de comprendre ces AR comme étant fondés sur des relations de pouvoir/savoir et leurs discours, comme des régimes de vérité (Foucault, 1980) ayant pour objectif d'aligner un collectif suivant une problématique donnée. Dans le réseau des SSP, ces PPO sont la qualité des soins, leur accessibilité (Delamaire et Lafortune, 2010; Gould et collab., 2007; NPAO, 2011; Way et collab., 2001a), le soutien aux MD (Acorn, 2017; Delamaire et Lafortune, 2010) et la limitation des coûts du système de santé (Bauer, 2010; Delamaire et Lafortune, 2010; Gould et collab., 2007; Laurant et collab., 2005; Ryan, 1998; Way et collab., 2001b). Les IP ont une possibilité d'intégration et une identité prédéfinies qui passent par les PPO imposés par les macroacteurs. Citées comme une solution prometteuse, les IP doivent par conséquent répondre aux impératifs de ces différents PPO.

Notre étude illustre que le processus de traduction est en mesure de transcender le pouvoir, les volontés et les identités des IP par son arrangement stratégique et par ses tactiques d'alignement. Cela engendre plusieurs effets. Le rôle de l'IP n'évolue pas en fonction d'une essence unique et statique : il évolue plutôt selon un cadre pluraliste (p. ex. : fournisseur principal ou secondaire, dépannage, travail de bureau, avantage économique, gestion, investigateur des pratiques, prestation de services, pratique avancée et axe communautaire, fonctions infirmières, collaboration et superIP [*NP-extender*]) permettant de répondre aux

demandes du collectif, ce qui peut alimenter l'impression d'un manque de clarté du rôle. Le processus de traduction provoque divers contrecoups chez les participantes de notre étude, tels que l'émergence de dissonance identitaire, de sentiments d'incertitude et d'incompétence, de glissements discursifs, d'états émotionnels et de souffrances.

Les IP usent de stratégies d'adaptation et de résistance au regard de dissonance identitaire, des dysfonctions et des écarts générés par le processus de traduction. Par exemple, les IP de notre étude jugent du bon moment pour collaborer; elles effectuent l'autosurveillance de leur pratique; elles renoncent parfois à une certaine part d'autonomie qu'elles pourraient pourtant légalement exercer; elles créent et maintiennent des alliances stratégiques; elles déploient des tactiques de légitimation; elles gèrent l'entité-patient et les horaires; elles tentent d'optimiser leur transaction avec les espaces physiques; et elles évitent même la collaboration dans certaines circonstances. La mise en œuvre de ces stratégies est en soi une indication de leur participation active au système, de leur introspection, de leur pouvoir et de leur désir d'émancipation. Ces stratégies diffèrent selon le processus de traduction qui est en jeu et la manière dont les IP sont enrôlées à l'intérieur de celui-ci. Ainsi, certaines s'engagent sans questionner si la proposition du macroacteur s'allie à leurs propres convictions, valeurs et idéaux; pour elles, le fait de suivre la ligne directrice émise par le macroacteur ne suscite pas ou peu de tensions ou de conflits. D'autres s'engagent dans le processus de traduction en vivant une dissonance, ce qui les amène à recourir à des stratégies d'adaptation. D'autres encore se désengagent du processus de traduction et certaines le font en perpétrant des stratégies de résistance. L'expertise requise dans un contexte stratégique est celle de l'association et elle s'acquiert à long terme. Les exigences de production façonnent un contexte d'intégration particulier où le pouvoir circule de manière diffuse et localisée, et peut être exercé par les IP tout au long de leur parcours d'intégration.

Une part importante de notre étude a été dédiée à la description et à l'analyse de la collaboration interprofessionnelle (CI). En nous appuyant sur les travaux de Latour, nous avons pu conceptualiser la CI comme une boîte noire des SSP, c'est-à-dire un phénomène si étroitement ficelé qu'il est difficile d'en cerner les contours. Notre étude montre en ce sens que la CI est un phénomène tenu pour acquis. Cependant, bien qu'elle soit porteuse de maints espoirs, elle engendre plusieurs constats. La CI se manifeste non pas selon un schéma binaire (collaboration/consultation), mais sous diverses formes non mutuellement exclusives qui coexistent dans les milieux : le mentorat, l'éducation interprofessionnelle, le partenariat, la coopération, la consultation et la délégation. Nos données suggèrent que la CI est très peu formalisée dans les milieux et qu'elle acquiert très peu de stabilisation.

L'intégration et la négociation du rôle des IP au regard d'un social stratégique et associatif peuvent contribuer à la dissolution de la spécificité des IP, de leur valeur morale et de leurs idéaux. Cette perte de spécificité peut engendrer une perception de manque de clarté du rôle, laquelle s'amplifie alors que le rôle se configure différemment au sein des différents AR et ce, pour répondre notamment aux impératifs d'alignement et de stabilisation. Nos résultats nous mènent donc à proposer une définition revitalisée de l'intégration des IP (voir section 6.5). Cette étude doctorale a été novatrice par son approche méthodologique et le cadre théorique original sur lequel elle s'appuie. Elle contribue aux bassins des connaissances en sciences infirmières et soulève plusieurs implications pour la discipline infirmière, notamment sur les plans de la pratique clinique, de l'administration, de la recherche et de la formation. L'intégration des IP n'est pas acquise et il convient de poursuivre un travail scientifique à cet égard.

RÉFÉRENCES

- AANP [American Academy of Nurse Practitioners]. (2010a). *Quality of Nurse Practitioner Practice*. Washington, DC : Auteur
- AANP [American Academy of Nurse Practitioners]. (2010b). *Nurse Practitioner Cost-Effectiveness*. Washington, DC : Auteur.
- Ackerman, M., Norsen L., Martin B., Wiedrich J. et Kitzman, H. (1996) Development of a model of advanced practice. *American Journal of Critical Care*, 5, 68-73.
- Acorn, M. (2017). L'intégration des rôles en pratique infirmière avancée au Canada. Dans E. Staples, S.L. Ray et R. Hannon (dir.), *Perspectives canadiennes de la pratique infirmière avancée* (1^{re} éd., p. 23-36). Toronto, Ontario : Canadian Scholars' Press.
- Acorn, M. (2015a). How does the nurse practitioner as the most responsible provider affect care in seniors age 65 and older admitted to hospitals in Ontario, Canada? *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 2(158), 1-5. <http://dx.doi.org/10.15344/2394-4978/2015/158>
- Acorn, M. (2015b). Nurse practitioners as most responsible providers: Impact on care for seniors admitted to an Ontario hospital. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 2(126), 1-11. <http://dx.doi.org/10.15344/2394-4978/2015/126>
- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2018). *Advanced Nursing Practice: A National Framework*. Ottawa, Ontario : Auteur. Manuscrit soumis pour publication.
- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2016a). *Position Statement: the Nurse Practitioner*. Repéré à https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ps_nurse_practitioner_e.pdf
- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2016b). *L'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens : Analyse rétrospective décennale*. Ottawa, Ontario: Auteur.
- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2011a). *Les infirmières et infirmiers aux premières lignes des temps d'attente – Pour aller de l'avant*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2011b). *Plan d'intégration collaboratif du rôle des infirmières et infirmiers praticiens au Canada, 2011-2015*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2010). *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*. Ottawa, Ontario : Auteur. Repéré à http://www.cno.org/Global/for/rnec/pdf/CompetencyFramework_fr.pdf
- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2009a). *Recommandations de l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens*. Ottawa, Ontario : Auteur.

- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2009b). *Position statement: The Nurse Practitioner*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2008). *La pratique infirmière avancée: Un cadre national*. Ottawa, Ontario : Auteur. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf?la=fr
- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2006). *Trousse d'outils pour l'intégration et l'évaluation des infirmières et infirmiers praticiens au Canada*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2003). Les soins de santé primaires – Le moment est venu. *Zoom sur les soins infirmiers*, 16, 1-4.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (1988). À quoi tient le succès des innovations? 1 : L'art de l'intéressement; 2 : Le choix des porte-parole. Gérer et Comprendre. *Annales des Mines, les Annales des mines*, 4-17. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00081741/document>
- Allen, D. (2004). Ethnomethodological insights into insider-outsider relationships in nursing ethnographies of healthcare settings. *Nursing Inquiry*, 11(1), 14-24.
- Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: anegotiated order? *Sociology of Health and Illness*, 19(4), 498-520.
- Almost, J. et Laschinger, H. (2002). Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(9), 408-420.
- American Medical Directors Association [AMDA]. (2011). Collaborative and supervisory relationships between attending physicians and advanced practice nurses in long-term care facilities. *Geriatric Nursing*, 32(1), 7-17.
- Anderson, G. L. (1989). Critical Ethnography in Education: Origins, Current Status, and New Directions. *Review of Educational Research*, 59(3), 249-270.
- Andrews, G. J. et Evans, J. (2008). Understanding the reproduction of health care: towards geographies in health care work. *Progress in Human Geography*, 32(6), 759-780. <https://doi.org/10.1177/0309132508089826>
- Angrosino, M. V. et dePerez, K. A. M. (2000). Rethinking observation: From method to context. In N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research* (2^e éd., p. 673-702). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Association médicale canadienne (2010). *La transformation des soins de santé*. Repéré à http://prismadmin.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/HCT/FastFacts/HCT-HHR2010_fr.pdf

- Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S., Lofland, J. et Lofland, L. (2007). *Handbook of Ethnography*. Londres, Angleterre : SAGE.
- Bailey, P., Jones L. et Way, D. (2006). Family Physician/Nurse Practitioner: Stories of Collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 381-391.
- Bakerjian, D. (2008). Care of nursing home residents by advanced practice nurses: A review of the literature. *Research in Gerontological Nursing*, 1(3), 177-185.
- Barratt, J. (2007). JAN Forum: Your views and letters. In response to: Seale C., Anderson E. et Kinnersley P. (2006) Treatment advice in primary care: a comparative study of nurse practitioners and general practitioners. *Journal of Advanced Nursing* 54(5), 534-541. *Journal of Advanced Nursing*, 111-112. Repéré à <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.2006.04086.x>
- Bauer, J. C. (2010). Nurse practitioners as an underutilized resource for health reform: Evidence-based demonstrations of cost-effectiveness. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 228-231.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*. Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Bernard, H. R. (1994). *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches* (2^e éd.). Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Betancourt, M. T., Roberts, K. C., Bennett, T.-L., Driscoll, E. R., Jayaraman, G. et Pelletier, L. (2014). Monitoring chronic diseases in Canada : the Chronic Disease Indicator Framework. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 34(supplement 1), 1-30. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/34-1-supp/assets/pdf/34-S1_E_v6.pdf
- Blair, K. A. et Mirr Jansen, M. P. (2015). *Advanced practice nursing : core concepts for professional role development* (5^e éd). New York, NY: Springer Publishing Compagny.
- Blok, A. et Jensen, T. E. (2011). *Bruno Latour: Hybrid thoughts in a hybrid world*. New York, NY: Routledge.
- Blommaert, J. (2005). *Discourse : a critical introduction*. Cambridge, Angleterre : Cambridge University Press.
- Bourgeault, I. L. et Mulvale, G. (2006). Collaborative health care teams in Canada and the USA: confronting the structural embeddedness of medical dominance. *Health Sociology Review*, 15(5), 481-495.
- Brasset-Latulippe, A., Verma, J., Mulvale, G. et Barclay, K. (2011). *Leçons à tirer des stratégies sur les maladies pour la transformation des systèmes de santé: Une analyse contextuelle*. Ottawa, Ontario : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Repéré à

<https://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/11-12-17/9946107e-f35f-44d8-9068-bc09aa8feae5.aspx>

- Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, C.-A., ... Beaulieu, M.-D. (2014). Role Clarification Processes for Better Integration of Nurse Practitioners into Primary Healthcare Teams: A Multiple-Case Study. *Nursing Research & Practice*, *ID 170514*, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2014/170514>
- Brown, M. A. et Olshansky, E. (1998). Becoming a Primary Care Nurse Practitioner: Challenges of the Initial Year of Practice. *Nurse Practitioner*, *23*(7), 52-56.
- Brown, M. A. et Olshansky, E. F. (1997). From limbo to legitimacy: A theoretical model of the transition to the primary care nurse practitioner role. *Nursing Research*, *46*(1), 46-51.
- Browne, A. et Tarlier, D. (2008). Examining the potential of nurse practitioners from a critical social justice perspective. *Nursing Inquiry*, *15*(2), 83-93.
- Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., ... DiCenso, A. (2015). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *21*(5), 763-781.
- Bryant-Lukosius, D. et DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, *48*(5), 530- 540.
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G. et Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: Development, implementation, and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, *48*(5), 519-529.
- Bryant-Lukosius, D., Valaitis, R., Martin-Misener, R., Donald, F., Moran Pena, L. et Brousseau, L. (2017). Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *25*(e2826), 1-11. doi 10.1590/1518-8345.1677.2826
- Bujold, L. (2008). L'identité professionnelle. Dans C. Dallaire et O. Goulet (dir.), *Soins infirmiers: enjeux et perspectives* (p. 441-454). Montréal, Québec : Gaëtan Morin.
- Burgess, J. (2008). *Finding a Balance : Participatory Action Research with Primary Health Care Nurse Practitioners on the Relevance of collaboration to Nurse Practitioner Role Integration* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertation & Theses. (NR52943).
- Burgess, J., Martin, A. et Senner, W. (2011). A Framework to Assess Nurse Practitioner Role Integration in Primary Health Care. *Canadian Journal of Nursing Research*, *43*(1), 22-40.
- Burgess, J. et Purkis, M. E. (2010). The power and politics of collaboration in nurse practitioner role development. *Nursing Inquiry*, *17*(4), 297-308.

- Burgess, J. et Sawchenko, L. (2011). Community of Practice: A Nurse Practitioner Collaborative Model. *Nursing Research*, 24(2), 99-112.
- Burgess, S. et Tatnall, A. (2002). Using Actor-Network Theory to Research the Implementation of a B-B Portal Regional SMEs in Melbourne, Australia. *BLED 2002 Proceedings*, 46. Repéré à <http://aisel.aisnet.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1091&context=bled2002>
- Burns, N. et Grove, S. (2009). *The Practice of Nursing Research : Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (6^e éd.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Bush, N. J. et Watters, T. (2001). The emerging role of the oncology nurse practitioner: a collaborative model within the private practice setting. *Oncology Nursing Forum*, 28(9), 1425-1431.
- Caillé, A. (2001). Une politique de la nature sans politique. *Revue du MAUSS*, 17(1), 94-116. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-du-mauss-2001-1-page-94.htm>
- Callon, M. (1993). Variety and Irreversibility in Networks of Technique Conception and Adoption. In D. Foray et C. Freeman (dir.), *Technology and the Wealth of Nations: The Dynamics of Constructed Advantage* (p. 232-268). London, NY: Pinter.
- Callon, M. (1991). Techno-Economic Networks and Irreversibility. In J. Law (dir.), *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*. London, NY: Routledge.
- Callon, M. (1986). The sociology of an actor-network: The case of the electric vehicle. In J. L. Callon, J. Lae et A. Rip (dir.), *Mapping the dynamics of science and technology: Sociology of science in the real world* (p. 19-34). London, NY: Macmillan.
- Callon, M. et Latour, B. (1981). Unscrewing the big Leviathan: how actors macrostructure reality and how sociologists help them to do so. In K. D. Knorr-Cetina et A. V. Cicourel (dir.), *Advances in Social Theory and Methodology. Toward an Integration of Micro and Macro Sociologies* (p. 277-303). Boston: Routledge.
- Callon, M. et Law, J. (1997). After the Individual in Society: Lessons on Collectivity from Science, Technology and Society. *Canadian Journal of Sociology*, 22(2), 165-182.
- Cameron, A. et Masterson, A. (2000). Managing the unmanageable? Nurse Executive Directors and new role developments in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1081-1088.
- Caprio, T. V. (2006). Physician Practice in the Nursing Home: Collaboration with Nurse Practitioners and Physician Assistants. *Annals of Long Term Care*, 14(3), 17-24.
- Carter, A. J. E. et Chochinov, A. H. (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Journal canadien de médecine d'urgence*, 9(4), 286-295.

