

## La discussion de cas infirmière médecin, une pratique essentielle en première ligne

Frances Gallagher, inf. Ph.D. <sup>a, b</sup>, Denise St-Cyr Tribble <sup>a, b</sup>, inf. Ph.D.,  
Alain Vanasse <sup>a</sup>, MD, Ph.D., Chantal Doré <sup>b</sup>, soc., Ph.D.,  
Martin Fortin <sup>c</sup>, MD, M.Sc. & Johanne Archambault <sup>b</sup>, soc., M. Sc.

<sup>a</sup> Centre de recherche clinique Étienne-LeBel, CHUS

<sup>b</sup> Centre affilié universitaire du CSSS-IUGS

<sup>c</sup> Chaire appliquée des IRSC sur les services et les politiques de santé en maladies chroniques

---

La discussion de cas est reconnue comme une modalité de communication essentielle à la collaboration interprofessionnelle, notamment entre les infirmières praticiennes spécialisées et les médecins partenaires. Elle permet de discuter des situations cliniques dans lesquelles ils interviennent. Devant la rareté de données probantes sur cette pratique professionnelle, l'objectif de la recherche était de décrire le contenu de discussions de cas au sein de dyades infirmière bachelière et médecin de famille concernant la clientèle suivie conjointement en première ligne. Une équipe infirmière médecins d'un Centre de santé et de services sociaux a participé à la recherche. Trois rencontres au cours desquelles huit cas ont été discutés par l'infirmière et trois médecins de l'équipe (3 dyades) ont été enregistrées en version audio et transcrites. Le contenu des discussions a fait l'objet d'une analyse thématique inductive qui a donné lieu au regroupement des sujets discutés en trois thèmes : 1) l'échange d'information sur la situation clinique et l'intervention qui s'y rapporte, 2) le partage de savoirs professionnels et 3) le processus de soin. Il ressort que la discussion de cas permet l'actualisation du processus de soins au sein de la dyade et, entre autres, le transfert d'information concernant la promotion des auto-soins par l'infirmière. Les résultats doivent être considérés avec prudence considérant le nombre restreint de rencontres infirmière bachelière-médecin examinées et du nombre de cas abordés au cours des discussions. La description de ces rencontres peut alimenter la réflexion chez les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne quant à la teneur et l'utilité de leurs propres discussions de cas avec des médecins partenaires. D'autres études pourraient documenter cette pratique exemplaire et ses effets.

**Mots-clés : discussion de cas, communication infirmière médecin, première ligne, pratique infirmière avancée, diabète de type 2**

---

La discussion de cas est vue comme un outil facilitant la communication efficace essentielle à la collaboration interprofessionnelle (Barrett, Curran, Glynn, & Godwin, 2007; Schmalenberg, Kramer, King, , Krugman, Lund, Poduska, & Rapp, 2005; Richard & Lussier, 2005; Suter, Arndt, Arthur, Parboosingh, Taylor, & Deutschlander, 2009), notamment dans les Groupes de médecine de famille (D'Amour, Goudreau, Hudon, Beaulieu,

Lamothe, Jobin, & Gilbert, 2008; Gouvernement du Québec, 2009; OIIQ/FMOQ, 2005). La collaboration entre les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) et les médecins de famille représente un élément clé de la pratique interdisciplinaire entre ces professionnels (Leclerc & Wortman, 2010; OIIQ/CMQ, 2008). Ainsi, la discussion de cas

---

Cette recherche a été subventionnée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) et Aventis Canada (Éducation). Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Frances Gallagher, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, 3001, 12e Avenue Nord, Sherbrooke (Québec), J1H 5N4. Tél. : 819 564-5354, Courrier électronique : [Frances.Gallagher@USherbrooke.ca](mailto:Frances.Gallagher@USherbrooke.ca)

représente une occasion de préciser leurs responsabilités respectives et d'échanger sur la planification, la coordination et les soins prodigués, et ce, principalement lorsqu'il s'agit de personnes atteintes de maladies chroniques.

