

Arnaud Duhoux
Annie Rioux-Dubois
Marie-Eve Poitras
Marion Lazarovici
Émilie Dufour



LIVRE BLANC SUR LES INNOVATIONS INFIRMIÈRES EN PREMIÈRE LIGNE

COMMENT SOUTENIR LA CONTRIBUTION
INFIRMIÈRE PAR DES INNOVATIONS CLINIQUES ET
ORGANISATIONNELLES RÉPONDANT AUX
BESOINS POPULATIONNELS AU QUÉBEC?

Faculté des sciences infirmières

Université 
de Montréal et du monde.

UQO
UNIVERSITÉ
DU QUÉBEC
EN OUTAOUAIS

UDS Université de
Sherbrooke



PÔLE DE RECHERCHE SUR LES
TRANSFORMATIONS DES PRATIQUES
CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval

Québec 

AUTEURS

Arnaud Duhoux, PhD, Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal; Chercheur régulier et Directeur scientifique, Pôle de recherche sur les transformations des pratiques cliniques et organisationnelles, CISSS de Laval; Chercheur régulier, Centre de recherche Charles-Le Moyne (CRCLM)

Annie Rioux-Dubois, Inf. prat. spéc. en première ligne (IPSPL) et inf. prat. en soins de santé primaires de l'Ontario (IP en SSP), PhD, Professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Marie-Ève Poitras, Inf., PhD, Professeure adjointe, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke; Chercheure au Centre de recherche du CHUS (CRCHUS); titulaire Chaire de recherche CRMUS sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires

Marion Lazarovici, Inf. clin., Étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Émilie Dufour, Inf., PhD, Stagiaire postdoctorale, Département de médecine familiale, Université Dalhousie

ÉDITION ET MISE EN PAGE

Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CISSS de Laval

DIFFUSION

CISSS de Laval <https://www.lavalensante.com/>

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, 2023

Il est permis de reproduire à des fins purement informatives et non commerciales tout extrait du présent document pourvu qu'aucune modification n'y soit apportée et que le nom de l'auteur original et de la source soient clairement indiqués. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation préalable du CISSS de Laval. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitsdauteur.cissslav@ssss.gouv.qc.ca.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN-978-2-550-94495-9 (version PDF)

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement :

- La Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche du CISSS de Laval pour la participation à l'organisation de la journée;
- Les étudiantes au doctorat et à la maîtrise qui ont aidé à l'organisation et l'animation des ateliers : Jolianne Bolduc, Hélène Frégeau, Andrée-Ann Rivard, Marie-Josée Emond, Anaëlle Morin, Manon Blécourt, Marion Lazarovici, Émilie Dufour;
- Toutes les personnes qui ont présenté des innovations;
- Les personnes ayant participé à cette journée et en particulier aux ateliers, provenant de divers horizons;
- L'Université de Montréal qui a contribué financièrement (par une subvention de mobilisation des connaissances).

L'engagement et l'intérêt de chacun d'entre vous a permis de faire de cette journée un succès.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Le présent rapport fait état des résultats issus d'une journée de mobilisation des connaissances présentant des innovations infirmières en soins et services de première ligne. Ces innovations qui sont basées sur des modèles de soins interprofessionnels, offrent un espace central aux infirmières et leur permettent d'exercer selon leur plein champ d'exercice, méritent d'être mieux connues, reconnues et déployées à travers le Québec. C'est en ce sens que cette journée de mobilisation des connaissances a été tenue, le 9 mai 2022, au campus de l'Université de Montréal à Laval. Elle a permis de rassembler plus de 80 acteurs-clés du milieu de la santé et des services sociaux du Québec, tels que des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), des infirmières cliniciennes, des gestionnaires, des chercheurs et des décideurs, afin de les mobiliser et d'enrichir leurs connaissances concernant les innovations infirmières cliniques et organisationnelles en première ligne. La journée, construite selon l'approche de démarche appréciative, était organisée en deux parties. La première partie de la journée a été consacrée à la présentation de neuf innovations infirmières. La seconde partie a regroupé les participants en tables intersectorielles où ils ont pu partager leurs connaissances et leurs expériences au regard des innovations infirmières existantes, mais également les barrières ou les facteurs facilitants leur plein déploiement et leur pérennisation.

À la lumière de l'analyse des présentations et des échanges de la journée, et afin de soutenir la mise en place de telles innovations infirmières dans l'optique de répondre aux enjeux actuels en première ligne pour la population au Québec, nous proposons 4 grandes orientations :

Orientation 1 : Implanter des stratégies pour atteindre l'étendue de pratique optimale des infirmières en première ligne;

Orientation 2 : Développer des modes de financement et favoriser les modèles d'organisation des soins et des services sociaux qui soutiennent l'innovation infirmière en première ligne;

Orientation 3 : Développer une gouvernance collaborative, démocratique et ouverte à l'innovation dans les services de première ligne;

Orientation 4 : Créer des partenariats avec le milieu de la recherche et les institutions d'enseignement.

La prochaine étape, selon la démarche appréciative utilisée, sera maintenant d'opérationnaliser les actions qui découlent de ces orientations. Le plan ministériel de refonte du système de santé québécois prévoit de créer des opportunités pour développer des modèles de soins innovants. Cependant, il est essentiel que ce plan puisse être mis en œuvre par l'ensemble des acteurs concernés et que des pistes d'actions concrètes soient proposées au sein des milieux de soins. Au vu de la motivation et de l'ambition des participants à cette journée, nous sommes confiants que le système de santé se dirigera dans la bonne direction. Cette journée a su démontrer la mobilisation et l'engagement de plusieurs acteurs-clés du milieu de la santé et des services sociaux qui contribueront à déployer des stratégies innovantes en première ligne au bénéfice de la population québécoise.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations	5
Avant-propos	6
Méthodologie	8
Partie 1 - Résumés des présentations	11
Clinique SPOT : Santé pour tous! Le rôle infirmier élargi au service des personnes en situation de marginalisation et de désaffiliation dans la ville de Québec	11
Le book humanitaire, clinique mobile	13
Projet Archimède : Un changement de paradigme	15
Implantation d'une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès des personnes réfugiées	17
Clinique spécialisée en soins de plaie en GMF-U	20
Innovation infirmière : Pratique en allaitement maternel	22
Intervention de gestion de cas pour les personnes ayant des besoins de santé complexes en GMF : Facteurs facilitants et barrières à son implantation	24
Projet clinique des IPS Azur : Une innovation du CISSS de la Montérégie-Centre	26
SABSA : Quand l'innovation émerge de la base	28
Partie 2 - Résultats des ateliers	30
Facteurs facilitants et barrières aux innovations infirmières en première ligne - Éléments discutés lors des ateliers	30
Grandes orientations découlant de la démarche appréciative	33
Conclusion	39
Références	40

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CRDS	Centre de répartition de services en spécialité
DMÉ	Dossier médical électronique
ESPI	Équipe de soins primaires intégrés
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
ICP	Infirmière clinicienne de proximité
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
IUPLSSS	Institut Universitaire de première ligne en santé et services sociaux
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RDV	Rendez-vous
RLS	Réseau local de Services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SABSA	Services à bas seuil d'accessibilité
TS	Travailleur social
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VR	Véhicule récréatif

AVANT-PROPOS

Alors que les soins de première ligne sont considérés comme la base de tout système de santé (Starfield et al., 2005) et que de nombreuses stratégies ont été proposées pour en améliorer l'accessibilité (Breton et al., 2023 CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, 2023; MSSS, 2021), plusieurs défis perdurent (Diouf, 2022; Statistique Canada, 2022; Marshall et al., 2021; MSSS, 2023). Le vieillissement populationnel, l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques, le contexte per et post pandémique ainsi que la pénurie de professionnels de la santé impliquent de redéfinir les modèles de prestation de soins en première ligne.

La prestation de soins de première ligne requiert la mobilisation de professionnels qualifiés devant, à la fois, rallier des approches novatrices permettant de combler une diversité de besoins populationnels et des écarts dans la prestation de soins et de services, d'alléger le fardeau économique d'un système limité (en termes de ressources) et d'en améliorer l'efficacité. La contribution optimale des professionnels infirmiers est une solution prometteuse et unique pour stimuler l'innovation clinique et organisationnelle et pour poser les fondements de nouveaux modèles de prestation de soins en première ligne (Contandriopoulos et al., 2018; Wranik et al., 2019; Sørensen et al., 2018).

Des études démontrent que les structures de soins permettant aux professionnels infirmiers d'occuper un espace central en première ligne et d'exploiter leur plein champ d'exercice ont des effets positifs sur l'expérience de soins (Duhoux et al., 2022; Côté et al. 2022) et la santé des patients et sur l'efficacité des services (Horrocks et al., 2002; Heale et Butcher, 2010; Swan et al., 2015). Or, le contexte québécois légiférant la pratique des infirmières cliniciennes et praticiennes spécialisées (ex. : soins pour les patients ayant un trouble de santé mentale, prise en charge au nom d'un médecin (Éditeur officiel du Québec, 2020; Duhoux et al., 2020)) et le cadre de gouvernance des cliniques médicales en soins primaires limitent l'implantation de telles structures. Afin de répondre à des besoins populationnels grandissants, qui se reflètent entre autres par l'augmentation significative du nombre de patients sur les listes des guichets d'accès, plusieurs initiatives de « cliniques infirmières » ont vu le jour ces dernières années au Québec.

Ces innovations, qui suivent des modèles de soins interprofessionnels vouant un espace central au rôle infirmier, méritent d'être reconnues et déployées à travers le Québec pour répondre aux enjeux actuels associés aux soins de première ligne. En effet, l'adoption récente de la Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé (L.Q. 2020, c. 6), qui permet notamment aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de diagnostiquer des maladies et de déterminer des traitements médicaux sans la supervision d'un médecin, la nouvelle entente de services pour les groupes de médecine de famille (GMF) (Nord, 2021) et le récent plan ministériel de refondation du système de santé québécois (Gouvernement du Québec, 2022b) créent des opportunités pour développer des modèles de soins innovants, différents des GMF actuels, qui placent les infirmières au cœur de la trajectoire de soins.

Afin de poser un premier jalon en ce sens, nous avons jugé pertinent de réunir ceux et celles qui ont développé des innovations infirmières en première ligne au Québec afin de mettre en valeur

leurs initiatives et d'en tirer des apprentissages. Nous avons donc organisé une journée d'échanges et de mobilisation des connaissances qui s'est tenue le 9 mai 2022 au campus de l'Université de Montréal à Laval. Cet évènement visait à mettre en valeur et à tirer des apprentissages des différentes initiatives par l'entremise de partages, de discussions et d'échanges entourant les innovations infirmières cliniques et organisationnelles en soins de première ligne. Il a permis de réunir différents acteurs-clés du milieu de la santé et des services sociaux québécois. En effet, plus de 80 personnes, dont des infirmières cliniciennes, des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL), des gestionnaires, des patients partenaires, des représentants du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), des acteurs du réseau de la santé et des décideurs tels que des représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), des professeurs et chercheurs travaillant sur des thématiques entourant les soins de première ligne, et d'autres représentants des universités (doyenne et vice-doyenne) se sont réunis afin d'échanger sur les facteurs facilitants, les barrières, les retombées et de coconstruire des stratégies à mettre en place pour le développement d'innovations infirmières en première ligne. Les objectifs de la journée étaient de :

1. Réunir différents acteurs sectoriels pour partager leurs connaissances et expériences sur les innovations infirmières cliniques et organisationnelles en première ligne et les barrières et facteurs facilitants à leur implantation;
2. Identifier les retombées et les stratégies visant l'implantation d'innovations infirmières en première ligne ainsi que les orientations à privilégier pour le futur.

Le format de ce Livre blanc suit celui de la journée d'échange. Dans la première partie, les points saillants de chacune des neuf innovations cliniques et organisationnelles sont présentés sous les thématiques de : a) la genèse de l'innovation et du fonctionnement, b) des facteurs facilitants à l'implantation et à la pérennisation, c) des barrières à l'implantation et à la pérennisation, et, lorsqu'applicable, d) des projets de recherche associés. En deuxième partie, les résultats des ateliers intersectoriels menés en après-midi sont présentés. Ils mettent en avant-plan les segments de « découverte », de « rêve » de « décision » et de « déploiement » de la démarche appréciative (Cooperrider et Srivastva, 1987), et font ressortir des constats principaux et collectifs au regard des innovations infirmières cliniques et organisationnelles. Ces constats, et plus particulièrement les facteurs facilitants et les barrières, portent sur l'organisation des services, les ressources humaines et matérielles, l'environnement de travail, ou les aspects politiques, cliniques, financiers ou législatifs.

