

# ÉNAP

ÉCOLE NATIONALE  
D'ADMINISTRATION  
PUBLIQUE

enap.ca

**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke**

**Québec**

Institut universitaire de première ligne en santé et services  
sociaux



Faculté des  
sciences infirmières

*S'investir pour la santé!*

Rapport final de recherche

## **Implantation d'une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès de personnes réfugiées**

Par

Maillet, Lara, Charest, Stéphanie, Déry Johanne, Jouego, Aurelle

Remis à la Fondation de l'OIIQ

10 juin 2022

## NOTE

Les opinions exprimées dans ce texte n'engagent que la ou les personnes qui l'ont rédigé et ne sauraient refléter la position de l'École nationale d'administration publique.

L'ENAP autorise la reproduction, l'utilisation et la diffusion partielle ou intégrale de ce texte à condition que sa source soit citée, à savoir :

Maillet, L, Charest, S, Déry, J, Jouego, A, Goudet, A, Desjardins, F, Abou Malham, S, Laflamme, J, Touati, N, Duhoux, A, Doré, C, Roy, B, Gagnon, S, Lane, J, Champagne, G (2022). *Implantation d'une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès de personnes réfugiées*, Rapport de recherche, ENAP et CIUSSS Estrie-CHUS, 44 pages, 10 juin 2022.

Cette autorisation est accordée à des fins non commerciales, gratuitement sans limites de temps et sans limite territoriale.

© École nationale d'administration publique (ENAP), 2022

## **Remerciements**

L'équipe de projet tient à remercier tout particulièrement la Fondation de l'OIIQ pour le soutien financier sans lequel ce magnifique projet n'aurait pu avoir lieu. Nous tenons à remercier également tous nos collaborateurs tant au niveau du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (PDG, PDGA, DSG, DSI, infirmières cliniciennes de proximité, IPSPL, travailleurs sociaux, médecins et gestionnaires) de l'ENAP (professionnelles et assistantes de recherche, adjointe administrative et professeures), des chercheurs associés d'autres milieux universitaires et du réseau intersectoriel où le projet a pu se développer : les organismes communautaires, la municipalité, les pharmacies communautaires, etc.

Évidemment, et le plus important, nous remercions chaleureusement les habitant.es des quartiers Jardin-Fleuris et Ascot sans lesquel.les rien n'aurait été possible, et pour lesquel.les nous espérons avoir amélioré dans la durée leur trajectoires de soins et services au sein du réseau intersectoriel développé.

**MERCI**

## Liste de sigles et acronymes

AET	Association éducative transculturelle
CdR	Clinique des réfugiés
CER	Comité d'éthique de la recherche
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CJM-IU	Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
DSG	Direction des services généraux
DSI	Direction des soins infirmiers
ÉEPI	Étendue effective de la pratique infirmière
ENAP	École nationale d'administration publique
FERASI	Centre de formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers
FIR	Formulaire d'information et pour un consentement à la recherche
FSI	Faculté des sciences infirmières
GAMF	Guichet d'accès aux médecins de famille
GMF	Groupe de médecine de famille
IPSP	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IQ	Intervention de quartier
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
MD	Médecin
MIFI	Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Services
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PSTI	Plan de soins et de traitement infirmiers
PTI	Plan de soins thérapeutiques
RLS	Réseau local de santé
RRSPQ	Réseau de recherche en santé des populations du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SANC	Service d'aide aux Néo-Canadiens
TC	Transfert des connaissances
UQAM	Université du Québec à Montréal

## Table des matières

Remerciements .....	3
Liste de sigles et acronymes.....	4
<b>OBJECTIF DU RAPPORT</b> .....	7
<b>SYNTHÈSE</b> .....	7
<b>MÉTHODOLOGIE DE COLLECTE DES DONNÉES</b> .....	8
<b>OBJECTIF DU PROJET</b> .....	8
<b>CONTEXTE ET ORIGINE DU PROJET</b> .....	9
<b>Offre de services et clientèle desservie</b> .....	10
<b>RÉSULTATS</b> .....	10
<b>Volet quantitatif et masque de saisie</b> .....	10
<b>Masques de saisies coconstruits et adaptés</b> .....	12
<b>1. Nombre de visites effectuées selon le statut migratoire</b> .....	12
<b>2. Les types d'interventions réalisées par les ICP, les IPSPL et les médecins</b> .....	13
<b>3. Raisons de consultation des usagères et usagers selon les professionnel.les consulté.es</b> 15	
<b>4. Références effectuées par les trois prestataires</b> .....	17
<b>Volet qualitatif et entrevues</b> .....	18
<b>1. La complémentarité entre les rôles des trois prestataires : ICP, IPSPL et MD..</b>	19
<b>2. Les caractéristiques de la pratique de l'ICP</b> .....	19
<b>3. Les caractéristiques de la pratique des IPSPL</b> .....	23
<b>4. Liens collaboratifs entre les ICP et les IPSPL</b> .....	25
<b>RETOMBÉES et IMPLICATIONS DE L'IMPLANTATION DE NOUVEAUX RÔLES ICP et IPSPL</b> .....	26
<b>1. Les usagères et usagers</b> .....	26
<b>1.1 Réponse aux besoins et satisfaction des usagers et usagères</b> .....	26
<b>1.2 Une meilleure prise en compte des problèmes de santé mentale</b> .....	27
<b>2. Le réseau de la santé et des services sociaux</b> .....	28
<b>2.1 Diminution des consultations à l'urgence</b> .....	28

