

# Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions?

Danielle D'Amour

Université de Montréal

---

## Résumé :

*La Commission Clair propose la création de « Groupes de médecine de famille ». Le but recherché par cette proposition vise à permettre à chaque citoyen d'avoir accès à un médecin de famille. Cet article se veut le point de vue d'une infirmière sur la création des « Groupes de médecine de famille ». Nous analysons les répercussions possibles de la création de cette nouvelle entité en prenant comme points d'ancrage l'organisation des services infirmiers et la collaboration médecins/infirmières. Le projet proposé, qui constituerait la pierre d'assise des services de première ligne, apparaît un modèle essentiellement professionnel à dominance médicale plutôt qu'un projet interdisciplinaire centré sur la population et sur les besoins de la clientèle. Les clientèles vulnérables affichent, en première ligne, des besoins qui comportent, certes, un diagnostic et un traitement médical, mais exigent une approche de soins à la personne et à sa famille. Le danger est de créer une structure de première ligne parallèle à celle déjà existante, soit les CLSC, où se retrouve l'ensemble des professionnels de la santé. Nous nous questionnons plus spécifiquement sur le projet de collaboration avec les infirmières praticiennes ou cliniciennes. La Commission, loin de leur reconnaître un apport infirmier, les cantonne dans un rôle de soutien aux médecins. En dernier lieu, il semble essentiel de soulever la question du financement des services de première ligne, notamment des professionnels de la santé qui interviendront auprès des clientèles des médecins de famille. Il convient de rappeler que les médecins se situent dans une logique entrepreneuriale de pratique privée, ce qui soulève des questions sur la compatibilité des incitatifs financiers des médecins et des interventions de santé communautaire, sans compter le danger d'ouvrir la porte plus grande à une privatisation du système de santé.*

**Mots clés :** Groupes de médecine familiale, collaboration médecin/infirmière, organisation des soins de première ligne

---

## Introduction

La Commission Clair propose une réorganisation des services de première ligne dans le but d'« améliorer globalement la santé

et le bien-être des individus et de la population...» (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, CESSSS, 2000, p. 2). Les problèmes d'intégration et de coordination des services, particulièrement en première ligne, persistent depuis de nombreuses années et le rapport

de la Commission comporte des solutions « émergentes » à ces problèmes, solutions qui permettraient d'augmenter l'accessibilité mais aussi la qualité des services de santé offerts à la population.

Comme solutions évoquées, la Commission propose, entre autres, un nouveau cadre de collaboration, les « *Groupes de médecine de famille* » et un nouveau tandem de collaboration, soit la collaboration médecins de famille / infirmières praticiennes ou cliniciennes. La recommandation 4 de la Commission Clair suggère que le volet médical du réseau de première ligne soit assumé par des « *Groupes de médecine de famille* » avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes. Quelle forme prendra cette collaboration? Quel contour prendra la collaboration des médecins avec l'ensemble des 5000 infirmières de santé communautaire au Québec? Cette nouvelle structure permettra-t-elle l'émergence d'un projet de collaboration médecins de famille / infirmières au bénéfice de services plus accessibles à la population? Afin de jeter un regard sur cette recommandation, nous utilisons la double perspective de l'organisation des services médicaux et infirmiers de première ligne ainsi que des conditions essentielles pour une véritable collaboration médecins / infirmières.

## Organisation des services médicaux et infirmiers de première ligne

Nous constatons, à la lecture du rapport, que la Commission situe les services médicaux dans les « *Groupes de médecine de famille* » et les services sociaux dans les CLSC (CESSSS, 2000, pp. 43-44). Une telle orientation interpelle tous les professionnels de la santé, en particulier les infirmières, car cette scission vient remettre en cause les acquis du modèle interprofessionnel de soins. Cette orientation pourrait reproduire, en soins de première ligne, une hiérarchie interprofessionnelle semblable à celle du milieu hospitalier où les médecins conservent toujours leur position structurellement dominante et ceci, malgré l'avancement des connaissances qui définit un savoir propre aux professionnels,

savoir qui, en soins de première ligne, diffère largement du champ d'exercice des médecins (Freidson, 1970; Abbott, 1988; Lamothe, 1999). L'intervention interdisciplinaire constitue, spécialement en milieu communautaire, un modèle incontournable dans les situations complexes de soins et en faveur duquel il existe un large consensus, malgré ses difficultés de mise en œuvre (D'Amour, 1997).