MÉTHODOLOGIE

L'ensemble de la journée d'échanges et de mobilisation des connaissances a été construite en s'inspirant de la démarche appréciative de Cooperrider et Srivastva (1987). Elle s'inscrit dans une approche socioconstructiviste qui suggère que les organisations sont créées, maintenues et transformées par le dialogue et que l'innovation en organisation serait donc limitée par l'imagination des personnes. La démarche appréciative est innovante et constructive, et se distingue par le fait qu'elle s'appuie sur les forces et les réussites. Elle est un catalyseur pour initier et favoriser le changement auprès d'acteurs et au sein des organisations, et pour optimiser l'innovation. Comme illustré dans le schéma ci-dessous, à laquelle certains ajoutent une étape dédiée à définir ce qui guidera la démarche collective, la démarche appréciative se réalise en suivant le cycle des 4D : Découverte (*discovery*), Demain (*dream*), Décision (*design*) et Déployer (*deliver*) :



Source : Pagny (2019)

C'est dans cette optique que la première partie de la journée de mobilisation des connaissances a été consacrée à la présentation de neuf innovations infirmières qui ont su mettre en avant le segment « Découverte » (la seconde étape) de la démarche.

Les présentations ont été réparties selon trois blocs. Un premier bloc de présentations était consacré aux innovations infirmières axées sur les besoins particuliers non répondus par le modèle GMF :

1. La clinique SPOT
2. Le Book humanitaire
3. L'intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès des personnes réfugiées

Un deuxième bloc de trois présentations s'intéressait aux innovations infirmières mises en place au sein des structures de GMF et GMF universitaire (GMF-U) existantes, correspondant davantage à des initiatives inspirées de « l'intrapreneuriat » :

1. La clinique spécialisée en soins de plaies en GMF-U
2. L'innovation infirmière concernant la pratique en allaitement maternel
3. L'intervention de gestion de cas pour les personnes ayant des besoins de santé complexes en GMF

Enfin, le troisième bloc présenté en début d'après-midi s'intéressait aux innovations infirmières qui ont joué un rôle au niveau des modèles organisationnels. Les modèles présentés sont davantage axés sur un changement structurel des modèles de soins actuels :

1. La clinique Archimède
2. Le projet de clinique IPS-Azur
3. La coopérative de solidarité SABSA

Une équipe composée généralement d'au moins deux présentateurs occupant différentes fonctions (ex. : infirmière clinicienne et gestionnaire, IPS et gestionnaire ou encore IPS et chercheur) ont présenté leur innovation en abordant les différents éléments (de manière non exhaustive) :

1. La genèse de l'innovation : les besoins à l'origine de la mise en place de l'innovation
2. Le développement de l'innovation, incluant les barrières et les facteurs facilitants à l'implantation ainsi que la contribution infirmière
3. La pérennisation de l'innovation : les défis et les opportunités futurs.

Chaque bloc de présentations était suivi d'une période de questions et d'échanges de connaissances.

La deuxième partie de la journée, a, quant à elle, permis d'explorer les segments de « découverte », de « rêve », de « décision » et de « déploiement » de la démarche appréciative en regroupant les participants en quatre tables intersectorielles d'une dizaine de personnes. Pendant deux périodes de 45 minutes, les participants ont partagé leurs connaissances et leurs expériences au regard des innovations infirmières existantes ainsi que des barrières ou des facteurs facilitant leur plein déploiement selon différentes thématiques préalablement déterminées quant aux aspects suivants :

- organisationnel;
- ressources humaines et matérielles;
- environnement de travail;
- politique;
- clinique;
- financier;
- législatif;
- formation et des compétences;
- partenaires.

Un animateur de table était responsable d'orienter les discussions selon un guide d'animation préétabli tandis qu'un secrétaire de table désigné s'occupait de la prise de notes.

La première période de discussion en atelier a correspondu à la phase « découverte » de la démarche méthodologique proposée. Elle a débuté par une activité brise-glace de présentation des participants présents à chaque table intersectorielle (nom, organisation et titre d'emploi). Les discussions se sont ensuite penchées sur les forces des organisations/groupes représentés ainsi que sur l'identification de leur expérience « la plus positive » des innovations infirmières. Par la suite, les participants ont abordé les barrières limitant l'implantation de ces innovations.

La seconde période de discussion en atelier a correspondu aux phases « rêve », « décision » et « déploiement » de la démarche appréciative. Lors de cette période, les participants se sont d'abord concentrés sur la perception des retombées attendues suite au déploiement des innovations en tenant compte du contexte sociopolitique actuel. L'animateur de table a ensuite orienté les échanges autour des stratégies à mettre en place pour implanter ou permettre ces innovations. Il a également questionné les participants sur le rôle qu'ils pouvaient jouer en tant qu'infirmière, gestionnaire, représentant du MSSS ou tout autre partenaire clé dans l'implantation d'innovations. Enfin, l'animateur a amené les participants à se projeter quelque peu dans le futur en leur demandant de discuter des stratégies à mettre en place pour implanter ces innovations.

Puisque la démarche appréciative s'éloigne des approches traditionnelles d'examen des écarts, des lacunes et des difficultés, les discussions en ateliers de travail intersectoriels ont plutôt été orientées de manière à ce que les échanges s'appuient sur les éléments rassembleurs, dans un mode de résolution et de coconstruction. Une attention particulière a été portée aux situations « souhaitées et désirées » ainsi que sur le « déploiement » de ces situations. Cette façon de faire a permis de tendre vers des perspectives créatrices qui accélèrent l'identification de stratégies coconstruites et qui stimulent l'innovation en soins infirmiers de première ligne.

Une analyse thématique sommaire du contenu des présentations et des discussions en ateliers a permis de dégager des résultats saillants au regard des retombées attendues et des stratégies proposées par les acteurs-clés pour implanter ou permettre les innovations infirmières. De cette analyse découle l'identification de grandes orientations à prioriser pour soutenir le déploiement de nouveaux modèles de prestations de soins de première ligne qui répondent au Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé (Gouvernement du Québec, 2022a).

PARTIE 1 - RÉSUMÉS DES PRÉSENTATIONS

CLINIQUE SPOT : SANTÉ POUR TOUS! LE RÔLE INFIRMIER ÉLARGI AU SERVICE DES PERSONNES EN SITUATION DE MARGINALISATION ET DE DÉSAFFILIATION DANS LA VILLE DE QUÉBEC

Marie-Pier Landry, coordonnatrice, Clinique SPOT
Marie-Laure Paradis, infirmière
Evelyne Lavergne, IPSPL



Genèse de l'innovation et son fonctionnement

Fondée en 2014 en réponse aux barrières à l'accès au système de santé et des services sociaux du Québec, la clinique SPOT est une clinique communautaire de santé et d'enseignement, située dans la ville de Québec, dont la double mission est :

1. d'améliorer l'état de santé des personnes en situation de marginalisation et de désaffiliation, largement stigmatisées, par une offre de soins et de services diversifiée, et;
2. de former une relève professionnelle sensibilisée aux enjeux sociaux et aux besoins de la clientèle desservie par la clinique.

Outre son partenariat avec près d'une dizaine d'organismes communautaires, la clinique SPOT offre une diversité de soins et de services à la clientèle qu'elle dessert. Cette clinique est constituée d'une équipe interdisciplinaire composée d'infirmières, de psychologues, de physiothérapeutes, de dentistes, mais aussi de vétérinaires, pour les animaux de compagnie des usagers qui fréquentent la clinique, de massothérapeutes ainsi que plusieurs pairs aidants.

Bien que relevant du CIUSSS de la Capitale-Nationale au niveau administratif, les infirmières adoptent la philosophie de l'organisme à but non lucratif (OBNL) SPOT quant à la pratique. Elles sont au cœur de l'offre de soins et de services et travaillent en collégialité avec les autres professionnels impliqués. Les autres employés ne relèvent pas du CIUSSS de la Capitale-Nationale et dépendent de sources de financement philanthropiques. La clinique SPOT compte également sur la présence d'une trentaine de bénévoles (ex. médecins, dentistes), de 25 à 30 stagiaires par année, pour la plupart de futurs professionnels de la santé, ainsi que de cinq à six pairs aidants qui s'occupent de l'accueil des usagers aux différents points de service. Le fonctionnement de cet OBNL est basé sur un modèle de gouvernance démocratique qui suit un mode de gestion participatif et horizontal et met en relation les savoirs expérientiels, théoriques et pratiques.

Le modèle de soin est basé sur le plein déploiement du rôle de l'infirmière clinicienne. En effet, afin de rejoindre la population visée par leur mandat, les infirmières cliniciennes qui travaillent chez SPOT prodiguent leurs soins directement dans les organismes communautaires. Elles s'occupent de l'évaluation systémique de la personne, assurent la coordination des soins de la personne et jouent un rôle prépondérant pour optimiser la collaboration interprofessionnelle. Les soins qu'elles prodiguent sont notamment offerts selon une approche de réduction des méfaits et

en fonction des besoins du moment de la personne soignée. L'infirmière possède un rôle élargi et elle exerce selon la pleine étendue de sa pratique professionnelle. Une IPSPL travaille à temps partiel à la clinique SPOT et elle complète l'équipe interdisciplinaire, tout en venant soutenir le rôle de l'infirmière clinicienne. Elle offre, en outre, des soins aux personnes marginalisées, détermine leurs traitements et assure les suivis de grossesse pour les femmes vulnérables non couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Facteurs facilitants à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- La clinique SPOT est un incubateur à projet;
- La gouvernance démocratique offre une structure souple, malléable et adaptative;
- L'équipe mobile et interdisciplinaire offre des soins de proximité;
- La forte collaboration interprofessionnelle;
- La pleine étendue de la pratique professionnelle infirmière;
- Le développement du projet « ricochet » (projet qui vise à prendre soin de ceux et celles qui prennent soin des autres en offrant des soins et des services de santé aux travailleurs du milieu communautaire dans toute la Capitale-Nationale);
- Les solides partenariats avec le milieu communautaire;
- L'absence de critère d'exclusion des usagers;
- L'espace pour innover;
- La créativité et la réactivité de l'ensemble de l'équipe.

Barrières à l'implantation et à la pérennisation

- La surcharge provenant du réseau de la santé et des services sociaux (dans les deux dernières années, augmentation du référencement du réseau vers SPOT);
- La précarité du milieu communautaire, combinée à la complexification des besoins en santé, à l'augmentation des inégalités sociales et de santé et au vieillissement de la population, accentue la demande de services;
- Les problématiques de plus en plus complexes chez les patients qui nécessiteraient un suivi en médecine interne;
- L'état de vulnérabilité des patients qui ne permet pas toujours leur réaffiliation au système usuel de soins (ex. : instabilité résidentielle, faible niveau de littératie en santé);
- L'impact de la vulnérabilité socio-économique sur la santé des personnes (les personnes déjà vulnérables sont « sur vulnérabilisées »);
- Les enjeux sociopolitiques pour les personnes non couvertes par la RAMQ, notamment pour les femmes enceintes qui nécessitent une prise en charge précoce;
- La fréquence des comorbidités en santé mentale en plus de troubles de santé physique chez les patients (provoque quelques enjeux pour les IPSPL qui, selon les lois actuelles, ont besoin de recourir à un médecin partenaire pour les troubles en santé mentale, alors que celui-ci n'est pas toujours disponible);
- La charge mentale et émotive des employés de la clinique pour qui la conciliation travail-vie personnelle reste difficile.

LE BOOK HUMANITAIRE, CLINIQUE MOBILE

Rachel Lapierre, inf., présidente fondatrice
Myriam Laroche, IPSPL



Genèse de l'innovation et son fonctionnement

Le book humanitaire est un organisme communautaire basé à Saint-Jérôme dans les Laurentides. Cet organisme a vu le jour grâce à un mouvement communautaire né d'un besoin de mettre en relation des personnes en situation de vulnérabilité (ex. personnes en situation d'itinérance, personnes immigrantes, réfugiées ou sans-papiers) avec des personnes souhaitant apporter leur aide et leur soutien. Cet organisme est mené par une infirmière qui, après avoir réalisé plusieurs missions humanitaires en Inde, a décidé de créer son propre organisme communautaire au Québec. Initialement, l'organisme composé de plusieurs bénévoles (médecins, infirmières, une IPS et une travailleuse sociale) s'attelaient à offrir des repas aux personnes en situation précaire à travers les Laurentides. Puis progressivement, la clientèle et la mission se sont élargies.

