

Exploration des suivis systématiques de clientèles en groupe de médecine de famille (GMF) selon la perspective des infirmières de 12 régions du Québec

Emmanuelle Jean ^a, inf., M.Sc. et Hélène Sylvain ^b, inf., Ph.D.

^a Étudiante au doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

^b Professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski

Cet article présente une recherche portant sur les suivis systématiques de clientèles (SSC) dans le contexte des groupes de médecine de famille (GMF) au Québec. Des infirmières issues de 12 régions sociosanitaires du Québec ont participé à cette recherche. Les résultats décrivent ce que sont les SSC selon la perspective de celles qui l'utilisent dans leur pratique quotidienne, notamment en faisant ressortir leurs caractéristiques et attributs ainsi que leur fondement conceptuel. L'analyse des résultats de cette étude montre que les SSC utilisés en GMF partagent certaines caractéristiques spécifiques. De plus, il appert que les attributs des SSC en GMF, notamment ses objectifs, sa clientèle, les rôles des intervenants qui y sont impliqués et le type d'enseignement qui y est réalisé correspondent à plusieurs des lignes directrices de ce domaine. D'une manière similaire, il ressort que les fondements conceptuels des SSC en GMF sont entre autres influencés par la perception des infirmières par rapport à leur rôle, la santé/maladie, l'environnement et la personne/famille. À ce titre, il semble même que les SSC soient des témoins silencieux de la vision contemporaine des infirmières qui travaillent en GMF. Cette recherche représente l'amorce d'une réflexion concernant ce que contient et devrait contenir les SSC en GMF. D'autres recherches concernant les SSC en GMF devraient être menées afin d'élargir le bassin de connaissances dans ce domaine et ainsi mieux appuyer la pratique des infirmières et des autres professionnels impliqués.

Mots-clés : suivi systématique de clientèle (SSC) - Groupe de médecine de famille (GMF) – recherche qualitative.

Les problèmes d'accessibilité et de fragmentation des soins et des services de santé de première ligne représentent de grands défis pour notre société contemporaine. Afin de remédier à ces difficultés, le Québec s'est doté, en 2001, d'une nouvelle structure de services : les groupes de médecine de famille (GMF). Dans le cadre de cette organisation, différents outils de travail ont été implantés afin d'optimiser la qualité des services offerts, dont les suivis systématiques de clientèles (SSC). Ce sont en grande partie les

infirmières qui sont responsables des SSC en GMF. Cependant, les écrits dans ce domaine montrent que le concept des SSC est vaste et qu'il est difficile de savoir ce qu'il représente précisément dans le contexte spécifique de la pratique en GMF. Le but de la présente étude est donc d'explorer ce que sont les SSC dans le contexte des GMF, à partir de la pratique nouvellement en place, développée par les infirmières travaillant actuellement en GMF.

La première auteure de l'article est récipiendaire de la bourse de fin d'études à la maîtrise en sciences infirmières du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Les auteures souhaitent remercier les infirmières des GMF qui ont participé à cette étude. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Emmanuelle Jean, département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, 300, allée des Ursulines, Rimouski, Québec, Canada, G5L 3A1. Courrier électronique : emmanuelle_jean@hotmail.com

Le problème à l'étude et son contexte

Les GMF se définissent comme des organisations composées de 6 à 12 médecins de famille qui travaillent en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux, notamment avec des pharmaciens et des travailleurs sociaux. Cette organisation émane des recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (rapport Clair) émises en 2000 et de l'observation de plusieurs problèmes dans les soins de santé de première ligne (Gouvernement du Québec, 2000). À l'instar des « Réseaux Santé familiale » de l'Ontario et des « Primary Care Initiatives » de l'Alberta, le Québec identifiait les « Groupes de médecine de famille » comme acteurs principaux du volet de services de santé de première ligne (Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale, 2003). Les GMF ont entre autres comme objectifs de donner à tous les Québécois l'accès à un médecin de famille et d'assurer une plus grande accessibilité et continuité de services pour les patients qui s'y inscrivent sur une base volontaire (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002).

L'avènement des GMF dans le système de santé québécois a favorisé l'émergence d'une pratique infirmière distincte (Roy & Sylvain, 2004). Il ressort notamment que la principale distinction concerne l'utilisation des SSC (Guay, 2005). Les SSC représentent un changement qui ouvre de nouvelles voies pour la pratique infirmière autonome (Phaneuf, 2005a).