La Commission recommande que les « *Groupes de médecine de famille* » soient formés de six à dix médecins qui travailleraient en collaboration avec deux ou trois infirmières cliniciennes ou praticiennes. Ces équipes seraient responsables d'une gamme de services auprès d'une tranche de population comprenant de 1000 à 1800 personnes par médecin préalablement inscrites de façon volontaire. De nouveaux modes de gestion de la santé sont proposés, entre autres, le suivi d'épisodes de soins chroniques ou aigus sous forme de suivi systématique de clientèle, tel le programme SIPA (*case management*). Un autre mode de suivi serait la gestion de « problèmes médicaux » (sic) comme le diabète, la maladie d'Alzheimer (*disease management*) et, enfin, les médecins exerceraient des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, puisque le paiement par capitation constitue théoriquement un incitatif à garder la population en santé. Donc, cette « prise en charge » des services à la population serait assumée par les médecins.

Les « problèmes médicaux » ci-haut mentionnés, que les infirmières qualifient de conditions de santé et de situations de soins, exigent un diagnostic et un traitement médical, mais nécessitent parallèlement une approche de soins à la personne et à sa famille, basée sur l'acquisition par la famille des habiletés à gérer cette situation et, sinon, à trouver des moyens pour remédier aux incapacités de la famille. Ces interventions en soins infirmiers sont assumées, depuis plusieurs années, par les infirmières de santé communautaire. La Commission prône-t-elle réellement que ces services soient dorénavant placés sous la responsabilité du médecin, de même que les activités de coordination et de suivi? Nous nous questionnons à savoir dans quelle mesure cette vision s'articule à la réalité des besoins de la clientèle et aux exigences d'efficience?

Le rapport Clair recommande la création d'une nouvelle structure mais explicite peu les liens avec les structures existantes, notamment les CLSC. La figure 1 tente d'illustrer, à partir des informations du rapport, ce que serait l'articulation entre les «*Groupes de médecine de famille*» et les services infirmiers. Des questions importantes en découlent, entre autres, quelle serait la nature des rapports entre les cinq mille infirmières en CLSC, qui assurent une grande partie des soins et services à la clientèle, et les médecins dans cette nouvelle structure? Les brèves indications émises dans le rapport laissent croire que la création de corridors de soins (*disease management*) et de suivi des clientèles (*case management*) à partir des «*Groupes de médecine de famille*» crée une structure parallèle aux CLSC dont relèvent les professionnels qui dispensent les services à ces clientèles.

### La médecine familiale

La pratique médicale qui sera exercée dans les «*Groupes de médecine de famille*» influencera la pratique de l'ensemble des professionnels de la santé et particulièrement celle des infirmières qui seront impliquées dans ces groupes. Or, quelle forme prendra la pratique de la médecine dans ces groupes? Ce nouveau contexte favorisera-t-il l'application des principes de base de l'approche communautaire, notamment l'approche familiale, la promotion de la santé et la continuité des soins aux patients et à leurs familles? Il deviendra essentiel que chaque groupe adopte une philosophie et des pratiques de soins qui s'harmonisent avec les principes sous-jacents à une telle pratique, ce qui représente un défi pour la dyade médecin/infirmière.