C'est ainsi que le projet VR a été mis sur pied en 2021. Concrètement, il s'agit de l'achat d'un véhicule récréatif (VR) transformé en clinique médicale mobile afin d'offrir des soins aux personnes rencontrant des difficultés d'accès aux soins à travers les Laurentides. La clientèle rejointe par la clinique mobile est diversifiée : personnes en situation d'itinérance, personnes présentant des troubles de la consommation, méfiantes à l'égard du système de santé, personnes limitées par des barrières administratives (absence de carte RAMQ) ou des barrières physiques (centres hospitaliers éloignés). Les raisons de consultation les plus fréquentes concernent les soins de plaies, le traitement de diverses infections et de blessures, la médication ou simplement les conseils et l'écoute.

Facteurs facilitants à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- Le partenariat existant avec une dizaine d'organismes communautaires régionaux qui permet de créer un réseau de soutien pour la clientèle;
- L'expertise de l'infirmière et de l'IPS (pratique avancée IPSPL, enseignement, collaboration);
- La connaissance de la clientèle;
- La continuité des soins qui facilite la réintégration sociale, contribue à diminuer les situations conflictuelles à l'urgence, prévient les complications de santé éventuelles et encourage le réseautage entre les différents organismes communautaires;
- Le développement de corridors de services avec le système de santé et de services sociaux du Québec dans la région des Laurentides;
- La liaison avec les travailleurs de rue et la police qui permet de diminuer les situations conflictuelles à l'urgence, notamment;
- La contribution au contrôle des infections d'un point de vue communautaire;
- Les visites mensuelles aux ressources communautaires (premier triage fait directement dans la ressource et suivi efficace conjoint avec travailleur de rue et infirmière);
- La mise à profit de l'expertise infirmière (prise en charge holistique, enseignement, temps accordé aux usagers);

- La mobilité des services (la clinique mobile permet d'offrir des soins de proximité à des populations vulnérables en collaboration avec les services d'urgences (911));
- L'obtention de subventions permettrait de passer d'une équipe de bénévoles à une équipe de professionnels.

Barrières à l'implantation et à la pérennisation

- La structure organisationnelle de la clinique, non formellement intégrée aux ressources en place, que ce soit dans la mise en œuvre de protocoles, dans la création de corridors de service ou dans la mise en place des dossiers électroniques pour faciliter le suivi de la clientèle;
- La structure bénévole de l'organisme (actuellement, l'équipe est composée de médecins, d'infirmières, d'une infirmière praticienne spécialisée et d'une travailleuse sociale, œuvrant tous comme bénévoles);
- Le financement basé sur des dons financiers et de matériels médicaux privés;
- Les dossiers médicaux en format papier (la transition vers les dossiers électroniques sera envisagée à plus ou moins court terme suivant l'octroi de ressources par le CISSS des Laurentides);
- Le manque de flexibilité dans les horaires (l'IPSPL travaille dans le privé pour pouvoir donner du temps bénévole au book humanitaire);
- La complexité des besoins en santé et augmentation de la vulnérabilité des personnes soignées;
- Les limitations légales des IPSPL face aux patients atteints de troubles de santé mentale;
- Le partenariat avec le CISSS des Laurentides, qui tend cependant à être bonifié.

PROJET ARCHIMÈDE : UN CHANGEMENT DE PARADIGME

Christine Laliberté, M.Sc. DESS, IPSPL, Chargée de projet Archimède

Nancy Côté, Ph.D., Professeure agrégée, Département de sociologie, Université Laval;
Chercheure-boursière FRQS et chercheure à Vitam – Centre de recherche en santé durable

Emmanuelle Jean, Ph.D. Consortium Interrégional de Savoirs en Santé et Services sociaux INTERS4

Genèse de l'innovation et son fonctionnement

L'idée du projet a germé en 2014, lors du congrès annuel de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) au cours duquel le ministre de la santé abordait la problématique de l'accessibilité au système de santé et de services sociaux du Québec. C'est dans l'optique de mieux répondre aux besoins de la clientèle fréquentant le territoire de la Basse-Ville de Québec, composée d'utilisateurs aux besoins en santé de plus en plus complexes et diversifiés (vieillesse, conditions socioéconomiques défavorables, difficulté d'accès aux soins de santé de première ligne), que le projet Archimède a été développé et présenté en commission parlementaire en 2015.

Le modèle Archimède, bien qu'implanté dans un cadre GMF, s'appuie sur l'idée d'une pyramide inversée dans laquelle une équipe interprofessionnelle diversifiée gravite autour d'infirmières, qui se retrouvent alors au cœur de la prestation de services (OIIQ, 2017).

L'organisation des soins et des services repose sur deux principales trajectoires :

1. Sans rendez-vous (RDV) : l'utilisateur y rencontre une IPSPL (75 à 90 % du temps) qui effectue la consultation en dyade avec une infirmière clinicienne ou un médecin. L'infirmière clinicienne utilise pleinement son étendue de pratique et réfère l'utilisateur à une IPSPL pour les besoins plus complexes. Au besoin, l'utilisateur peut être référé à un autre membre de l'équipe interprofessionnelle dans le but de répondre à l'ensemble des besoins en soins requis par sa condition de santé;
2. Avec rendez-vous selon les besoins de l'utilisateur : l'évaluation est alors réalisée par l'infirmière clinicienne qui réfère au bon professionnel pour une visite. Lorsqu'un suivi est nécessaire, celui-ci peut être occasionnel (accès adapté), temporaire ou permanent.

Facteurs facilitants à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- Le modèle de pyramide inversée permet d'utiliser l'expertise de chaque professionnel au maximum de ses compétences. Il permet :
 - L'accès au bon professionnel, au moment opportun et en fonction des besoins exprimés par la clientèle;
 - Le référencement possible de l'utilisateur par et pour l'ensemble des professionnels sans passer par un médecin;
 - La pleine occupation du champ d'exercices de tous les professionnels;
 - La considération et l'intégration de l'expertise des utilisateurs à travers la mise en place de comités participatifs;

- La sensibilisation des usagers pour une utilisation optimale de la prise de rendez-vous;
- La pratique collaborative adaptée à la complexité des besoins bio-psycho-sociaux des usagers, allant de simples rencontres informelles à des rencontres d'équipe interdisciplinaire hebdomadaires.
- **Autres facteurs facilitants :**
 - Le développement des compétences en équipe pour assurer une collaboration optimale;
 - La redéfinition des rôles afin que chaque professionnel puisse pratiquer jusqu'à la pleine étendue de sa pratique;
 - La réelle collaboration interprofessionnelle;
 - L'expérience patient positive (taux de satisfaction des usagers élevé, facilité d'accès à la clinique, rapidité des consultations, écoute des agentes administratives);
 - La prise en charge globale des besoins des usagers;
 - La confiance des usagers envers les IPSPL;
 - Les formations en équipes;
 - Les suivis conjoints des dossiers;
 - La création d'un comité tactique au sein de l'équipe incluant les agentes administratives.

Barrières à l'implantation et à la pérennisation

- Le manque de ressources professionnelles;
- La pandémie de COVID-19 qui a contribué au départ de plusieurs membres de l'équipe;
- Le cadre GMF qui nécessite d'assurer une couverture de 68 heures;
- La charge de travail;
- La pertinence du modèle qui doit être démontrée sur le plan économique en comparant ce dernier à un modèle de consultation médicale « traditionnel ».

IMPLANTATION D'UNE INTERVENTION DE SOINS INFIRMIERS DE PROXIMITÉ INNOVANTE AUPRÈS DES PERSONNES RÉFUGIÉES

Lara Maillet, Ph.D., Professeure, École nationale d'administration publique

Johanne Déry, Ph.D., Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Stéphanie Charest, IPSPL, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Aurette Jouego, MAP, École Nationale d'administration publique

Julie Laflamme, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Christiane Labrie, MD, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Sabina Abou-Malham, Ph.D., Professeure, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

France Desjardins, Institut Universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS)

Genèse de l'innovation et son fonctionnement

L'innovation, mise en place en 2019, est issue d'une réflexion commune entre les usagers, les intervenants, les cliniciens, les décideurs et les chercheuses en réponse au manque de coordination, d'intégration et de continuité entre les différents acteurs impliqués auprès des personnes réfugiées. Elle a été intégrée aux interventions déjà existantes dans deux quartiers défavorisés de Sherbrooke afin d'identifier ce qui pouvait améliorer l'accès au système de santé pour la clientèle du territoire et, plus particulièrement, les personnes réfugiées. L'objectif était d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins de santé et des services pour la population concernée dans une perspective de trajectoire intégrée.

Une infirmière clinicienne de proximité (ICP) a été introduite dans les milieux ciblés pour permettre l'accessibilité aux soins de la population de ces deux territoires. La trajectoire de soins comprend l'évaluation de la personne par l'ICP qui prend en charge elle-même la personne, la réfère aux autres services du CIUSSS, ou encore à l'IPS de la clinique des réfugiés si la personne possède ce statut et a besoin d'accéder aux services de santé.

L'ICP intervient en promotion et prévention, elle coordonne les soins et réalise des activités d'enseignement. Elle agit comme infirmière pivot pour référer la clientèle qu'elle côtoie vers la clinique de réfugiés, les centres hospitaliers ou les organismes communautaires selon les besoins identifiés, et se fait référer une clientèle par ces mêmes acteurs. À la clinique des réfugiés, les premiers rendez-vous sont adressés à l'ICP et aux travailleurs sociaux (TS). Le médecin intervient généralement à partir de la 3^e consultation tandis que l'IPS reçoit un nombre marginal de consultations (3^e ou 4^e RDV). Il est à noter que l'IPS a été introduite à l'équipe plus tardivement et uniquement pour les personnes réfugiées.

Facteurs facilitants à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- Le projet de recherche associée à l'implantation de l'innovation (financement obtenu via la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ));
- L'accès aux soins facilité pour les usagers;
- La prise en charge améliorée des besoins en santé mentale;

- La complémentarité des rôles professionnels grâce à la présence de l'ICP;
- La réponse réelle à une variété de besoins grâce à la triade ICP, IPSPL et TS;
- L'optimisation des rôles, prise en charge des cas complexes par le médecin.

Barrières à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- La présence de l'IPSPL seulement une demi-journée par semaine;
- La difficulté à maintenir les mécanismes de coordination entre les différents acteurs du milieu;
- La méfiance des usagers vis-à-vis du système de santé et de services sociaux dans son ensemble.

Projet de recherche associé et résultats

Le projet de recherche consiste en une recherche évaluative visant à examiner l'étendue de pratique optimale de l'infirmière clinicienne de proximité dans un contexte multidisciplinaire afin de répondre aux besoins de personnes vulnérables, dont des personnes réfugiées.

Méthodologie : Devis de recherche mixte basé sur des entrevues auprès des gestionnaires, professionnels et usagers des services impliqués dans l'intervention ainsi que sur les bases de données clinico-administratives (iCLSC). Des masques de saisie, adaptés à l'objectif d'observer l'étendue de la pratique optimale de l'ensemble des professionnels concernés, ont également été remplis par l'ICP, l'IPSPL et les médecins de la clinique de réfugiés.

Résultats préliminaires : 416 masques de saisie ont été complétés entre octobre 2019 et avril 2022 et l'analyse porte sur 358 de ceux-ci. Les données clinico-administratives provenant d'iCLSC ont été compilées sur la base des interventions reçues par les personnes réfugiées qui ont fréquenté la clinique des réfugiés de 2012 à novembre 2021 (au jour de la présentation du 9 mai).

1. Profil des participants : l'âge médian est de 34 ans, 80 % parlent une autre langue que l'anglais ou le français et, dans 74 % des cas, ils ont eu recours à un interprète. De plus, 56,2 % sont sans emploi, 98 % n'ont pas de médecin de famille et 53,7 % sont des femmes réfugiées (les pays d'origine principaux sont la Colombie, l'Afghanistan, la Syrie et la RDC).
2. Raisons de consultation de l'ICP : problème de santé physique, santé sexuelle et reproductive, suivis de grossesse, la santé mentale et l'aide pour faire le pont avec les services de santé. L'IPSPL s'occupe principalement de la santé physique et de faire le pont avec d'autres services de santé. Les médecins s'occupent principalement des problèmes de santé physique et des troubles de santé mentale.