Les infirmières se verront confier plus de responsabilités, conformément au cadre législatif en vigueur. Elles pourront effectuer des activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, de liaison avec les CLSC et les services de deuxième ligne ainsi que faire le suivi systématique des soins infirmiers des clientèles vulnérables (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, p.10).

Cependant, pour le contexte spécifique de la pratique en GMF, il n'existe pas de lignes directrices, de formation spécifique ou de modèles préétablis pour l'instauration des SSC. De plus, une revue des écrits sur les SSC fait ressortir que le concept du SSC comporte certaines ambiguïtés. La coexistence de nombreuses définitions et de modèles de SSC ainsi que la variété de contextes dans lesquels ils sont utilisés complexifient la compréhension de cet outil (Scharlach, Giunta, & Mills-Dick, 2001). Il s'avère même que différents professionnels impliqués au sein d'un même SSC

peuvent avoir des perspectives divergentes concernant sa structure, son mode de fonctionnement et ses objectifs (Scharlach, et al., 2001). La confusion au sujet des SSC a d'ailleurs été abordée par les médecins et les infirmières qui ont conclu au manque d'information dans ce domaine, lors d'un colloque sur les GMF en 2005 (Jean & Sylvain, 2005). Pour appuyer la pratique des infirmières, il s'avère nécessaire d'avoir une meilleure compréhension des SSC en GMF. Ainsi, cette recherche a comme but d'explorer les SSC, leurs attributs et assises théoriques, selon la perspective d'infirmières de GMF.

Méthode

Cette recherche a été conduite selon les fondements du devis constructiviste de Guba et Lincoln (1989) adapté par Sylvain (2008) dans une perspective qualitative exploratoire. Ce devis est tout indiqué pour dresser un portrait d'ensemble, un aperçu général de la réalité perçue par les infirmières qui travaillent en GMF, et non pas pour généraliser les résultats à l'ensemble d'une population. Le devis constructiviste adopte l'idée qu'il existe de multiples réalités, construites par des individus qui tentent de comprendre leurs expériences. Le devis retenu comprend trois phases principales qui guident le déroulement de la recherche : la mise en place de la recherche, l'exploration dirigée et la construction collective (Sylvain, 2008).

La mise en place

D'abord, les 15 régions du Québec comprenant un GMF ont été considérées comme des milieux propices à cette investigation. Au sein de ces régions, les infirmières œuvrant en GMF ont été sélectionnées pour participer à cette recherche. Plus particulièrement, considérant qu'elles seraient susceptibles de fournir une plus grande richesse d'information, ce sont les infirmières possédant plus de six mois d'expérience en GMF et utilisant déjà des SSC qui ont été sélectionnées pour l'étude. Afin de recruter ces infirmières, les chargés du projet des GMF des agences de santé et de services sociaux de chaque région concernée ont été contactés afin de leur présenter l'étude et de préciser leur participation. Par la suite, il a été demandé aux chargés de projet de chaque région d'identifier deux infirmières qui correspondaient aux critères de sélection. Les chargés de projet des 15 régions ont identifié un total de 30 infirmières. Ces infirmières ont été contactées afin de vérifier leur intérêt à participer au projet, et si elles l'étaient, de convenir d'un moment propice pour présenter l'étude et obtenir leur consentement de participation.

L'exploration dirigée

La collecte des données a été réalisée en trois phases : une phase documentaire, permettant l'analyse de la documentation écrite associée aux SSC et produite par les infirmières de GMF, et deux phases d'entrevues individuelles d'infirmières de GMF (Voir figure 1). Le choix de faire l'analyse des documents écrits est fondé sur la méthode des traceurs. Cette méthode vise à mettre en évidence des processus qui se déroulent dans une organisation à partir de repères, tel que des documents écrits (Paquette, 2005).

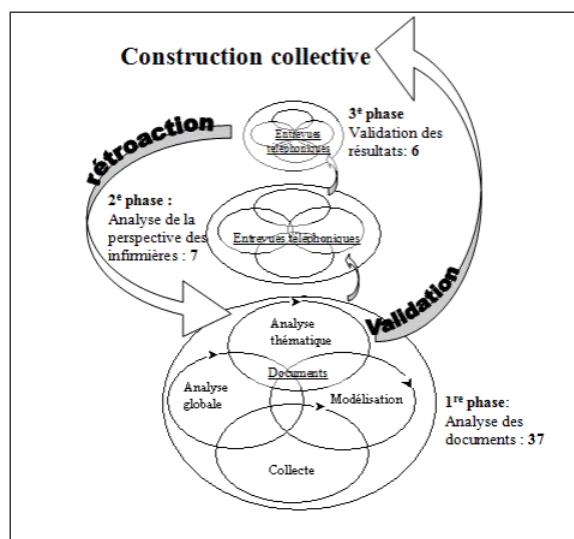


Figure 1 Phases de la recherche inspirées de Sylvain (2000)