La discussion de cas implique essentiellement que deux professionnels de la santé discutent entre eux de situations cliniques précises (Blue & Fitzgerald, 2002; Mitton, O'Neil, Simpson, Hoppins, & Marcus, 2007). Dans les propos sur la communication professionnelle en santé de Richard et Lussier (2005), il est suggéré que l'infirmière et le médecin recourent à la discussion de cas pour faire le point sur la démarche mise de l'avant auprès d'une ou d'un client et de sa famille ainsi que sur l'évolution de la situation de santé de ces personnes. Ils peuvent partager des savoirs et de l'information, discuter des rôles de chacun (Richard & Lussier, 2005) et fixer des objectifs communs à atteindre (OIIQ/CMQ, 2008; Jones & Way, 2004).

Devant la rareté de données probantes sur la discussion de cas entre infirmière bachelière ou praticienne avancée et médecin de famille, et de l'importance de ce mode de communication, il est indiqué de s'y attarder. Cet article rapporte les résultats d'une recherche visant à examiner le contenu de discussions de cas ayant eu lieu au sein de dyades infirmière bachelière et médecin de famille tel qu'elles se déroulent dans un contexte de soins de première ligne. Ce que l'on apprend sur la nature des échanges entre ces professionnels peut alimenter la réflexion sur la discussion de cas pour la pratique des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL).

## Méthode

Les résultats présentés sont issus d'une étude longitudinale évaluative de l'effet d'interventions fondées sur la collaboration et la promotion de l'autosoins auprès de personnes atteintes de diabète de type 2 (St-Cyr Tribble, Gallagher, Vanasse, Doré, Archambault & Fortin, 2007). L'échantillon de convenance était composé d'une équipe formée d'une infirmière bachelière et de six médecins omnipraticiens offrant des services de santé à la population générale desservie par un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec. Précisons qu'au moment de la recherche, cette équipe œuvrait depuis un an dans un contexte similaire à celui d'un GMF. L'infirmière et chacun des médecins de l'équipe se rencontraient en dyade pour discuter des cas qu'ils suivaient ensemble, principalement de la situation de personnes atteintes de maladies chroniques. Chacune de ces rencontres planifiées, d'une durée

de 20 à 30 minutes, permettait de discuter d'environ trois cas. La collecte de données a consisté en l'enregistrement audio de trois rencontres réalisées en dyade infirmière-médecin au cours d'une période donnée de la recherche. Pendant ces rencontres, l'infirmière et les trois médecins impliqués dans les dyades ont discuté de huit cas, soit de la situation de huit personnes atteintes de diabète de type 2 participant à la recherche mentionnée plus tôt (St-Tribble et al., 2007).

La transcription manuscrite du contenu des discussions de cas a été effectuée préalablement à l'analyse qualitative thématique inductive des données (Miles & Huberman, 2003). Les données ont été analysées manuellement. La condensation des données a été effectuée à la suite de nombreuses lectures du contenu retranscrit. Elle a donné lieu à un schéma d'analyse constitué de thèmes émergents et de leur définition, permettant de décrire le contenu manifeste des discussions de cas. L'ensemble des données a été coanalysé par trois membres de l'équipe de recherche. Des échanges réguliers entre ces trois chercheurs de professions diversifiées (infirmière, médecin et sociologue), de même que la rédaction de mémos analytiques, ont conduit à des décisions consensuelles à propos des catégories décrivant le plus fidèlement possible l'objet des discussions de cas. Une attention a été portée à la vérification des résultats afin de s'assurer de leur correspondance avec le contenu de ces discussions. La recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche des CSSS de l'Estrie et les personnes participant à l'étude ont signé un formulaire de consentement.