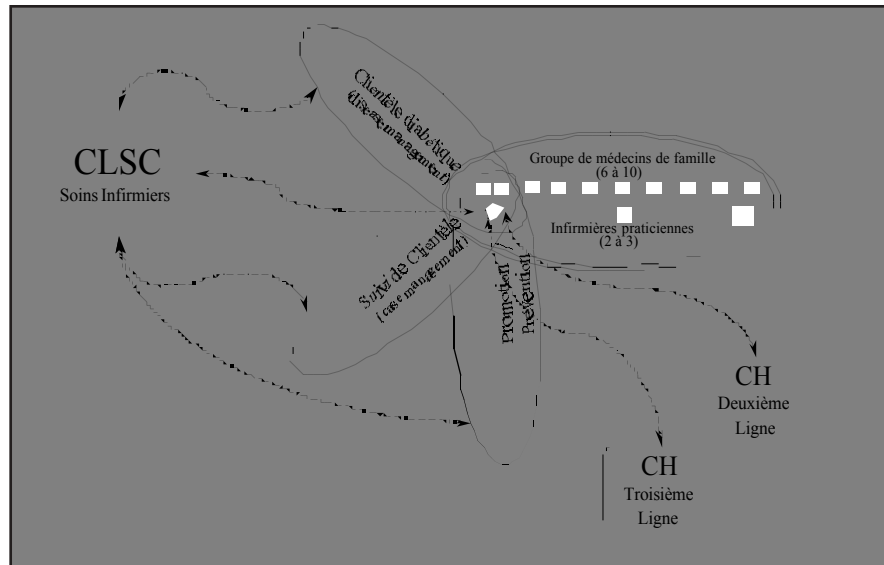


Figure 1: L'articulation des services de santé entre les «*Groupes de médecine de famille*» et les CLSC.

### L'infirmière clinicienne et l'infirmière praticienne

Avant d'aller plus loin, clarifions les termes d'infirmière clinicienne spécialiste et d'infirmière praticienne, termes utilisés indistinctement dans le rapport de la CESSSS. Or, ces deux types d'infirmières représentent deux modes distincts de la pratique infirmière avancée dont le but est de maximiser l'utilisation des compétences spécialisées et du savoir infirmier pour répondre aux besoins des clients (AIIC, 2000; Brown, 1888). C'est dans les années 1970 que le rôle d'infirmière clinicienne spécialiste a été introduit au Canada (AIIC, 1993) et depuis 1978, au Québec. Les infirmières cliniciennes spécialistes ont acquis une formation de niveau maîtrise et possèdent une spécialité dans un domaine de soins (ex.: soins à la mère et à l'enfant, soins à la personne ayant des troubles cognitifs, ...). En plus de détenir une spécialité, ces infirmières démontrent une capacité d'analyse des problèmes complexes de soins qu'elles considèrent à la lumière d'une variété de théories en sciences infirmières. Elles assurent des fonctions d'enseignement, d'élaboration de programmes, de consultation et s'efforcent d'intégrer les connaissances générées par la recherche à la pratique infirmière (Berger et al, 1996; AIIC, 1997; Hamric, 2000). Selon leur mandat, elles interviennent auprès des infirmières ou auprès de la clientèle.

La formation d'infirmière praticienne a été dispensée, dès les années 1970, par l'Université McMaster. Cette formation a pris fin à cause de l'opposition importante des médecins de l'époque (Spitzer, 1984). La formation d'infirmières praticiennes existe aux États-Unis depuis 1960 et cinquante états reconnaissent ce rôle (Hamric, 2000). On y retrouve deux courants, un premier courant où les infirmières praticiennes assument de nombreux actes médicaux, détiennent un pouvoir de prescription et leurs services sont remboursés par *Medicare* et *Medicaid* (Neale, 1999). Ces infirmières ne possèdent pas nécessairement une formation de niveau maîtrise mais en général un certificat après le baccalauréat. Il existe un autre courant où les infirmières praticiennes ont développé une pratique, non pas médicale, mais une pratique infirmière avancée. Les infirmières praticiennes de première ligne en Ontario hésitent entre ces deux courants (OIIO, 1995; Mitchell, Pinelli, Patterson, & Southwell, 1993). Actuellement au Canada, l'Alberta, l'Ontario, Terre-Neuve, le Manitoba et la Saskatchewan ont prévu des dispositions légales permettant la création et la reconnaissance d'une pratique autonome de l'infirmière praticienne de première ligne, non dépendante de la délégation d'actes (OIIQ, 2000).

Dans ce dernier courant, l'infirmière praticienne possède une formation de deuxième cycle donc de niveau maîtrise (AIIIC, 2000). Contrairement à l'infirmière clinicienne spécialiste, elle intervient essentiellement auprès de la clientèle et non comme consultante auprès des professionnels. Selon Mitchell (2001), l'infirmière praticienne poursuit différents objectifs auprès de la clientèle, soit: 1) l'acquisition par la clientèle des connaissances nécessaires pour gérer sa santé ou ses problèmes de santé; 2) l'acquisition par la clientèle d'habiletés à décrire et interpréter ses