Ainsi, dans la première phase, les infirmières qui ont accepté de participer à l'étude, ont envoyé par la poste tous les documents en lien avec leurs SSC. Tous les guides d'utilisation, documents de présentation, cheminements cliniques, protocoles cliniques, outils de collecte de données, guides d'enseignement ou relevés des résultats, ont été considérés. L'analyse des documents a été réalisée en s'inspirant des catégories adaptées de la thèse doctorale de Taylor (2004), comprenant des aspects associés à la structure, aux processus et aux résultats, et a permis de broser un premier portrait des attributs et des assises conceptuelles des SSC en GMF. De plus, ces catégories ainsi que l'analyse des documents ont permis de développer des questions d'entrevue visant à valider et à préciser l'analyse des documents. La méthode des traceurs est généralement combinée avec d'autres méthodes de collecte des données telles que les entretiens (Paquette, 2005). La deuxième phase était donc constituée d'entrevues téléphoniques semi-dirigées. Ces entrevues ont été réalisées avec un sous-groupe d'infirmières,

créé à partir des premières répondantes. Ce sous-groupe a été composé à la fois d'infirmières qui avaient fourni des documents très complets, ce qui pouvait laisser supposer une bonne articulation des idées et opinions au sujet des SSC, et à la fois des infirmières qui avaient fourni des documents qui nécessitaient des clarifications, ce qui pouvait être une source d'opinion distincte et de perceptions différentes concernant les SSC.

La construction collective

Lors de la troisième phase, ce même sous-groupe d'infirmières devait se prononcer sur la validité de la synthèse des résultats obtenus lors des deux premières phases et indiquer si la construction de ce que représentent les SSC en GMF correspondait adéquatement à leur réalité. Une validation a pu être obtenue avec ce deuxième tour d'entrevues.

Résultats

Le taux de représentation des régions est de 80 % et le taux de réponse des infirmières de 57 %. En effet, des 30 infirmières sollicitées, 17 ont accepté de participer à cette recherche. Ces infirmières provenaient de 12 des 15 régions du Québec comportant ce type d'organisation. Elles ont fourni 37 documents associés aux SSC, qui ont été analysés lors de la première phase de l'étude. En moyenne, chaque GMF a fourni 2,5 documents. Ces documents abordaient 11 sujets différents. La deuxième phase, quant à elle, a été réalisée auprès de sept infirmières issues du premier échantillon de 17 infirmières. Elle a permis la validation de l'analyse documentaire, l'exploration de la perspective des participantes et la co-construction de la représentation des SSC en GMF. Une infirmière s'étant désistée, la troisième phase a été réalisée avec six des infirmières du deuxième groupe et a permis une validation finale des résultats. Les entrevues téléphoniques effectuées lors de la deuxième et troisième phase ont été d'une durée variant entre 54 minutes et 1 h 10, elles ont été enregistrées sur bande audio, analysées et ensuite synthétisées.

Les attributs des SSC en GMF

L'analyse documentaire ainsi que les entrevues ont permis de dégager les principales caractéristiques des SSC en GMF. D'abord, il appert que les objectifs poursuivis par les SSC sont soit en lien avec la clientèle, la gestion ou avec le système de santé en général. Les objectifs liés à la clientèle étaient identifiés principalement pour : « assurer un suivi adéquat pour le client », « améliorer le dépistage » et « augmenter la compliance/fidélité/adhérence ». Les objectifs en

lien avec la gestion présentent le SSC comme une façon « d'uniformiser et de rendre multidisciplinaire la prise en charge de la clientèle ». Les problèmes du système de santé semblent aussi être à l'origine des objectifs des SSC. Par exemple, le SSC est vu comme une façon de « contrer le manque d'effectifs médicaux » et de « réduire les taux d'hospitalisation et de consultation à l'urgence ». Les SSC s'adressent à une clientèle spécifique. La clientèle visée par le SSC est généralement inscrite au GMF et porteuse d'une pathologie telle que le diabète, traversant une étape de vie comme l'enfance ou suivant un traitement pharmacologique, notamment l'anticoagulothérapie. Il est à noter qu'un seul des documents analysés mentionnait un critère d'exclusion, soit celui d'être confiné à domicile.