## Résultats

La discussion de cas permet d'échanger sur plusieurs aspects d'une situation clinique donnée. Trois thèmes émergent du contenu des discussions de cas infirmière-médecin, à savoir : 1) l'échange d'information sur la situation clinique et l'intervention qui s'y rapporte, 2) le partage de savoirs professionnels et 3) les ajustements du processus de soin, soit l'évaluation et la planification de l'intervention à la lumière de l'information échangée. La figure 1 illustre le contenu de ces rencontres entre l'infirmière bachelière et le médecin.

### Échange d'information

Le partage d'information à propos de la situation clinique occupe une place importante au cours de l'ensemble des discussions de cas. Ainsi, les membres de la dyade communiquent leurs

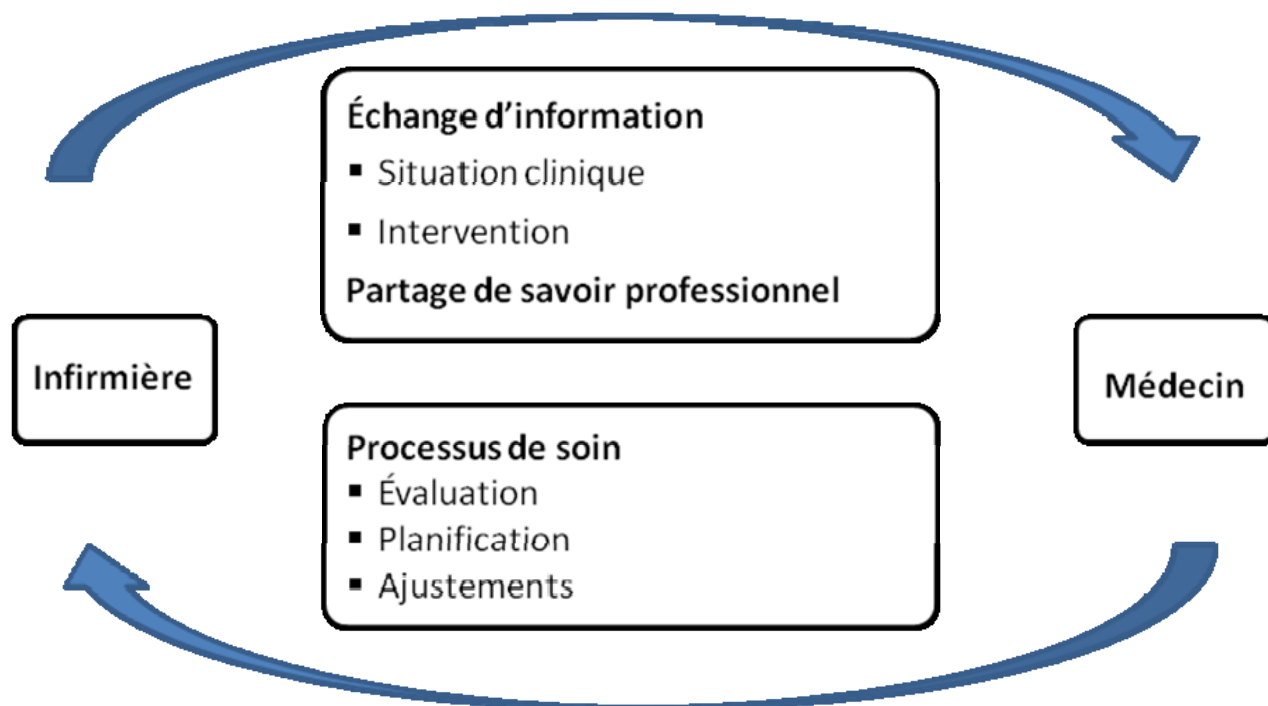


Figure 1. Discussion de cas

connaissances et observations relatives à l'état de santé physique et mentale de la personne, son réseau de soutien, ses liens avec le réseau de la santé, ses autosoins, ses forces et limites. L'infirmière et le médecin recourent au dossier médical de la personne concernée pour compléter le contenu des échanges. En guise d'exemples, le dossier leur a fourni de l'information sur le suivi de la glycémie d'une cliente et les a renseignés sur une intervention où le médecin a suggéré une médication à un client réticent à prendre des médicaments.