- Carter, N., Lavis, J. N. et MacDonald, S. (2014). Use of Modified Delphi to Plan Knowledge Translation for Decision Makers: An Application in the Field of Advanced Practice Nursing. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(3-4), 93-101.
- Carter, N., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Bryant-Lukosius, D., ...DiCenso, A. (2010). The Role of Nursing Leadership in Integrating Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Healthcare Delivery in Canada. *Nursing Leadership*, 23(special issue), 167-185.
- Cashin, A., Theophilos, T. et Green, R. (2017). The internationally present perpetual policy themes inhibiting development of the nurse practitioner role in the primary care context: An Australian-USA comparison. *Collegian*, 24, 303-312. doi: 10.1016/j.colegn.2016.05.001
- Chavez, K. S., Dwyer, A. A. et Ramelet, A.-S. (2018). International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 61-75. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.010>
- Cheek, J. et Rudge, T. (1994). The panopticon re-visited?: an exploration of the social and political dimensions of contemporary health care and nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 31(6), 583-591.
- Chen, C., McNeese-Smith, D., Cowan, M, Upenieks, V. et Afifi, A. (2009). Evaluation of a nurse practitioner-led care management model in reducing inpatient drug utilization and cost. *Nursing Economics*, 27(3), 160-168.
- Chenery-Morris, S. (2011). Constructing methodology: a radical textual analysis. *Evidence Based Midwifery*, 9(3), 102-106.
- Chiarella, M. (1998). Maximising the use of the nursing workforce. *Australian Nursing Journal*, 6(2), 30-33.
- Chouinard, V., Contandriopoulos, D., Perroux, M. et Larouche, C. (2017). Support nurse practitioners' practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model. *BMC Health Services Research*, 17(437), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2363-4>
- Chreim, S., Williams, B. E. et Hinings, C. R. (2007). Inter-level influences on the reconstruction of professional role identity. *Academic Management Journal*, 50(6), 1515-1539.
- Chulach, T. et Gagnon, M. (2016). Working in a 'third space': a closer look at the hybridity, identity and agency of nurse practitioners. *Nursing Inquiry*, 23(1), 52-63. <https://doi.org/10.1111/nin.12105>
- CII [Conseil international des infirmières]. (2013). *Scope of Nursing Position Statement*. Repéré à <http://www.icn.ch/publications/positionstatements/>

- Clancy, T. R., Effken, J. A. et Pesut, D. (2008). Applications of complex systems theory in nursing education, research, and practice. *Nursing Outlook*, 56, 248-256.
- Clarín, O. A. (2007). Strategies to Overcome Barriers to Effective Nurse Practitioner and Physician Collaboration. *The Journal for Nurse Practitioners*, 3(8), 538-548.
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Sangster-Gormley, E., Kilpatrick, K., Dubois, C. A., ... Perroux, M. (2016). Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform. *Health Policy*, 120(6), 682-689. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.03.015
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Dubois, C.-A., Perroux, M., Beaulieu, M.-D., Brault, I., ... Sangster-Gormley, E. (2015). A process-based framework to guide nurse practitioners integration inot primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Services Research*, 15(78). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0731-5>
- Cowan, M., Shapiro, M., Hays, R. D., Afifi, A., Vazirani, S., Ward, C. R. et Ettner, S. L. (2006). The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *Journal of Nursing Administration*, 36(2), 79-85.
- Creswell, J. W. (2002). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (4^e éd.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Crooks, V. A. et Andrews, G. J. (2016). *Primary Health Care : People, Practice, Place*. Farnham, UK : Ashgate.
- Cummings G., Fraser K. et Tarlier D. (2003) Implementing advanced nurse practitioner roles in acute care: an evaluation of organizational change. *Journal of Nursing Administration*, 33(3), 139-145.
- Cummings, G. et McLennan, M. (2005). Advanced Practice Nursing: Leadership to Effect Policy change. *Journal of Nursing Administration*, 35(2), 61-66.
- Curie, G., Lockett, A., Finn, R., Martin, G. et Waring, J. (2012). Institutional work to maintain professional power: recreating the model of medical professionalism. *Organization Studies*, 33(7), 937-962.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. et Beaulieu, M. D. (2005). Conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl.1), 116-131.
- D'Amour, D., Morin, D., Dubois, C.-A., Lavoie-Tremblay, M., Dallaire, C. et Cyr, G. (2007). *Évaluation de l'implantation du programme d'intéressement au titre d'infirmière praticienne spécialisée*. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/2196>
- D'Amour, D., Tremblay, D. et Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches Sociographiques*, 50(2), 301-320.

- Delamaire, M. et Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. Paris, France : Organization for Economic and Co-operation and Development Working Papers. <https://doi.org/10.1787/18152015>
- De Milt, D. G., Fitzpatrick, J. J. et McNulty, S. R. (2011). Nurse practitioners' job satisfaction and intent to leave current positions, the nursing profession, and the nurse practitioner role. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(1), 42-50. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00570.x
- deMunck, V. C. et Sobo, E. J. (1998). *Using methods in the field: a practical introduction and casebook* (1^{re} éd.). Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- de Witt, L. et Ploeg, J. (2005). Critical Analysis of the Evolution of a Canadian Nurse Practitioner Role. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(4), 116-137.
- DiCenso, A. (2008). Roles, research & resilience: the evolution of advanced practice nursing. *Canadian Nurse*, 104(9), 37-40.
- DiCenso, A., Auffrey, L., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., Martin-Misener, R., Matthews, S. et Opsteen, J. (2007). Primary Health Care Nurse Practitioners in Canada. *Contemporary Nurse*, 26(1), 104–15.
- DiCenso, A., Bourgeault, I., Abelson, J., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Carter, N., ... Kilpatrick, K. (2010). Utilization of Nurse Practitioners to Increase Patient Access to Primary Healthcare in Canada – Thinking Outside the Box. *Nursing Leadership*, 23(Special Issue). doi :10.12927.cjnl.2010.22281
- DiCenso, A. et Bryant-Lukosius, D. (2010a). The long and winding road: integration of nurse practitioners and clinical nurse specialists into the Canadian health-care system. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(2), 3-8.
- DiCenso, A. et Bryant-Lukosius, D. (2010b). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Ottawa, Ontario : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- DiCenso, A., Paech, G. et IBM Corporation. (2003). *Report on the Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario*. Toronto, Ontario: Ministry of Health and Long-Term Care. Repéré à http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/nurseprac03/nurseprac03_mn.html
- Donald, F., Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., ...DiCenso, A. (2015). Hospital to community transitional care by nurse practitioners : A systematic review of cost-effectiveness. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 436-451. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.011>

- Donald, F., Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., ...DiCenso, A. (2014). A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists: What Is the Quality of the Evidence? *Nursing Research and Practice*, 2014(896587), 1-28. <https://doi.org/10.1155/2014/896587>.
- Donald, F., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Carter, N., ... DiCenso, A. (2010a). The Primary Healthcare Nurse Practitioner Role in Canada. *Nursing Leadership*, 23(special issue), 88-113.
- Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., . . . DiCenso, A. (2010b). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Title confusion and lack of role clarity. *Nursing Leadership*, 23, 189-201.
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., ...DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2148-2161. doi: 10.1111/jan.12140
- Donald, F., Mohide, E. A., DiCenso, A., Brazil, K., Stephenson, M. et Akhtar-Danesh, N. (2009). Nurse Practitioner and Physician Collaboration in Long-Term Care Homes: Survey Results. *Canadian Journal on Aging*, 28(1), 77-87.
- Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F. et Murphy, K. (2013). Advanced practice nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), 131-140. doi: 10.1111/ijn.12050
- Draye, M. et Brown, M. (2000). Surviving the proving ground: Lessons in change from NP pioneers. *Nurse Practitioner*, 25(10), 60.
- Ducharme, J., Alder, R., Pelletier, C., Murray, D. et Tepper, J. (2009). The Impact on Patient Flow after the Integration of Nurse Practitioners and Physician Assistants in 6 Ontario Emergency Departments. *Canadian Journal of Emergency Medical Care*, 11(5), 455-461.
- Dubar, C. (2007). *La crise des identités* (3^e éd.). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Duner, A. (2013). Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: a study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 246-253. doi: 10.3109/13561820.2012.757730
- Dunn K. et Nicklin W. (1995). The status of advanced nursing roles in Canadian teaching hospitals. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 8(1), 111-135.
- Edge, D. et Wilson, R. (2017). Cadres de la pratique infirmière avancée utilisés ou élaborés au Canada. Dans E. Staples, S. L. Ray et R.A. Hannon (dir.), *Perspectives canadiennes de la pratique infirmière avancée* (1^{re} éd., p. 54-73). Toronto, Ontario : Canadian Scholars' Press.

- Edwards, N. et Grinspun, D. (2011). *Comprendre les changements au sein des systèmes de santé : les nouveaux modèles de services de soins infirmiers éclairés par les données probantes*. Ottawa, Ontario : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Repéré à http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/OGC_Reports/Edwards-Grinspun-FR.sflb.ashx
- EICP [Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care]. (2006). *The principles and framework for interdisciplinary collaboration in primary health care*. Toronto, Ontario : Auteur. Repéré à www.caslpa.ca/PDF/EICP_Principles_and_Framework_final.pdf
- El Abboubi, M. et Cornet, A. (2010). L'implication des parties prenantes comme un processus de construction sociale. Analyse à partir de la théorie de l'acteur-réseau. *Management & Avenir*, 33(3), 275-297. doi:10.3917/mav.033.0275
- Ettner, S. L., Kotlerman, J., Afifi, A., Vazirani, S., Hays, R. D., Shapiro, M. et Cowan, M. (2006). An alternative approach to reducing the costs of patient care? A controlled trial of the multi-disciplinary doctor-nurse practitioner (MDNP) model. *Medical Decision Making*, 26(1), 9-17.
- Fairclough, N. (1989). *Language and power*. London, NY: Longman.
- Fisher, L. et Weihs, K. L. (2000). Can Addressing Family Relationships Improve Outcomes in Chronic Disease? *The Journal of Family Practice*, 49(6), 561-566.
- Fletcher, C. E., Baker, S. J., Copeland, L. A., Reeves, P. J. et Lowery, J. C. (2007). Nurse practitioners' and physicians' views of NPs as providers of primary care to veterans. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(4), 358-362.
- Foley, D. et Valenzuela, A. (2008). The Politics of Collaboration. In N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The Landscape of Qualitative Research* (3^e éd., p. 217-234). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Fontana, A. et Frey, J. H. (1994). Interviewing: The art of science. In N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (3^e éd., p. 361-376). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Foth, T., Block, K., Stamer, M. et Schmacke, N. (2015). The Long Way Toward Cooperation: Nurses and Family Physicians in Northern Germany. *Global Qualitative Nursing Research*, 1-14. doi: 10.1177/2333393614565185
- Foucault, M. (1975/2003). *Surveiller et punir*. Paris, France : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. New York, NY: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality*. Harmondsworth, Angleterre : Allen Lane/Penguin Books.

- Foucault, M. (1972). *The Archaeology of Knowledge*. London, NY: Tavistock.
- Friedson, E. L. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York, NY: Dodd Mead and Compagny.
- Geertz, C. (1983). *Local knowledge*. New York, NY: Basic Books.
- Giacomini, M. K. et Cook, D. J. (2000). Users' guides to the medical literature XXIII. Qualitative research in health care. Are the results of the study valid? *Journal of the American Medical Association*, 284(3), 357-362.
- Glazier, R. H., Zagorski, B. M. et Rayner, J. (2012). *Comparison of Primary Care Models in Ontario by Demographics, Case Mix and Emergency Department Use, 2008/09 to 2009/10*. Toronto, Ontario : Institute for Clinical Evaluative Sciences.
- Gocan, S., Laplante, M. A., et Woodend, A. K. (2014). Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams : A Review of the Literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3(3), 1-19.
- Goldman, J., Meuser, J., Rogers, J., Lawrie, L. et Reeves, S. (2010). Interprofessional collaboration in family health teams: an Ontario-based study. *Canadian Family Physician*, 56(10), e368-374.
- González, G. R. (2013). *The use of Actor-Network Theory and a Practice-Based Approach to understand online community participation* (Thèse de doctorat, University of Sheffield). Repéré à http://etheses.whiterose.ac.uk/4000/1/Final_final_final.pdf
- Gougeon, L., Johnson, J. et Morse, H. (2017). Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors' health and well-being in Canada: A systematic review of trials. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 7, 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.02.004>
- Gould, O., Johnstone, D. et Wasyliw, L. (2007). Nurse Practitioners in Canada: Beginnings, Benefits and Barriers. *American Academy of Nurse Practitioners*, 19(4), 165-171.
- Grbich, C. (1999). *Qualitative Research in Health: An Introduction*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Thousands Oaks, CA: SAGE.
- Guest, G., Bunce, A. et Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(59), 59-82.

- Guzman, A., Ciliska, D. et DiCenso, A. (2010). Nurse Practitioner Role Implementation in Ontario Public Health Units. *Canadian Journal of Public Health*, 101(4), 309-313.
- Haggerty, J., Burge, F., Levesque, J., Gass, D., Pineault, R. et Beaulieu, M. (2007). Operational definitions of attributes of primary health care. Consensus among Canadian experts. *Annals of Family Medicine*, 5(4), 336-344.
- Haggerty, J., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Brunelle, Y., Goulet, F., Rodrigue, J. et Gauthier, J. (2004). *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants*. Ottawa, Ontario : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Hammersley, M. et Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice* (3^e éd.). New York, NY: Routledge.
- Hamric, A. B. (2005). A Definition of Advanced Practice Nursing. Dans A. B. Hamric, J. A. Spross et C. M. Hanson. (dir.), *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach* (3^e éd., p. 85-108). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. et O'Grady, E. T. (2014). *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach* (5^e éd.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Hamric A. B. et Taylor J. W. (1989) Role development of the CNS. In A. B. Hamric et J. Spross J. (dir.), *The Clinical Nurse Specialist in Theory and Practice* (2^e éd., p. 41-82). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hanrahan, C., Way, C., Housser, J. et Applin, M. (2001). *The Nature of Extended/Expanded Nursing Role in Canada*. Repéré à <http://www.cns.nf.ca/research/finalreport.htm>
- Hardcastle, M. A., Usher, K. et Holmes, C. (2006). Carpecken's Five-Stage Critical Qualitative Research Method : An Application to Nursing Research. *Qualitative Nursing Research*, 16(1), 151-161.
- Harper, P. (2008). Ethnomethodological ethnography and its application in nursing. *Journal of Research in Nursing*, 13(4), 311-323.
- Harvey, C. L. E. (2010). *Through the looking glass – The politics of advancing nursing and the discourses on nurse practitioners in Australia* (Thèse de doctorat, Flinders University of South Australia). Repéré à <http://theses.flinders.edu.au/public/adt-SFU20100708.110421/index.html>
- Hassart, J., Kelemen, M. et Cox, J. W. (2008). *Disorganization Theory: Explorations in Alternative Organizational Analysis*. New York, NY: Routledge.
- Heale, R. (2012). Overcoming barriers to practice: A nurse practitioner-led model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(6), 358-363. doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00737.x

- Heale, R. et Butcher, M. (2010). Canada's first nurse practitioner-led clinic: a case study in healthcare innovation. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(3), 21-29.
- Heale, R. et Rieck Buckley, C. (2015). An international perspective of advanced practice nursing regulation. *International Nursing Review*, 62(3), 421-429. doi: 10.1111/inr.12193
- Health Force Ontario. (2007). *Health human resources toolkit*. Toronto, Ontario : Auteur.
- Horrocks, S., Anderson, E. et Salisbury, C. (2002). Systematic Review of Whether Nurse Practitioners Working in Primary Care Can Provide Equivalent Care to Doctors. *British Medical Journal*, 324, 819-823.
- Hoskins, R. (2011). Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), 1894-1903.
- Hughes, B. et Fitzpatrick, J. J. (2010). Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 625-632.
- Hutchison, B. (2008). A long time coming: Primary health care renewal in Canada. *Health Care Papers*, 8(2), 10-24.
- ICIIP [Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens]. (2006a). *Nurse Practitioners: The Time Is Now. A Solution to Improving Access and Reducing Wait Times in Canada*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- ICIIP [Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens]. (2006b). *The Way Forward Plan : Committing to Action*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- ICIIP [Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens]. (2004). *Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens: Trousse d'outils pour l'intégration et l'évaluation des infirmières et infirmiers praticiens au Canada*. Ottawa: ON: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- ICIS [Institut canadien d'information sur la santé]. (2015). *How Canada Compares : Results From The Commonwealth Fund 2014 International Health Policy Survey of Older Adults*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- ICSC [Interprofessional Care Steering Committee]. (2007). *Interprofessional Care: A Blueprint for Action in Ontario*. Ottawa, Ontario : Health Force Ontario. Repéré à <http://www.healthforceontario.ca/upload/en/whatishfo/ipc%20blueprint%20final.pdf>
- Institute of Medicine. (1996). *Primary Care : America's Health in a New Era*. Washington, DC: National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/5152>

- Irvine, D., Sidani, S., Porter, H., O'Brien-Pallas, L., Simpson, B., McGillis Hall, L., ... Nagel, L. (2000). Organizational Factors Influencing Nurse Practitioners' Role Implementation in Acute Care Settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(3), 28–35.
- Jalbert, Y., Pinault, L., Renaud, G. et Zuniga, R. (1997). Epsilon. *Guide d'auto-évaluation des organismes communautaires*. Montréal, Québec : Coalition des organismes de lutte contre le Sida.
- Joel, L. A. (2013). *Advanced practice nursing : Essentials for role development* (3^e éd.). Philadelphia, PA : F.A. Davis.
- Jones, L. et Way, D. (2004). *Delivering Primary Health Care to Canadians: Nurse Practitioners and Physicians in Collaboration*. Ottawa, Ontario: Canadian Nurses Association & Canadian Nurse Practitioner Initiative.
- Karsenti, B. et Porter, C. (2012). *Biography of an Investigation: On a Book about Modes of Existence*. Repéré à <http://www.bruno-latour.fr/sites/default/files/downloads/126-KARSENTI-AIME-BIO-GB..pdf>
- Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Carter, N., DiCenso, A., Donald, F. et Baxter, P. (2010). The nurse practitioner role in pain management in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 542-551.
- Kennedy, N., Armstrong, C., Woodward, O. et Cullen, W. (2015). Primary care team working in Ireland: a qualitative exploration of team members' experiences in a new primary care service. *Health and Social Care in the Community*, 23(4), 362-370. doi: 10.1111/hsc.12150
- Kilpatrick, K. (2013). Understanding acute care nurse practitioner communication and decision-making in healthcare teams. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 168-179. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04119.x
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L. et Doran, D. (2012a). Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1504-1515.
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Lamothe, L., Ritchie, J. A. et Doran, D. (2012b). Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work and perceptions of team effectiveness. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 205-217. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06046.x/pdf
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A. et Lamothe, L. (2011). Advanced Practice Nursing, Health Care Teams, and Perceptions of Team Effectiveness. *The Health Care Manager*, 30(3), 215-226.
- Kirtley, M. et Weaver, J. (1999). Exploring the impact of gender role self-perception on communication style. *Women's Studies in Communication*, 22, 1-9.