Au sein des SSC, le rôle des intervenants est précisé. La description des rôles de chaque intervenant permet de constater que l'infirmière est étroitement liée aux SSC en GMF, car son rôle est décrit dans tous les documents analysés. L'infirmière est présentée comme responsable de la coordination du SSC et de la communication entre les membres de l'équipe multidisciplinaire. Certaines phrases offrent un très bon éclairage sur le rôle d'évaluation joué par l'infirmière : « L'infirmière, en collaboration avec le médecin, effectue le dépistage de la clientèle visée par le SSC, elle évalue l'état de santé physique et mentale, dépiste les problèmes de santé physique, les complications, les effets secondaires et des problèmes psychosociaux. » L'infirmière est également présentée comme celle qui est responsable de dispenser l'enseignement et les soins requis par le plan thérapeutique. Les entrevues téléphoniques ont fourni plus de renseignements concernant les perceptions des infirmières par rapport à leur rôle dans le cadre des SSC. Elles ont dit qu'elles sont là pour accompagner et motiver leur clientèle, faire de l'enseignement et potentialiser les tâches de chacun. Questionnées au sujet de leur rôle en collaboration avec les médecins, les infirmières ont précisé qu'elles le voient comme étant complémentaire à celui des médecins plutôt que substitutif. « Une visite chez le médecin hier n'empêchera pas la nécessité d'une visite infirmière parce que nous on va le faire plus en profondeur. » (I-5) De plus, elles perçoivent leur rôle comme pouvant améliorer le travail de chacun. « Ça colle bien à notre rôle d'infirmière. Faire de l'enseignement, les médecins n'ont pas le temps. Il faut potentialiser les tâches de chacun. » (I-2) Selon les infirmières participantes, les SSC en GMF requièrent de la part des infirmières des connaissances, des compétences spécifiques et de l'expérience clinique.

Je ne peux pas me faire remplacer parce que pour travailler sur ce projet-là ça prend toutes sortes de compétences et de connaissances et ça prend du temps à les développer (...). À 20 ans je n'aurais pas été capable de mener ça de front. C'est l'expérience (...). J'écoute mon intuition, mon pif thérapeutique. (I-2)

La description des rôles met aussi en évidence l'importance du rôle du médecin. Le rôle du médecin en GMF est décrit dans 15 documents. D'une manière parallèle au rôle des infirmières, celui des médecins comporte plusieurs similitudes d'un document à l'autre. En résumé, le médecin est présenté comme jouant un rôle d'évaluation. Il est celui qui évalue l'état de santé de la clientèle. Il participe au dépistage des pathologies, évalue le niveau de risque de la clientèle et énonce le diagnostic. Il assure le suivi médical selon les objectifs cliniques visés. Il est en majorité responsable d'amorcer les traitements médicamenteux et il est fréquemment responsable de superviser l'ajustement du traitement. De plus, il offre un support médical à l'équipe multidisciplinaire et plus spécifiquement à l'infirmière en GMF. Lors des entrevues téléphoniques, des infirmières ont même précisé qu'une condition essentielle pour les SSC est d'avoir un tandem médecin/infirmière. « Le médecin me dit que c'est moi qui fais virer le SSC, mais on est toujours ensemble pour le travailler. Il faut un médecin qui croit à la cause de la modification des habitudes de vie. » (I-2) Elles décrivent même un changement au niveau de la perception des médecins. « Les médecins commencent à voir que ça a un impact. Avant les médecins ne savaient pas dans quoi ils s'embarquaient. Maintenant ils voient ce qu'on peut leur offrir. Les médecins sont fiers et satisfaits. » (I-7-B)

Il a été possible de constater que la référence du médecin vers l'infirmière se fait en utilisant un formulaire incluant des cases à cocher pour indiquer vers quel type de suivi il désire diriger le client. Cependant, il semble que les interactions entre les médecins et les infirmières demeurent plutôt informelles, même dans le cadre des SSC. « On fait surtout des contacts directs, c'est plus simple. Ça se fait facilement. » (I-15) Questionnées à ce sujet, les infirmières ont confirmé cette observation en disant :

Bof, on les appelle directement dans leur bureau. Si le médecin n'est pas là, et que ce n'est pas une urgence, je vais attendre, puis un moment donné je vais le prendre dans le corridor, ou bien il est dans son bureau en

train de faire des papiers, je vais aller y parler de ces cas. (I-9)