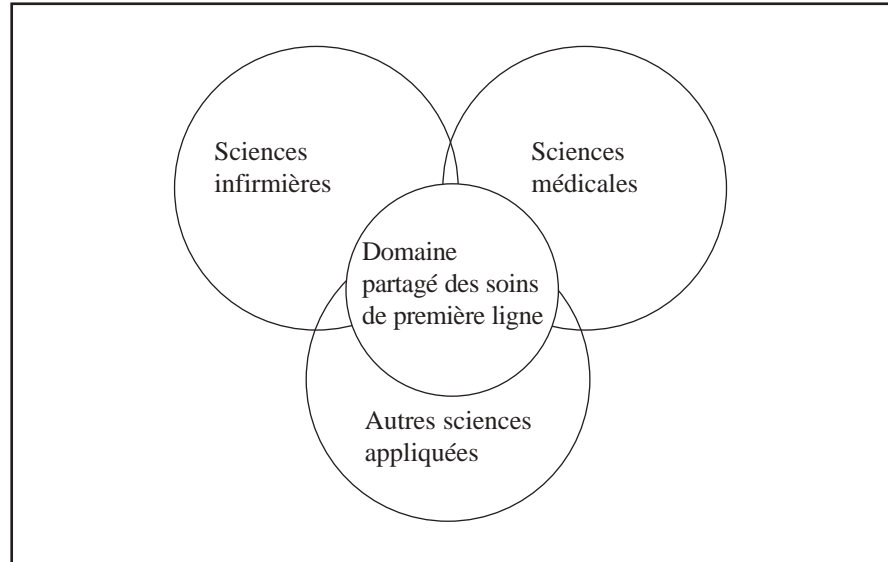


Figure 2: Le domaine partagé des soins de première ligne (Mitchell, 2001)

symptômes; 3) le développement d'habiletés par la clientèle de prise de décision et d'action reliées aux problèmes de santé; 4) le soutien au système de collaboration familiale et à la négociation des rôles et responsabilités de chacun. Pour ce faire, le travail de l'infirmière praticienne comporte deux ensembles de processus, soit un premier où elle évalue, juge, intervient et soutient la famille en regard de problèmes de santé et un autre relié à la coordination des services de santé. Il peut se produire que l'infirmière praticienne doive dépasser les frontières des soins infirmiers pour arriver à des aspects du diagnostic et du traitement médical, mais cette facette de son travail reste accessoire et rendue nécessaire afin de permettre une intervention plus globale. Mitchell (2001) propose un diagramme qui illustre bien le domaine partagé de collaboration entre l'infirmière et le médecin de famille.

En résumé, la recommandation 4 de la Commission Clair, pour remédier à des problèmes d'intégration des services en première ligne, propose la création d'une structure de première ligne parallèle à celle déjà existante. Ainsi, provoque-t-elle la division de l'équipe interprofessionnelle: les intervenants sociaux dans les CLSC et les médecins dans les «*Groupes de médecine de famille*». Les infirmières semblent absentes, à l'exception des quelques-unes qui travailleront dans les «*Groupes de médecine de famille*».

La Commission recommande la création d'un nouvel acteur l'infirmière praticienne, mais la cantonne au rôle de collaboratrice du médecin et ne la considère pas alors comme professionnelle à part entière.

## Conditions pour une collaboration médecins/infirmières

Les écrits fournissent plusieurs définitions de la collaboration. Elles se traduisent généralement par la notion de construction d'une action collective, c'est-à-dire que la collaboration se développe entre des individus qui s'unissent, à travers un processus de négociation, pour réaliser un but ou un projet commun (Strauss, 1992; Friedberg, 1993; Ring & Van de Ven, 1994). Certaines prémisses accompagnent cette définition, à savoir que les partenaires qui, pour différentes raisons, veulent construire une action collective ont des intérêts divergents, détiennent un pouvoir inégal et évoluent dans un contexte qui comporte de nombreuses contraintes réduisant leur marge de manœuvre. C'est à travers un processus de négociation que les partenaires parviennent à s'entendre et à construire la collaboration. Pour le moment, nous ne connaissons pas l'intérêt des partenaires à collaborer, leur pouvoir et les contraintes du contexte dans lequel ils évoluent?