Les membres de la dyade discutent de leur approche relationnelle respective auprès des personnes suivies. Ainsi, un médecin est sensible à la déception que peuvent éprouver des personnes lorsque les modifications de leurs habitudes de vie ne donnent pas les résultats escomptés. En pareil cas, il mentionne qu'il « faut les déculpabiliser ». Aussi, l'infirmière raconte au médecin comment elle a pris en compte le fait qu'une cliente lui est apparue préoccupée : « Je lui ai demandé : il n'y a rien dans votre famille qui vous tracasse? Elle m'a alors parlé d'un épisode de conflit avec son fils [qui s'est avéré être une importante source de stress pour elle]. »

Infirmière et médecin s'informent mutuellement des actions posées auprès de la personne au cours de la discussion de cas, notamment

l'enseignement, les traitements, la prescription de médicaments ainsi que les encouragements à consulter des ressources professionnelles ou communautaires. Ainsi, un médecin dit avoir : « commencé un peu à introduire la notion de médicament. » L'infirmière mentionne avoir « regardé avec [une cliente diabétique] des moyens de relaxer, puis de gérer son stress. »

Parmi les interventions infirmières, soulignons le soutien à la décision comme en témoigne l'extrait suivant : une cliente « a décidé de perdre du poids parce que je lui avais parlé des facteurs de risque, de l'hypertension ... on a fait son indice de masse corporelle, puis elle voyait qu'il était haut. » Dans le cas d'une autre client, l'infirmière relatait : « On a convenu que pour stabiliser son poids, s'il est conscient de sa faim, il risque moins de prendre du poids. C'est l'étape de plus qu'il voulait entreprendre. » Dans le même ordre d'idées, les propos d'un médecin illustrent son respect envers le processus décisionnel de son client : « quand vous serez prêt et que vous voudrez, on fera la réévaluation psychiatrique ».

De plus, infirmière et médecin relèvent les indices qui permettent de documenter les résultats de leur intervention, dont les réactions de la personne face aux prescriptions et aux suggestions émises et son évolution dans l'autoprise en charge de sa situation de santé.

L'infirmière est intervenue auprès d'un client au sujet de l'importance de s'alimenter plus lentement et aussi d'apprendre à être davantage conscient de sa faim. Selon l'infirmière, le client a par la suite adopté un moyen concret pour diminuer son apport calorique : il mentionne se fier « à la vitesse à laquelle sa femme mange pour savoir s'il mange trop vite. Il a trouvé un moyen pour moins manger. »

### Partage des savoirs professionnels

La discussion de cas donne lieu à un partage des savoirs professionnels entre les membres de la dyade. Ces savoirs servent à expliquer les réactions et les comportements de santé de la personne ainsi qu'à justifier les interventions posées comme le montrent les propos du médecin lorsqu'il dit que « Les hormones pourraient peut-être aggraver une hypertension préexistante, mais ce n'est pas une cause d'hypertension. Parce que les hormones peuvent parfois apporter un peu de rétention d'eau et de sel. » Du côté de l'infirmière, le transfert des connaissances au cours de la discussion de cas s'observe lorsque celle-ci explique son point de vue quant à l'importance de constats qu'elle a faits. En guise d'exemple, elle a fait valoir l'aggravation de la détresse d'une cliente en reliant diverses observations, même si au départ le médecin proposait d'autres explications.