Les interventions réalisées par les différents professionnels de la santé sont les suivantes (% des consultations qui incluent cette activité) :

- L'ICP s'occupe de l'évaluation et de la planification des soins (76,1 %), des soins physiques (80,6 %), de la communication et de la coordination des soins (52,3 %) ainsi que des interventions en enseignement, en promotion et en prévention (57,4 %);
- L'IPSPL réalise principalement l'évaluation de la condition physique de la personne (97,1 %). Elle s'occupe des prescriptions (73,5 %), réalise de la prévention et de la

promotion de la santé (29,4 %), effectue des diagnostics des maladies (47,1 %) et pratique également des techniques invasives (18,2 %);

- Les médecins, quant à eux, évaluent la condition physique (96,3 %), préparent des prescriptions (78,6 %), évaluent la condition mentale (35,7 %) et posent des diagnostics (28,6 %).

La provenance des références vers l'ICP est variée : clinique des réfugiés, organismes communautaires, clinique de pédiatrie sociale, usagers du Quartier et le CIUSSS, mais surtout, elle provient des interventions de quartier. Le lieu de la référence est principalement la clinique des réfugiés. Lorsque les interventions sont en dehors de son champ d'expertise, l'ICP réfère les patients principalement vers l'IPSPL, puis au médecin de la clinique des réfugiés.

CLINIQUE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PLAIE EN GMF-U

Annie Lavoie, infirmière clinicienne

Julie Desrosiers, Chef de service, GMF Universitaire du Marigot, CISSS de Laval

Genèse de l'innovation et son fonctionnement

L'innovation est née d'une collaboration entre un médecin et une infirmière clinicienne du GMF-U du Marigot, tous deux passionnés par les soins de plaies et faisant état de lacunes liées au manque de ressources dans ce domaine de spécialité en première ligne. En effet, la plupart des ressources spécialisées en soins de plaies (stomathérapeute) travaillent en milieu hospitalier. Quant aux patients, beaucoup sont sans médecin de famille et ils se voient dans l'obligation de consulter à l'urgence ou aux cliniques sans rendez-vous pour obtenir un diagnostic et un plan de traitement en lien avec une plaie. Par ailleurs, le vieillissement de la population apporte son lot de maladies chroniques qui entraînent davantage de risques de développer des plaies. Enfin, une des priorités ministérielles régionales est d'offrir une meilleure gestion des maladies chroniques. Cette innovation visait à :

1. Donner accès à la population à des services en soins de plaie et leur assurer un continuum dans l'offre de soins de plaie;
2. Exposer les stagiaires, les résidents en médecine de famille et les infirmières à des plaies complexes;
3. Soutenir les professionnels de la santé en partageant les connaissances et en leur offrant du soutien;
4. Gérer de manière plus efficiente les coûts reliés aux soins de plaies complexes.

La clinique est connue du réseau, notamment grâce à l'animation d'ateliers et de conférences proposées par le comité en soins de plaie du CISSS de Laval. Un partenariat inter équipe a été créé à travers l'établissement de santé de même qu'un partenariat avec le privé, notamment des podiatres, des infirmières en soins de pied et des prothésistes.

L'équipe est composée de deux médecins et de deux infirmières cliniciennes qui ont une expertise leur permettant d'agir comme référents pour plusieurs intervenants. Cette expertise assure un soutien en première ligne et évite le transfert des patients vers la 2e ligne.

Facteurs facilitants à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- L'appui de l'Université de Montréal, en tant que GMF Universitaire, pour développer la pratique en soins de plaie chez les étudiants et stagiaires du milieu de la santé;
- Le soutien de la direction du GMF-U pour libérer du personnel à la mise en place de la clinique de soins de plaie;
- La position favorable des médecins du GMF-U quant à l'utilisation maximale du champ de pratique des infirmières cliniciennes;
- Le milieu qui permet le développement de la pleine étendue de pratique infirmière;
- La complémentarité des rôles que permet la dyade infirmière/médecin;
- La collaboration interprofessionnelle réelle (ex. : le médecin pose un diagnostic et se tourne vers l'infirmière clinicienne pour le plan de traitement);

- La création de liens avec les services privés, notamment avec les podologues et orthésistes;
- La préparation adéquate de la relève de l'équipe;
- Les incitatifs à l'utilisation de la prescription infirmière afin que davantage d'infirmières l'utilisent.

Barrières à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- Le manque de connaissances en soins de plaie dans la formation universitaire de base, contribuant à la moindre attractivité de cette spécialité;
- Les difficultés de communication et de collaboration avec les spécialistes des plaies œuvrant en milieux hospitaliers;
- Le coût et la disponibilité des produits (une partie de la clientèle est en situation de pauvreté et plusieurs produits ne sont pas remboursés par l'assurance publique);
- La libération des professionnels de leurs autres fonctions usuelles pour vaquer aux activités de cette clinique;
- L'ouverture limitée de la clinique (la clinique fonctionne sur la base d'une demi-journée chaque une à deux semaines, ce qui réduit le nombre de consultations et ne permet pas toujours de répondre à la demande);
- Le besoin d'intégrer d'autres professionnels dans les soins de plaies;
- La formation continue du personnel à prévoir.

INNOVATION INFIRMIÈRE : PRATIQUE EN ALLAITEMENT MATERNEL

Annie-Pier Crevier, infirmière clinicienne

Julie Desrosiers, Chef de service, GMF Universitaire du Marigot, CISSS de Laval

Genèse de l'innovation et son fonctionnement

Étant donné les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui préconisent l'allaitement maternel de manière exclusive pour les six premiers mois de vie et étant donné le manque de formation des professionnels de la santé en lien avec l'allaitement, il est difficile d'offrir du support et des outils adéquats pour aider les mères qui désirent allaiter. L'idée est ainsi venue de la part d'une ancienne gestionnaire de former les infirmières en allaitement afin qu'elles puissent mieux outiller les futures mères. En effet, la clientèle du GMF-U est constituée en partie de mères issues de l'immigration qui ont peu de réseau de soutien. Le congé de l'hôpital est rapide et le suivi à domicile avec l'infirmière du Centre local de services communautaires (CLSC) est éphémère. C'est finalement une infirmière clinicienne qui a pris en charge la clinique d'allaitement au sein du GMF-U du Marigot.

Concrètement, les usagères de la clinique sont des patientes dont le suivi de grossesse se fait auprès d'un médecin du GMF-U, qui les réfère par la suite à l'infirmière clinicienne en allaitement. La prise en charge est globale et le travail en équipe permet d'assurer une fluidité dans le suivi des patientes. L'ensemble de l'équipe travaille de manière coordonnée pour offrir les services de la clinique d'allaitement si requis : les médecins qui assurent les suivis de grossesse et post grossesse, les infirmières auxiliaires qui favorisent l'allaitement lors des séances de vaccination.

Facteurs facilitants à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- Le plein déploiement de l'expertise infirmière, facilitée par la position favorable des médecins du GMF-U;
- La relation de confiance entre les médecins et l'infirmière clinicienne responsable de la clinique d'allaitement;
- L'intégration des médecins résidents à l'équipe de professionnels qui suivent une formation en allaitement développée par l'infirmière clinicienne;
- Le travail en équipe avec les médecins et la proximité des locaux qui permet de répondre aux besoins des patientes en temps opportun;
- La présence de l'infirmière clinicienne sur un comité régional en allaitement maternel (ce comité, qui intègre plusieurs ressources communautaires de Laval, travaille de concert avec la clinique d'allaitement du GMF-U ce qui permet d'avoir une vision régionale commune en lien avec les meilleures pratiques recommandées en allaitement maternel);
- Les services de clinique d'allaitement sont proposés au GMF-U dès la première visite du suivi de grossesse, ce qui permet de pallier à la difficulté des nouvelles mères de prendre rendez-vous à la clinique en post partum;
- L'augmentation du nombre de personnes formées en allaitement, que ce soit à l'hôpital, en GMF ou dans les organismes communautaires;

- Les infirmières sont encouragées à suivre les formations de base en allaitement disponibles via le MSSS afin qu'elles puissent s'impliquer de manière optimale dans le soutien à l'allaitement.

Barrières à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- La longue et coûteuse formation nécessaire pour obtenir le titre de consultante en allaitement (environ 1000 heures de formation);
- L'examen final pour le titre de consultante en allaitement n'est offert qu'une fois par année en français;
- L'infirmière clinicienne est la seule ressource experte disponible à la clinique. En cas d'absence, elle ne peut être remplacée.

INTERVENTION DE GESTION DE CAS POUR LES PERSONNES AYANT DES BESOINS DE SANTÉ COMPLEXES EN GMF : FACTEURS FACILITANTS ET BARRIÈRES À SON IMPLANTATION

Maud-Christine Chouinard, inf., Ph.D., professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal



Genèse de l'innovation et son fonctionnement

La clientèle considérée comme des « personnes ayant des besoins complexes » est constituée de personnes qui ont une ou plusieurs maladies chroniques physiques avec une comorbidité de santé mentale (les troubles de santé mentale sévères sont exclus) et dans une situation de précarité socio-économique (ex. : faible littératie en santé, isolement social ou un faible revenu). Cette clientèle hétéroclite est souvent plus à risque d'une grande utilisation des services de soins de santé. En effet, le système de santé actuel fonctionne par programme et la clientèle aux besoins de santé complexes reçoit une offre de soins fragmentaire et non intégrée qui n'est pas adaptée. L'innovation proposée tend vers une approche individualisée de coordination des services. L'approche V1SAGES (Vulnérabilité en première ligne, soutien à l'autogestion et gestion de cas) vise à donner un visage au système de santé pour les personnes ayant des besoins complexes qui auraient la possibilité d'aller consulter leur infirmière en GMF plutôt que d'aller à l'urgence.

L'innovation est basée sur une intervention de gestion de cas qui s'appuie sur quatre composantes et qui place l'infirmière de première ligne au centre de la trajectoire de soins :

1. Évaluation globale de la personne (besoins, préférences, priorités, plan de vie);
2. Élaboration d'un plan de services individualisé en concertation avec tous les acteurs dans et hors GMF;
3. Coordination des services avec l'infirmière du GMF qui devient l'intervenante pivot;
4. Éducation et soutien à l'autogestion pour la personne.

Facteurs facilitants à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- L'amélioration de l'intégration des services de santé et des services sociaux pour la clientèle identifiée;
- L'approche individualisée et intégrée de coordination des services, ce qui facilite le soutien à l'autogestion;
- La proximité physique de l'équipe multidisciplinaire qui est favorable à la collaboration interprofessionnelle;
- L'implication des patients pour définir l'offre de service souhaitée;
- Le soutien par les pairs pour l'autogestion de la santé des individus ayant des besoins complexes;
- L'engagement de l'ensemble des parties prenantes pour accompagner la gestion du changement.

Barrières à l'implantation et à la pérennisation

- Le besoin de clarification des rôles des infirmières et des travailleurs sociaux;
- L'absence de soutien de la part d'un gestionnaire de cas d'établissement;
- Le manque d'engagement primordial des directions concernées du CIUSSS.

Projet de recherche associé et résultats

Cette innovation s'insère dans le cadre des travaux de l'équipe de recherche V1sages. Cette équipe s'intéresse à améliorer l'expérience de soins des personnes atteintes de maladies chroniques ayant des besoins particuliers ainsi que leur état de santé. À travers les projets sur lesquels l'équipe V1SAGES est impliquée, c'est également le travail d'équipe des professionnels de même que l'efficacité du système de santé et des services sociaux qui visent à être améliorés.

Objectif de l'étude de gestion de cas : Explorer les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation de l'approche V1SAGES et à la gestion de cas de grands utilisateurs en GMF.

Devis de recherche : Étude de cas unique basée sur des entrevues individuelles avec les acteurs clés et de l'observation participante. Une analyse documentaire et de contenu a orienté l'analyse des données de recherche.

Résultats préliminaires : Les barrières et facteurs facilitants à la mise en place de l'intervention ont été mesurés à différents niveaux : structurel, organisationnel, des intervenants, des patients ainsi qu'au niveau de l'innovation elle-même. Le financement du projet, la forte mobilisation de la direction et des gestionnaires, la collaboration préexistante entre les intervenants impliqués ainsi que le fait que les services soient orientés en fonction des besoins des patients sont des exemples de facteurs facilitants à l'implantation de la gestion de cas pour les personnes ayant des besoins de santé complexes en GMF. Les barrières concernent notamment le contexte de réformes des soins de première ligne, la culture des GMF axée sur le travail individuel, l'adhésion plus lente des équipes médicales de même que les défis associés aux besoins complexes des clientèles aux besoins complexes.