Certaines conditions sont généralement reconnues comme essentielles pour qu'une véritable collaboration, entendons action collective, soit déployée: le fait de partager un projet commun; de se faire confiance et de se sentir partenaires; enfin, de formaliser les relations sous forme d'ententes négociées et consensuelles (D'Amour, Sicotte, & Lévy, 1999). Deux de ces conditions relèvent de l'informel. Nous le soulignons, car il ne faut pas sous-estimer cette facette de l'organisation des services de santé, à savoir que l'organisation des services de santé repose en grande partie sur la qualité des relations des individus, soit la volonté de travailler ensemble et la confiance qu'ils se portent (Beaudry, 1994). La formalisation est nécessaire mais insuffisante.

## Volonté de travailler ensemble

Comment les médecins conçoivent-ils la collaboration avec les infirmières praticiennes et avec les infirmières de CLSC dans le cadre des «*Groupes de médecine de famille?*» Est-ce pour partager des connaissances professionnelles, développer et implanter progressivement un projet de prise en charge d'une population selon une nouvelle approche où les deux partenaires ont leur contribution propre, ce qui nous conduirait à une utilisation optimale de l'expertise infirmière? Ou est-ce afin de disposer d'infirmières qui assumeront une certaine substitution d'actes délégués par les médecins, ce qui nous ramènerait à un modèle traditionnel de relations médecins/infirmières, tel que relevé par Jacob (2000): «Les groupes de médecins de famille pourront bénéficier d'infirmières fournies par le CLSC» (p.6). Cette perception de la recommandation de la Commission Clair laisse songeur sur la possibilité d'une véritable collaboration!

Pourquoi les infirmières voudraient-elles collaborer avec les médecins dans le cadre des «*Groupes de médecine de famille?*» Pour offrir à la population des services de première ligne de meilleure qualité et mieux intégrés en y assumant un rôle infirmier spécifique et autonome? Pour élargir et développer leur rôle dans le cadre de la première ligne? Ou pour travailler sous la responsabilité du médecin à exécuter des actes médicaux pour lesquels elles trouvent un certain prestige? Dans ce dernier cas, les infirmières doivent prendre conscience que les soins qu'elles dispensent contribuent aux soins médicaux et non aux soins infirmiers et qu'elles demeurent en position de soutien aux médecins.

Le rapport de la Commission Clair évoque l'infirmière comme collaboratrice des médecins de famille, dans un projet qui semble essentiellement médical: «...renforcer la notion de relation médecin-patient et de permettre, à terme, à toutes les personnes qui le désirent d'avoir un médecin de famille» (CESSSS, p. 52). Les infirmières peuvent-elles être de véritables collaboratrices dans un tel projet? Ne pourrait-il y avoir un projet interprofessionnel de première ligne? Ce que la Commission Clair semble oublier, c'est que les services infirmiers de première ligne ne se résument pas à quelques



infirmières praticiennes, dont la formation n'est d'ailleurs pas encore offerte au Québec, mais à un groupe important d'infirmières qui assurent les services à domicile, les services infirmiers courants, sans compter nombres d'autres interventions de promotion, de prévention et d'innovations dans le suivi des clientèles.

La Commission Clair utilise une terminologie qui ne réfère qu'aux services médicaux et aux services sociaux. Où sont passés les services infirmiers? Ils demeurent pourtant les services qui constituent le cœur du maintien à domicile et qui ont rendu possible le virage ambulatoire. La lecture du rapport nous laisse l'impression que les services infirmiers se situent quelque part entre les services médicaux et les services sociaux et entre les CLSC et les Groupes de médecine de famille, mais ils n'ont pas d'entité, ni de reconnaissance en soi. Ce n'est pas là une façon de « raviver la fierté » (CESSSS, 2000), en ce temps de pénurie infirmière.

#### Le pouvoir dans les relations interprofessionnelles

Une autre condition essentielle à la collaboration est l'existence d'un lien de confiance mutuelle entre les partenaires, un partage du pouvoir et un partage des responsabilités et ceci dans le respect mutuel et dans une relation égalitaire. Lokhart-Wood (2000) a conduit une méta-analyse sur la collaboration médecins / infirmières où le thème le plus significatif qui émerge est encore et toujours la relation de pouvoir médecin / infirmière. Plusieurs auteurs concluent que le déficit de pouvoir en faveur des médecins représente toujours l'élément qui cause le plus d'insatisfaction et de frustration chez les infirmières. Patronis-Jones (1994) montre que, pour 50% des médecins et des infirmières de son étude, les modes de relation relevaient principalement de la compétition, du compromis et de l'accommodation plutôt que de la confiance.