### Processus de soins

Trois des huit discussions de cas incluent des échanges concernant le processus de soins. L'infirmière et le médecin décrivent, entre autres, l'évaluation qu'ils font des situations cliniques, laquelle peut être modulée ou ajustée selon l'information échangée au cours de la discussion de cas. Soulignons que dans bien des cas, les clientes et clients rencontrent l'infirmière à quelques reprises dans l'intervalle entre deux rendez-vous avec leur médecin. La discussion de cas fournit une occasion à l'infirmière pour échanger avec le médecin du suivi infirmier effectué auprès de ces personnes. Ainsi, après qu'il eut été renseigné par l'infirmière du bilan alimentaire d'une personne, le médecin en est venu à la même conclusion qu'elle, à savoir que l'apport alimentaire de cette cliente était insuffisant. Au cours d'une autre discussion de cas, l'infirmière partage son hypothèse quant à la détérioration de la santé mentale et physique d'une cliente. Le médecin, au courant de ses antécédents de dépression, s'est rendu compte de la gravité de la situation après avoir été informé par l'infirmière de l'information qu'elle avait recueillie auprès de la cliente : sentiment de tristesse, insomnie, œdème aux membres inférieurs et constipation.

Au cours de la discussion de cas, infirmière et médecin prennent diverses décisions en ce qui

concerne leur pratique respective et, en ce sens, ils discutent de la planification de leur intervention. Par exemple, l'information transmise par l'infirmière au sujet des difficultés d'ordre sexuel d'un client a permis au médecin d'orienter sa propre intervention : « Dans le contexte du diabète, ça peut être un point à [surveiller]. Je te remercie de me rappeler [cette information] ». À l'inverse, il arrive que les décisions liées à l'intervention infirmière reposent sur un avis des médecins de l'équipe. Après avoir fait part au médecin de la réduction drastique de l'apport alimentaire d'une cliente, l'infirmière accepte de vérifier à la suggestion du médecin si cette cliente « s'est dit : je vais maigrir puis ma pression va être correcte ».

Le discours comporte des manifestations concrètes de la planification d'interventions poursuivant des objectifs communs pour l'infirmière et le médecin, dont voici un exemple éloquent tiré des propos d'un médecin : « Je vais reprendre l'intervention sur l'alimentation et l'activité physique dans le même sens que tu l'as fait ». Cette décision survient à la suite de la description qu'a faite l'infirmière de sa propre intervention auprès de cette cliente, soit des encouragements et du soutien informatif. Mentionnons aussi la disponibilité exprimée par un médecin à rencontrer une personne ayant rapporté des douleurs abdominales à l'infirmière, ainsi que les réajustements qu'il prévoit faire à son plan de traitement (élucider la cause des douleurs abdominales et la possibilité d'une dépression) et ce, en concomitance avec la poursuite d'interventions infirmières de promotion des autosoins (encourager l'autogestion de la médication et le maintien d'activités sociales).

Par ailleurs, l'infirmière et le médecin profitent de la rencontre de discussion de cas pour planifier l'organisation du suivi. Des efforts sont déployés pour conjuguer les divers rendez-vous des patients. Le calendrier des rencontres, leur fréquence et leur agencement sont revus.

## Discussion

Les résultats sont discutés pour la pratique infirmière en première ligne et plus particulièrement en regard du rôle de l'IPS-SPL. L'originalité de l'étude est de rendre compte, à partir de données empiriques, du contenu de discussions de cas formelles ayant eu cours entre une infirmière bachelière et un médecin de famille et de regarder le potentiel de ces résultats en termes de transfert à l'usage des IPS-SPL. Or, les discussions de cas formelles seraient moins fréquentes que les discussions informelles entre les infirmières et médecins qui travaillent dans des GMF (Beaulieu et al., 2006), un contexte semblable à celui de

notre étude. Cependant, aux dires des participantes et participants à l'étude, l'intégration de discussions de cas à l'agenda est garante de leur réalisation (St-Cyr Tribble et al., 2007). Cela rejoint l'idée d'avoir « une organisation qui favorise les échanges d'information pour les prises de décision » (OIIQ/CMQ, 2006, p.14) entre les infirmières praticiennes spécialisées et les médecins.