- Klaasen, K., Lamont, L. et Krishnan, P. (2009). Setting a new standard of care in nursing homes. *Canadian Nurse*, 105(9), 24-30.
- Koerner, J. et Wesley, M. (2008). Organizational culture: The silent political force. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 49-56.
- Koren, I., Mian, O. et Rukholm, E. (2010). Integration of nurse practitioners into Ontario's primary health care system: variations across practice settings. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(2), 48-69.
- Laflamme, C. (2010). *Transition à la pratique de l'infirmière praticienne francophone diplômée* (Thèse de doctorat, Université d'Ottawa). Repéré à <https://ruor.uottawa.ca/handle/10393/28456>
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa, Ontario : Information Canada.
- Lambert, V., Glacken, M. et McCarron, M. (2011). Employing an ethnographic approach: key characteristics. *Nurse Researcher*, 19(1), 17-24.
- Lather, P. (1986). Issues of validity in openly ideological research: Between a rock and a soft place. *Interchange*, 17(4), 63-84.
- Latour, B. (2006). *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris, France : La Découverte.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Latour, B. (1999a). *Pandora's hope: Essays on the Reality of Science Studies*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Latour, B. (1999b). *Politiques de la nature : Comment faire entrer les sciences en démocratie*. Paris, France : Éditions La Découverte & Syros.
- Latour, B. (1997). *On actor-network theory. A few clarifications plus more than a few complications*. Repéré à [www.bruno-latour.fr/sites/default/files/P-67 ACTOR-NETWORK.pdf](http://www.bruno-latour.fr/sites/default/files/P-67_ACTOR-NETWORK.pdf)
- Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes : Essai d'anthropologie symétrique*. Paris, France : Éditions La Découverte.
- Latour, B. (1987). *Science in Action: How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. et Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(2). doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub2
- Law, J. (2009). Actor network theory and material semiotics. In S. Bryan et B. S. Turner (dir.),

- The new Blackwell companion to social theory* (2^e éd., p. 141-158). Malden, MA: Wiley-Blackwell. Repéré à http://difi.uniud.it/tl_files/utenti/crisci/Law%202009.pdf
- Law, J. (1986). Editor's introduction: Power/Knowledge and the dissolution of the sociology of knowledge. In J. Law, J. (dir.), *Power, action and belief: a new Sociology of Knowledge?* (éd., vol., 32, p. 1-280). London, NY: Routledge & Kegan Paul.
- Legault, F., Humbert, J., Amos, S., Hogg, W., Ward, N., Dahrouge, S. et Ziebell, L. (2012). Difficulties encountered in collaborative care: logistics trumps desire. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(2), 168-176. doi: 10.3122/jabfm.2012.02.110153
- Leipert, B. D., Delaney, J. W., Forbes, D. et Forchuk, C. (2011). Canadian rural women's experiences with rural primary health care nurse practitioners. *Online Journal of Rural Nursing Health Care*, 11(1), 37-53. Repéré à <http://rnojournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/8>
- Lenz, E. R., Mundinger, M. O., Kane, R. L., Hopkins, S. C. et Lin, S. X. (2004). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians : Two-year follow-up. *Medical Care Research and Review*, 61(3), 332-351.
- Levin, P. J. et Bateman, R. (2012). Organizing and investing to expand primary care availability with nurse practitioners. *Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion and Disease Prevention*, 37(2), 265-269.
- Liedtka, J. et Whitten, E. (1998). Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: a case study. *Journal of Healthcare Management*, 43(2), 185-205.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. et Guba, E. G. (2011). Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences, Revisited. In N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (4^e éd., p. 97-128). Thousands Oaks, CA: SAGE.
- Linde, A., Linderöth, H. et Räisänen, C. (2003). *An actor network theory perspective on IT-projects: A battle of wills*. Repéré à <https://pdfs.semanticscholar.org/6557/0b7c78e454cf8f15a8d4113c465f3dc4906d.pdf>
- Lindemann, G. (2011). On Latour's Social Theory and Theory of Society, and His Contribution to Saving the World. *Human Studies*, 34, 93-110.
- Litaker, D., Mion, L., Planavsky, L., Kippes, C., Mehta, N. et Frolkis, J. (2003). Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: The impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *Journal of Interprofessional Care*, 17(3), 223-237.
- Lockett, A., Currie, G., Waring, J., Finn, R. et Martin, G. (2012). The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. *Social Science & Medicine*, 74(3), 356-363.

- Mable, A. L. et Marriott, J. (2012). *Politiques canadiennes de soins de santé primaires : L'évolution de la réforme*. Ottawa, Ontario : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Repéré à http://www.fcrss.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/MariottMable-Jan2012-F.sflb.ashx
- Maclure, M. (2003). *Discourse in educational and social research* (1^{re} éd). Philadelphia, PA: Open University Press.
- MacNaughton, K., Chreim, S. et Bourgeault, L. (2013). Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13(486). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-486>
- Madison, D. S. (2012). *Critical Ethnography: Methods, Ethics, and Performance*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Mahdizadeh, M., Heydari, A. et Moonaghi, H. K. (2015). Clinical Interdisciplinary Collaboration Models and Frameworks From Similarities to Differences: A Systematic Review. *Global Journal of Health Science*, 7(6), 170-180. doi : 10.5539/gjhs.v7n6p170
- Maier, C. B., Aiken, L. H. et Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers*, 98. <http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>
- Mantzoukas, S. et Watkinson, S. (2007) Advanced nursing practice: reviewing the international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 28–37.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24, 95-117.
- Marion, L., Finnegan, L., Campbell, R. et Szalacha, L. (2009). The well woman program: A community-based randomized trial to prevent sexual transmitted infections in low-income African American women. *Research in Nursing & Health*, 32, 274-285.
- Martin, C. et Hogg, W. (2004). How family physicians are funded in Canada. *Medical Journal of Australia*, 181, 111-112.
- Martin, P. D. et Hutchinson, S. A. (1999). Nurse practitioners and the problem of discounting. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 9-17.
- Martin, P. D. et Hutchinson, S. A. (1997). Negotiating symbolic space: strategies to increase NP status and value. *Nurse Practitioner*, 22(1), 89-91, 94-94 et 101-102.
- Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Harbman, P., Donald, F., Kaasalainen, S., Carter, N., ... DiCenso, A. (2010). Education of Advanced Practice Nurses in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(Special Issue), 61-84.
- Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., Cain, E. et Pike, M. (2009a). A longitudinal mixed

- methods study evaluating the impact of a nurse practitioner, paramedic, physician model of primary health care in a rural community. *Primary Health Care Research and Development*, 10, 14-25.
- Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., Cain, E. et Girouard, M. (2009b). Cost Effectiveness and Outcomes of a Nurse Practitioner–Paramedic–Family Physician Model of Care: The Long and Brier Islands Study. *Primary Health Care Research & Development*, 10(1), 14-25. <https://doi.org/10.1017/S1463423608000959>
- Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., ... DiCenso, A. (2015). Cost-Effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care : systematic review. *BMJ Open*, 5(e007167), 1-14. doi :10.1136/bmjopen-2014-007167
- Martin-Misener, R., Reilly, S. M. et Vollman, A. R. (2010). Defining the role of primary health care nurse practitioners in rural Nova Scotia. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(2), 30-47.
- Maylone, M., Ranieri, L., Griffin, M., McNulty, R. et Fitzpatrick, J. J. (2011). Collaboration and autonomy: Perceptions among nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(1), 51–57.
- Mayo-Bruinsma, L. (2011). Family-centered care delivery : Comparing models of primary care service delivery in Ontario (Thèse de maîtrise, Université d'Ottawa). Repéré à http://www.ruor.uottawa.ca/fr/bitstream/handle/10393/19952/MayoBruinsma_Liesha_2011_thesis.pdf?sequence=1
- McAiney, C. A., Haughton, D., Jennings, J., Farr, D., Hillier, L. et Morden, P. (2008). A unique practice model for nurse practitioners in long-term care homes. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 562-571.
- McAiney, C. A., Ploeg, J., Wickson-Griffiths, A., Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Akhatar-Danesh, N., ... Schindel Martin, L. (2017). Perspectives of nurse practitioner-physician collaboration among nurse practitioners in Canadian long-term care homes: A national survey. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 30(4), 10-25. doi: 10.12927/cjnl.2017.25452
- McCready, G. et Ouimet, L.-C. (2018). Speak Medicine Inc.! : Enjeux éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec. *Aporia*, 10(1), 34-45.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (4^e éd.). Philadelphia, CA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: a qualitative approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.

- Meyer, S. et Miers, L. (2006). Cardiovascular surgeons and acute care nurse practitioners' collaboration on postoperative outcomes. *ACCN Clinical Issues*, 16(2), 149-158.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (1994). *An Expanded Source Book: Qualitative Data Analysis* (2^e éd.). London, NY: SAGE.
- Mishler, E. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. New Jersey, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Mizrachi, N. et Shuval, J. T. (2005). Between formal and enacted policy: changing the contours of boundaries. *Social Science Medicine*, 60(7), 1649-1660. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.016>
- Mol, A. (2003). *The Body Multiple : Ontology in Medical Practice*. Durham, NC : Duke University Press.
- Moore, J. et Prentice, D. (2013). Collaboration among nurse practitioners and registered nurses in outpatient oncology settings in Canada. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1574-1583.
- Morse, J. M. (1994). Designing funded qualitative research. In N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research* (1^{re} éd., p. 220-235). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- MSSLD [Ministère de la Santé et des Soins de longue durée]. (2014). *Plan d'amélioration de la qualité (PAQ). Document d'orientation pour les organismes de soins de santé de l'Ontario*. Toronto, Ontario : Auteur. Repéré à http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/legislation/qualityimprove/qip_guide.pdf
- Muldoon, L. K., Hogg, W. E. et Levitt, M. (2006). Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC) : What is the Difference. *Canadian Journal of Public Health*, 5, 409-411.
- Mullinix, C. et Bucholtz, D. P. (2009). Role and quality of nurse practitioner practice: A policy issue. *Nursing Outlook*, 57(2), 93-98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2008.07.006>
- Nadai, E. et Maeder, C. (2005). Fuzzy Fields. Multi-Sited Ethnography in Sociological Research. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(3), Art. 28. Repéré à <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0503288>.
- Nairn, S. (2012). A critical realist approach to knowledge: implications for evidence-based practice in and beyond nursing. *Nursing Inquiry*, 19(1), 6-17.
- Naylor, D., Girard, F., Mintz, J., Fraser, N., Jenkins, T. et Power, C. (2015). *Libre cours à l'innovation: Soins de santé excellents pour le Canada – Rapport du Groupe consultative sur l'innovation des soins de santé*. Ottawa, Ontario : Santé Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-fra.pdf>
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G.,

- ...Weiner, J. P. (2011). Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008 : A Systematic Review. *Nursing Economics*, 29(5), 230-251.
- Niezen, M. et Mathijssen, J. (2014). Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy*, 117(2), 151-169.
- Norsen, L., Opladen, J. et Quinn, J. (1995). Practice model: Collaborative practice. *Critical Care Nursing Clinics North America*, 7, 43-52.
- NPAO [Nurse Practitioners' Association of Ontario]. (2017). *Nurse Practitioner History in Ontario*. Repéré à <https://npao.org/nurse-practitioners/history/>
- NPAO [Nurse Practitioners' Association of Ontario]. (2011). *Nurse Practitioner History in Ontario*. Repéré à <http://npao.org/nurse-practitioners/history/#.UWF1pr-KGGc>
- Nutbeam, D. (2008). Commentary: What would the Ottawa Charter look like if it were written today?, *Critical Public Health*, 18(4), 435-441.
- Oandasan, I. F., Gotlib Conn, L., Lingard, L., Karin, A., Jakubovicz, D., Whitehead, C., ... Reeves, S. (2009). The Impact of Space and Time on Interprofessional Teamwork in Canadian Primary Health Care Settings: Implications for Health Care Reform. *Primary Health Care Research & Development*, 10(2), 151-162. <http://dx.doi.org/10.1017/S1463423609001091>
- O'Connor, P. J., Sperl-Hillen, J. M., Pronk, N. P. et Murray, T. (2001). Primary Care Clinic-Based Chronic Disease Care - Features of Successful Programs. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(12), 691-698.
- OIIO [Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario]. (2017). *Infirmière praticienne*. Toronto, Ontario : Auteur.
- OIIO [Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario]. (2011). *Infirmière praticienne*. Toronto, Ontario : Auteur.
- OIIO [Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario]. (2008). *Infirmière praticienne*. Toronto, Ontario : Auteur.
- OIIO [Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario]. (2004). *Infirmières autorisées de la catégorie spécialisée*. Toronto, Ontario : Auteur.
- OIIO [Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario]. (1998). *Infirmières autorisées de la catégorie spécialisée*. Toronto, Ontario : Auteur.
- Oliffe, J. L. (2005) Why not ethnography? *Urologic Nursing Journal*, 25(5), 395-399.
- OMS [Organisation mondiale de la Santé]. (2015). *Progress Report on Nursing and Midwifery, 2013-2015*. Genève : Auteur.

- OMS [Organisation mondiale de la Santé]. (1978). *Les soins de santé primaires*. Genève : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
- OMS [Organisation mondiale de la Santé]. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève: Auteur.
- O'Rourke, T. J. (2013). Stakeholder Participation in Primary Care System Change : A Case Study Examination of the Introduction of the First Nurse Practitioner-Led Clinic in Ontario (thèse de doctorat, Université d'Ottawa). Repéré à https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/24277/1/ORourke_Tammy_2013_thesis.pdf
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Pasaron, R. (2013). Nurse practitioner job satisfaction: looking for successful outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2593-2604.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie: l'observation*. Paris, France : La Découverte.
- Perron, A. (2008). *Exploration de la construction identitaire du détenu par le biais des discours du personnel infirmier dans un milieu de psychiatrie correctionnelle* (Thèse de doctorat, Université d'Ottawa). Repéré à <https://ruor.uottawa.ca/handle/10393/29589>
- Perron, A., Fluet, C. et Holmes, D. (2005). Agents of Care and Agents of the State: Bio-Power and Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 536-544.
- Pineault, R., Provost, S., Hamel, M., Couture, A. et Levesque, J.-F. (2011). L'influence des modèles d'organisation de soins de santé primaires sur l'expérience de soins de patients atteints de différentes maladies chroniques. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 31(3), 120-132.
- Poghosyan, L., Nannini, A. et Clarke, S. (2013). Organizational climate in primary care settings: Implications for nurse practitioner practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(3), 134-140.
- Poghosyan, L., Norful, A. A. et Martsof, G. R. (2017). Primary Care Nurse Practitioner Practice Characteristics : Barriers et Opportunities for Interprofessional Teamwork. *Journal of Ambulatory Care Management*, 40(1), 77-86. doi: 10.1097/JAC.0000000000000156
- Potvin, L., Gendron, S., Bilodeau, A. et Chabot, P. (2005). Integrating Social Theory Into Public Health Practice. *Social Determinants of Health Inequities*, 95(4), 591-595.
- Reay, T., Golden-Biddle, K. et Germann, K. (2003). Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of Nursing Management*, 11(6), 396-403.

- Reay, T., Patterson, E. M., Halma, L. et Steed, W.B. (2006). Introducing a nurse practitioner: experiences in a rural Alberta family practice clinic. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 11(2), 101-107.
- Reeves, S., Nelson, S. et Zwarenstein, M. (2008). The doctor-nurse game in the age of interprofessional care: A view from Canada. *Nursing Inquiry*, 15(1), 1-2.
- Reeves, S., Xyrichis, A., et Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 1-3.
- Reid, M. (2001). Nurse practitioners in NSW – the facts. *The Lamp*, December/January, 24-25.
- Rioux-Dubois, A. et Perron, A. (2016). Exploring the Potential Contribution of Actor-Network Theory in Nursing Using the Integration of Nurse Practitioners as an Exemplar. *Aporia*, 8(2), 5-15.
- Ritter, D. (2011) The relationship between healthy work environments and retention of nurses in a hospital setting. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 27-32.
- Roemer, M. I. (1976). Physician Extenders and Primary Care... An International Perspective. *Urban Health*, (5), 40-42.
- Romanow, R. J. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Ottawa, Ontario : Auteur. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>
- Rouleau, L. (2013). L'ethnographie organisationnelle d'hier à Demain. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, Supplement(HS), 27-43. doi: 10.3917/rips1.hs01.0025
- Russ, J. (1994). *Les théories du pouvoir*. Paris, France : Librairie générale française.
- Russell, G., Dabrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L. et Tuna, M. (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care: The impact of organizational factors. *Annals of Family Medicine*, 7(4), 309-318.
- Ryan, B. (1998). Rural medicine: What role should nurse practitioners play? *Canadian Medical Association Journal*, 159(1), 68-69.
- Ryan-Nicholls, K. D. et Will, C. I. (2009). Rigour in qualitative research: mechanisms for control. *Nurse Researcher*, 16(3), 70-85.
- Sangster-Gormley, E. (2012). *Nurse practitioner-sensitive outcomes*. Halifax, Nouvelle-Écosse : College of Registered Nurses of Nova Scotia. Repéré à http://www.crnns.ca/documents/FINAL_Report-NP_Sensitive_Outcomes_12010.pdf
- Sangster-Gormley, E. V. (2011). *A Case Study of the Process of Nurse Practitioner Role*

- Implementation within a Health Authority in British Columbia* (Doctoral Thesis Dalhousie University).
- Sangster-Gormley, E., Griffith, J., Schreiber, R., Borycki, E., Feddema, A. et Thompson, J. (2015). Interprofessional Collaboration: Co-worker Perceptions of Adding Nurse Practitioner to Primary Care Teams. *Quality in Primary Care*, 23(3), 122-126.
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R. et Burge, F. (2013). A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: what happens when new roles are introduced? *BMC Nursing*, 12(1), 1-12. doi:10.1186/1472-6955-12-1
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B. et DiCenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1178-1190. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x
- Sarker, S., Sarker, S. et Sidorova, A. (2006). Understanding Business Process Change Failure: An Actor-Network Perspective. *Journal of Management Information Systems*, 1, 51-86.
- Saskatchewan Collaborative Programs in Nursing. (2015). *Nurse practitioners – Improving health care in communities*. Regina, Saskatchewan : Saskatchewan Polytechnic et Université de Regina.
- Savage, J. (2006). Ethnographic evidence : The value of applied ethnography in healthcare. *Journal of Research in Nursing*, 11(5), 383-393.
- Scanlon, A., Cashin, A., Bryce, J., Kelly, J. F. et Buckely, T. (2016). The complexities of defining nurse practitioner scope of practice in the Australian context. *Collegian*, 23(1), 129-142.
- Schiestel, C. (2007). Job satisfaction among Arizona adult nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(1), 30-34.
- Schober, M. (2016). *Introduction to Advanced Nursing Practice: an International Focus*. Switzerland: Springer.
- Schober, M. et Affara, F. (2006). *Advanced nursing practice*. Genève : Conseil international des infirmières.
- Schreiber, R., MacDonald, M., Davidson, H., Crickmore, J., Moss, L., Pinelli, J., ... Hammond, C. (2003). *Advanced nursing practice: Opportunities and challenges in British Columbia*. Ottawa, Ontario : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
- Sidani, S. et Doran, D. (2010). Relationships between processes and outcomes of nurse practitioners in acute care: An exploration. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(1), 31-38.
- Siegler, E. L. et Whitney, F. W. (1994). What is collaboration? In E. L. Siegler et F. W. Whitney (dir.), *Nurse-Physician Collaboration: Care of Adults and the Elderly*. New York,

NY: Springer.