Certains auteurs ont tenté de dépasser les explications relatives au genre ou au statut social des deux professions (Neale, 1999). Leurs résultats montrent deux avenues pour rééquilibrer ce déficit de pouvoir entre les médecins et les infirmières, ceux-ci étant une formation académique supérieure et une pratique spécialisée dans un domaine infirmier. Or, les infirmières

de santé communautaire détiennent en majorité une formation universitaire de premier cycle. Elles ont développé une grande expertise dans le suivi des clientèles, les activités de promotion et de prévention; elles peuvent certainement aussi assumer l'imputabilité de leurs actes. La prudence est de rigueur dans le cadre de la création des « Groupes de médecine de famille », accentuer la relation de pouvoir pourrait plonger les médecins et les infirmières dans un climat de compétition et de conflits au détriment de la clientèle plutôt que de faciliter la collaboration (Katzman & Roberts, 1988).

Les études en CLSC montrent que, lors de la création des CLSC, les relations entre les professionnels étaient soit des relations de subordination au médecin, soit un certain parallélisme disciplinaire (Brunet et Vinet, 1978; Couture, 1978). L'étude de D'Amour (1997) sur la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne expose la complexité des relations de collaboration, mais ne révèle pas de relations de subordination au médecin.

#### Clarification des responsabilités

Une dernière condition de collaboration équivaut à la clarification des responsabilités de chacun à travers une certaine formalisation ainsi que l'existence d'ententes et de protocoles qui contiennent les résultats d'une négociation locale. Ces ententes de collaboration devraient définir la pratique singulière et la pratique conjointe du médecin et de l'infirmière praticienne, les responsabilités et les champs d'imputabilité de chacun, le médecin n'est pas imputable des interventions de l'infirmière et vice versa. L'entente devrait en outre prévoir un mécanisme légal de protection de l'infirmière praticienne.

## Incertitudes entourant la création des « *Groupes de médecine de famille* »

Plusieurs inconnus et incertitudes accompagnent la naissance de ces « *Groupes de médecine de famille* », notamment les lois professionnelles sur le partage des responsabilités dans le domaine de la santé. Le système professionnel actuel favorise le maintien d'une relation de subordination des autres professionnels aux médecins, relation peu propice à la collaboration et qui peut même être contre-productive (Abbott, 1988). La révision des lois professionnelles modifiera les juridictions et les responsabilités professionnelles (Groupe de travail ministériel sur la révision des lois professionnelles), modifications qui devront être intégrées dans le cadre des « *Groupes de médecine de famille* » et dont on ne connaît pas la portée éventuelle.

Un autre élément d'incertitude concerne le type d'infirmières qui fera partie des « *Groupes de médecine de famille* » et leur rattachement administratif. La Commission utilise indistinctement les termes infirmières cliniciennes et infirmières praticiennes. Cela signifie-t-il que ces deux types d'infirmières pourront faire partie des « *Groupes de médecine de famille* », alors qu'elles peuvent remplir des fonctions fort différentes? En regard de leur formation et de leur expertise, ces infirmières ne devraient pas principalement agir comme agent de liaison entre les « *Groupes de médecine de famille* » et les CLSC. Le rattachement administratif de ces infirmières pose aussi question. Seront-elles les employées des « *Groupes de médecine de famille* » ou relèveront-elles des CLSC? Une relation d'employées les placeraient de facto dans une relation de subordination et non dans une relation égalitaire comme partenaire d'un projet commun. Aucun véritable projet de collaboration menant à un projet interprofessionnel ne saurait voir le jour et exister dans ces conditions.

Un autre point d'interrogation concerne les liens entre les médecins des « *Groupes de médecine de famille* » et les cinq mille infirmières de CLSC dont une majorité assure le suivi des personnes à domicile. Comment nous convaincre que cette

nouvelle structure débouche sur une amélioration de la continuité des soins, alors que les deux types de professionnels les plus impliqués se retrouveront dans deux établissements de santé? Est-ce un transfert virtuel des infirmières vers les « *Groupes de médecine de famille* »? Si oui, nous retournons au modèle traditionnel: les médecins et les infirmières d'un côté et les services sociaux de l'autre. Les CLSC ont justement été créés, il y a vingt ans, pour intégrer l'équipe interprofessionnelle. Plusieurs milieux canadiens et internationaux considèrent la structure des CLSC comme un modèle d'intégration des services interprofessionnels.