Nous observons que les discussions de cas portent sur deux catégories de contenu. La première catégorie est axée sur l'échange d'information à propos de situations cliniques dans lesquelles l'infirmière bachelière et le médecin sont impliqués. La deuxième dimension se situe à un niveau différent, puisqu'elle concerne l'évaluation et la planification des soins. Ainsi, nous constatons que le processus de soins se déroule en direct au cours des échanges, ce qui témoigne de l'aspect dynamique de la discussion de cas. Ces observations réaffirment les lignes directrices de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en regard de la collaboration interprofessionnelle et de l'importance de la discussion de cas entre elle et le médecin partenaire, plus particulièrement en ce qui concerne le suivi de personnes aux prises avec des maladies chroniques (OIIQ/CMQ, 2008). Les caractéristiques du champ d'intervention des IPS-SPL et des médecins partenaires moduleront nécessairement le contenu des discussions de cas entre ces deux types de professionnels. Cependant, la discussion de cas demeure, pour l'ensemble des infirmières en première ligne, un lieu de choix pour expliquer à leurs collègues médecins les stratégies de soutien à l'autogestion de la santé qu'elles utilisent, et ce, dans l'optique d'une reconnaissance de ce savoir professionnel, d'une compréhension commune du rôle des soins infirmiers et aussi du développement de soins infirmiers et médicaux poursuivant des objectifs communs et complémentaires auprès de la clientèle. Ce sont tous des ingrédients essentiels à la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez & Pineault, 2008), laquelle est au cœur des services de santé en première ligne.

La connaissance de la personne soignée et la coordination infirmière-médecin seraient des indicateurs de qualité des services en première ligne (Beaulieu et al., 2006), d'où l'intérêt de la discussion de cas formelle comme moyen souple et peu coûteux d'enrichir ces indicateurs en permettant l'échange d'information et la mise en œuvre du processus de soins. En ce sens, la discussion de cas contribue à favoriser la fluidité des relations entre les IPS-SPL et les médecins partenaires (OIIQ/CMQ, 2008). Par ailleurs, il est intéressant de constater que les personnes suivies en première ligne sont sensibles à la continuité

informationnelle entre le médecin et l'infirmière (Fortin, Hudon, Gallagher, Ntetu, Maltais & Soubhi, 2010) et à la coordination des soins entre eux (Beaulieu et al., 2006). Il est plausible que la clientèle suivie conjointement par une IPS-SPL et un médecin ait des attentes semblables au plan de la continuité des soins.

L'analyse inductive, systématique et rigoureuse des données par l'équipe de recherche formée de professionnels de diverses disciplines assure une compréhension approfondie des données. Toutefois, les résultats de la recherche doivent être considérés avec prudence considérant le nombre restreint de rencontres infirmière bachelière-médecin examinées et du nombre de cas traités au cours des discussions. Soulignons cependant que les thèmes abordés étaient relativement semblables d'une discussion de cas à l'autre, révélant une certaine tendance dans les contenus analysés. Bien qu'il y ait peu de variation au plan des observations et que l'étude ait été conduite dans un seul établissement de santé en première ligne auprès d'une équipe infirmière bachelière-médecins, la description du contenu de la discussion de cas peut être transférable dans des contextes de soins similaires.

La rareté des études empiriques sur la discussion de cas et le caractère exploratoire de la présente recherche imposent la réalisation d'autres études pour documenter cette pratique professionnelle de manière plus exhaustive. Par ailleurs, le rôle et les responsabilités des IPS-SPL se distinguent de celui d'une infirmière bachelière en première ligne, d'où l'intérêt d'examiner les discussions de cas entre les IPS-SPL et les médecins partenaires, en termes du contenu, du déroulement, des rôles de chacun, du partage du pouvoir et des facteurs associés à leur réalisation. Il serait aussi intéressant d'en évaluer les effets sur la collaboration interprofessionnelle, la qualité des soins et les résultats chez la clientèle. Les résultats probants relatifs à cette pratique professionnelle peuvent aussi être une source d'inspiration pour la formation à la discussion de cas pour les disciplines infirmière et médicale.