Silver, H. K., Ford, L. C. et Stearly, S. G. (1967). A program to increase health care for children: the pediatric nurse practitioner program. *Pediatrics*, 39, 756-760.

Singleton, V. et Michael, M. (1993). Actor-networks and Ambivalence: General Practitioners in the UK Cervical Screening Programme. *Social Studies of Science*, 23(2), 227-264.

Smith, A. (2011). *Mise en place de conditions favorables à l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne : une recension des écrits et des meilleures pratiques*. Longueuil, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Repéré à <http://www.asssm.veille.qc.ca/fichier.php/40/recension.pdf>

Smith, J. L. (2007). Critical discourse analysis for nursing research. *Nursing Inquiry*, 14(1), 60-70.

Sonday, D, Crecsek, E. et Del Casino, P. (2010). Rapid response teams: NPs lead the way. *The Nurse Practitioner Journal*, 35(5), 40-46.

Spitzer, W. O. (1978). Evidence that justifies the introduction of new health professionals. In P. Slayton et M. J. Trebilcock (dir.), *The Professions and Public Policy* (p. 211-236). Toronto, Ontario : University of Toronto Press.

Spurk, J. (2001). *Critique de la raison sociale : l'École de Francfort et sa théorie de la société*. Saint-Nicolas, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Stalder, F. et Clement, A. (1997). *Actor-Network-Theory and Communication Networks: Toward Convergence*. Repéré à http://felix.openflows.com/html/Network_Theory.html

Stanley, J. M. (2011). *Advanced practice nursing : emphasizing common roles* (3^e éd.). Philadelphia, PA : F.A. Davis.

Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology* (2^e éd.). New York, NY : Oxford University Press.

Stasa, H., Cashin, A., Buckley, T. et Donoghue, J. (2014). Advancing advanced practice – Clarifying the conceptual confusion. *Nurse Education Today*, 34(3), 356-361. doi: 10.1016/j.nedt.2013.07.012

Stolee, P., Hillier, L. M., Esbaugh, J., Griffiths, N. et Borrie, M. J. (2006). Examining The Nurse Practitioner Role in Long-Term Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(10), 28-36.

Stone, R., Rao, R., Sevvick, M., Cheng, C., Hough, L., Macpherson, D., ... DeRubertis, F. (2010). Active care management support by home telemonitoring in veterans with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 33(3), 478-484.

St-Pierre, I. (2010). *Understanding the Management of Intra/Inter Professional Aggression: A Critical Nursing Ethnography* (Thèse de doctorat, Université d'Ottawa).

- Street, A. F. (1992). *Inside Nursing : A Critical Ethnography of Clinical Nursing Practice*. Albany, NY : State University of New York Press.
- Street, D. et Cossman, J. S. (2010). Does familiarity breed respect? Physician attitudes toward nurse practitioners in a medically underserved state. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(8), 431-439.
- Streubert, H. J. et Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative Research in Nursing : Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Styles, M. et Lewis, C. (2000). Conceptualizations of advanced nursing practice. In A. B. Hamric, J. A. Spross et C. M. Hanson (dir.), *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach* (2^e éd., p. 33-51). Philadelphia, PA: Saunders.
- Sullivan-Bentz, M., Humbert, J., Cragg, B., Legault, F., Laflamme, C., Bailey, P. H. et Doucette, S. (2010). Supporting primary health care nurse practitioners' transition to practice. *Canadian Family Physician*, 56(11), 1176-1182.
- Sullivan-Bolyai, S., Bova, C., Deatrick, J. A., Knafl, K., Grey, M., Leung, K. et Trudeau, A. (2007). Barriers and strategies for recruiting study participants in clinical settings. *Western Journal of Nursing Research*, 29(4), 486-500.
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y. et Letrilliart, L. (2014). Interprofesional collaboration in primary health care : a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4), 716-727. Soi : 10.1093/pubmed/fdu102
- Swan, M., Ferguson, S., Chang, A., Larson, E., et Smaldone, A. (2015). Quality of primary care by advanced practice nurses : a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5), 396-404. doi : 10.1093/intqhc/mzv054
- Tarlier, D. S. et Browne, A. J. (2011). Remote Nursing Certified Practice: Viewing Nursing and Nurse Practitioner Practice Through a Social Justice Lens. *Canadian Journal of Nursing Research*, 43(2), 38-61.
- Thomas, J. (1993). *Doing Critical Ethnography*. California, CA: SAGE.
- Thomas, E. et Magilvy, J. K. (2011). Qualitative Rigor or Research Validity in Qualitative Research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(2), 151-155. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2011.00283.x>
- Thorne, S. (2000). Data analysis in qualitative research. *Evidence Based Nursing*, 3, 68-70.
- Thrasher, C. et Purc-Stephenson, R. (2008). Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(5), 231-237. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00312.x

- Tuckett, A. (2005). Part II : Rigour in qualitative research-complexities and solutions. *Nurse Researcher*, 13(1), 29-42.
- Tye, C. et Ross, F. M. (2000). Blurring boundaries: professional perspectives of the emergency nurse practitioner role in a major accident and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1089-1096.
- Vadeboncœur, A. (2012). *Privé de soins: Contre la régression tranquille en santé*. Montréal, Québec : Lux Éditeur.
- Vandenberg, H. et Hall, W. (2011). Critical ethnography : extending attention to bias and reinforcement of dominant power relations. *Nurse Researcher*, 18(3), 25-30.
- van der Horst, M. L. (1992). Canada's Health Care System Provides Lessons for NPs. *Nurse Practitioner*, 17(8), 44, 50-53, 57 passim.
- van Soeren, M., Hurlock-Chorostecki, C., Goodwin, S. et Baker, E.. (2009). The Primary Healthcare Nurse Practitioner in Ontario: A Workforce Study. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 22(2), 58-72.
- van Soeren, M., Hurlock-Chorostecki, C., Pogue, P. et Sanders, J. (2008). Primary health care renewal in Canada: A glass half empty? *Health care Papers*, 8(2), 39-44.
- van Soeren, M. H. et Micevski, V. (2001). Success Indicators and Barriers to Acute Nurse Practitioner Role Implementation in Four Ontario Hospitals. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 12(3), 424-437.
- van Offenbeek, M., Sorge, A. et Knip, M. (2009). Enacting fit in work organization and occupational structure design: the case of intermediary occupations in a Dutch hospital. *Organization Studies*, 30(10), 1083-1114.
- Virani, T. (2012). *Équipe de Collaboration Interprofessionnelle*. Ottawa, Ontario : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Repéré à <http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/InterProfTeams-Virani-FR-Web.pdf>
- Wagner, E. H. (1999). Care of Older People with Chronic Illness. In E. Calkins, C. Boulton et E. H. Wagner (dir.), *New Ways to Care for Older People: Building Systems Based on Evidence* (p. 39-64). New York, NY : Springer.
- Walsh, I. et Renaud, A. (2010). La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de système d'information. *Management & Avenir*, 39, 283-302. doi : 10.3917/mav.039.0283
- Way, D., Jones, L. et Baskerville, N. B. (2001a). *Improving the effectiveness of primary health care delivery through nurse practitioner/family physician structured collaborative practice*. Joint University of Ottawa Department of Family Medicine and School of Nursing project funded by Health Canada's Health Transition Fund. Ottawa, Ontario: University of Ottawa. Repéré à <http://www2.itssti.hc->

sc.gc.ca/B_Pcb/HTF/Projectc.nsf/ExecSum/NA342/\$File/NA342.pdf.

- Way, D., Jones, L., Baskerville, B. et Busing, N. (2001b). Primary Health Care Services Provided by Nurse Practitioners and Family Physicians in Shared Practice. *Canadian Medical Association Journal*, 165(9), 1210-1214.
- Way, D., Jones, L. et Busing, N. (2000). *Implementation Strategies: Collaboration in Primary Care – Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care*. Repéré à <https://ocfp.on.ca/docs/public-policy-documents/implementation-strategies-collaboration-in-primary-care---family-doctors-nurse-practitioners-delivering-shared-care.pdf?sfvrsn=3>
- Weiland, S. A. (2008). Reflections on independence in nurse practitioner practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(7), 345-352. [http://dx.doi.org/ 10.1111/j.1745-7599.2008.00330.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00330.x).
- Wilson, K., Coulon, L., Hillege, S. et Swann, W. (2005). Nurse Practitioners' experiences of working collaboratively with general practitioners and allied health professional in New South Wales, Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 22-27.
- Wilson, A., Pearson, D. et Hassey, A. (2002). Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective. *Family Practice*, 19(6), 641-646.
- Woo, B. F. W., Lee, J. X. Y. et Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human Resource for Health*, 15(63). doi: 10.1186/s12960-017-0237-9
- WRHA [Winnipeg Regional Health Authority]. (2017). *Application of the Strong Model of Practice for Nurse Practitioners Guideline for Managers*. Repéré à <http://www.wrha.mb.ca/nursing/files/APN-References-Mgr.pdf>
- Zammuto, R. F., London, M. et Rowland, K. M. (1979). Effects of sex on commitment and conflict resolution. *Journal of Applied Psychology*, 64(2), 227-231.
- Zwijnenberg, N. C. et Bours, G. J. (2012). Nurse practitioners and physician assistants in Dutch hospitals: their role, extent of substitution and facilitators and barriers experienced in the reallocation of tasks. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1235-1246. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05823.x

ANNEXES

Annexe 1 - Séquence des activités de recrutement et de collecte des données

Faire parvenir une demande de lettre de soutien aux milieux de SSP
Recevoir la réponse des milieux (acceptation, refus ou aucune réponse)
Effectuer une présentation orale sur l'étude (impliquant toute l'équipe)
Recueillir les consentements à participer à l'étude – refus de participer
Débuter l'observation des milieux
 Grille d'observation
 Requête et consentement d'information auprès des informateurs du milieu
 Grille d'analyse documentaire
 Rencontres interprofessionnelles
 Rédaction des notes de terrain et inscriptions dans le journal de bord
 Contacter les IP volontaires pour déterminer un lieu/date convenable d'entrevue
Assigner un code alphanumérique à chaque participante
Utiliser la grille d'entrevue
 Au début de l'entrevue, obtenir le consentement et les données démographiques
Continuer l'observation participante ainsi que l'analyse documentaire
Débuter la transcription des entrevues aussitôt que possible
Analyser les données simultanément et corriger les actions/observations
Se rendre à un autre site de SSP ... (suivre les mêmes étapes)
Finaliser les activités de recherche sur tous les sites

Annexe 2 – Demande bilingue de lettre de soutien et de participation à la recherche



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

Date

Nom du directeur clinique

Titre d'emploi

Titre de la clinique

Ville, Ontario

Objet : Demande d'une lettre de permission pour un projet de recherche

Cher M/Mme (nom de famille du directeur),

Mon nom est Annie Rioux-Dubois et je suis candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Ma directrice de thèse est Dre Amélie Perron, professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa. Je vous écris afin de solliciter votre intérêt et votre appui dans le cadre de ma recherche doctorale, qui s'intéresse au processus d'intégration des infirmières praticiennes en contexte de collaboration interprofessionnelle en soins de santé primaires en Ontario.

Je suis moi-même infirmière praticienne ayant travaillé (et travaillant encore) en région rurale et urbaine. Cette expérience a suscité un intérêt majeur face à l'avancement des connaissances en soins de santé primaires pour le bien-être des populations. Le gouvernement ontarien ayant investi de manière importante dans la formation et l'intégration des infirmières praticiennes, il n'en demeure pas moins que leur arrivée sur le marché du travail au cours des trente dernières années a suscité – et suscite encore – de la confusion et des défis sur les plans administratif, institutionnel et interprofessionnel. Or, les études scientifiques à ce sujet confirment que les équipes qui collaborent bien offrent des soins de meilleure qualité et moins coûteux.

À travers mon expérience professionnelle, j'ai été exposée à divers modèles de prestation de soins de santé primaires et de collaboration interprofessionnelle et c'est cette diversité que je désire explorer à travers mes études doctorales. Le but de mon étude est de comprendre le processus d'intégration des infirmières praticiennes en contexte de soins de santé primaires, du point de vue des infirmières praticiennes. Bien que plusieurs études aient examiné le rôle des infirmières praticiennes et leur contribution aux soins de santé, pratiquement aucune ne le fait par le

biais d'une étude qualitative auprès des infirmières praticiennes elles-mêmes. Mon projet doctoral compte pallier cette lacune.

Le but de cette étude est donc de déterminer les expériences des infirmières praticiennes en matière d'intégration et de collaboration avec divers collègues, mais aussi de déterminer si/en quoi ces expériences varient d'un type de milieu à l'autre, où les modèles de soins et la composition des équipes de soins peuvent varier. Je désire donc recruter des infirmières praticiennes qui exercent dans des équipes de santé familiale, des centres de santé communautaires et des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes. Afin de recruter et de m'entretenir avec des infirmières praticiennes, il me faut donc avoir accès à des milieux de soins de santé primaires où elles exercent. Au total, entre 7 et 10 sites en Ontario seront recrutés. La collecte de données s'effectuerait entre mars et septembre 2014 suivant l'approbation éthique de ce projet.

Je sollicite donc la permission d'inclure votre établissement dans mon projet de recherche. Ceci implique que j'aurais accès à votre milieu pour les activités suivantes : recruter des infirmières praticiennes après leur avoir expliqué le projet (elles seront entièrement libres de participer ou non à l'étude), assister à quelques rencontres interprofessionnelles (ex. : rencontres d'équipes) afin de saisir les modes de collaboration tels qu'ils se produisent dans les milieux de soins, visiter l'organisation des lieux (organisation de l'environnement physique), obtenir un organigramme (ou autres documents) afin de contextualiser le milieu. Les infirmières praticiennes qui acceptent de participer au projet participeront à une (1) entrevue privée de 60 minutes avec moi (en-dehors des heures de travail ou alors en entrevues brèves pendant les heures de travail).

Il est entendu que:

- Le projet sera soumis au Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa pour approbation préalable (soumission prévue janvier 2014);
- Les données de recherche seront conservées sous clé dans mon classeur privé dans mon bureau à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa;
- Les données sont entièrement confidentielles et ne seront partagées qu'avec ma directrice de thèse lors de l'analyse des données. Aucune autre personne n'aura accès aux données;
- Aucun des milieux de soins de santé primaires ne sera identifié à aucun moment de la recherche. Seul le type de milieu (ex. : équipe de santé familiale; centre de santé communautaire, etc.) sera noté à des fins de comparaison.
- Aucune personne ne sera identifiée. Les infirmières praticiennes qui acceptent de participer à l'étude se verront assigner un code alphanumérique ou un pseudonyme pour préserver leur identité;
- L'étude porte sur la collaboration interprofessionnelle – aucune interaction entre infirmières praticiennes et patients ne fera l'objet d'observations;
- Toute information accidentellement obtenue dans le cadre de cette étude (ex. : données au sujet d'un cas clinique) sera traitée avec une rigueur stricte. Elle ne sera ni enregistrée, ni divulguée, ni utilisée aux fins de l'étude (un accord de confidentialité peut être signé au préalable, si désiré).

Si vous acceptez que j'inclue votre milieu dans cette recherche, je vous prie de me faire parvenir une lettre de permission formelle adressée à mon nom avant (date d'échéance). La lettre doit indiquer/confirmer:

- Le soutien de votre institution à ladite recherche;
- La permission de recruter des infirmières praticiennes au sein de votre établissement;
- La permission d'effectuer des entrevues individuelles avec les infirmières praticiennes recrutées;
- La permission d'effectuer de l'observation du milieu. Tel que mentionné précédemment, le but étant d'observer et de contextualiser les interactions entre divers professionnels, aucune interaction impliquant des patients ne sera effectuée.

Je vous invite à communiquer avec moi pour de plus amples informations au sujet de ce projet. Dans l'espoir d'une réponse positive de votre part, je vous prie d'agréer mes plus sincères salutations.