<b>2.2 Le bon service au bon endroit au bon moment .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 Les MD ont plus de disponibilités pour les cas de santé mentale.....</b>	<b>29</b>
<b>3. Le réseau intersectoriel .....</b>	<b>29</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>30</b>
<b>1. Amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé (physique et mentale) aux populations ciblées (quartier et personnes réfugiées).....</b>	<b>30</b>
<b>2. Amélioration de l'expérience usagère concernant l'accès et la continuité des services de santé</b>	<b>30</b>
<b>3. Utilisation des nouveaux services par la populations ciblées (quartier et personnes réfugiées).....</b>	<b>30</b>
<b>4. Déploiement optimal de l'étendue de pratique des infirmières cliniciennes de proximité et des IPSPL.....</b>	<b>30</b>
<b>5. Adaptation des soins et services aux besoins complexes des populations vulnérables</b>	<b>31</b>
<b>BIOGRAPHIE DES AUTRICES .....</b>	<b>32</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>33</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>34</b>

## OBJECTIF DU RAPPORT

L'objectif du rapport est de présenter les résultats principaux du projet intitulé « **Implantation d'une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès de personnes réfugiées** ».

## SYNTHÈSE

Le projet « **Implantation d'une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès de personnes réfugiées** » a obtenu la subvention « Pour mieux soigner » de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le montant de la subvention était de 225 000\$. Le projet a été développé, implanté et évalué au cours de la période de juillet 2019 à juin 2022. Bien entendu, la période pandémique (mars 2020 à janvier 2022) a considérablement perturbé l'agenda de l'implantation et de l'évaluation. Toutefois, le projet avait pour but initial de déployer de manière optimale le rôle de l'infirmière clinicienne de proximité (ICP) au sein de deux quartiers sherbrookoïses et de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) à la clinique des réfugiés (CdR) située sur le territoire du CIUSSS Estrie-CHUS. Cette intervention visait à offrir des services et des soins pour des clientèles vulnérables présentant des enjeux relatifs à l'accès aux soins et à l'orientation vers les services de santé du réseau. Les services de l'ICP ont été développés et implantés dans deux milieux d'interventions de quartiers (IQ) où vivent principalement ces clientèles, parmi lesquelles les personnes réfugiées. Cette recherche a mobilisé un devis mixte, soit combinant des données quantitatives et qualitatives. Pour collecter les données quantitatives, des questionnaires ont été administrés à l'ICP, aux IPSPL et aux médecins. Ces questionnaires ont permis de récolter des données sur les caractéristiques sociodémographiques des usagers et usagères, la provenance de la référence et la raison de la consultation, les types d'interventions réalisées, les références effectuées par l'ICP et les autres activités professionnelles réalisées.

En ce qui concerne les données qualitatives, deux techniques de collecte des données ont été mobilisées, soit les entrevues semi-dirigées et les observations non participantes. Ainsi, 15 entrevues auprès de 17 actrices et acteurs ont été réalisées.

Les questionnaires administrés aux infirmières, IPSPL et médecins ont permis de récolter des données sur les différents champs de pratiques des professionnel·les de la santé, leurs limites et leur complémentarité, les facteurs facilitants et les obstacles liés à la mise en œuvre du projet ainsi que sur ses retombées. Les questionnaires administrés aux autres actrices et acteurs ont permis de récolter des données sur leur compréhension du projet, leurs points de vue relatifs aux différents champs de pratiques des infirmières, les facteurs facilitants et les obstacles à la mise en œuvre du projet, les interactions entre les actrices et acteurs au sein du réseau et les retombées du projet. L'ensemble des intervenant·es rencontré·es font un bilan très positif du projet. Les services de proximité implantés répondent aux besoins variés des usagers et usagères et augmentent par le fait même l'accessibilité des services de santé. Ils évitent également les inquiétudes ou les incertitudes quant à l'endroit où se rendre pour répondre à leurs besoins. Le projet a aussi contribué à une meilleure prise en compte des problèmes de santé mentale chez les personnes réfugiées et les demandeuses d'asile. L'ICP facilite la navigation des usagers et usagères au sein du système de santé et le nombre de références à l'urgence est quasi nul. En outre, l'intervention a permis d'éviter le gaspillage des ressources ou les multiples consultations auprès des différent·es professionnel·les pour un même problème. La présence des IPSPL a permis de répondre à des problèmes de santé courant permettant par le fait même d'accroître les disponibilités des médecins, surtout pour les cas complexes de santé. Quant aux répondant·es de