## Conclusion

Nous insistons sur le fait que les résultats peuvent alimenter la réflexion chez les IPS-SPL quant à la teneur et à l'utilité de leurs propres discussions de cas avec des médecins. Les soins complexes qu'elles doivent prodiguer en première ligne auprès des individus et de leur famille requièrent l'utilisation de mécanismes de communication favorisant la collaboration entre elles et les médecins de famille, dans l'optique d'assurer les meilleurs soins à la clientèle. La



discussion de cas offre une opportunité en or pour favoriser la continuité informationnelle, discuter et planifier ensemble les soins requis pour la clientèle. À notre avis, elle fait partie des pratiques exemplaires et mérite qu'on s'y attarde pour l'avancement de la pratique infirmière.

## Références

- Barrett, J., Curran, V., Glynn, L. & Godwin, M. (2007). *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*. Ottawa, Ontario : FCRSS.
- Beaulieu, M.-D., Denis, J. L., D'Amour, D., Geneau, R., Goudreau, J., Haggerty, J., ...Pineault, R. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. (Rapport de recherche). Montréal : Québec : Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale.
- Blue, I. & Fitzgerald, M. (2002). Interprofessional relations: case studies of working relationships between registered nurses and general practitioners in rural Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 11(3), 314-321.
- D'Amour, D., Goudreau, J., Hudon, É., Beaulieu, M.-D., Lamothe, L., Jobin, G. & Gilbert, F. (2008). L'essor des soins infirmiers en GMF. *Perspective infirmière*, 5(7), 4-11.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., San Martin-Rodriguez, L. & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health services research*, 8: 188. Récupéré le 18 septembre 2010 du site : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>.
- Fortin, M., Hudon, C., Gallagher, F., Ntetu, Maltais & Soubhi, H. (2010). Multimorbid patients' perceptions of doctor-nurse collaborative practices in primary care. *BMC Family Practice*, 11, 84.
- Gouvernement du Québec (2009). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Leclerc, M. & Wortman, J. (2010). La collaboration en GMF pour le meilleur et non pour le pire! *Le médecin du Québec*, 45 (3), 61-65.
- Jones, L. & Way, D. (2004). *Composantes de la pratique. Recherche documentaire. Prestation de soins primaires aux Canadiens : collaboration entre les infirmières et infirmiers praticiens et les médecins*. Ottawa, Ontario : Association des infirmières et infirmiers du Canada. Initiative canadienne sur les infirmières et les infirmiers praticiens.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Mitton, C., O'Neil, D., Simpson, L., Hoppins, Y. & Marcus, S. (2007). Nurse-physician collaborative partnership: a rural model for the chronically ill. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 12(4), 208-216.
- OIIQ/CMQ (2008). *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*. Montréal, Québec, Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec.
- OIIQ/CMQ (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée*. Montréal, Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec.
- OIIQ/FMOQ (2005). *Rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*. Montréal, Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec/Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
- Richard, C & Lussier, M.-T. (dir.) (2005). *Communication professionnelle en santé*. Saint-Laurent, Québec : ERPI.
- St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Vanasse, A., Doré, C., Archambault, J., & Fortin, M. (2007). *Programme d'intervention fondé sur la collaboration interprofessionnelle et de promotion de l'autosoins auprès de diabétiques de type 2*. (Rapport de recherche) FCRSSS.
- Schmalenberg, C., Kramer, M., King, C. R., Krugman, M., Lund, C., Poduska, D. & Rapp, D. (2005). Excellence through evidence. Securing collegial/collaborative nurse-physician relationships, part 2. *JONA*, 35 (11), 507-514.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41-51.