Annie Rioux-Dubois, IP SSP, candidate au doctorat
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
xxxxxxx@uottawa.ca
Cellulaire : xxx-xxx-xxxx



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

Date

Name of Clinic's Director

Employment title

Name of Clinic

City, Ontario

Subject: Request for a permission letter for a research project

Dear M/Mme (Director's last name),

My name is Annie Rioux-Dubois and I am a PhD candidate in Nursing at the University of Ottawa. My PhD supervisor is Dr. Amélie Perron, an associate professor at the School of Nursing of the University of Ottawa. I write to you in order to solicit your interest and support for my doctoral research, which focuses on the integration process of Nurse Practitioners (NPs) in the context of primary health care (PHC) interprofessional collaboration in Ontario.

I am a NP myself, having worked (and still working) in rural and urban communities. This experience has generated significant interest to advance knowledge in primary health care for the benefit of patient populations. The Ontario government has invested substantially in the education and integration of NPs, but the fact remains that their arrival on the labor market over the past thirty few years has generated - and still generates - confusion and administrative, institutional and interprofessional challenges. However, scientific studies on the subject confirm that PHC teams who collaborate better provide better quality care at lower cost.

Throughout my professional experience, I have been exposed to various PHC and interprofessional collaboration models. It is this diversity of collaboration models that I wish to explore through my doctoral studies. The goal of my research is to understand the integration process of NPs in the context of PHC, from the perspective of NPs themselves. Although several studies have reviewed NP roles and involvement in the healthcare system, no study has examined these issues from NPs' point of view using a qualitative approach. My doctoral project will address this gap.

The purpose of this study is to determine NPs' experiences regarding their integration and collaboration with colleagues, and to determine whether / how these experiences vary from one type of environment to another, where models of care delivery and interprofessional team configuration may vary. I therefore wish to recruit Nurse Practitioners who practice in Family Health Teams, in Community Health Centres and in NP-Led Clinics. In order to

☎ 613 562-5473
📠 613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca

recruit NPs, I must therefore have access to those Primary Care environments where they are working. Between 7 and 10 such settings in Ontario will be selected. The data collection will be carried out between March and September 2014 following ethics approval.

I therefore ask permission to include your organization in my research project. This means that I would have access to your institution for the following activities: recruiting NPs after explaining the project to them (they will be completely free to participate in this study or not), to attend a few interprofessional meetings (such as team meetings) in order to observe collaborative work in action, visit the setting (organization of the physical working environment), and obtain an organization chart (or other documentation) in order to contextualize the setting. NPs who wish to enlist in this project will participate in one (1) private interview that will last about 60 minutes (outside working hours or brief interviews during working hours).

It is understood that:

- The project will be submitted to the Ethics Research Committee of the University of Ottawa for prior approval (submission scheduled for January 2014);
- The research data will be kept in a private locked filing cabinet in my office at the Faculty of Health Sciences, at the University of Ottawa;
- The data are entirely confidential and will only be shared with my PhD supervisor during the data analysis. No one else will have access to the data;
- None of the PHC facilities will be identified at any time during the study. Only the type of environment (eg: NP-Led Clinic, Family Health Team, etc.) will be noted for comparative purposes.
- None of the participants will be identified. Nurse Practitioners who agree to participate in this study will be assigned an alphanumeric code or a pseudonym to protect their identity;
- The study focuses on interprofessional collaboration - no interaction between Nurse Practitioners and patients will be observed;
- Any information inadvertently obtained in the context of this study (eg: data concerning a clinical case) will be handled with strict rigor. It will not be recorded, disclosed or used for the purposes of this study (a confidentiality agreement may be signed beforehand, if desired).

If you consent to have your workplace included in this research, would you please send me a formal letter of approval addressed to me before (deadline, date month and year). The letter must confirm:

- The support of your organization toward this research;
- The permission to recruit Nurse Practitioners within your establishment;
- The permission to conduct individual interviews with Nurse Practitioners who agree to participate;
- The authorization to proceed with the observation of the environment. As previously mentioned, no interaction involving patients will be performed.

I invite you to communicate with me for additional information regarding this project. I hope you will give this letter your full and favourable consideration,

Sincerely,

Annie Rioux-Dubois, PHC NP, PhD Candidate
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa
xxxxxxxx@uottawa.ca
Cell phone: xxx-xxx-xxxx

Annexe 3 – Modèle bilingue de lettre de soutien destinée au milieu

[Logo]

[Date]

Annie Rioux-Dubois
Étudiante au doctorat
École des sciences infirmières
Université d'Ottawa

Objet : Lettre de permission

Chère Mme Rioux-Dubois,

Cette lettre formelle est pour vous aviser que [nom de l'institution] serait heureux de vous accueillir bientôt dans ses installations afin que vous y effectuiez votre recherche qui cible l'intégration des infirmières praticiennes (IP) en soins de santé primaires dans un contexte interprofessionnel. Nous soutenons ce projet de recherche qui, nous savons, sera bientôt présenté au comité d'éthique de l'Université d'Ottawa. Suite à votre approbation éthique, nous vous accueillerons dans notre établissement afin que vous procédiez au recrutement des IP ainsi qu'aux entrevues de celles qui auront été recrutées. Nous vous permettons également de procéder à l'observation du milieu du [nom de l'institution et des sites permis] qui, nous en sommes conscients, vous aidera à contextualiser les interactions entre les divers professionnels. Nous sommes également au courant qu'aucune interaction n'implique les patients de notre établissement.

Nous tenons à vous remercier de l'intérêt dont vous nous portez,

Au plaisir de vous accueillir bientôt,

[Signature]

[Nom]

[Titre d'emploi]

[Institution]

[Ville]

[Logo]

[Date]

Annie Rioux-Dubois
PhD Candidate
School of Nursing
University of Ottawa

Subject: Support letter

Dear Mme Rioux-Dubois,

This formal letter is to inform you that [name of the organization] is proud to welcome you in its installation in regards to the deployment of your research project where the subject of Primary Health Care NP role integration in interprofessional contexts is sought. We are glad to support this research project. After your approval from the University of Ottawa Ethics Committee, you could proceed with NP recruitment as well as interviews of those recruited in our institution. We agreed that you would perform observation to help contextualized the interprofessional interactions [name of the organization and the permitted sites]. We are also aware that this research implies no interaction with our clinic's patients.

We would like to thank you for the interest you have shown,

It will be a pleasure to welcome you soon,

_____ [Signature]

[Name]

[Job Title]

[Organization]

[City]

Annexe 4 – Lettres de soutien des six milieux de recherche

Le 17 septembre 2013

Annie Rioux-Dubois
Étudiante au doctorat
École des sciences infirmières
Université d'Ottawa

Objet : Lettre de permission

Chère Mme Rioux-Dubois,

Cette lettre formelle est pour vous aviser que
serait heureuse de vous accueillir bientôt dans ses installations afin que vous y effectuiez votre recherche qui cible l'intégration des infirmières praticiennes (IP) en soins de santé primaires dans un contexte interprofessionnel. Or, il est sans contredit que nous soutenons ce projet de recherche qui, nous savons, sera bientôt présenté au comité d'éthique de l'Université d'Ottawa. Suite à votre approbation éthique, nous vous accueillerons assurément dans notre établissement afin que vous procédiez au recrutement des IP ainsi qu'aux entrevues de celles qui auront été recrutées. Nous vous permettons également de procéder à l'observation du milieu de [redacted] qui, nous en sommes conscients, vous aidera à contextualiser les interactions entre les divers professionnels. Nous sommes également au courant qu'aucune interaction n'implique les patients de notre établissement.

Nous tenons à vous remercier de l'intérêt dont vous nous portez,

Au plaisir de vous accueillir bientôt,

Directeur Exécutif

September 23, 2013

Annie Rioux-Dubois
PhD Candidate
School of Nursing
University of Ottawa

Dear Mme Rioux-Dubois,

On behalf of the Nurse Practitioners (NPs) working in
s, I am writing this letter in support of your research project which
focuses on the integration process of NPs in the context of primary health care inter-
professional collaboration. Once approval from the University of Ottawa Ethics
Committee is received we will be happy to have you visit our clinic to conduct your
interviews with the NPs who have agreed to participate as well as spend time
observing so that you may contextualize the interactions between the inter-
professional team. We are aware that this research will not involve any patients
within our clinic.

Thank you for including us in your study.
It will be a pleasure to welcome you soon,

Nurse Practitioner/Clinic Director

[] le 15 octobre 2013

Madame Annie Rioux-Dubois, IP SSP, étudiante au doctorat.
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
[]@uottawa.ca

OBJET : Lettre de permission pour un projet de recherche.

Madame,

La présente est pour vous signifier que nous acceptons que [] soit inclus dans votre projet de recherche doctorale tel qu'il est décrit dans votre lettre datée du 5 août 2013 et qui nous a ensuite été présenté par [] gestionnaire [] a notre réunion de l'équipe de

Ainsi, plus précisément, cette lettre confirme que nous vous accordons la permission de :

- Recruter des infirmières praticiennes
- Effectuer des entrevues individuelles avec les infirmières praticiennes que vous aurez recrutées
- Effectuer de l'observation dans les divers milieux de travail de notre Centre de santé communautaire afin de contextualiser les interactions entre divers professionnels seulement, ce qui veut dire qu'aucune interaction impliquant des patients ne sera effectuée.

Espérant le tout à votre entière satisfaction, je vous prie de recevoir, madame Rioux-Dubois, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Directeur général

February 11, 2014

Annie Rioux-Dubois
PhD Candidate
School of Nursing
University of Ottawa

Subject: Support letter

Dear Mme Rioux-Dubois,

This formal letter is to inform you that .

I am proud to welcome you in its
institution in regard to the deployment of your research
project where Primary Health Care NP role integration in
interprofessional contexts is sought. We are glad to say that we
support this research project. After your approval from the
University of Ottawa Ethics Committee, you could proceed with
NP recruitment as well as interviews of those recruited in our
institution. We agreed that you would perform observation to
help contextualize the interprofessionals' interactions at all
UOHS clinics. We are also aware that this research implies no
patients of our clinic.

We would like to thank you for the interest you have shown us,

It will be a pleasure to welcome you soon,

Executive Director

Pro

February 18 2014

Annie Rioux-Dubois
PhD Candidate
School of Nursing
University of Ottawa

Subject: Support letter

Dear Mme Rioux-Dubois,

This formal letter is to inform you that the
pleased to support your research project regarding how the Primary Health Care NP
role is integrated within interprofessional contexts in our Centre.

After your approval from the University of Ottawa Ethics Committee, you could
proceed with NP recruitment as well as interviews of those recruited in our
institution. We agreed that you would perform observation to help contextualized
the interprofessionals' interactions with doctors, nurses,
services staff who are part of our primary
health care team. We are also aware that this research implies no patients of our
clinic.

We would like to thank you for the interest you have shown us.

It will be a pleasure to welcome you soon,



September 2, 2014

Annie Rioux-Dubois
PhD Candidate
School of Nursing
University of Ottawa

Subject: Support letter

Dear Mme Rioux-Dubois,

This formal letter is to inform you that I
proud to welcome you in its installation in regards to the deployment of your
research project where Primary Health Care NP role integration in interprofessional
contexts is sought. We are glad to say that we support this research project. After
your approval from the University of Ottawa Ethics Committee, you could proceed
with NP recruitment as well as interviews of those recruited in our institution. We
agreed that you would perform observation to help contextualized the
interprofessionals' interactions at
are also aware that this research implies no patients of our clinic.

c. We

We would like to thank you for the interest you have shown us,

It will be a pleasure to welcome you soon,

Yours truly,

Clinic Director

Annexe 5 – Formulaire bilingue de consentement (entrevue)



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

CHERCHEUSE

Annie Rioux-Dubois, IP SSP, PhD (c)

École des sciences infirmières

Faculté des sciences de la santé

Université d'Ottawa

xxxxxxxx@uottawa.ca

Cellulaire : xxx-xxx-xxxx

d

**u projet : PROCESSUS D'INTÉGRATION ET DE
NÉGOCIATION DU RÔLE DES INFIRMIÈRES
PRATICIENNES EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES EN
CONTEXTE INTERPROFESSIONNEL**

DIRECTRICE

Amélie Perron, inf., PhD

École des sciences infirmières

Faculté des sciences de la santé

Université d'Ottawa

amelie.perron@uottawa.ca

(613) 562.5800 x8433

Invitation à participer

Vous êtes invité(e) à participer au projet de recherche cité ci-dessus. Pour participer à cette étude, vous devez :

- Être volontaire pour participer à l'étude
- Être inscrit au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) comme infirmière praticienne (IP) en soins de santé primaires (SSP)
- Avoir travaillé dans les 3 dernières années ou travailler présentement comme IP en SSP dans l'un des trois modèles ontariens de SSP étudiés (Équipes de santé familiale (ESF) et/ou Centres de santé communautaire (CSC) et/ou Cliniques autodirigées par les IP (CADIP))

But de la recherche

Cette recherche sert à explorer les expériences des infirmières praticiennes (IP) en matière d'intégration et de négociation de leur rôle en contexte de collaboration interprofessionnelle. Ce projet permettra également de déterminer si/en quoi ces expériences varient d'un type de milieu de soins de santé primaires (SSP) à l'autre, où les modèles de soins de SSP et la composition des équipes de soins peuvent varier. Cette étude permettra de comprendre comment se fait la négociation du rôle professionnel de l'IP et comment l'on peut mieux intégrer les IP dans ces divers modèles de prestations des SSP.

Nature de votre participation

Votre participation se limite à une (1) entrevue privée et le remplissage d'un formulaire démographique. Pendant cette entrevue, on vous demandera de

discuter de vos expériences comme IP vis-à-vis votre rôle professionnel, votre intégration, les processus de négociation, les dynamiques interprofessionnelles, les modalités de gestion des cliniques, votre formation professionnelle ainsi que votre trajectoire d'emploi en tant qu'IP. L'entrevue durera entre 60 et 90 minutes selon votre disponibilité et le remplissage du formulaire démographique environ 2 minutes. Elle aura lieu dans un bureau privé durant les heures régulières de travail ou, selon vos préférences, dans un autre lieu qui vous conviendra. L'entrevue sera enregistrée numériquement à moins que vous refusiez (des notes seront alors écrites à la main). L'entrevue audio sera transcrite sur papier par une assistante de recherche, puis immédiatement effacée. L'assistante de recherche aura signé un accord de confidentialité au préalable et n'aura accès à aucune autre donnée à votre sujet (ex : votre nom). Toute identification mentionnée pendant l'entrevue sera éliminée lors de la transcription (noms de personnes, cliniques, villes, etc.). Un code choisi au hasard sera utilisé au lieu de votre nom.

Risque

Il y a peu de risques à participer cette recherche. Toutefois, vous pourriez trouver difficile sur le plan émotionnel de discuter de vos expériences et sentiments par rapport à l'intégration de votre rôle dans votre milieu de travail, notamment si vous avez vécu des difficultés d'intégration. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions, demander que l'enregistreur soit éteint ou mettre fin à l'entrevue en tout temps. Seule l'information que vous êtes à l'aise de partager avec la chercheuse devrait être discutée. Si l'entrevue vous cause un sentiment de détresse, elle prendra fin et vous serez recommandé(e) à votre programme d'aide aux employés si vous le désirez.

Ceci est une recherche indépendante : l'information discutée avec la chercheuse ne sera partagée avec aucun membre du personnel ou gestionnaire. Elle ne sera pas utilisée pour évaluer votre performance au travail. Elle n'affectera en rien vos relations avec votre employeur.

Avantages

Il n'y a aucun avantage direct à participer à ce projet. Toutefois, en y participant vous aurez l'occasion d'exprimer vos opinions sur l'intégration des IP en SSP. Cela pourrait servir à faire prendre conscience au personnel infirmier praticien, aux médecins collaborateurs, aux gestionnaires et aux politiciens des défis et des stratégies réussies liées à l'intégration des IPs dans les milieux de SSP. Ces connaissances pourraient améliorer l'intégration globale des IP dans les milieux de soins de SSP canadiens, ce qui pourrait faire bénéficier certaines cohortes de patients.

Sujets abordés en entrevue

- Perceptions et sentiments liés à l'intégration et la négociation de votre rôle comme IP en SSP
- Expériences antérieures liées à l'intégration et la négociation de votre rôle comme IP en SSP

- Questions liées aux dynamiques interprofessionnelles en SSP
- Questions liées aux modalités administratives des cliniques de SSP
- Questions liées à votre éducation et votre trajectoire professionnelles comme IP

Confidentialité et anonymat

Vos propos demeureront strictement confidentiels. Ils ne seront utilisés que dans le cadre de la présente recherche. L'accès aux données de recherche sera limité à la chercheuse, Annie Rioux-Dubois, et à la directrice de thèse, Dr Amélie Perron, seulement. L'assistante de recherche signera une entente de confidentialité dans le cadre de son travail, qui sera limité à de la transcription de données.

Un code aléatoire sera utilisé pour identifier votre transcription d'entrevue. Durant la transcription, tous les noms (personnes, villes, cliniques, etc.) seront éliminés. Une fois la transcription terminée, le fichier audio sera supprimé.

Les données de recherche (formulaire de consentement, transcriptions, etc.) seront gardées en sécurité dans un classeur verrouillé au bureau privé de la chercheuse qui est également le bureau du Dr Amélie Perron à l'Université d'Ottawa. Les données seront conservées jusqu'au 30 septembre 2023, après quoi elles seront déchiquetées.

Les limites de l'anonymat

Dans le cas où vous acceptez que vos propos soient cités textuellement, il se peut que le langage que vous utilisez vous identifie, notamment si vous faites état d'une situation très précise (bien que les identifiants soient retirés). Il est possible de ne pas disséminer cette information ou alors de modifier/éliminer/anonymiser certaines informations afin de préserver au mieux votre confidentialité.