La description des rôles permet également de constater qu'une équipe multidisciplinaire est fréquemment impliquée dans le cadre des SSC en GMF. Par contre, en ce qui concerne le travail en équipe multidisciplinaire, les entrevues téléphoniques ont laissé voir qu'il est toujours en construction et fait partie des aspirations des GMF. « C'est pas mal l'infirmière qui a bâti les outils interdisciplinaires. Tout le concept d'interdisciplinarité, surtout dans les GMF c'est omniprésent, mais ça ne se fait pas du jour au lendemain (...). » (I-15)

Afin d'orchestrer les rôles de chaque professionnel, le SSC précise les actions attendues, de l'inscription du client jusqu'à la fin du suivi. Plusieurs appellations sont utilisées pour décrire cette section du SSC, telles que « cheminement clinique », « modalités de fonctionnement », « organigramme », « trajectoire » ou « algorithme décisionnel ». Malgré ces nombreuses dénominations, cette section contient essentiellement la même information et répond à la question : « Qui va faire quoi, quand? » Le cheminement débute généralement en spécifiant la façon d'inscrire le client au SSC. Il précise quel intervenant peut effectuer cette inscription et quel formulaire ou outil il faut utiliser. De plus, le cheminement détaille les actions à poser lors de la première rencontre et parfois combien de temps il peut s'écouler entre l'inscription et la première rencontre. À ce sujet, les documents des SSC analysés décrivent les rencontres de deux manières : les interventions y sont en majorité prédéterminées et en partie individualisées ou en majorité individualisées et en partie prédéterminées. Par exemple, dans le cadre des rencontres en majorité prédéterminées, l'ordre dans lequel les sujets d'enseignement sont abordés est déjà préétabli et légèrement modifié si les besoins des clients le nécessitent. En effet, 11 des documents analysés contenaient une feuille de type aide-mémoire qui précisait les interventions à poser dans le cadre de chacune de ces rencontres. À l'inverse, les rencontres en majorité individualisées et en partie prédéterminées présentent d'une manière globale toutes les interventions à effectuer dans le cadre du SSC et ce sont les infirmières qui, en partie, en déterminent la chronologie. À ce titre, 12 SSC proposaient tous les sujets et les paramètres à surveiller. L'infirmière devait alors décider de ce qu'elle aborderait avec le client selon ses besoins et elle l'indiquait ensuite afin d'en faire le suivi lors d'une prochaine rencontre. D'une manière similaire, les outils conçus pour faire le suivi de l'enseignement sont bâtis de deux manières. Huit

documents présentaient simplement les sujets qui devaient être abordés et l'infirmière devait apposer ses initiales lorsque l'enseignement était fait. D'autre part, au sein de 12 des documents, l'infirmière devait non seulement inscrire si l'enseignement était fait, mais surtout noter la compréhension du client. Elle inscrivait par la suite les résultats de cette évaluation en notant si l'objectif est atteint, à poursuivre, non atteint, abandonné ou non pertinent. L'analyse des documents et des entrevues téléphoniques n'a pas permis de déterminer à quel moment il faut mettre fin au SSC. Il semble que le suivi est plutôt perçu comme un continuum.

Il reste toujours un lien avec les infirmières du GMF. C'est comme un suivi long terme si on veut parce que je m'aperçois que les comportements de santé ça ne se change pas en six mois. Ça prend plus de temps puis ça prend de la motivation puis de la relance et du suivi. (I-15)

Quant à l'évaluation, un seul SSC analysé comportait une méthode permettant de mesurer son efficacité, soit par le biais d'un questionnaire de satisfaction de la clientèle. Lors des entrevues téléphoniques, il a donc été demandé aux infirmières d'indiquer sur quels critères, ou de quelles façons, il serait possible d'évaluer les SSC en GMF. Les infirmières ont souligné que les résultats sanguins, le changement des habitudes de vie, le degré de plaisir dans la vie, l'atteinte des objectifs fixés au départ par le client et le degré d'apprentissage pourraient être des critères à évaluer. Elles ont également ajouté que bien qu'elles ne puissent fournir de résultats formels, elles percevaient l'impact des SSC dans leur GMF, mais parfois pas autant qu'elles l'auraient souhaité.