PROJET CLINIQUE DES IPS AZUR : UNE INNOVATION DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE

Bich-Lien Nguyen, IPSPL, M.Sc., Conseillère-cadre pour les IPS et soutien GMF
Chantal Boucher, inf. MBA, Directrice des soins infirmiers, CISSS de la Montérégie-Centre

Genèse de l'innovation et son fonctionnement

L'innovation clinique a été pensée pour répondre au nombre grandissant de patients inscrits au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) du Réseau local de Services (RLS) Champlain, combiné à de nombreux départs à la retraite de médecins de famille de ce même territoire. En effet, en 2018, plus de 25 000 personnes étaient inscrites au GAMF. Beaucoup de consultations étaient également réalisées à l'urgence, faute de services adéquats en première ligne. L'idée est alors venue de créer une clinique interdisciplinaire permettant à profit la pleine étendue des pratiques des équipes de soins infirmiers en collaboration avec l'équipe médicale du GMF-R Azur. La gouvernance de la clinique devait être assurée par les IPS tout en étant affiliée au GMF-R Azur.

Les objectifs initiaux étaient de 1) diminuer le nombre de patients inscrits au GAMF de l'ordre de 2000 personnes en un an, 2) d'améliorer l'accès pour des consultations durant des heures défavorables, 3) de permettre l'augmentation des plages de réorientation P4-P5 de l'urgence vers la première ligne et 4) de contribuer à la couverture de soins et de services en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

La composition de l'équipe initialement prévue était de huit IPSPL, une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM), une secrétaire médicale et un partenariat avec d'autres professionnels tels que médecins partenaires, TS, nutritionniste, infirmières cliniciennes et physiothérapeute. L'ajout de l'IPSSM était réfléchi de sorte à favoriser l'autonomie des IPS et la collaboration.

Facteurs facilitants à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- Le soutien de la haute direction (président-directeur général adjoint, direction des services professionnels, département régional de médecine générale);
- Le partenariat solide avec le chef médical du GMF partenaire (GMF-R Azur);
- L'implication de la Direction des soins infirmiers;
- La présence d'IPS sénior dans l'équipe;
- L'obtention de locaux sur un site délocalisé;
- La priorisation de la prise en charge et du sans rendez-vous par les IPS.

Barrières à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- La pandémie de COVID-19 (impact significatif sur le déploiement de l'innovation : le délestage des infirmières, le retard dans la prise en charge des patients, l'instabilité du contexte et la réallocation des espaces locatifs à d'autres vocations ont retardé et modifié l'implantation de l'innovation);

- L'instabilité dans l'équipe (le départ de deux IPS seniors, le congé maternité de l'IPSSM, ainsi que l'arrivée de l'agente administrative dédiée aux IPS trois mois après leur arrivée ont nui au plein développement de l'innovation);
- Le manque d'expérience des IPS. Au début du projet, les IPS ont signifié qu'elles ne désiraient pas travailler dans un site délocalisé en début de pratique, qu'elles préféraient recevoir un soutien clinique médical à proximité. Ayant moins d'un an d'expérience, elles se sont dit victimes du syndrome de l'imposteur et préféraient rester à proximité de l'équipe pour la collaboration et le soutien clinique (à noter qu'un an après le démarrage du projet, l'ensemble des IPS étaient en faveur de l'occupation d'un bureau dans un site délocalisé avec les mêmes services GMF, avec un soutien cléricale dédié et la présence d'un médecin sur place);
- La difficulté à trouver des locaux (impact sur la pratique des IPS, favorisant le surdéveloppement de la pratique mixte);
- Les enjeux législatifs (malgré la loi 6 qui a augmenté l'autonomie des IPS, les IPSPL ne sont pas en mesure de poser un diagnostic de trouble de santé mentale ni de déterminer le plan de traitement associé. Elles ne peuvent non plus référer de manière autonome au Centre de répartition de services en spécialité (CRDS)).

Projet de recherche associé et résultats

Le projet de recherche associé vise à étudier le développement de cette innovation clinique basée sur une contribution infirmière étendue qui vise à améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité aux soins de santé et de services sociaux du CISSS de la Montérégie-Centre.

Objectifs du projet de recherche :

1. Analyser le contexte sociopolitique en lien avec l'émergence de nouveaux rôles professionnels et de nouveaux modèles organisationnels;
2. Identifier les modalités cliniques et organisationnelles les plus appropriées pour permettre la prise en charge intégrée d'une clientèle générale dans ce modèle organisationnel;
3. Décrire les effets de cette innovation clinique sur l'accessibilité, l'efficacité, et la qualité des soins

Méthodologie : La collecte des données s'appuie sur l'analyse des bases de données et sur des documents organisationnels. Des entrevues individuelles semi-structurées et des groupes de discussion alimentent la partie qualitative tandis que les données médico-administratives permettant de mesurer des indicateurs sensibles aux soins infirmiers fournissent le contenu de l'analyse quantitative de l'étude. Les résultats sont à venir.

SABSA : QUAND L'INNOVATION ÉMERGE DE LA BASE

Isabelle Têtu, IPSPL

Emmanuelle Lapointe, Chargée de projet



Genèse de l'innovation et son fonctionnement

La coopérative SABSA (Services à Bas Seuil d'Accessibilité) a été créée en 2011 par cinq personnes (deux infirmières, un travailleur de rue et deux travailleuses sociales) dans l'optique de mettre en place un modèle de soins permettant de rejoindre le plus de personnes désaffiliées du système de santé et de services sociaux. La clientèle était alors constituée principalement de personnes vulnérables atteintes d'hépatite C ou de divers ITSS.

Entre 2011 et 2013, SABSA ne bénéficiait que de 30 000 \$ de revenus annuels qui ont permis de défrayer les coûts d'un local et d'y prendre en charge 63 patients, et ce, par deux infirmières bénévoles et une intervenante sociale à temps partiel. En 2014, SABSA reçoit une subvention de 150 000\$ d'une durée d'un an, subvention octroyée par la FIQ. Cette subvention aura permis l'ouverture de la clinique avec des plages horaires sans rendez-vous du lundi au vendredi, pour répondre aux besoins de la population en misant sur l'accessibilité. Ce financement aura également permis l'embauche d'une IPSPL rémunérée par SABSA, d'une réceptionniste-secrétaire et d'une coordination des soins à temps partiel. La coopérative de solidarité comptait 190 membres et accueillait 306 patients. En 2016, alors que la coopérative accueillait 1600 patients, la fin du financement accordé par la FIQ entraînait la fermeture du sans rendez-vous. Une mobilisation massive s'est alors mise en place à travers les médias et une première campagne de sociofinancement « Sauvons SABSA » a permis de recueillir 250 000 \$ pour maintenir l'activité de la clinique et répondre aux besoins criants de la population de la basse ville de Québec, désaffiliée et sans médecin de famille. Fin 2016, à la suite de la publication des résultats d'un projet qui étudiait SABSA (le projet ESPI, Équipes de Soins Primaires Intégrés), d'une mobilisation de masse ayant amené un soutien massif de la population, une première entente est conclue avec le MSSS. Une IPSPL de SABSA a été embauchée par le CIUSSS de la Capitale-Nationale et prêtée par la suite à la Coopérative. En 2019, une deuxième entente est signée avec le MSSS qui permet d'assurer 45 % des besoins de la clientèle et la création d'une clinique mobile. En 2020, les revenus annuels totalisent 1 million de dollars, la coopérative compte plus de 3900 patients inscrits et 610 membres.

L'équipe est composée d'une IPSPL à temps complet et d'une IPSPL à temps partiel prêtées par le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Le reste de l'équipe multidisciplinaire est constituée de quatre infirmières cliniciennes, trois intervenants sociaux, un travailleur social, un psychiatre, une pharmacienne contractuelle, trois infirmières bénévoles, une adjointe administrative, une directrice, deux chargés de projet, une réceptionniste-secrétaire, une coordonnatrice clinique et plusieurs bénévoles.

La mission de SABSA est d'offrir des soins et des services de santé de proximité adaptés à une clientèle vulnérable par une équipe multidisciplinaire et un partenariat solide avec plusieurs organismes communautaires. Trois volets d'intervention sont pris en charge par l'équipe multidisciplinaire :

1. Volet Hépatite C/VIH et autres ITSSS : dépistage, prise en charge, traitement, consultations et références en gastro-entérologie et infectiologie, suivi infirmier des patients sous traitement, accompagnement psychosocial, sensibilisation et information, formation en hépatite C et VIH;
2. Clinique de proximité - soins courants de première ligne : évaluation clinique des problèmes de santé courants, prescription d'examens, de médicaments et de traitements, suivi des maladies chroniques, suivi de grossesses, contraception et vaccination;
3. Prévention des surdoses : distribution de matériel de consommation sécuritaire, distribution de Naloxone, accompagnement psychosocial, prise en charge des troubles concomitants, clinique mobile de Portneuf et Charlevoix et services de consommation supervisée.

Facteurs facilitants à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- La sensibilisation des futurs professionnels de la santé à côtoyer cette clientèle désaffiliée;
- Les nombreuses places de stage offertes chaque année;
- La collaboration avec les différents professionnels et le développement de relations avec différents acteurs du milieu de la santé pour pouvoir créer des portes d'entrée à sa clientèle vers les services publics.

Barrières à l'implantation et à la pérennisation de l'innovation

- La difficulté de trouver et stabiliser le financement de la clinique;
- L'augmentation de la population en situation de vulnérabilité.

PARTIE 2 - RÉSULTATS DES ATELIERS

FACTEURS FACILITANTS ET BARRIÈRES AUX INNOVATIONS INFIRMIÈRES EN PREMIÈRE LIGNE - ÉLÉMENTS DISCUTÉS LORS DES ATELIERS

Lors des ateliers intersectoriels menés en après-midi, mettant à l'avant-plan les segments de Découverte (*discovery*), Demain (*dream*) et Décision (*design*) de la démarche appréciative, plusieurs éléments qui facilitent l'implantation des innovations infirmières ou, au contraire, les limitent ont été abordés par les participants. Nous les avons regroupés selon sept aspects :

Organisationnel

Facteurs facilitateurs : Une culture organisationnelle du milieu favorable à l'implantation d'innovations, l'ouverture au changement, notamment de la part de l'équipe médicale et des gestionnaires, la présence d'un leadership infirmier fort ainsi que la reconnaissance de la pertinence et du rôle des infirmières par les gestionnaires et les autres professionnels sont des éléments organisationnels qui facilitent le développement d'innovations infirmières.

Barrières : La lourdeur des tâches administratives des infirmières et le manque de soutien administratif sont parmi les éléments qui nuisent à l'implantation d'innovations infirmières. Il a également été mentionné que la complexité des structures organisationnelles rend difficile l'accès aux ressources et la mobilisation des personnes clés pour la réussite d'un projet innovant. Certains ont parlé « d'hyperactivité organisationnelle » (qui fait référence à la complexité organisationnelle et les changements incessants dans les organisations) qui empêche toute forme d'innovation. Enfin, le manque de flexibilité dans les pratiques professionnelles et les procédures a été cité comme contrainte pour instaurer de nouvelles façons d'organiser les soins de santé.

Ressources humaines et matérielles

Facteurs facilitateurs : Certains gestionnaires dégagent du temps au personnel infirmier afin qu'il puisse contribuer au développement de nouveaux projets. L'inclusion de l'ensemble des professionnels ainsi que des agentes administratives dans les projets permet une cohésion d'équipe et une orientation commune vers l'innovation. La présence d'un leadership de l'innovation, soit un leadership basé sur la découverte, le changement et l'expérimentation, de même qu'une collaboration interprofessionnelle efficace ont également été cités comme éléments facilitant l'innovation.

Barrières : Le roulement des équipes professionnelles, y compris des gestionnaires, la rareté de la main d'œuvre, l'absence de « leadership managérial », le manque de flexibilité des modèles de gestion de type *Lean management*, sont autant d'éléments qui viennent freiner la mise en œuvre d'innovations. Dans plusieurs milieux, il y a une place et une reconnaissance limitées de l'expertise des infirmières, tant sur le plan des compétences cliniques que de celles en leadership transformationnel, ce qui freine l'implantation des projets novateurs. De plus, le manque de compétences et le besoin de formation en gestion de projets des personnes qui développent les innovations a été souligné. Enfin, il existe des enjeux liés à la dotation et à la rigidité dans l'attribution des postes. La convention collective fait en sorte que les postes sont attribués en

fonction de l'ancienneté et les postes sont affichés avec des descriptions peu détaillées. Des infirmières appliquent sur un emploi en première ligne sans avoir un réel intérêt ou les compétences spécifiques, ce qui contribue au manque d'engagement et au roulement dans les équipes.