Si vous travaillez dans un milieu rural, votre participation au projet de recherche peut être plus facilement repérable par vos collègues ou vos supérieurs. Si ceci est un enjeu pour vous, la chercheuse vous offrira une entrevue en-dehors des murs de votre milieu de travail à un moment où il sera plus difficile de repérer votre implication dans cette étude.

Pour ce projet de recherche, nous recruterons des participants francophones et anglophones. Afin de préserver au mieux l'anonymat des francophones, qui sont en petit nombre en Ontario, nous traduirons tous les verbatims en français dans la thèse doctorale. Si la dissémination des informations doit se faire en anglais (ex: une conférence internationale), les verbatims seront tous traduits en anglais.

Autorisation d'utiliser les résultats de recherche

Les résultats seront diffusés dans au moins un journal scientifique et au moins une conférence scientifique. Ils peuvent également servir comme matériel d'enseignement dans un cours axé sur la pratique infirmière avancée. Dans chacun des cas, vous et votre milieu de travail ne serez pas identifiés. Lorsque nécessaire, le code aléatoire qui vous est assigné sera utilisé.

Participation volontaire

Votre participation à cette recherche est entièrement libre. Votre décision de participer ou non n'affectera pas votre emploi ni vos relations avec votre employeur et les membres de l'équipe.

Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps sans avoir à justifier votre décision. La décision de ne plus participer ne compromet en rien vos droits comme employé(e). Si vous vous retirez de l'étude, vous pourrez décider si vos données peuvent être utilisées ou si elles doivent être détruites.

Votre signature sur ce formulaire indique que vous avez compris l'information dans ce formulaire de consentement et que vous acceptez de participer. En signant ce formulaire, vous ne renoncez pas à vos droits en tant qu'employé(e) et participant(e) de recherche et vous ne libérez pas les chercheurs de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Aspects éthiques

Vous pouvez communiquer en tout temps avec la chercheuse ou sa directrice de thèse au sujet de cette étude. Ce projet de recherche a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa. Toute question sur la conduite éthique de cette recherche peut être communiquée au Responsable de la déontologie en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, bureau 154, 550 rue Cumberland, Ottawa, ON K1N 6N5; Téléphone : (613) 562.5387; ethics@uottawa.ca.

Consentement

Je, _____ (nom en lettres moulées), déclare avoir lu et compris les termes du présent formulaire. On a répondu à toutes mes questions et préoccupations à ma satisfaction. Je peux contacter la chercheuse ou la directrice de thèse de cette étude en tout temps pour de l'information supplémentaire.

J'accepte d'être enregistré(e) sur bande audio : oui ☐ non ☐

J'accepte que mes propos puissent être cités de manière intégrale (mon identité ne sera en aucun temps révélée) : oui ☐ non ☐

*Je consens à participer à cette étude intitulée **Processus d'intégration et de négociation du rôles des infirmières praticiennes en soins de santé primaires en contexte interprofessionnel.***

Il y a deux copies de ce formulaire de consentement et je peux garder l'une d'elles.

Signature du participant: _____

Signature de la chercheuse: _____

Date: _____



Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

RESEARCHER

Annie Rioux-Dubois, PHC NP, PhD (c)
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa
xxxxxxxx@uottawa.ca
Cell phone: xxx-xxx-xxxx

THESIS DIRECTOR

Amélie Perron, RN, PhD
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa
amelie.perron@uottawa.ca
(613) 562.5800 x8433

**Project title: PRIMARY HEALTH CARE NURSE
PRACTITIONERS' ROLE INTEGRATION AND
NEGOTIATION IN INTERPROFESSIONAL
CONTEXTS OF CARE**

Invitation to participate

You are invited to participate in the above-mentioned study. To participate in this study you must:

- Freely wish to participate in this research project
- Be currently registered through the College of Nurses of Ontario (CNO) as a Primary Health Care (PHC) Nurse Practitioner (NP)
- Have been employed in the last 3 years or be currently employed as a PHC NP in one of the three Ontario PHC models examined in this project (Family Health Team (FHT), Community Health Centre (CHC), NP-Led Clinic (NPLC).

Purpose of the study

The purpose of this study is to explore the experiences of Nurse Practitioners (NP) as it relates to their role integration and negotiation in the context of interprofessional collaboration. It will also examine whether/how these experiences vary across PHC settings, where models of care delivery of care and team composition may vary. The study will help better understand how professional NP role negotiation occurs and how to better integrate NPs in various PHC models of care.

Nature of your participation

Your participation will consist of one (1) private interview and the filling out of one demographic questionnaire. During the interview, the researcher will ask you to discuss your experiences as a NP regarding your professional role, your integration in the setting, negotiation processes, interprofessional dynamics, administrative modalities, your professional education as well as your employment trajectory as a NP.

613 562-5473
613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca

The interview will last between 60 and 90 minutes, depending on your availability, and the filling of the demographic questionnaire will last approximately 2 minutes. It will be held in a private room during regular working hours or, if you prefer, in another location. The interview will be digitally recorded unless you refuse (in which case hand-written notes will be taken). The recorded interview will be transcribed by a research assistant and deleted immediately after. The research assistant will have signed a confidentiality agreement beforehand and she will not have access to any other information about you (e.g. your name). All identifying information mentioned during the interview (e.g. names of persons, clinics, cities, etc.) will be eliminated from the transcript. A random code will be used instead of your name.

Risk

Minimum risk is expected from your participation in this study. However, you may find it emotionally difficult to discuss your feelings and experiences with regards to your role integration in your workplace, especially if you have personally experienced difficulties in integrating your role in your workplace. You are free to refuse to answer certain questions, to ask that the recorder be turned off or to discontinue the interview at any time. You are expected to share only the information you are comfortable disclosing. Should you feel distressed, the interview will stop and you will be referred to your employee assistance program if you wish.

This is an independent study: the information you provide will not be shared with staff members or clinic managers. It will not be used to assess your performance at work. It will not impact your relationship with your employer in any way.

Benefits

Your participation will not have a direct benefit to you. However, it will give you an opportunity to express your opinion about PHC NP role integration. It will also serve to raise awareness among NPs, collaborating physicians, clinic managers and politicians about concerns and successful strategies regarding NP role integration in PHC settings. This knowledge could help improve NP role integration, which could benefit certain patient groups.

Topics that will be covered during the interview

- Perceptions and feelings about NP role integration
- Previous experiences with regards to role integration
- Interprofessional dynamics in PHC settings
- Administrative modalities of PHC settings
- Your professional education as well as your employment trajectory as a NP

Confidentiality

The information you share will remain strictly confidential. It will only be used for the purpose of this study. Access to the research data will be limited to the researcher, Annie Rioux-Dubois, and her thesis director, Dr Amélie Perron, only. The research assistant will sign a confidentiality agreement before undertaking her work, which will be limited to the transcription of interviews.

A random code will be used to identify your interview transcript. During the transcription process, all names mentioned in the course of the interview (persons, cities, clinics, etc.) will be eliminated. Once interviews are transcribed the recordings will be deleted.

The research data (consent forms, interview transcripts, etc.) will be securely stored in a locked filing cabinet in the researcher's private office, which is also Dr Amélie Perron's office, at the University of Ottawa. The research data will be kept until September 30 2023. After this time, all data will be destroyed.

Limits of confidentiality

If you agree to be quoted directly, the language you use may reveal your identity more easily, especially if you discuss a very specific situation (despite identifiers being removed). It is possible to not disseminate this information or to edit/remove/anonymize some information to best protect your confidentiality.

If you are working in a rural area, your colleagues or superiors can easily notice whether you participate in this study. If this is an issue for you, the researcher will offer you an interview outside the premises of your workplace and at a time to which your involvement in this study will be harder to detect.

For this research project, we will recruit Francophone and Anglophone participants. In order to best preserve the anonymity of Francophones, as they are in fewer numbers in Ontario, we will translate all verbatims in French in the doctoral thesis. When dissemination of information will occur in English (ex: an international conference), all quotes will be translated into English.

Dissemination of the results

Results will be disseminated in at least one scientific journal and at least one scientific conference. Results may also serve as teaching material in a course on advanced nursing practice. In all cases, you and your workplace will not be identified. When needed, the random code you were assigned will be used.

Voluntary participation

You are under no obligation to participate in this study. Your decision to participate or not will not affect in any way your employment or your relationship with your employer or team members.

You may withdraw from the study at any time without justifying your decision. If you decide to withdraw from the study, your decision will not affect your rights as an employee. If you decide to withdraw from this study, you will have the opportunity to decide whether your data can be used for the study or must be destroyed.

Your signature on this form indicates that you understand the information in this consent form and that you agree to participate. By signing this form, you are not waiving your legal rights as an employee and as a research participant nor are you releasing the investigators from their legal and professional responsibilities.

Ethical aspects of this study

You may contact the researcher and her thesis director about this study at any time. This research has received ethics approval by the University of Ottawa Research Ethics Board. Any question or concern about the ethical conduct of this study may be addressed to the Protocol Officer for Ethics in Research at the University of Ottawa, Tabaret Hall, room 154, 550 Cumberland st., Ottawa, ON, K1N 6N5. Phone: (613) 562.5387; Email: ethics@uottawa.ca.

Consent

I, _____ (name in print), have read and understood this consent form. All my questions and concerns were addressed to my satisfaction. I may contact the investigator of the study or her thesis director at any time for further information.

I accept to have my interview digitally recorded: Yes ☐ No ☐

I accept to be quoted directly (any identifying information will be removed):

Yes ☐ No ☐

I agree to participate in this study titled ***Primary Health Care Nurse Practitioners' Role Integration and Negotiation in Interprofessional Contexts of Care***.

There are 2 copies of this consent form, one of which is mine to keep.

Participant's signature: _____

Investigator's signature: _____

Date: _____

Annexe 6 – Formulaire bilingue de consentement (observation)



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

CHERCHEUSE

Annie Rioux-Dubois, IP SSP, PhD (c)
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
xxxxxxxx@uottawa.ca

T Cellulaire : xxx-xxx-xxxx
i

DIRECTRICE

Amélie Perron, inf., PhD
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
amelie.perron@uottawa.ca
(613) 562.5800 x8433

**tre du projet : PROCESSUS D'INTÉGRATION ET DE
NÉGOCIATION DU RÔLE DES INFIRMIÈRES
PRATICIENNES EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES
EN CONTEXTE INTERPROFESSIONNEL**

Invitation à participer

Vous êtes invité(e) à participer au projet de recherche cité ci-dessus. Pour participer à cette étude, vous devez :

- Être un(e) employé(e) de la clinique
- Être volontaire pour participer à l'étude

But de la recherche

Cette recherche sert à explorer les expériences des infirmières praticiennes (IP) en matière d'intégration et de négociation de leur rôle en contexte de collaboration interprofessionnelle. Ce projet permettra également de déterminer si/en quoi ces expériences varient d'un type de milieu de soins de santé primaires (SSP) à l'autre, où les modèles de soins de SSP et la composition des équipes de soins peuvent varier. Cette étude permettra de comprendre comment se fait la négociation du rôle professionnel de l'IP et comment l'on peut mieux intégrer les IP dans ces divers modèles de prestations des SSP.

Nature de votre participation

Votre participation consiste à être observé(e) par la chercheuse lors de rencontres interprofessionnelles ou administratives de votre établissement. Pendant l'observation, la chercheuse prendra quelques notes qui ont trait au rôle de l'IP, aux dynamiques interprofessionnelles et aux modalités de gestion de la clinique. Ceci aidera à contextualiser les différents modèles de SSP. Aucune information en lien avec les patients ne sera retenue.

Les rencontres interprofessionnelles et/ou administratives ne seront pas enregistrées. Les notes prises par la chercheuse sont écrites manuellement et seront conservées dans un classeur verrouillé dans son bureau à l'Université d'Ottawa.

Aucune identification mentionnée pendant l'observation (ex : noms des membres du personnel) et aucune information ayant trait aux patients de la clinique ne sera prise en note. Seule votre fonction sera notée (ex : Travailleur social #1; Médecin de famille #3).

Risque

Il y a peu de risques à participer cette recherche. Toutefois, vous pourriez trouver inconfortable de vous soumettre à de l'observation directe. Si ceci survient, vous pouvez refuser d'être observé(e), demander que l'observation ne soit effectuée que dans certaines circonstances ou mettre fin à l'observation.

Ceci est une recherche indépendante : l'information observée par la chercheuse ne sera partagée avec personne, sauf avec sa directrice de recherche. Elle ne sera pas utilisée pour évaluer votre performance au travail. Elle n'affectera en rien vos relations avec votre employeur.

Avantages

Il n'y a aucun avantage direct à participer à ce projet. Toutefois, en y participant vous aurez l'occasion d'ajouter au bassin des connaissances portant sur l'intégration des IPs dans divers modalités de prestations de SSP. Cela pourrait servir à faire prendre conscience au personnel infirmier praticien, aux médecins collaborateurs, aux gestionnaires et aux politiciens des défis et des stratégies réussies liées à l'intégration des IPs dans les milieux de SSP. Ces connaissances pourraient améliorer l'intégration globale des IP dans les milieux de soins de SSP canadiens, ce qui pourrait faire bénéficier certaines cohortes de patients.

Confidentialité et anonymat

Les données d'observation demeureront strictement confidentielles. Elles ne seront utilisées que dans le cadre de la présente recherche. L'accès aux données de recherche sera limité à la chercheuse, Annie Rioux-Dubois, et à la directrice de thèse, Dr Amélie Perron, seulement.

Durant la prise de notes, tous les noms (personnes, villes, cliniques, etc.) seront éliminés. Seule la fonction des membres observés sera conservée comme identifiant.

Les données de recherche (formulaire de consentement, notes d'observation) seront gardées en sécurité dans un classeur verrouillé au bureau privé de la chercheuse qui est également le bureau du Dr Amélie Perron à l'Université d'Ottawa. Les données seront conservées jusqu'au 30 septembre 2023, après quoi elles seront déchiquetées.

Les limites de l'anonymat

Dans le cas où vous acceptez que votre fonction soit prise en note comme identifiant, il se peut que vos propos permettent de vous identifier si vous décrivez une situation très précise (même si tous les identifiants sont retirés). Il est possible de ne pas disséminer cette information ou alors de modifier/éliminer/anonymiser certaines informations afin de préserver au mieux votre confidentialité.

Pour ce projet de recherche, nous recruterons des participants francophones et anglophones. Afin de préserver au mieux l'anonymat des francophones, qui sont en plus petit nombre en Ontario, nous traduirons tous les verbatims en français dans la thèse doctorale. Si la dissémination des informations doit se faire en anglais (ex: une conférence internationale), les verbatims seront tous traduits en anglais.

Autorisation d'utiliser les résultats de recherche

Les résultats de l'étude seront diffusés dans au moins un journal scientifique et au moins une conférence scientifique. Ils peuvent également servir comme matériel d'enseignement dans un cours axé sur la pratique infirmière avancée. Dans chacun des cas, vous et votre milieu de travail ne serez pas identifiés.

Participation volontaire

Votre participation à cette recherche est entièrement libre. Votre décision de participer ou non n'affectera pas votre emploi ni vos relations avec votre employeur et les membres de l'équipe.

Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à justifier votre décision, en le mentionnant à la chercheuse. La décision de ne plus participer ne compromet en rien vos droits comme employé(e). Si vous vous retirez de l'étude, vous pourrez décider si vos données peuvent être utilisées ou si elles doivent être détruites.

Votre signature sur ce formulaire indique que vous avez compris l'information dans ce formulaire de consentement et que vous acceptez d'être observé(e). En signant ce formulaire, vous ne renoncez pas à vos droits et vous ne libérez pas les chercheurs de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Aspects éthiques

Vous pouvez communiquer en tout temps avec la chercheuse ou sa directrice de thèse au sujet de cette étude. Ce projet de recherche a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa. Toute question sur la conduite éthique de cette recherche

peut être communiquée au Responsable de la déontologie en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, bureau 154, 550 rue Cumberland, Ottawa, ON K1N 6N5; Téléphone : (613) 562.5387; ethics@uottawa.ca.

Consentement

Je, _____ (nom en lettres moulées), déclare avoir lu et compris les termes du présent formulaire. On a répondu à toutes mes questions et préoccupations à ma satisfaction. Je peux contacter la chercheuse ou la directrice de thèse de cette étude en tout temps pour de l'information supplémentaire.

- J'accepte d'être observé(e) par la chercheuse lors de réunions: oui ☐ non ☐
- J'accepte que ma fonction soit prise en note comme seul identifiant :

oui ☐ non ☐

*Je consens à participer à cette étude intitulée **Processus d'intégration et de négociation du rôles des infirmières praticiennes en soins de santé primaires en contexte interprofessionnel**. Il y a deux copies de ce formulaire de consentement et je peux garder l'une d'elles.*

Signature du participant: _____

Signature de la chercheuse: _____

Date: _____



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

RESEARCHER

Annie Rioux-Dubois, PHC NP, PhD (c)

School of Nursing

Faculty of Health Sciences

University of Ottawa

xxxxxxx@uottawa.ca

Cell phone: xxx-xxx-xxxx

THESIS DIRECTOR

Amélie Perron, RN, PhD

School of Nursing

Faculty of Health Sciences

University of Ottawa

amelie.perron@uottawa.ca

(613) 562.5800 x8433

**Project's title: PRIMARY HEALTH CARE NURSE
PRACTITIONERS' ROLE INTEGRATION AND
NEGOTIATION IN INTERPROFESSIONAL
CONTEXTS OF CARE**

Invitation to participate

You are invited to participate in the above-mentioned study conducted in partnership with _____ (primary health care site) and the University of Ottawa. To participate in this study you must:

- Be an employee of the clinic
- Wilfully volunteer to participate in this research project

Purpose of the study

The purpose of this study is to explore the experiences of Nurse Practitioners (NP) as it relates to their role integration and negotiation in the context of interprofessional collaboration. It will also examine whether/how these experiences vary across PHC settings, where models of care delivery of care and team composition may vary. The study will help better understand how professional NP role negotiation occurs and how to better integrate NPs in various PHC models of care.