Je vois les résultats dans mon bureau, mais je ne suis pas capable de te dire que j'ai tant de personnes qui ont amélioré leur tension artérielle par exemple. Même si je dirais que ça marche, je n'ai rien pour le prouver. Je n'ai rien à donner comme résultat sauf ce que je vois dans mon bureau. C'est emballant un projet comme ça parce que ça marche! Les gens sont mieux informés, ils sont plus conscients. Ils comprennent plus qu'est-ce qui se passe dans leur corps! Ils peuvent plus se prendre en main. Ils sont de plus en plus intéressés... Moi, je vois les clients, juste à avoir commencé à faire de l'exercice ils sont plus heureux! Ce qui est encourageant c'est que les patients commencent à s'en parler entre eux et certains nous demandent de s'inscrire au

SSC. Ils en parlent à leurs amis et les autres veulent participer. (I-2)

C'est efficace, mais pas autant qu'on voudrait. Changer les habitudes de vie c'est long... Mais au moins, même s'il n'y a pas de changement, les patients, ils sont plus rassurés. (I-7-B)

Les assises conceptuelles. L'analyse des documents et des entrevues a également été effectuée afin de déceler sur quelles assises conceptuelles les SSC en GMF sont construits. À ce sujet, il faut d'abord noter qu'un seul des documents analysés contient une définition du SSC pour leur GMF. Questionnées à ce sujet, les infirmières ont indiqué qu'elles n'avaient jamais reçu de formation spécifique concernant les SSC, et ce, indépendamment de leur niveau de scolarité. Elles ont ensuite décrit ce qu'une définition d'un SSC en GMF devrait inclure. Au sein de leurs réponses, des termes tels que « clientèle ciblée », « structure », « aide-mémoire », « objectifs », « prise en charge globale », « suivi individualisé », « enseignement » et « continuum », revenaient fréquemment.

Les infirmières ont ensuite présenté leurs perceptions concernant les assises sur lesquelles leurs SSC étaient basés. Quelques-unes ont d'abord mentionné directement des modèles conceptuels, tels que le modèle conceptuel infirmier de Moyra Allen (le modèle McGill), et plus fréquemment le modèle transthéorique de modification de comportements de santé de Prochaska et Diclemente (1982). De plus, sans être un modèle ou une théorie, elles ont également fait référence à la pratique basée sur les résultats, données ou savoirs probants (evidence-based practice). « Notre suivi est basé sur des recherches comme pour des données probantes. C'est ça c'est sur « evidences based ». On essaie toujours d'aller chercher ce qui est fait au niveau national et canadien. » (I-15)

Les influences peuvent être diverses en ce qui concerne les SSC en GMF. En effet, il a aussi été possible de constater l'influence d'acteurs inattendus, comme les compagnies pharmaceutiques. Une entrevue téléphonique a confirmé cet apport en indiquant que la collaboration des compagnies pharmaceutiques est un des facteurs qui aident le développement des SSC.

Également, les entrevues téléphoniques ont permis de constater qu'il existe une vision commune des soins, de la santé, de l'environnement et de la personne, qui influence l'élaboration et l'utilisation des SSC en GMF. Par exemple, une infirmière décrivant ce qu'est un SSC de qualité a mentionné plusieurs aspects de sa

vision du soin, c'est-à-dire l'importance « d'agir avec » la personne plutôt que de « faire pour » la personne. Elle a aussi mis en lumière sa considération pour l'environnement et la personne ainsi que sa préoccupation vis-à-vis de la famille.

Un SSC de qualité est adapté au patient. Il faut aller où il est rendu. Il faut qu'il soit adapté à leurs connaissances avec ce qu'ils savent et de ne pas avoir de résistance, aller avec ce qu'ils ont comme volonté et motivation, considérer qu'ils sont tous différents, l'offrir aux couples (rejoindre la cellule de la maison). C'est la voie d'avoir un suivi individualisé et c'est d'être disponible. (I-2)

Dans cette perspective, certaines infirmières insistent sur le caractère global de la personne et sur le fait que l'infirmière évalue les besoins d'aide de la personne tout en tenant compte des perceptions de cette dernière.

Il n'y a pas que les cibles quand on traite quelqu'un. C'est facile d'atteindre les cibles quand c'est seulement technique. C'est plus compliqué que ça. Si le patient ce n'est pas dans son projet de vie de changer des choses, il faut le considérer... Pourquoi doit-on lui parler de l'hypoglycémie si pour lui c'est les glucides qui sont plus importants dans son cas? Je vois ça comme un continuum. J'aime mieux arriver avec ce qu'il a besoin ici et maintenant! Il faut être compris par le client, y aller graduellement, c'est plus payant, c'est plus rentable. (I-2)

Les infirmières qui ont participé à cette recherche ont fourni une grande richesse d'information qui n'a pu être présentée de manière exhaustive dans le cadre de cet article. Pour plus de renseignements, il est possible d'avoir accès à l'étude au complet (Jean, 2008).