manière générale, ils et elles considèrent que la trajectoire des services est de plus en plus simplifiée au sein du réseau de la santé pour les clientèles vulnérables, notamment les réfugiées.

## MÉTHODOLOGIE DE COLLECTE DES DONNÉES

Les données utilisées et présentées dans ce rapport sont issues de trois sources différentes. Premièrement, des entrevues semi-dirigées individuelles (n=17) réalisées auprès de différentes personnes dont des personnes réfugiées, des personnes non réfugiées usagères des services de proximité, des intervenant·es, professionnel·les, gestionnaires et partenaires du réseau intersectoriel implanté à Sherbrooke.

Deuxièmement, des notes d'observation ont été collectées tout au long du projet, lors des comités de gestion et réunions de l'équipe projet, soit entre juillet 2019 et juin 2022 (n=23).

Troisièmement, les données à travers les masques de saisie auprès des ICP, IPSPL et des médecins du réseau intersectoriel de proximité pour documenter les activités et l'étendue de la pratique infirmière ont été recueillies du 10 octobre 2019 au 31 mai 2022 (n=431).

Toutes les données utilisées ont été collectées et traitées en conformité avec les procédures approuvées par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie CHUS (# 2020-3323).

## OBJECTIF DU PROJET

L'étude « **Implantation d'une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès de personnes réfugiées** » comportait deux volets, un volet clinique et un volet évaluatif.

Le volet clinique avait pour but d'implanter un réseau intersectoriel de proximité, centré sur la mise en œuvre du rôle optimal des ICP et des IPSPL et de déployer une pratique infirmière en première ligne innovante, pour assurer la continuité des trajectoires de soins et des services des personnes réfugiées à Sherbrooke.

Le volet évaluatif consistait à comprendre et à soutenir en temps réel les processus de développement et d'implantation de ce réseau intersectoriel de proximité. Les objectifs spécifiques de ce volet rejoignent ceux du volet clinique, soit :

- Déterminer l'étendue du projet et le modèle logique correspondant;
- Identifier et codévelopper le modèle de réseau intersectoriel local (adapté pour l'Estrie) basé simultanément sur les rôles optimaux des ICP et des IPSPL, ainsi que sur ceux des autres actrices et acteurs déjà présents au sein du réseau de proximité;
- Implanter et évaluer ce modèle grâce à des indicateurs de suivi du déploiement optimal des rôles des ICP et IPSPL et de performance dans une perspective de continuité des trajectoires de soins et services des personnes réfugiées à Sherbrooke;
- Transférer le modèle à d'autres contextes et présenter des stratégies de mise en œuvre à grande échelle.

*Note : L'objectif 4 en raison du contexte de pandémie n'a pu être atteint. Nous nous sommes concentrées alors sur la valorisation des résultats de cette recherche, tant au niveau du territoire estrien qu'au niveau provincial et international.*



*Plusieurs représentations et communications ont été réalisées dans ce sens (Annexe 2 : tableau des activités de transfert de connaissance réalisées).*

## **CONTEXTE ET ORIGINE DU PROJET**

Au Québec, la vulnérabilité des personnes réfugiées est exacerbée par le manque d'intégration des ressources existantes et le manque d'accès et de continuité des soins et services de santé, notamment lorsque des interprètes sont nécessaires. En contexte de première ligne, de nombreuses études montrent les difficultés d'accès aux soins et services et soulignent que les personnes migrantes, dont les réfugiées, éprouvent des difficultés à obtenir les soins nécessaires; reçoivent moins de services et de moindre qualité; reçoivent un traitement d'une manière inéquitable par les prestataires de soins ne correspondant pas à leurs besoins (Newbold, Cho, & McKeary, 2013; Santé Canada, 2001; Tremblay, Dubé, & Baraldi, 2013).