Nature of your participation

Your participation will involve being observed during interprofessional or administrative meetings. During such observation, the researcher will take notes about the role of the NP, interprofessional dynamics, and administrative

modalities of the clinic. This will help contextualise various PHC models of care delivery. No patient information will be recorded.

The interprofessional and/or administrative meetings will not be recorded. The researcher's notes will be handwritten and will be kept in a private locked filing cabinet in her office at the University of Ottawa.

No identifying information mentioned during observations (e.g. names of staff members) or no information about patients will be recorded. Only your role will be noted (e.g. Social Worker #1; Family Physician #3).

Risk

Minimum risk is expected from your participation in this study. However, you may find it uncomfortable to be observed. If it happens, you are free to refuse to be observed, to ask that observation be done in certain circumstances only or to discontinue the observation.

This is an independent study: observation notes will not be shared with anyone except the researcher's thesis director. They will not be used to assess your performance at work. They will not impact your relationship with your employer in any way.

Benefits

Your participation will not have a direct benefit to you. However, it will give you an opportunity to contribute to the knowledge base about PHC NP role integration. It help raise awareness among NPs, collaborating physicians, clinic managers and politicians about the challenges and successful strategies regarding NP role integration in PHC settings This knowledge could help improve NP role integration, which could benefit certain patient groups.

Confidentiality

Observation notes will remain strictly confidential. They will only be used for the purpose of this study. Access to the research data will be limited to the researcher, Annie Rioux-Dubois, and her thesis director, Dr Amélie Perron, only.

All names mentioned during the observed meetings (persons, cities, clinics, etc.) will be eliminated. Only your role will be recorded as an identifier.

The research data (consent forms, observation transcripts) will be securely stored in a locked filing cabinet in the researcher's private office, which is also Dr Amélie Perron's office, at the University of Ottawa. The research data will be kept until September 30 2023. After this time, all data will be destroyed.

Limits of confidentiality

If you agree to have your role recorded as the sole identifier, it is possible that discussing a very specific situation might reveal your identity (even if all other identifiers are removed). It is possible to not disseminate this information or to edit/remove/anonymize some information to best protect your confidentiality.

For this research project, we will recruit Francophone and Anglophone participants. In order to best preserve the anonymity of Francophones, as they are in fewer numbers in Ontario, we will translate all verbatims in French in the doctoral thesis. When dissemination of information will occur in English (ex: an international conference), all quotes will be translated into English.

Dissemination of the results

Results will be disseminated in at least one scientific journal and at least one scientific conference. Results may also serve as teaching material in a course on advanced nursing practice. In all cases, you and your workplace will not be identified.

Voluntary participation

You are under no obligation to participate in this study. Your decision to participate or not will not affect in any way your employment or your relationship with your employer or team members.

You may withdraw from the study at any time, without justifying your decision, by informing the researcher. If you decide to withdraw from the study, it will not affect your rights as an employee. If you decide to withdraw from this study, you will have the opportunity to decide whether your data can be used for the study or must be destroyed.

Your signature on this form indicates that you understand the information in this consent form and that you agree to be observed. By signing this form, you are not waiving your legal rights nor are you releasing the investigators from their legal and professional responsibilities.

Ethical aspects of this study

You may contact the researcher and her thesis director about this study at any time. This research has received ethics approval by the University of Ottawa Research Ethics Board. Any question or concern about the ethical conduct of this study may be addressed to the Protocol Officer for Ethics in Research at the University of Ottawa, Tabaret Hall, room 154, 550 Cumberland st., Ottawa, ON, K1N 6N5. Phone: (613) 562.5387; Email: ethics@uottawa.ca.

Consent

I, _____ (name in print), have read and understood this consent form. All my questions and concerns were addressed to my satisfaction. I may contact the investigator of the study or her thesis director at any time for further information.

- I accept to be observed by the researcher during meetings: yes ☐ no ☐
- I accept to have my role recorded as sole identifier: yes ☐ no ☐

I agree to participate in this study titled ***Primary Health Care Nurse Practitioners' Role Integration and Negotiation in Interprofessional Contexts of Care***. There are 2 copies of this consent form, one of which is mine to keep.

Participant's signature: _____

Investigator's signature: _____

Date: _____

Annexe 7 – Questionnaire démographique bilingue

Informations	Résultats	Informations	Résultats
Date	/ /	Sexe	☐ F ☐ M
Âge	☐ 20-29 ☐ 40-49 ☐ 30-39 ☐ 50-59 ☐ 60 +	Statut d'emploi	☐ Temps plein ☐ Temps partiel ☐ Occasionnel ☐ Ne travaille pas
Nb années IA	☐ 3-5 ans ☐ 6-10 ans ☐ 11-20 ans ☐ 20+	Modèle de soins	☐ ESF ☐ CSC ☐ Dirigées par les IP ☐ Autre
Niveau supérieur d'études complétées	☐ Certificat IP ☐ Maîtrise/IP ☐ Doctorat	Nb années employeur actuel	☐ Moins 1 an ☐ 2-5 ans ☐ 6-10 ans ☐ 10+
Informations		Résultats	
Nb de MD collaborateurs et type/spécialité (emploi actuel)			
Nb années IP active (chaque modèle)			
Nb changements d'emplois (IP) (& raisons)			
Commentaires :			

Numéro ID	
-----------	--

Information	Results	Information	Results
Date	/ /	Gender	☐ F ☐ M
Age	☐ 20-29 ☐ 40-49 ☐ 30-39 ☐ 50-59 ☐ 60 +	Employment status	☐ Full time ☐ Part time ☐ Occasional ☐ Do not work
Nb years - RN	☐ 3-5 yrs ☐ 6-10 yrs ☐ 11-20 yrs ☐ 20+	Current PHC models	☐ FHT ☐ CHC ☐ NP-led ☐ Others
Highest academic level completed	☐ NP Certificate ☐ Master/NP ☐ PhD	Nb years with actual employer	☐ Less than 1 yr ☐ 2-5 yrs ☐ 6-10 yrs ☐ 10+
Information		Results	
Nb of collaborating physicians and type (actual job)			
Nb of yrs as an active NP (each models)			
Nb job changes (as an NP) (& reasons)			
Commentaries: 			

ID Number	
-----------	--

Annexe 8 – Grille d’observation participante à l’usage unique de la chercheuse

Catégories générales	Éléments particuliers
Caractéristiques du milieu	- Localisation géographique - Contexte historique
Apparence physique / objets / décor	- Réception des patients - Organisation des espaces de travail/aires de circulation/salles de repos, etc. - Architecture & « design environnemental » (disposition des unités, organisation des lieux, visibilité des professionnels, affiches, décor, livres)
Usages des lieux / activité (type, fréquence & durée)	- Activités routinières ou non routinières : ✓ des acteurs humains selon leur description de tâches respectives ✓ des acteurs non humains - Usages « déviants » du lieu (rencontres et discussions informelles)
Politiques et procédures	- Règlements en cours (relatifs à la circulation des personnes, modalités d’entrevue avec les patients, manuels de procédures, mesures d’urgence, etc.) - Politiques et procédures, notamment celles liées au modèle de prestation des soins, de la pratique infirmière, des processus de références interprofessionnelles et de la navigation des patients, code de déontologie - Usages informels (procédures en vigueur sans soutien formel, « habitudes » des lieux, etc.), rituels particuliers, pratiques silencieuses
Acteurs / groupes	- Professionnels, gestionnaires (hiérarchies formelles et informelles) - Patients, familles, visiteurs - Genre & âge des membres du personnel, tenue vestimentaire ou signe de hiérarchisation, indice d’appartenance sociale « Présence invisible » d’une autorité (ex. : mémos) - Acteurs non humains (politiques, standards de pratiques, normes, etc.) - Signification symbolique, structure de mobilisation de l’action
Rôles / communication	- Tâches & responsabilités, délégation des actes, autonomie du rôle - Division du travail (domaines de PIA et temps, flexibilité, réunions cliniques, concertations avec d’autres groupes) selon le genre, l’âge, la position - Leaders formels et informels (qui prend les décisions, « rallie » le groupe, donne le ton aux discussions) – âge, sexe, ancienneté, etc. - Langage, expressions verbales et non verbales, gestuelles (discrètes, ostentatoires), jargon, codes, manière dont sont appuyés les propos - Diversité des discours, discours dominant, contribution du rôle - Conversations (contenu, qui s’adresse à qui, qui écoute), silences - Différences de communication selon le genre/la profession des personnes - Affects/attitudes lors de discussions, reconnaissance du rôle
Situations / interactions	- Relations entre les personnes, fréquence et circonstances d’interaction (routine, soutien, consultation, conflit, etc.), rituels d’interaction - Distribution du temps et de l’espace (physique, dialogique) en lien avec comportements socioculturels observés - Conflits (selon le sexe, l’appartenance socioprofessionnelle, identité professionnelle, la hiérarchie organisationnelle, l’ancienneté, etc.) - Ententes implicites et explicites (négociation, acceptation) - Niveau de collaboration professionnelle, inclusion du rôle, indicateurs de bon esprit d’équipe (vie, énergie, rires, bien-être) ou de conflits (silencieux, privé, tendu), compétition - Alliances entre personnes/groupes, alliance du rôle, pouvoir inégal - Ce qui doit arriver qui n’arrive pas - Comportements de la chercheuse, comment il affecte ce qui est dit/pensé

Adapté de Burgess et coll. (2011), Burgess et Purkis (2010), Angrosino et dePeretz (2000), Merriam (1988, 1998), Peretz (2004) et Perron (2008)

Annexe 9 – Grille d’inclusion documentaire

Éléments	Inclus
Vision et mission de l’établissement Plan stratégique Organigramme Rapport annuel/semestriel d’utilisation des soins Description d’emploi des IP Code de conduite Politiques et procédures (processus de références, rôles et responsabilités de chaque membre de l’équipe) Procès-verbaux de rencontres interprofessionnelles Procès-verbaux de rencontres administratives Curriculum de formation des IP (Consortium des IP seulement)	

Basé sur le travail de St-Pierre (2010)

Modèles de soins : ☐ ESF ☐ CSC ☐ CDIP ☐ Autres

Commentaires :

Annexe 10 – Guide d’entrevue bilingue

L’entrevue d’une durée d’environ 60 à 90 minutes débutera par l’explication du déroulement de l’entrevue. Le consentement est expliqué et signé par le participant lorsque la chercheuse a répondu à toutes les questions. Le questionnaire démographique sera rempli par le participant au tout début de l’entrevue. Une seule question générale sera posée afin de conserver l’état semi-structuré de l’entrevue et de ne pas faire référence aux notions de collaboration et forcer les propos des participants d’entrée de jeu. Les thèmes ci-dessous devraient donc émerger spontanément. Certains sous-thèmes seront envisagés s’il faut préciser les propos des informants.

Question principale : *Parlez-moi de votre rôle en tant qu’infirmière praticienne depuis votre embauche à (établissement)?*

Aide-mémoire

Pratique infirmière avancée (PIA)

- Perception de la participante de son rôle en tant qu'IP en SSP, questions identitaires (rôle idéal, domaines de la PIA, autonomie, leadership)

Intégration

- Quelle place est donnée à l'IP dans son milieu (rôle réel)

Modèles de prestation des soins

- Influence du modèle de SSP sur la facilité ou les difficultés d'intégration (quelles particularités, quels effets)

Culture

- Comment se déroulent les interactions, les événements du quotidien?

Urbain/Rural

- Particularité du milieu urbain versus rural (si l'IP a travaillé dans divers modèles de SSP ou urbain versus rural, comment compare-t-elle ses différentes expériences d'intégration?)

Négociation/adaptation

- Positions socioprofessionnelles en SSP des IP/MDs/gestionnaires, buts collectifs et mobilisation vers des actions concertées
- Stratégies d'intégration de l'IP, stratégies mises en place par le milieu

Collaboration

- Collaboration interprofessionnelle (comment l'IP la perçoit, existante ou non dans son milieu, pourquoi, relation avec collègues, prise de décision, facilitateurs/barrières, résolution de conflits, etc.)
- Réseautage IP (entre les IP de divers sites du même milieu ou autres)
- Déroulement des rencontres d'équipes : « Expliquez-moi ce que j'y verrais? »

Clarté du rôle

- Perception du rôle (nursing et/ou médical) et son évolution temporelle
- Évaluation du rôle (qui, quoi, comment) et perception de l'IP à ce sujet

Éducation/autres aspects

- Réflexions sur la préparation des IP via curriculum
- Préparation académique : un avantage? Comment contribue-t-elle à votre rôle?
- Tous autres aspects à explorer (par ex. : changement d'emploi et raisons, éléments de rétention au travail)

The interview of approximately 60 to 90 minutes will begin with the explanations of its functioning. The consent form will be explained and signed by the participant after her/his questions have been answered. The participant will fill the demographic questionnaire before the interview begins. Only one general question will be asked in order to keep a semi-structured interview format and to force the interview in a specific direction. The themes below should therefore emerge spontaneously during the interview. Certain subthemes could be considered according to the participant's discourse.

Main question: *Tell me about your role as a nurse practitioner since your hiring at (institution)?*

Aide-memoire

Advanced Nursing Practice (ANP)

- Participant's perception about her role as an PHC NP, questions on identity (ideal role, ANP's domains, autonomy, leadership)

Integration

- Which place is attributed to the NP in her milieu (actual role)

Models of care

- Influence of PHC models on easiness/difficulty of integration (specificities, effects)

Culture

- How happens daily interactions or events in your clinic?

Urban/Rural

- Specificities of urban versus rural milieu (if NP has worked in diverse PHC models or urban versus rural, how does she compare her experiences regarding her integration?)

Negotiation/adaptation

- Socioprofessional status in PHC of NPs/MDs/Managers, collective goals and mobilization toward concerted actions
- Integration strategies of the NP, strategies of the milieu

Collaboration

- Interprofessional collaboration (how does the NP perceive it, existing or not in her milieu, why, relations with colleagues, decision-making, facilitators/barriers, conflict resolution, etc.)
- NP networking (between NPs across sites)
- Unfolding of interprofessional meetings: « Tell me what I would see? »

Role clarity

- Role perception (nursing and/or medical) and its temporal progression
- Role assessment (who, what, how) and NP's perception toward it

Education/other aspects

- Reflections on NPs' preparation via curriculum
- Academic preparation: an advantage? How does it contribute to your role?
- Any other aspects to explore (ex.: job changes et reasons, aspects of retention in workplace)

Annexe 11 – Analyse critique de discours : questions pratiques sur le terrain

Première partie: bicaméralisme latourien (Latour, 1999)	
	Combien sommes-nous? (chambre haute)
	Pouvons-nous vivre ensemble? (chambre basse)
Deuxième partie: Fairclough/Blommaert, Maclure (pistes foucaldiennes)	
	How do politics and poetics intertwine in this text?
	Does this text carry the 'scent' of an institution (for example, law, education, medicine)?
	How are knowledge claims established and defended?
	How does this text make a bid for believability?
	Where does this text get its authority?
	How does this text persuade?
	Where does the power reside in this text?
	What other kinds of texts is this text 'like'?
	What might be taken for granted in this text that it is almost impossible to 'see' it? (Maclure stipulates that this is a tricky question but worthy to be asked)
	Whose 'voices' are privileged in this text? Who is silenced?
	What kinds of oppositions structure the arguments and the moral framework of this text? how might these oppositions be broken down?
	How are the subjects drawn into this text? Who gets agency?
	What kind of a reader is this text hailing? Where am I supposed to stand?
	What am I participating in when I read it?

Adapté de Latour (1999, p. 188 et 350), Maclure (2003, p. 82) et Smith (2007)

Annexe 12 – Certificat d’approbation éthique

Numéro de dossier: H 01-14-09

Date (mm/jj/aaaa): 02/28/2014



Université d’Ottawa
Bureau d’éthique et d’intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d’approbation éthique

CÉR Sciences et science de la santé

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Amélie	Perron	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseure
Annie	Rioux-Dubois	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiante-chercheure

Numéro du dossier: H 01-14-09

Type du projet: Thèse de doctorat

Titre: Processus d’intégration et de négociation du rôle de l’infirmière praticienne en soins de santé primaires en contexte interprofessionnel

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
02/28/2014	02/27/2015	Ia

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

Conditions Spéciales / Commentaires:

Numéro de dossier: H01-14-09

Date (mm/jj/aaaa): 02/28/2014



Université d'Ottawa University of Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation éthique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le sujet doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation à ce Service en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: <http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/formulaires.html>.

Veillez soumettre un rapport annuel au Responsable de l'éthique de la recherche, quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de fermer le dossier ou demander un renouvellement de l'approbation éthique. Le document nécessaire est disponible en ligne au: <http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/formulaires.html>.

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le bureau de déontologie en composant le poste 5387 ou en nous contactant par courriel à: ethique@uOttawa.ca.