Environnement de travail

Facteurs facilitants : La présence de budgets dédiés à l'aménagement d'espaces de travail accessibles, comportant du matériel adapté ainsi que des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) performants dans l'ensemble des milieux sont des atouts incontournables pour favoriser l'innovation.

Barrières : Le mode de gestion actuel, préconisant davantage un mode top-down, entraîne une rigidité dans les milieux de soins qui ne favorisent pas la prise d'initiatives et les innovations. Ceci se traduit, entre autres, par une résistance des gestionnaires aux nouvelles façons de faire ainsi que par un manque de flexibilité et une charge psychologique et de travail accrue pour les professionnelles en soins infirmiers. La faible inclusion et participation des infirmières à l'amélioration des soins et pratiques de première ligne, entraîne un sentiment de ne pas se sentir outillées et écoutées pour développer de nouvelles pratiques innovantes.

Politique

Facteurs facilitants : Une volonté politique qui s'exprime par un appui clair des décideurs politiques, un soutien accru des partenaires du milieu (décideurs, gestionnaires), une cohérence globale au sein du MSSS ainsi que la présence et le soutien des organismes communautaires ont été cités comme éléments facilitants au niveau politique. L'identification d'indicateurs de suivi, dès la mise en place des projets, pourrait permettre de mesurer des effets tout au long de l'implantation des innovations. D'autres participants ont indiqué qu'une meilleure compréhension des besoins spécifiques de la population et des services qui sont offerts par territoire pourrait agir comme levier à l'implantation d'innovations.

Barrières : Le lobbyisme médical et les orientations politiques actuelles impliquent une difficulté à susciter et à gérer les changements dans les milieux de soins. Il a été mentionné également que les infirmières éprouvent des difficultés à quantifier les effets et les impacts des innovations et des projets dans lesquels elles sont impliquées. Le manque de données tangibles limite la capacité à démontrer des bénéfices et à justifier la nécessité de soutenir ces innovations par les décideurs.

Clinique

Facteurs facilitants : La formation professionnelle, l'expérience clinique des professionnelles en soins infirmiers de première ligne (qui peut différer grandement de ce qui est parfois appris ou expérimenter en milieu hospitalier), un leadership clinique fort et mobilisant, lequel s'illustre notamment par la capacité d'influencer et de rassembler une équipe interdisciplinaire autour d'un projet permettant de répondre à des écarts ou des lacunes dans le système de santé, favorisent l'innovation. Certains participants ont indiqué que, selon eux, les infirmières titulaires d'un baccalauréat en soins infirmiers combiné à une maîtrise (ex. : maîtrise d'infirmière praticienne spécialisée, maîtrise en sciences infirmières) semblent généralement plus proactives dans le

soutien aux innovations et que cette formation aux cycles supérieurs semble permettre de solidifier des compétences avancées (collaboration, leadership et recherche).

Barrières : Certains participants ont soulevé le manque d'intérêt de la part des décideurs et gestionnaires face au développement d'innovations dans certains domaines de soins, tel qu'en promotion de la santé et en prévention. Ceci illustrerait des attentes disparates et des confrontations entre divers acteurs-clés du système qui ne possèdent pas toujours une vision commune des soins, de leurs finalités et des processus qui y sont rattachés. De plus, une insécurité ou une méconnaissance de certaines infirmières, quant à leur champ de pratique professionnel, peut également être un frein au développement d'innovations.

Financier

Facteurs facilitants : Pour plusieurs, une volonté politique est primordiale afin d'investir en promotion de la santé et en prévention des maladies sur le long terme, ce à quoi répondent les innovations infirmières présentées. L'investissement dans la formation continue est également à prioriser afin d'obtenir des retombées positives à moyen/ long terme.

Barrières : En général, davantage de financement serait accordé aux centres hospitaliers au détriment d'autres éléments du réseau de la santé et des services sociaux, tels que les secteurs dédiés à la première ligne ou aux soins communautaires. Plus spécifiquement, le mode de financement actuel de la première ligne (le « tout GMF ») entraîne des difficultés majeures à financer des innovations infirmières. Les prêts de service sont difficiles à obtenir et lorsqu'ils sont accordés, ils ne couvrent pas l'ensemble des besoins financiers. De plus, l'incertitude quant à leur pérennité de même que l'instabilité de la reconduction de financements d'année en année ne permet pas d'assurer une pérennité aux innovations initiées.

Législatif

Facteurs facilitants : Le respect du champ de pratique légal, l'entrée en vigueur de la loi 6 (loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé) et la gestion des cliniques par des infirmières permettent de faire reconnaître leur expertise et faire valoir leur plein potentiel.

Barrières : Bien que l'entrée en vigueur de la loi 6 et la nouvelle réglementation encadrant la pratique de l'IPS donne davantage de latitude quant à l'autonomie des IPS, la prise en charge des patients présentant des troubles de santé mentale en première ligne reste déficiente.

GRANDES ORIENTATIONS DÉCOULANT DE LA DÉMARCHE APPRÉCIATIVE

Pour continuer dans la démarche appréciative avec l'étape « Décision » (*Design*, quels devraient être nos grands chantiers pour y parvenir?) et l'étape « Déployer » (*Deliver*, qui correspond aux actions à engager), nous avons formulé quatre orientations à partir des présentations et des constats présentés à la section précédente. Ces orientations viennent soutenir et guider les organisations qui souhaiteraient mettre en place des innovations infirmières en première ligne, dans une optique de transférabilité et de durabilité. Elles cadrent avec le « Plan pour mettre en œuvre les changements en santé » du Gouvernement du Québec (2022a) qui est une vision ayant pour objectif « d'offrir à tous les Québécois une expérience patient axée sur l'accessibilité, la qualité des soins et la valeur » (Gouvernement du Québec, 2022a). Le Commissariat à la santé et au bien-être définit la valeur comme référant :

[...] aux résultats de santé et bien-être associés aux services produits à partir des ressources qui y sont allouées. L'objectif est de maximiser les résultats sur le plan de la santé et du bien-être de toute la population, en conformité avec ses valeurs et en considérant que les ressources sont nécessairement limitées. (Gouvernement du Québec, 2022c)

Orientation 1 : Implanter des stratégies pour atteindre l'étendue de pratique optimale des infirmières en première ligne

Une difficulté à exercer la profession infirmière selon la pleine étendue du champ de pratique a été rapportée à de nombreuses reprises, que ce soit lors des présentations ou lors des ateliers. Cette difficulté s'exprime d'ailleurs à toutes les étapes de la mise en place d'innovations infirmières et la plupart des innovations présentées ont été développées pour que les infirmières se libèrent des contraintes contextuelles ou organisationnelles limitant leur étendue de pratique afin de mieux servir la population.

L'exercice infirmier consiste à :

Évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (Éditeur officiel du Québec, 2023).

La Loi sur les infirmières et les infirmiers octroie 17 activités réservées au personnel infirmier ainsi que huit activités supplémentaires aux IPS habilitées (sous certaines conditions). Bien que le champ de pratique professionnel des infirmières soit ainsi balisé par des lois et des règlements, des études démontrent une sous-utilisation de la main-d'œuvre infirmière (Déry, D'Amour et Roy, 2017; Jean, 2015). Ceci serait attribuable à de multiples facteurs, dont l'évolution constante du champ d'exercice infirmier (Morin et Lessard, 2019) ou une variation dans sa mise en œuvre locale (Rioux-Dubois, 2019). En effet, le champ d'exercice infirmier, dont celui des IPS, subit une forte modulation selon les contextes locaux (Poghosyan, Norful et Martsof, 2017). La législation seule ne peut garantir l'occupation complète d'un champ de pratique.

L'organisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ne permet pas toujours d'accorder l'espace nécessaire pour le plein déploiement du rôle et du leadership infirmiers alors que la législation actuelle reconnaît formellement cette expertise. Il est grand temps de faire reconnaître l'expertise et le leadership des infirmières cliniciennes et des IPS, auprès du public, des autres professionnels de la santé, des gestionnaires et des politiciens, d'autant plus qu'il est démontré que le leadership infirmier a un impact positif sur la qualité des soins et la collaboration interprofessionnelle (Mathieu et al., 2016).

Cette reconnaissance implique notamment de réitérer, dans plusieurs contextes et à plusieurs niveaux, que les infirmières du Québec possèdent des savoirs distincts (savoir, savoir-être et savoir-faire) provenant d'une discipline à part entière (Nazon, 2016). Ces savoirs infirmiers distincts se traduisent par un rôle professionnel pluridimensionnel qui implique, entre autres, la prestation de soins directs, mais aussi la transformation des soins et des systèmes, un rôle qui est très peu exprimé à l'heure actuelle. Pour ce faire, il faut cesser de perpétuer les discours et les façons de faire qui promeuvent le rôle infirmier sur le plan strict des actes autorisés, dits parfois « médicaux ». En effet, l'infirmière ne se définit pas uniquement par son savoir-faire, soit des tâches visibles qu'elle accomplit avec ses « bras » (OIIQ, 2023), mais par le déploiement d'autres savoirs, bien que rattachés à des sphères plus invisibles (ex. : raisonnement clinique, approches et interventions infirmières) qui lui convient une valeur distincte et ajoutée pour les patients, les équipes et le réseau. C'est dans cette optique qu'il convient de mettre en relief les approches spécifiques des infirmières qui tendent foncièrement vers la prise en charge holistique des clientèles, la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, la réduction des méfaits, les interventions éducatives et même communautaires.

Le « manque de clarté » quant au rôle des infirmières et des IPS pourrait être l'expression d'une évolution constante des pratiques professionnelles et non d'une absence de définition claire. Ainsi, ce manque de précision pourrait être responsable d'un statu quo des pratiques professionnelles infirmières (Rioux-Dubois, 2019). C'est dans cette optique d'évolution et d'amélioration des pratiques professionnelles qu'une meilleure compréhension du rôle infirmier est nécessaire. Cette meilleure compréhension nécessite également une volonté politique et organisationnelle forte pour déployer le rôle infirmier dans sa pleine étendue. Il faut également contourner les éventuelles résistances médicales dues à une méconnaissance du rôle des infirmières, cachant parfois des guerres de clochers ou des difficultés vis-à-vis de la négociation des territoires professionnels et des processus cliniques (Rioux-Dubois, 2019), et leur donner la pleine capacité à prodiguer des soins de qualité de manière autonome (Simard, 2021). Les gestionnaires de proximité pourraient créer des occasions formelles d'échanges où tous les membres de l'équipe de première ligne sont invités à participer à l'amélioration des pratiques professionnelles et à discuter de sujets sensibles, lesquels sont souvent mis au rancart, ouvrant à la résolution des conflits, la création et l'innovation.

La première ligne est un domaine et une spécialité de soins qui reposent sur une prise en charge globale des personnes, permettant de désengorger les urgences. Les IPS en première ligne, bien que formées à la prise en charge holistique, ne peuvent pas évaluer les troubles mentaux. Ceci contribue à accélérer la scission entre la santé physique et mentale des personnes, affecte la capacité des IPS et des équipes à répondre pleinement aux besoins des usagers, et fragilise ainsi l'accès, la qualité et l'efficacité des soins (Duhoux et al., 2020). Cette limite au rôle des IPS québécoises constitue un retard face à celles des autres provinces canadiennes. Il serait ainsi

judicieux de modifier la réglementation québécoise pour permettre aux IPSPL de diagnostiquer les troubles de santé mentale et non d'en assurer simplement un suivi. Du côté des infirmières cliniciennes en première ligne, bien qu'elles soient plus nombreuses à posséder leur droit de prescrire dans le domaine des soins de première ligne, comparativement à d'autres domaines de soins, elles s'en prévalent relativement rarement. Ce droit de prescrire leur permet de répondre aux besoins de santé dans les domaines de soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courant pour lesquels un diagnostic médical n'est pas nécessaire. La présence d'ordonnances collectives déjà existantes pour les mêmes problématiques de santé semble affecter le droit de prescrire des infirmières de manière autonome. Pour encourager l'utilisation du droit de prescrire de manière autonome, Brault et al. (2018) indiquent qu'une meilleure connaissance du rôle de l'infirmière prescriptrice est nécessaire. Une reconnaissance de ce rôle par les organisations de soins de santé et les milieux cliniques en général pourrait contribuer à encourager l'utilisation du droit de prescrire, menant alors à l'utilisation de la pleine étendue de la pratique professionnelle (Desjardins, 2018; Brault et al., 2018).