Un dernier élément d'incertitude réside dans le mode de financement des médecins qui recevraient une rémunération mixte (capitation, vacation, à l'acte). Ces modes de rémunération seront-ils compatibles avec la prise en charge des clientèles vulnérables? Quel sera le lien financier entre les CLSC qui regroupent la très grande majorité des professionnels de la santé (sauf les médecins) et les médecins des « *Groupes de médecine de famille* »? Leur logique entrepreneuriale est-elle conciliable avec la continuité et la coordination des soins particulièrement des clientèles vulnérables? Les CLSC se transformeraient-ils en sous-traitants des « *Groupes de médecine de famille* »? Les incitations financières concédées aux médecins risquent-elles de ne pas être compatibles avec les objectifs de santé poursuivis par les infirmières qui, elles, restent payées à salaire? Il n'y a qu'un pas à franchir pour imaginer de nombreuses sources de conflits sur les interventions à poser. De plus, si les assises du système de santé deviennent privatisées, cela donne prise à la privatisation de tout le système.

## Conclusion

Les défis demeurent considérables pour le système de santé, notamment l'intégration des services entre les différents établissements et le financement des services de santé. La proposition 4 de la Commission Clair paraît louable puisqu'elle vise à ce que chaque Québécois ait accès à un médecin de famille. La proposition crée, par contre, une nouvelle structure parallèle à celle

existante, mais basée sur un modèle professionnel à dominance médicale plutôt que sur un modèle interdisciplinaire centré sur la population et sur les besoins de la clientèle. La pratique médicale privée de ces trente dernières années, bien que disposant des leviers financiers et organisationnels nécessaires, est loin d'avoir fait la preuve du bien-fondé de cette option. De plus, nous y reconnaissons peu l'apport des autres professionnels de la santé, entre autres, des infirmières qui ont, jusqu'à maintenant, joué un rôle prépondérant en première ligne. La spécificité de leur contribution n'y est pas reconnue. Cette proposition renforce l'image stéréotypée de l'infirmière et ne contribue pas à la revalorisation du rôle de l'infirmière qui possède un savoir propre. Nous nous éloignons du modèle interprofessionnel visant à garantir l'amélioration, l'accessibilité et la coordination

des soins à la population. Les conditions sous-jacentes à la collaboration interprofessionnelle sont peu présentes dans cette proposition. Il faut plutôt chercher à développer des conditions propices aux relations de partenariat pour enrichir les pratiques.

Le rôle d'infirmière praticienne, qui est en développement, pourrait constituer un apport important dans l'intervention à la population, mais, pour ce faire, il ne doit pas se limiter à un rôle d'agent de liaison. Au contraire, le système de santé se doit d'utiliser l'expertise infirmière nécessaire à une intervention de première ligne. Ce rôle ne doit pas être vu comme la capture d'une juridiction médicale par les infirmières, mais plutôt comme une autre façon d'intervenir, selon les besoins de la population. □