Discussion

Les résultats de cette étude ont d'abord permis d'exposer certaines des caractéristiques des SSC en GMF. Considérant ces attributs, il est intéressant de comparer les résultats de cette étude avec certaines lignes directrices dans ce domaine. Bien qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun standard spécifique aux SSC dans le contexte des GMF, les indicateurs développés par Geron et Chassler (1994), pour les SSC de longue durée, peuvent donner certaines balises similaires. À la lumière des neuf domaines de la pratique pour lesquels des indicateurs ont été développés, les

SSC en GMF sont conformes à sept d'entre eux. En effet, les SSC en GMF respectent les critères au niveau du domaine des droits et préférences des clients, de l'évaluation complète du plan de soins, de l'exécution, de la surveillance, de la réévaluation et de la fin du suivi. Cependant, comme les résultats démontrent qu'il y a peu ou pas d'évaluation de la qualité, de l'efficacité ou de l'efficience, les indicateurs développés pour les domaines de l'amélioration de la qualité et de l'utilisation efficiente des ressources ne semblent pas tout à fait correspondre à ce qui est fait actuellement en GMF. Il semble donc que les deux derniers domaines proposés par Geron et Chassler (1994) représentent des avenues où il serait possible d'améliorer les SSC utilisées en GMF.

Afin d'avoir un éclairage concernant les assises conceptuelles des SSC en GMF, il est d'abord nécessaire de les définir. Cependant, considérant qu'aucune définition globale des SSC ne peut couvrir l'ensemble des contextes dans lesquels les SSC sont utilisés (Taylor, 2004), il semble que les SSC en GMF nécessitent une définition qui leur soit propre. Ainsi, s'il est possible qu'une seule définition puisse représenter l'ensemble des SSC actuellement utilisés en GMF au Québec, les intervenants et les experts en la matière devront probablement la construire ensemble. En nous inspirant des définitions retrouvées dans les écrits, nous en proposons une qui vise à représenter la perspective spécifique des infirmières en GMF participant à cette recherche, ainsi que la documentation écrite analysée. Cette définition est préliminaire et nous souhaitons qu'elle soit commentée, discutée et validée par les experts dans ce domaine ainsi que par les autres intervenants dans le milieu des GMF.

Le suivi systématique de clientèles en GMF au Québec est un processus souple qui vise la prise en charge globale et individualisée d'une clientèle ciblée, sur un continuum de santé de services et de soins. Il prévoit l'évaluation systématique et standardisée des besoins du client et de sa famille. Il planifie et coordonne les interventions incluant l'enseignement et la réévaluation, selon des objectifs précis, établis en collaboration avec le client et sa famille et appuyés sur des pratiques basées sur les données probantes.

Les assises conceptuelles des SSC en GMF semblent être étroitement liées à l'évolution de la vision des soins, de la personne, de l'environnement et de la santé. D'abord, l'analyse des assises conceptuelles des SSC a permis de constater qu'elles sont orientées vers la personne. En effet, les infirmières participantes ont présenté

la personne comme un être global qui peut influencer son état de santé en tenant compte de l'environnement où elle se trouve. Cette vision de la personne se détache de la conception antérieure qui la présentait comme la somme de ses parties, qui sont indépendantes et qui pouvaient être traitées séparément. La vision actuelle présente la personne comme étant globale et l'infirmière tient compte de toutes ses dimensions (Kérouac, et al., 2003). Elle représente donc davantage une vision holistique de la personne (Sylvain, 2002). Par exemple, les infirmières tiennent compte du soutien familial comme pouvant influencer les comportements de santé. De plus, la perception des infirmières par rapport au rôle qu'elles ont à jouer est conforme à la vision contemporaine des soins et influence la façon de bâtir les SSC puisque nous en retrouvons des traces au sein des documents analysés. D'ailleurs, lors des entrevues les infirmières ont beaucoup insisté sur le fait que leur rôle consiste à « agir avec » la personne afin de répondre à ses besoins, plutôt que de « faire pour » la personne. Cette façon de concevoir leur rôle influence entre autres l'enseignement inclus dans le SSC. Plutôt que d'imposer le sujet qu'elles jugent nécessaire d'aborder avec le client, les infirmières incluent les objectifs et les préoccupations spécifiques de la personne avec qui elles travaillent. Cette façon de voir leur rôle correspond à l'évolution qu'il y a eu sur ce plan (Phaneuf, 2005b). Il a aussi été possible de constater que les infirmières tiennent compte, non seulement de la maladie, mais aussi de la santé. En effet, elles agissent et s'intéressent grandement à la promotion de la santé et aux comportements de santé de la personne. À ce titre, les SSC en GMF représentent un témoin silencieux de la vision contemporaine des infirmières qui travaillent en GMF.