Orientation 2 : Développer des modes de financement et favoriser les modèles d'organisation des soins et des services sociaux qui soutiennent l'innovation infirmière en première ligne

Les infirmières sont proches du terrain, connaissent bien les besoins de la population (OIIQ, 2021), et ont des idées d'innovations permettant de répondre à ces besoins, comme nous avons pu le constater dans les activités de cette journée. Toutefois, des barrières financières et organisationnelles importantes empêchent leur développement (Parazelli et Ruelland, 2017) et nous privent collectivement d'une contribution infirmière importante. Il apparaît nécessaire de modifier les modes de financement en offrant des possibilités de développement de services publics en dehors du cadre GMF et de favoriser l'émergence de modèles d'organisation innovants, selon les besoins, que ce soit dans ou en dehors des GMF. La mise en place récente et le financement public de cliniques IPS va dans ce sens (MSSS, 2021). Ces cliniques IPS offrent des soins de première ligne via la pratique d'IPS et d'infirmières cliniciennes. Elles ont été créées dans un ensemble d'actions concertées pour le désengorgement des urgences et l'amélioration de l'accès aux soins primaires. Toutefois, elles sont encore peu nombreuses.

Par ailleurs, des études démontrent les effets positifs sur la santé des patients et sur l'efficacité des services lorsque les infirmières et les IPS occupent un espace central dans les services de première ligne (Swan et al., 2015; Heale et Butcher, 2010; Horrocks, Anderson et Salisbury, 2002). Au Québec, il a été démontré que des équipes de soins primaires basées sur une pratique interdisciplinaire poussée, une pratique infirmière avancée avec un rôle élargi, et une pratique de groupe, améliorent de façon importante l'expérience de soins des patients (Duhoux et al., 2022) et la satisfaction des patients (Côté et al., 2022).

Il existe également d'autres modèles organisationnels innovants comme celui de l'entreprise libérée (Massin, 2021). Ces modèles organisationnels ont inspiré des modèles de soins infirmiers en Europe. Les valeurs qui y sont prônées sont l'autonomie et l'autogouvernance, et les principes sous-jacents encouragent la collaboration et la collégialité qui contribuent à améliorer la qualité des soins (Ledoux, 2017). À titre d'exemple, le modèle de soins Buurtzorg, mis en place au Pays-Bas, soutient l'innovation infirmière en première ligne. Il s'agit d'une coopérative de soins infirmiers, composée d'une équipe d'infirmières qui s'autogèrent : gestion des horaires, création

de partenariat avec d'autres professionnels de la santé, planification des soins. Les infirmiers travaillent en collaboration avec d'autres professionnels et travailleurs de la santé, tandis que l'approche de soins infirmiers offerte est une approche communautaire dans laquelle le patient est pris en charge de manière holistique. La continuité des services est favorisée par l'infirmière qui crée un réseau autour du patient qu'il traite. Selon Massin (2021), les patients suivis par le modèle Buurtzorg seraient soignés deux fois plus rapidement que les patients qui sont pris en charge par les modèles de soins dits traditionnels, tandis que le tiers des visites aux urgences sont évités. Cristofalo et al. (2018) expliquent de leur côté que des économies de l'ordre de milliards d'euros pourraient être obtenues annuellement par le gouvernement hollandais si l'ensemble des structures de soins existantes suivaient le même modèle de soins. Par ailleurs, il est à noter que le modèle Buurtzorg a un impact considérable sur la qualité de vie au travail des soignants et les taux de satisfaction des patients sont plus élevés que dans d'autres services de soins à domicile. Ces modèles de soins se sont répandus ailleurs en Europe et ailleurs dans le monde. Nous pouvons citer l'exemple de « Soignons Humain », en France, qui s'est directement inspiré du modèle de soins Buurtzorg en mettant en place des équipes d'infirmières qui travaillent en soins à domicile en collaboration selon le principe d'auto-détermination (Soignons humains, 2022).

Ainsi, pour assurer une accessibilité aux soins de santé et une qualité des soins plus uniforme au bénéfice des patients, il apparaît essentiel de prioriser et de financer des projets innovants en fonction des besoins des patients et suivant des spécificités géographiques de certains milieux (ex. : prévalence de certaines conditions, représentation plus forte de populations vulnérables, d'écarts vis-à-vis certaines trajectoires de soins). S'inspirer de ces modèles organisationnels et développer des modes de financement différents est un incontournable pour soutenir l'innovation infirmière et la déployer au Québec.

Orientation 3 : Développer une gouvernance collaborative, démocratique et ouverte à l'innovation dans les services de première ligne

Les infirmières qui ont participé à la journée de mobilisation des connaissances ont évoqué à plusieurs reprises des difficultés à faire entendre leur voix et ont décrit des barrières (organisationnelles, légales, etc.) à participer à la prise de décision clinique et organisationnelle. Cependant, les innovations présentées ont démontré qu'il est possible, bien que difficile, de développer le pouvoir décisionnel des infirmières dans les soins et services de première ligne.

Il nous semble nécessaire de repenser la gouvernance du système et du réseau de sorte à faire place à une structure plus démocratique, indispensable pour (re)penser, faire émerger et implanter les innovations en première ligne, dont celles développées par les infirmières. Cette réflexion doit être effectuée, non pas uniquement dans une optique d'optimisation ou de réorganisation des structures administratives, mais dans une optique de valorisation (Gouvernement du Québec, 2022a), de concertation et de mobilisation de la base professionnelle œuvrant en première ligne. Un sondage réalisé par huit ordres professionnels et portant sur les conditions de pratique dans le RSSS démontre le peu de pouvoir décisionnel des travailleurs de la santé, la gouvernance au sein du RSSS ne laissant pas de place à la prise de décision ainsi qu'au plein déploiement du rôle, de l'autonomie et du leadership professionnelle des infirmières (Grenier, Bourque et Boucher, 2018; Parazelli et Ruelland, 2017). La pandémie de COVID-19 a

pourtant démontré l'importance du rôle infirmier dans les structures de soins de santé (Simard, 2021).

La gouvernance collaborative est une avenue potentielle pour démocratiser le système de santé et des services sociaux. En effet, elle présente plusieurs effets bénéfiques potentiels pour le contexte québécois. Par exemple, une prise de décision partagée et décentralisée permet une meilleure démocratisation (down-up) dans la gestion des établissements et la prise en compte des intérêts des différents acteurs. De nombreux auteurs affirment que les services de soins de santé et de services sociaux sont optimisés par une approche collaborative qui inclut plusieurs acteurs, tant les travailleurs du RSSS que les usagers dans l'organisation des soins (Edelenbos, Van Buuren et Van Schie, 2011).

Changer la gouvernance actuelle pour une gouvernance plus collaborative implique que les infirmières puissent participer à la prise de décision à tous les niveaux. En effet, une reconnaissance et une implication accrue des infirmières dans des postes de direction au niveau politique et dans les organisations de soins et dans la gouvernance des systèmes de santé permettent d'en améliorer la performance (Institute of medicine, 2011; OMS, 2020). Il faut donc laisser davantage de place aux infirmières dans les prises de décisions cliniques et organisationnelles et plus d'autonomie dans leur pratique, encourager la prise en charge des innovations par les infirmières elles-mêmes et faire valoir la volonté d'implantation au niveau stratégique par la DSI afin de soutenir la pratique. Dans le contexte de la première ligne, il serait judicieux de faciliter l'implantation de structures organisationnelles dans lesquelles la gouvernance ne serait pas uniquement médicale (ex. : cliniques SABSA, SPOT, Archimède), et qui seraient financées par des fonds publics. De plus, la présence de membres infirmiers votant aux conseils d'administration des GMF pourrait s'inscrire comme une reconnaissance et une pérennisation de l'expertise infirmière dans ces modèles médicaux.

D'autres éléments pourraient venir contribuer à cette démocratisation et agir comme des avenues prometteuses pour répondre aux besoins en santé de la population québécoise. Une flexibilité quant à la gestion des horaires de la main-d'œuvre infirmière, la promotion d'un climat de confiance au sein des organisations de soins de santé et la refonte des communications entre les différents professionnels de la santé viennent accroître la collaboration et la reconnaissance des expertises professionnelles. Il est nécessaire de favoriser la gestion de proximité en impliquant les gestionnaires qui peuvent agir comme agents facilitateurs. Une décentralisation dans les prises de décisions et un transfert des pouvoirs au niveau local permettent de contribuer à transformer de manière créative les pratiques professionnelles.

Il faut repenser la culture organisationnelle en rendant possibles les innovations infirmières qui favorisent l'accessibilité, l'amélioration de la qualité et diminuent les phénomènes de portes tournantes. Partager le succès des projets innovants pertinents, comme nous l'avons fait au cours de notre journée d'échanges et de mobilisation des connaissances, permettrait de sensibiliser le public et de donner davantage de visibilité aux innovations infirmières.

Orientation 4 : Créer des partenariats avec le milieu de la recherche et les institutions d'enseignement

Le développement de partenariats avec des équipes de recherche et avec des institutions d'enseignement et de formation, comme les universités, est ressorti comme une avenue

importante pour assurer le développement et la pérennisation des innovations infirmières en première ligne. En effet, plusieurs participants à la journée de mobilisation des connaissances ont mentionné avoir pu tirer profit d'un partenariat avec une équipe de recherche. Selon eux, le soutien de la recherche leur a permis de penser leur innovation en s'appuyant sur des données probantes. L'utilisation d'une approche de recherche participative permet d'accompagner les innovations à chaque étape de leur développement.

Le partenariat avec des chercheurs a également contribué à démontrer le bien-fondé de l'innovation, les effets positifs et les bénéfices attendus en vue de sa pérennisation. L'évaluation et l'analyse des innovations en temps réel couplées à l'approche intégrée de transfert des connaissances permet de soutenir l'implantation et l'accompagnement d'initiatives à l'échelle de la province. La contribution des infirmières à l'amélioration de la qualité des soins peut être mesurée, entre autres, à l'aide d'indicateurs de mesure sensibles aux soins infirmiers (Dubois et al., 2017).

Par ailleurs, les institutions d'enseignement semblent être des alliés incontournables pour outiller, grâce à une offre de formation ciblée, les futures infirmières qui souhaitent mettre en place des innovations. Il a été souligné lors de cette journée qu'il serait nécessaire de repenser les méthodes d'apprentissage et d'évaluation de compétences liées au développement d'innovations comme le leadership. En effet, le développement du leadership infirmier doit être encouragé dans l'ensemble de la profession infirmière (Berger et Ducharme, 2019). Il pourrait être pertinent de créer des stages en gestion dans les programmes universitaires en sciences infirmières pour être capable d'innover. Le fait de créer des opportunités de partage de connaissances (journées d'échanges telles que celle-ci), pour partager les bons coups et s'inspirer d'innovations qui ont fait leurs preuves, permet une mise en commun des savoirs issus de la recherche et des milieux de pratiques, une meilleure appropriation de ces connaissances ainsi que le développement de solutions adaptées aux besoins et à la réalité du terrain favorisant leur appropriation par les différents acteurs impliqués. L'élargissement de l'offre de cours de collaboration interprofessionnelle permet de mieux outiller les futurs professionnels de la santé en première ligne pour le travail en équipe multidisciplinaire, en particulier cela favorise une meilleure compréhension et acceptation des rôles professionnels (Association canadienne des écoles de sciences infirmières, 2022).

Enfin, développer une culture entrepreneuriale infirmière au sein des institutions universitaires permettrait de doter les futures professionnelles en soins infirmiers de compétences nécessaires à la mise en place d'innovations infirmières. Quelques initiatives dans ce sens sont déjà amorcées. Par exemple, l'Université Laval dispose d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières avec profil entrepreneurial (Université Laval, 2023). Ce programme permet aux futures infirmières d'acquérir des connaissances et compétences en leadership et en gestion de projet. Il permet également aux étudiants de développer, en cours de programme, un projet entrepreneurial grâce au soutien d'un conseiller en développement de projet entrepreneurial. Dans le même ordre d'idée, la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal a renommé son vice décanat à la recherche qui inclut maintenant l'innovation et l'entrepreneuriat (Faculté des sciences infirmières, 2022).

CONCLUSION

Cette journée de mobilisation des connaissances portant sur les innovations infirmières cliniques et organisationnelles en première ligne a été une occasion unique de rassembler les acteurs-clés du milieu des soins de santé et de services sociaux pour échanger sur les barrières et facilitateurs à l'implantation et la pérennisation d'innovations infirmières en première ligne. En s'appuyant sur la démarche appréciative, elle aura permis de dégager des constats importants et de faire émerger quatre grandes orientations pour soutenir la mise en place d'innovations infirmières en première ligne :

1. Implanter des stratégies pour atteindre l'étendue de pratique optimale des infirmières en première ligne;
2. Développer des modes de financement et favoriser les modèles d'organisation des soins et des services sociaux qui soutiennent l'innovation infirmière en première ligne;
3. Développer une gouvernance collaborative, démocratique et ouverte à l'innovation dans les services de première ligne;
4. Et créer des partenariats avec le milieu de la recherche et les institutions d'enseignement.