## Références

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (1993). *Énoncé de politique: Infirmière clinicienne spécialisée*. Ottawa: AIIC.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (1997). *La pratique infirmière de niveau avancé au premier plan*. Ottawa: AIIC.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2000). *La pratique infirmière avancée: Cadre national*. Ottawa: AIIC.
- Beaudry, B. (1994). De la confiance dans la relation d'emploi ou de sous-traitance. *Sociologie du travail*, 36 (1), 43-61.
- Berger, A.M., Eilers, J.G., Patrin, L., Rolf-Fixley, M., Pfeifer, B., Rogge, J.A., Wheeler, L.M., Bergston, N.I., & Heck, C.S. (1996). Advanced practice roles for nurses in tomorrow's healthcare systems. *Clinical Nurse Specialist*, 10 (5), 250-255.
- Brown, S.J. (1998). A framework for advanced practice nursing. *Journal of Professional Nursing*, 14 (3), 157-164.
- Brunet, M., & Vinet, A. (1978). *Les équipes multidisciplinaires dans les CLSC: 1973-1976*. Rapport de recherche, Québec: Université Laval.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les solutions émergentes: rapport et recommandations*. Québec: MSSS.
- Couture, D. (1978). La division du travail en CLSC. *Recherches sociographiques*, 19, 271-280.
- D'Amour, D, Sicotte C, & Lévy R. (1999). L'action collective au sein des équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et Santé*, 17 (3), 67-94.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance*. New York: Atherton Press.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle: Dynamiques de l'action organisée*. Paris: Éditions du Seuil.
- Hamric, A.B. (2000). *Advanced nursing practice: an integrative approach*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Jacob, R. (2000). *Analyse préliminaire. Les solutions émergentes: rapport et recommandations CESSSS*. Québec: INSP. Document non publié.
- Katzman, E..M., & Roberts, J.I. (1988). Nurse-physician conflicts as barriers to the enactment of nursing roles. *Western Journal of Nursing Research*, 10 (5), 576-590.
- Lamothe, L. (1999). La reconfiguration des hôpitaux: un défi d'ordre professionnel. *Ruptures*, 6 (2), 132-148.
- Lockhart-Wood, K. (2000). Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. *British Journal of Nursing*, 9 (5), 276-280.
- Mitchell, A., Pinelli, J., Patterson, C., & Southwell, D. (1993). *Utilization of nurse practitioners in Ontario*. Toronto: Quality of nursing worlfe research unit: University of Toronto-McMaster University.
- Mitchell, G.J. (2001). Self-care deficit nursing theory and the nurse practitioner's practice in primary care settings. *Nursing Science Quaterly*, 14 (1), 29-33.
- Neale, J. (1999). Nurse practitioners and physicians: a collaborative practice. *Clinical Nurse Specialist*, 13 (5), 252-258.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2000). *Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux*. Montréal: OIIQ.
- Patronis Jones, R.A. (1994). Nurse-physician collaboration: a descriptive study. *Holistic Nurse Practitioner*, 8 (3), 38-53
- Ring, P.S., & Van de Ven, A. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Review*, 19 (1), 90-118.
- Spitzer, W. (1984). The nurse practitioner revisited: Slow death of a good idea. *New England Journal of Medicine*, 310 (16), 1049-1051.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par Isabelle Bazinger. Paris: Éditions de L'Harmattan.

## Abstract

*The Clair Commission proposes the creation of Family Medicine Groups. The goal pursued by this proposition is to give each citizen access to a family physician. This article reflects a nurse's point of view on the creation of such groups. We analyze the possible consequences of the creation of this new entity, taking as a focus the organization of nursing services and the physician/nurse collaboration. The proposed project, which will be the foundation stone of primary care services, seems to be essentially a professional model of medical dominance rather than an interdisciplinary project centered on the population's and clientele's needs. Vulnerable clients in primary care present with problems that obviously lend themselves to medical diagnosis and treatment but also require a care approach to the person and to the family. The risk entailed is to create a primary care structure parallel to the currently existing one, that is CLSC, where are found a great diversity of health professionals. Our questioning concerns more specifically the collaboration project with nurse practitioners or clinical nurse specialists. The Commission does not recognize their specific nursing contribution but only a support role to physicians. Finally, the issue concerning the financing of primary care services must be raised, namely for health professionals involved in the care of family physician's clients. It is worth nothing that physicians are placed in a context of entrepreneurial logic in private practice, which raises questions concerning the compatibility of physicians' financial incentives and community health interventions, not to mention the risk of opening the door more widely to privatization of the health care system.*

## Remerciements

L'auteure remercie les collègues qui ont participé aux discussions entourant cet article et qui ont révisé le texte: Fabie Duhamel, inf., Ph.D., Sylvie Cossette, inf., Ph.D. et Jacinthe Pépin, inf., Ph.D.

## Biographie

**Danielle D'Amour** est professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est chercheuse au GRIS et directrice du Centre FERASI (Formation et expertise en recherche appliquée à l'administration des services infirmiers), consortium entre les universités de Montréal, Laval et McGill. Ses intérêts de recherche portent sur l'organisation des services de santé et sur la régulation des pratiques professionnelles.