Conclusion

En somme, cette recherche exploratoire de la perception des infirmières vis-à-vis des SSC utilisés en GMF a permis de dégager les attributs et les influences conceptuelles de ce qui se fait actuellement en GMF. En effet, suite à l'analyse des documents et des entrevues téléphoniques, il a été possible de constater que certaines caractéristiques sont communes à plusieurs des SSC en GMF. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que ces attributs concordent en presque totalité avec certaines lignes directrices dans le domaine des SSC. Afin d'améliorer les SSC en GMF, les domaines de l'amélioration de la qualité et de l'utilisation efficiente des ressources pourraient être davantage exploités. De plus, il semble que les assises conceptuelles des SSC en

GMF concordent avec la vision actuelle des infirmières concernant la santé, les soins, l'environnement et la personne. À ce titre, les SSC en GMF peuvent potentiellement être perçus comme des représentations de la vision des infirmières. Cette recherche représente l'amorce d'une réflexion concernant ce que contient et devrait contenir les SSC en GMF. Les avenues de recherche sont prometteuses et peuvent inscrire les SSC en GMF au Québec dans un processus d'amélioration continue qui pourra ultimement être bénéfique pour la santé de la population, ce qui demeure le centre de nos préoccupations.

Références

- Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale (2003). L'équipe de première ligne: une vision nouvelle, de nouvelles façons de faire. Actes de colloque. Montréal 19 et 20 septembre 2002.
- Geron, S., & Chassler, D. (1994). Guidelines for case management practice across the long term care continuum. Boston: Connecticut Community Care.
- Gouvernement du Québec (2000). Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Clair) Les solutions émergentes. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Guay, H. (2005, juin). Résultats préliminaires du suivi des GMF de la 1^{ère} vague: implantation et impact de la couverture nursing. Conférence présentée au Colloque Rentabilisez votre GMF par les suivis systématiques en interdisciplinarité. UQAR.
- Guba, E.-G., & Lincoln, Y.-S. (1989). Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage.
- Jean, E. (2008). *Les suivis systématiques de clientèles (SSC) en groupes de médecine de famille (GMF) selon la perspective des infirmières*. Essai de maîtrise, Université du Québec à Rimouski, Rimouski.
- Jean, E., & Sylvain, H. (2005, juin). Les suivis systématiques de clientèles en GMF. Conférence présentée au Colloque Rentabilisez votre GMF par les suivis systématiques en interdisciplinarité. UQAR.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. (2^e édition). Laval: Groupe Beauchemin.
- Kuhn, T. S. (1962). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). Groupe de médecine de famille: document synthèse: Direction générale des affaires médicales et universitaires.
- Paquette, D. (2005). L'étude des documents écrits par la méthode des traceurs. *Recherches Qualitatives, Hors Série(2)*, 61-69.
- Phaneuf, M. (2005a). La gestionnaire de suivi systématique des clientèles: rôles et qualités nécessaires Document consulté le 5 décembre, 2007, <http://www.infiressources.ca>
- Phaneuf, M. (2005b). Le suivi systématique des clientèles: pour des soins centrés sur la personne Document consulté le 5 décembre, 2007, <http://www.infiressources.ca>
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-287.
- Roy, D., & Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective Infirmière*, 2(1), 17-26.
- Scharlach, A.-E., Giunta, N., & Mills-Dick, K. (2001). Case management in long-term care integration: an overview of current programs and evaluations. Berkley: University of California.
- Sylvain, H. (2000). *L'alliance des perspectives et des expertises: Modèle d'intervention infirmière s'adressant aux femmes atteintes de fibromyalgie et à leur conjoint*. Thèse de doctorat inédite. Université de Montréal, Montréal.
- Sylvain, H. (2002). La vision holistique dans la pratique infirmière, une question de paradigme? *L'infirmière canadienne*, 3(1), 8-12.
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste: une méthodologie de recherche qualitative de choix en science infirmières. *L'infirmière Clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Taylor, T. J. (2004). Case management in long-term care integration programs: an analysis of the case management programs in Arizona, California, Minnesota, Texas and Wisconsin. Thèse de doctorat inédite. Touro University International, Touro.