Alors que les balises sont posées concernant les enjeux actuels entourant la mise en place d'innovations infirmières, il apparaît maintenant essentiel d'opérationnaliser les actions qui émergent de ces orientations. Ceci sera la continuité de l'étape 5 de la démarche appréciative que nous avons amorcée, soit l'étape « Déployer » (*Deliver*, qui correspond aux actions à engager). Le plan ministériel de refonte du système de santé québécois (Gouvernement du Québec, 2022b) prévoit de créer des opportunités pour développer des modèles de soins innovants. Il est cependant essentiel que ce plan puisse être mis en œuvre par l'ensemble des acteurs concernés et que des pistes d'actions concrètes soient proposées au sein des milieux de soins. Au vu de la motivation et de l'ambition des participants à cette journée, nous sommes confiants que le système de santé se dirigera dans la bonne direction.

En effet, au-delà de l'exercice de mobilisation des connaissances, nous tenons à terminer ce livre blanc en soulignant l'engagement que nous avons perçu de la part de tous les acteurs présents. Ceux-ci nous ont rapporté à de nombreuses reprises le plaisir qu'ils avaient eu à se rencontrer, réfléchir ensemble, se retrouver avec des personnes qui partagent leur intérêt, et leur souhait profond de renouveler ce genre d'évènement. Au vu de leur volonté et de leur mobilisation vers de meilleurs soins et services, nous sommes confiants que cette journée aura des retombées positives, que les orientations porteront fruit et que de nouvelles innovations infirmières en première ligne seront développées pour le bien de la population.

RÉFÉRENCES

- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2022, novembre). *Cadre national de la formation infirmière*. https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2023/03/National-Nursing-Education-Framework_2022_FR.pdf
- Berger, V. et Ducharme, F. (2019). Le leadership infirmier : un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession. *Recherche en soins infirmiers*, 136, 6. <https://doi.org/10.3917/rsi.136.0006>
- Brault, I., Desjardins, A.-A., Borgès Da Silva, R., Dubois, C.-A., Motulsky, A. et Prud'homme, A. (2018). Soutenir le déploiement de la prescription infirmière dans les milieux cliniques. *Perspective infirmière*, 15(1), 46-50. <https://www.oiiq.org/documents/20147/271608/deploiement-prescription-infirmiere.pdf/6dcc2a83-def9-8c0a-ccd4-b6a0532057ee>
- Breton, M., Deville-Stoetzel, N., Gaboury, I., Duhoux, A., Maillet, L., Abou Malham, S., ... Lussier, M.-T. (2023). Comparing the implementation of advanced access strategies among primary health care providers. *Journal of Interprofessional Care*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2173157>
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Cockenpot, A., Duhoux, A. et Jean, E. (2018). Analytical typology of multiprofessional primary care models. *BMC family practice*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0731-8>
- Cooperrider, D. et Srivastva, S. (1987). Appreciative inquiry in organizational life. Dans R. Woodman et W. Pasmore (dir.), *Research in Organization Change and Development* (Vol. 1, p. 129-169). JAI Press.
- Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Dumont, S., Laberge, M., Duhoux, A., ... Binette, S. (2022). *Projet pilote Archimède. Les facteurs contributifs à l'optimisation du travail d'équipe – Enjeux d'optimisation des rôles professionnels, de collaboration interprofessionnelle et d'accessibilité à des soins et des services de santé*. https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Rapport%20de%20recherche_Archim%C3%A8de.pdf
- Cristofalo, P., Petit Dit Daniel, O. et Routelous, C. (2018). La qualité de vie au travail : un levier sous-estimé de la performance. Dans E. Minville, K. Gallopel-Morvan, J.-M. Januel et M. Welli (dir.), *Manager une organisation de santé : l'apport des sciences de gestion* (p. 99-119). Presses de l'école des hautes études en Santé publique.
- Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. Une contribution essentielle à la performance du système de santé. *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol14no01/11-recherche.pdf>
- Desjardins, A.-A. (2018). *La prescription infirmière : expériences d'infirmières québécoises*. [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21611/Desjardins_Andree-Anne_2018_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Diouf, A. (2022, 22 août). Plus de 288 000 Québécois inscrits à un groupe de médecins de famille. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1904202/quebec-sante-medecin-de-famille-fmog>
- Dubois, C.-A., D'amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., ... Zufferey, A. (2017). Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3154-3157. <https://doi.org/10.1111/jan.13373>

Duhoux, A., Contandriopoulos, D., Côté, N., Freeman, A., Genest, C., Jean, E., Kilpatrick, K., Lessard, L., Poitras, M.-E. et Rioux-Dubois, A. (2020, 17 septembre). Québec doit lever les barrières à la pratique des infirmières praticiennes spécialisées. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-09-17/quebec-doit-lever-les-barrieres-a-la-pratique-des-infirmieres-praticiennes-specialisees.php>

Duhoux, A., Dufour, É., Sasseville, M., Laroche, D. et Contandriopoulos, D. (2022). Rethinking Primary Care Delivery Models: Can Integrated Primary Care Teams Improve Care Experience? *International Journal of Integrated Care*, 22(2), 1-12. <https://doi.org/10.5334/ijic.5945>

Edelenbos, J., Van Buuren, A. et Van Schie, N. (2011). Co-producing knowledge: joint knowledge production between experts, bureaucrats and stakeholders in Dutch water management projects. *Environmental Science & Policy*, 14(6), 675-684. <https://doi.org/10.1016/j.envsci.2011.04.004>

Faculté des sciences infirmières. (2022). *Rapport annuel de la recherche et du développement international en sciences infirmières 2020-2021*. Université de Montréal. http://www.demoweb.umontreal.ca/fsi_bilan_2021/

Gouvernement du Québec. (2022a). *Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population. Plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de prévention en santé*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-297-05W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2022b). *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf

Gouvernement du Québec. (2022c). *Mandat sur la performance des soins et services aux aînés- Covid-19. Le devoir de faire autrement. Partie 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie2.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2023, 24 mars). *Guichet d'accès à la première ligne (GAP)*. <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/soins-et-services/consultation-avec-un-medecin-une-infirmiere-ou-un-travailleur-social/guichet-dacces-la-premiere-ligne-gap#paragraphe-80181>

Éditeur officiel du Québec. (2023, 1er janvier). *Loi sur les infirmières et infirmier*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/l-8>

Grenier, J., Bourque, M. et Boucher, Y. (2018). Défis pour les travailleuses sociales: participer au renouvellement des pratiques sociales dans un contexte de performance au travail. *Intervention*, 147, 3-14. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2018/05/ri_147_2018.1_grenier_bourque_boucher_0.pdf

Heale, R. et Butcher, M. (2010). Canada's First Nurse Practitioner-Led Clinic: A Case Study in Healthcare Innovation. *Nursing Leadership*, 23(3), 21-29. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.21939>

Horrocks, S., Anderson, E. et Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324(7341), 819-823. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819>

Institute of medicine. (2011). *The Future of Nursing: Leading Change*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209880/>

Jean, E. (2015). *Implantation d'une innovation au sein d'une région rurale éloignée au Québec : le rôle d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Une étude de cas multiple*. [thèse de

doctorat, Université Laval]. Corpus UL. <https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/f0fddc3a-9472-4bf7-9d7b-2f1ad409261b/content>

Ledoux, L. (2017). Les entreprises libérées ou opales. La grande inversion : "les" valeurs comme objectif, "la" valeur comme conséquence? Dans O. De Hemmer Gudme et H. Poissonnier (dir.), *Valeur(s) et management. Des méthodes pour plus de valeur(s) dans le management* (p. 82-107). EMS Éditions.

Marshall, E., Breton, M., Cossette, B., Isenor, J., Mathews, M., Caitlyn, A., ... Green, M. (2021). Problems in Coordinating and Accessing Primary Care for Attached and Unattached Patients Exacerbated During the COVID-19 Pandemic Year (the PUPPY Study): Protocol for a Longitudinal Mixed Methods Study. *JMIR research protocols*, 10(10). <https://www.researchprotocols.org/2021/10/e29984/>

Massin, B. (2021). La QVT organisationnelle : un modèle alternatif pour l'hôpital? *Anact*, 12, 122-132. <https://www.anact.fr/file/10754/download?token=1QorBemi>

Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A.-S. et Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2(2), 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.04.003>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). *Orientations ministérielles-Désencombrement de l'urgence pour contrer les débordements à l'urgence*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W_annexe_desencombrement.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2023). *Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux*. <https://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/>

Morin, M. et Lessard, L. (2019). L'étendue effective de la pratique des infirmières dans les services de proximité en région éloignée. *Recherche en soins infirmiers*, 3(138), 75-93. <https://doi.org/10.3917/rsi.138.0075>

Nazon, E. (2016). *Analyse de discours de la construction du savoir infirmier au Québec, 1898-1970* [thèse de doctorat, Université d'Ottawa]. Recherche uO. https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/35960/4/Nazon_Evy_A_2017_These.pdf

Nord, E. (2021). *Récente entente sur le programme des GMF*. Le médecin du Québec.org. <https://lemedecinduquebec.org/archives/2021/7/recente-entente-sur-le-programme-des-gmf-les-nouveautes/>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2017, 7 avril). *Projet Archimède : un modèle à implanter ailleurs au Québec*. <https://www.oiiq.org/projet-archimede-un-modele-a-implanter-ailleurs-au-quebec>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). *Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021. Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec : Un changement porteur d'avenir*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2023). *Les infirmières et infirmiers : plus que des bras*. <https://www.oiiq.org/l-ordre/plus-que-des-bras>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *World's nursing. Investing in education, jobs and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

- Pagny, F. (2019, 1^{er} mai). *Réussir un projet de transformation avec l'Appreciative Inquiry*. Vivement Lundi. Facilitateur du plaisir au travail. <https://www.vivementlundi.com/reussir-un-projet-de-transformation-avec-l-appreciative-inquiry/>
- Parazelli, M. et Ruelland, I. (2017). *Autorité et gestion de l'intervention sociale : entre servitude et acte pouvoir*. PUQ. <https://doi.org/10.4000/books.ies.2523>
- Poghosyan, L., Norful, A. et Martsof, G. (2017). Primary Care Nurse Practitioner Practice Characteristics: Barriers and Opportunities for Interprofessional Teamwork. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 40(1), 77-86. <https://doi.org/10.1097/jac.000000000000156>
- Rioux-Dubois, A. (2019). *L'intégration et la négociation du rôle de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires en contexte de collaboration interprofessionnelle* [thèse de doctorat, Université d'Ottawa]. Recherche uO. <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-22969>
- Simard, M. (2021). *La sous-utilisation du champ d'exercice infirmier : constats des limites engendrées par les différents textes législatifs, les règles administratives et l'intérêt de la professionnelle*. [mémoire de maîtrise, Université Sherbrooke]. Savoir UdeS. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/19088/simard_martin_LLM_2021.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Soignons Humain. (2022). <https://www.soignonshumain.com/>
- Sørensen, M., Stenberg, U. et Garnweidner-Holme, L. (2018). A scoping review of facilitators of multi-professional collaboration in primary care. *International journal of integrated care*, 18(3). <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>
- Starfield, B., Shi, L. et Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Statistique Canada. (2022, 26 août). *Caractéristiques de la santé, estimations annuelles*. Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009601>
- Swan, M., Ferguson, S., Chang, A., Larson, E. et Smaldone, A. (2015). Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5), 396-404. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv054>
- Université Laval. (2023). *Baccalauréat en Sciences infirmières. Profil entrepreneurial*. <https://www.fsi.ulaval.ca/etudes/baccalaureat-en-sciences-infirmieres/profils-detudes/profil-entrepreneurial>
- Wranik, W.D., Price, S., Haydt, S.M., Edwards, J., Hatfield, K., Weir, J. et Doria, N. (2019). Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: a systematic review with narrative synthesis. *Health Policy*, 123(6), 550-563. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.015>



Faculté des sciences infirmières

Université  de Montréal et du monde.

UQO
UNIVERSITÉ
DU QUÉBEC
EN OUTAOUAIS

UDS Université de
Sherbrooke



**PÔLE DE RECHERCHE SUR LES
TRANSFORMATIONS DES PRATIQUES
CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES**

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval**

Québec 