Germain Zongo
Responsable de l'éthique de la recherche
Pour Dr. Daniel Lagarec, président du CÉR en Sciences de la santé et Sciences

Annexe 13 – Accord de confidentialité relatif à un projet de recherche : assistant de recherche

Entre **Annie Rioux-Dubois**, candidate au doctorat à l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, ET

_____, employé(e) par _____ à titre d'assistant(e) de recherche.

Toutes les activités de recherche prévues à titre d'assistant de recherche sont soumises au présent accord de confidentialité. Elles se limitent à la transcription d'entrevues. Les informations transmises ou échangées dans le cadre de ces activités sont strictement confidentielles et sont soumises à la protection prévue par l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. L'*Énoncé* prévoit notamment que le devoir éthique de confidentialité s'applique à l'information obtenue directement ou indirectement, peu importe son format (papier, électronique, verbal, etc.). Il régit le caractère confidentiel de la collecte, de la manipulation, de l'utilisation, de la diffusion, de la conservation et de la suppression éventuelle des renseignements de recherche.

Par conséquent, toutes les informations reçues ou transmises dans le cadre des activités d'assistantat de recherche sont soumises à une obligation de confidentialité entière. Les informations transmises ou divulguées par quelque support et sous quelque forme que ce soit devront faire l'objet de dispositions visant à protéger leur intégrité et leur confidentialité. L'assistant(e) de recherche s'engage donc à :

- Conserver les données en sa possession de manière sûre et confidentielle, et à s'assurer que nul autre que lui/elle n'y a accès ;
- À les transmettre de manière confidentielle et sécuritaire aux personnes désignées ;
- À ne pas publier les données ni les divulguer à des personnes qui ne font pas partie de l'équipe de recherche (chercheuse ou sa directrice de thèse, Dr Amélie Perron) ;
- À ne pas utiliser les données directement ou indirectement, à des fins personnelles ou autres que de conduire à bien la recherche pour laquelle il/elle a été employé(e) ;
- À ne pas dupliquer ou reproduire les informations ;
- À détruire diligemment les données lorsqu'il/elle en reçoit la consigne.

Le présent accord prend effet à la date de sa signature par les deux parties.

Signé à _____ (ville), le _____ (date)

Assistant(e) de recherche

Chercheuse

Annexe 14 – Extraits d’annotations en cours de recherche et implications pour la présente étude

Des extraits tirés du carnet des observations d’une rencontre interprofessionnelle et du journal de bord démontrent ci-dessous comment les diverses données de recherche ont alimenté le processus de recherche et les présents résultats de l’étude.

1) Extrait tiré du carnet des observations d’une rencontre interprofessionnelle dans un CSC

« Je [chercheuse] me suis jointe à la rencontre interprofessionnelle qui prend place à la salle commune du CSC visité. Le gestionnaire s’assoit au bout de la grande table rectangulaire qui est placée à l’entrée de la salle. Le gestionnaire affirme que la première demi-heure de la rencontre sera destinée aux professionnels s’occupant des soins primaires du CSC. À l’heure convenue, on dénombre la majorité des IP, des infirmières, mais aucun MD de ce secteur. Le gestionnaire indique avec déception qu’il va commencer sans ces derniers en ajoutant que si l’absentéisme se poursuit « qu’on va diminuer les réunions » tout en soulignant que les MD ont pourtant tous leur horaire de « bloquer » et se prévalent ainsi d’un diner allongé. Les participants l’écoutent avec un facies neutre et ne répliquent pas. À ce moment précis, je me demande si le gestionnaire ne se sent pas humilié par cette situation d’absentéisme (d’autant plus que je suis présente), mais également des représentations que cela pourrait supposer au regard de son rôle (leadership).

Le gestionnaire et l’équipe commencent à discuter d’un programme de prévention des maladies et des complexités administratives et cliniques. Ils élaborent sur les difficultés générées par un formulaire « fixe » et ses conséquences sur leurs pratiques. Le gestionnaire rappelle ceci aux membres : « souvenez-vous qu’il faut absolument que ce document capte vos activités professionnelles? ». Les employés partagent que leur rencontre avec le technicien informatique démontre plutôt que ce document et les statistiques qui peuvent lui être associés minent leur performance. Ils ajoutent : « pourquoi avons-nous si peu de données ? ». Le gestionnaire affirme que les dispositifs informatiques ne peuvent capter que la catégorie « x » du document et non « x et y ».

Après vingt minutes, un médecin se joint à la rencontre, s’assoit et mange. Le gestionnaire lui répète aussitôt ce qu’il vient de se dire « on parle en gros de... ». Ce comportement me porte à me questionner sur le mécontentement déclaré plus tôt par le gestionnaire au regard des absentéismes en voyant plutôt l’attention qui est accordée au retardataire. Je remarque que les IP ne regardent pas trop le gestionnaire, mis à part les gens qui se sont placés à l’extrémité de la table, la diététiste et l’intervenant en santé mentale. Les membres continuent à parler du programme de prévention et de ses problématiques. À un moment, le gestionnaire déclare ceci : « le programme ne prévoit pas toutes les exceptions » (exceptions au niveau des caractéristiques des patients, des traitements et même de processus administratifs).

En discutant des statistiques, une infirmière autorisée demande si, dans le cadre d'un bilan annuel d'un patient, elle doit ouvrir deux notes au dossier, celle de l'annuel et celle du programme de prévention, afin de s'assurer que les activités professionnelles sont dûment captées (même si cela est un duplicata à son sens). Une infirmière praticienne affirme : « guette bien que certains professionnels ouvrent deux notes et les remplissent pour « booster » leurs statistiques! ».

Comme prévu, les autres membres de l'équipe commencent à arriver dans la salle après une demi-heure, ils sortent d'autres chaises – certaines près de la table, d'autres en pourtour. Je me lève pour aider les participants et je n'ose pas utiliser une chaise à l'entour de la table. Un participant dit qu'elle ne savait pas que la rencontre de soins primaires commençait plus tôt. Le gestionnaire lui répond qu'il avait pourtant envoyé un courriel à cet effet.

Le médecin qui s'était joint plus tôt quitte 10 minutes après, dès l'arrivée des autres membres. Les deux médecins présents s'assoient près du gestionnaire, l'un à sa droite et l'autre à sa gauche.

Le gestionnaire continue à parler des notes aux dossiers et du programme de prévention, mais les participants commencent à parler par-dessus ce dernier. Il y a émergence de discussions informelles entre plusieurs participants. La notion des « indicateurs » fait surface. Le gestionnaire déclare que « l'axe des soins primaires est grand, il faudrait distinguer les soins médicaux et les soins infirmiers » (par souci de simplification, de compréhension de quels sont les indicateurs qui sont pertinents à chacun des secteurs, médicaux et infirmiers). Le gestionnaire la création de sous-groupes de soins médicaux et soins infirmiers qui examineront les indicateurs et comment les opérationnaliser.

Le gestionnaire demande si quelqu'un a quelques questions ou commentaires. Une intervenante en santé mentionne dit qu'elle aimerait faire une annonce. Le gestionnaire la met à l'horaire et dit qu'il propose de revenir sur le cas du client agressif par le biais d'une discussion de cas en groupe. Il mentionne également que les membres devront également discuter des nouveaux indicateurs de rendement. Une infirmière autorisée dit qu'elle aimerait partager les informations dans le cadre d'une formation reçue. Certaines personnes disent alors : « bien là, certaines annonces peuvent avoir lieu par courriel ».

L'équipe se met à discuter d'un incident qui a trait à un patient agressif et de la possibilité de réviser la politique à cet effet. Le gestionnaire dit qu'il y a eu des témoins de cet événement. Le médecin qui a reçu le patient dresse le portrait global de l'événement. Les employés disent qu'il devrait y avoir une pancarte « dans la salle d'attente » indiquant que les comportements agressifs ne sont pas acceptés dans ce CSC. Ils discutent vivement - à qui revient la responsabilité de calmer le patient ou de lui dire de quitter. Ils proposent que cet incident aurait pu être minimisé s'il en avait été d'une série de « bonnes décisions », mais on demande « qui est le gardien de la règle? ». Ils répondent : « Tous! Mais qui doit le dire? ». Puis ils demandent : « Que veux vraiment dire tolérance 0 » (alors que certains patients viennent au CSC pour être traités pour des conditions fragilisant leurs habiletés comportementales). Ils expliquent que les affiches « essentielles » (antiviolenace) sont retirées lorsqu'ils peignent les murs du centre. Le gestionnaire mentionne de surcroît que cet incident doit être mis en lien avec le comité de santé et sécurité au travail et que le centre et les employés doivent aussi remplir leurs mandats légaux à

cet effet. Une infirmière dit au médecin : « vous avez eu une attitude « maternante » avec ce patient ». MD réagit : « je ne pouvais pas dire « non » tout de suite au patient ». L'infirmière rétorque : « vous connaissez ce patient, avec lui, le risque d'agression est toujours présent ». La tension entre les partenaires semble escalader. L'infirmière confronte le médecin : « avez-vous dit au patient qu'il n'était pas acceptable d'avoir ce comportement ? ». Le gestionnaire dit : « démence et alzheimer, qu'est-ce qu'on fait avec ces patients-là ? ». Le médecin agrée avec cette affirmation en réaffirmant que c'est ce type d'agressivité qui est difficile à réprimer vu qu'il tient de processus pathologiques (justifiables). Les participants disent : « il faut renforcer le message que ce n'est pas acceptable ». D'autres rétorquent : « mais il va donc y avoir des affiches pour tout!? ». Quelqu'un s'élance alors : « qui veut un café? ». Le gestionnaire dit : « pour faire baisser la tension, je veux vous faire rire un peu » et il présente un article humoristique en lien avec des réalités vécues avec des personnes vieillissantes. Ceci génère des rires.

Une infirmière praticienne poursuit sur un autre cas patient difficile à gérer et dit : « je suis tellement fatiguée et je suis près de craquer ». Les participants disent que ce patient cherche des gains secondaires et que l'on devrait les lui retirer : « il a eu sa chance, et il ne l'a pas pris ».

Les participants indiquent qu'ils ont développé un « formulaire maison » pour un nouveau programme avant que le RLISS en produise un. Ils disent : « le RLISS en demande encore beaucoup plus qu'avant! ». Ils précisent qu'ils doivent « se préparer » et demeurer « vigilants ».

Puis, le gestionnaire informe les membres de la présentation du directeur général (semaine passée) portant sur les nouveaux indicateurs de rendement. On les informe qu'il faille maintenant voir à opérationnaliser ceux-ci. Il dit que le RLISS s'attend qu'il y ait des mesures prises pour accueillir de nouveaux patients (optimisation du « panel size »). Ils réfléchissent ensemble à plusieurs moyens de faire : certains plus stratégiques que d'autres. Le gestionnaire dit : « combien faut-il de clients inscrits pour générer « x visites » (je remarque alors que ce dernier ne parle plus de patients, mais de visites). Le gestionnaire expose la zone grise reliée à l'établissement de certains « benchmarks ». Une infirmière ajoute que la capacité d'accueil des MD ou des IP n'est pas atteinte, mais que ceci n'est pas du ressort des praticiens de première ligne. Le gestionnaire lui répond : « l'IP est comptée donc elle est une priorité, il faut donc qu'elle devienne pleine tâche! ». Il continue en disant : « il faut que l'on soit perçu comme un centre ouvert, disponible en 24-48 hrs, qu'on offre une place de suivi dans les 7 jours suivant un congé hospitaliers ou une sortie de l'urgence ». Il dit qu'il laisse aux employés le choix des moyens, mais que la finalité doit être la même. Les employés soulignent les contradictions et les difficultés de changer « leur système » quand le reste du système ne les soutient pas. Ils mentionnent par exemple comment le sommaire de congé de l'urgence prend 1-2 semaines à être acheminé au centre, ce qui fait que, déjà là, leur « benchmark » sera piètre (difficile à atteindre) et bien que ceci n'est pas de leur faute. Ils disent : « il faut mettre de la pression sur les hôpitaux, mais nous il faut aussi collaborer pour intégrer le tout ». Le gestionnaire continue en disant : « on a intérêt à être bien perçus, c'est-à-dire comme un partenaire même si on est en compétition avec (un autre centre)! ». Cette notion de « compétition » m'étonne sur le coup et je n'y comprends pas ses détails.

Des IP qui visitent le centre pour présenter un programme régional de prévention secondaire des maladies mentionnent que le RLISS est dans un nouvel engrenage pour solidifier le réseau de

SSP et son intégration, et qu'il désire « équiper » les SSP. Ces IP présentent leur programme et leur rôle à l'intérieur de celui-ci. Elles affirment qu'elles feront certes des références externes pour les patients qui leur sont aiguillés par les partenaires du centre, mais qu'elles vont, par « courtoisie », demander la permission à ceux-ci (MD-IP - fournisseurs principaux de soins). Les IP et les MD présents remercient les IP visiteuses à l'avance pour cette façon de faire.

2) Extrait tiré du journal de bord – informations supplémentaires et réflexions portant sur la rencontre interprofessionnelle observée

« À la fin de la rencontre, le gestionnaire vient me parler, comme quoi ma présence est visible et que l'on désire m'apporter des précisions (force de la recherche) et me dit : « tu vois, avec le RLSS, on commence à se régionaliser ». Ces propos me font penser au « réseau » latourien, un qui s'établit en périphérie en « diverses régions », mais au fait que je dois précisément examiner de quoi est fait ce réseau. Cette rencontre d'équipe me donne plusieurs pistes. Des instabilités, des nouveautés (indicateurs de rendement), des mandats et des discours captivent les partenaires et leurs actions (façons de faire). Il semble transparaître, si on se fie aux propos de ce gestionnaire, un but « non négociable » pour lequel les partenaires doivent pourtant se « responsabiliser » en trouvant des moyens de « l'opérationnaliser ». Je me demande si ceci est propre à ce centre et cette situation. Je dois examiner ce genre de phénomène au sein des autres milieux et modèles de SSP. Il me faut examiner, par exemple, si le « benchmarking » dont il est question, est similaire ou non dans les autres modèles, soient dans les modèles qui partagent ou qui ne partagent pas les mêmes agences subventionnaires.

Les interactions qui ont eu lieu lors de cette rencontre me surprennent. Je vois tout premièrement des participants qui sont assez à l'aise, en dépit de ma présence, pour user de confrontation ou de partager des propos dissemblables. Il me faut voir en quoi cette « authenticité » prend son essence. Y a-t-il plus de conflits dans ce milieu ou serait-ce plutôt que les participants ressentent une liberté d'expression? Dans ces deux cas, cette compréhension est centrale au phénomène de négociation. Deuxièmement, les infirmières praticiennes n'ont pas tant pris la parole comparativement à certaines infirmières. Il convient d'examiner plus clairement ceci. Troisièmement, j'ai observé des médecins s'asseoir près du gestionnaire alors que les IP ou les infirmières étaient plutôt éloignées. Je crois que ceci pourrait démontrer le statut social d'une profession ou même l'éloignement d'une autre (consciente ou non), ce qui serait étonnant dans un modèle où tous doivent être égaux (salariés). Quatrièmement, on dénote dans cette rencontre comment le rôle de l'IP est central à la bonne fonction du centre puisque cette professionnelle est « comptée ». Je ne comprends pas tout à fait ce à quoi on réfère ici. Je vais tenter de capter davantage d'informations à ce sujet dans ce modèle et ailleurs.

Il transparaît également plusieurs informations sur les façons de faire des partenaires (et des actants) et sur la culture du milieu. Par exemple, qui parle, quand, qu'est-ce qui est dit, comment? Il semble ainsi y avoir des actions, des comportements, des symboles et des discours qui soient « acceptables » ou « inacceptables ». Toutefois, je dois comprendre comment cela surgit. On voit par exemple des IP dire qu'elles demanderont une « permission » aux fournisseurs principaux par courtoisie, en dépit qu'elles aient un champ de pratique légal. De façon étonnante, on les remercie pour cela comme s'il y avait une éthique pour collaborer.

Finalement, je remarque notamment que le patient est central dans les propos des partenaires, mais aussi parfois impliqué « directement » dans leurs conflits. Certaines circonstances (panneaux, maladies, soins en équipe) accentuent la difficulté à gérer les patients, à collaborer, etc. En voyant l'interaction tumultueuse entre l'infirmière et le médecin, où le médecin est même jugé dans sa pratique avec un certain patient, je me demande si cela ne pourrait pas survenir avec les infirmières praticiennes. Je n'ai pas accès aux interactions entre les patients et les IP, mais je demeurerai à l'affût d'histoires entre les IP, les autres professionnels et les patients ».

3) Implications pour l'analyse des données

Ces extraits, tirés du carnet d'observation d'une rencontre interprofessionnelle ainsi que du journal de bord, montrent comment les données de recherche sont intervenues dans le positionnement qu'a tenu la chercheuse, sa recherche d'informations et son analyse des données.

Les extraits font état de plusieurs « controverses » (au sens latourien), soient des déstabilisations, des mouvements ou même des conflits, lesquels ont été minutieusement poursuivies par la chercheuse afin d'assurer sa cohérence au cadre théorique choisi. La chercheuse a examiné ces controverses en faisant des choix stratégiques soit, par exemple, en choisissant certains documents, en modulant les entrevues semi-structurées auprès des IP, en échangeant avec les partenaires des SSP et en ciblant certaines caractéristiques (controversées) des rencontres interprofessionnelles et/ou administratives. Ces choix stratégiques lui ont permis d'investiguer plus substantiellement les controverses observées en plus de suivre plus intensément leur signification par les acteurs/actants des milieux. Cette façon de « suivre les acteurs » et les controverses ont permis de dépeindre le monde social (acteur-réseau) propre à l'intégration des IP et à la négociation de leur rôle.

Ces extraits bruts du carnet et journal de bord témoignent également du processus d'analyse des données : plusieurs thématiques et sous-thématiques ont été confirmées par l'utilisation de ces diverses sources et ont même été préservées dans le manuscrit final. Il s'agit, notamment, des finalités organisationnelles, de la place des IP dans le collectif, de la collaboration interprofessionnelle et de la prise en charge des entités-patients.