Plus spécifiquement, une recherche-action a été menée entre 2017 et 2019 par Maillet et ses collaborateurs (Maillet *et al.*, 2022). Cette recherche-action a permis de relever de nombreux enjeux liés à l'accessibilité des services pour les personnes réfugiées du territoire de Sherbrooke : les barrières linguistiques (ex. lors du passage aux urgences, au triage, ou pendant les rencontres avec les professionnel·les); les difficultés pour avoir accès à un médecin de famille, obligeant le passage par le service des urgences; les délais d'attente dans les cliniques sans rendez-vous ou aux urgences; le manque d'information lors de la période d'attente pour un suivi clinique ou de résultats d'examen engendrant de ce fait un sentiment excessif d'insécurité et de stress; les enjeux de confidentialité et de création d'un lien de confiance dans les interactions avec les professionnel·les exigeant le recours à un·e interprète; la méconnaissance de l'existence ou de l'emplacement géographique des ressources et services disponibles. À cela, les actrices et acteurs du réseau de la santé ont ajouté les enjeux cliniques tels que l'inadéquation entre l'offre de services et les besoins spécifiques des personnes réfugiées, la difficulté de répondre aux incompréhensions des personnes réfugiées concernant le fonctionnement du RSSS qui ne correspond pas à leurs perceptions soit à leur arrivée, ou comparativement à celles de leurs pays d'origine; la nécessité de comprendre les différences culturelles; la variation du degré de sensibilité interculturelle des intervenants selon le contexte de travail (ex. intrahospitalier, urgences, etc.); le manque de ressources supplémentaires en intervention pour mieux répondre au nombre de réfugiés croissant (Robert, Maillet, Desjardins, Charpentier, & Allaire, 2019).

Sur le plan de l'administration des services infirmiers, des études révèlent un déploiement sous-optimal de l'étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI) influencée notamment par un manque d'autonomie et une ambiguïté des rôles infirmiers (Déry, Clarke, D'Amour, & Blais, 2018; Déry, D'Amour, Blais, & Clarke, 2015). Ces résultats sont considérés comme préoccupants puisqu'ils impliquent que certains soins requis pour améliorer la condition des patients et de leur famille ne sont pas fournis.

Selon cette recherche-action, il est prioritaire de mettre en place un réseau intégré de proximité pour les personnes réfugiées. Ce réseau faciliterait l'accès et la continuité des soins et des services, notamment médicaux en vue de limiter la vulnérabilité des personnes réfugiées. Les résultats de cette recherche mettent en évidence que le développement et l'implantation d'un réseau intersectoriel de proximité doté d'infirmières cliniciennes de proximité (ICP), d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSP), de travailleuses et travailleurs sociaux, d'agent·es de liaison, d'organisatrices

et organisateurs communautaires et de médecins, serait une stratégie essentielle pour rejoindre l'ensemble des intérêts et répondre aux besoins des personnes concernées.

Ce réseau a donc été conçu pour être intégré au sein des interventions de proximité déjà existantes : les Interventions de quartiers (IQ). Les équipes d'IQ sont en place dans deux quartiers depuis près de 15 ans et sont déjà composées de : 1) travailleuses et travailleurs sociaux des services psychosociaux généraux (accueil psychosocial actif, mise en réseau des résident·es et des intervenant·es, actions sur les déterminants sociaux de la santé); 2) quatre intervenant·es, dédié·es à chacun des quartiers, qui proviennent de différents programmes de première ligne (offre de services en santé mentale, jeunesse et personnes âgées, collaboration avec l'équipe intersectorielle); 3) un·e pédiatre (offre de services de pédiatrie sociale). En plus de cette équipe, les nouveaux rôles d'ICP et IPSPL bénéficient de l'expertise de la CdR qui est responsable de l'évaluation des personnes réfugiées via un bilan de santé et de bien-être dans un laps de temps prescrit. Les partenaires intersectoriel·les (institutions, organismes communautaires, municipalités, pharmacies, groupes de médecins de famille, etc.) sont parties prenantes de ce réseau, ce qui renforce aussi la cohérence du filet de sécurité déployé autour des personnes réfugiées des deux quartiers ciblés (Maillet *et al.*, 2021).

### **Offre de services et clientèle desservie**

Ce projet pilote ayant pour axe principal le déploiement optimal du rôle de l'ICP et de l'IPSPL permet d'offrir des services et des soins pour des clientèles vulnérables présentant des enjeux additionnels relatives à l'accès et à l'orientation aux services de santé dans le réseau.

Plus spécifiquement, l'ICP permet de référer les personnes réfugiées avec des besoins complexes non comblés vers la CdR au sein de laquelle les IPSPL peuvent recevoir et traiter ces demandes directement.

## **RÉSULTATS**

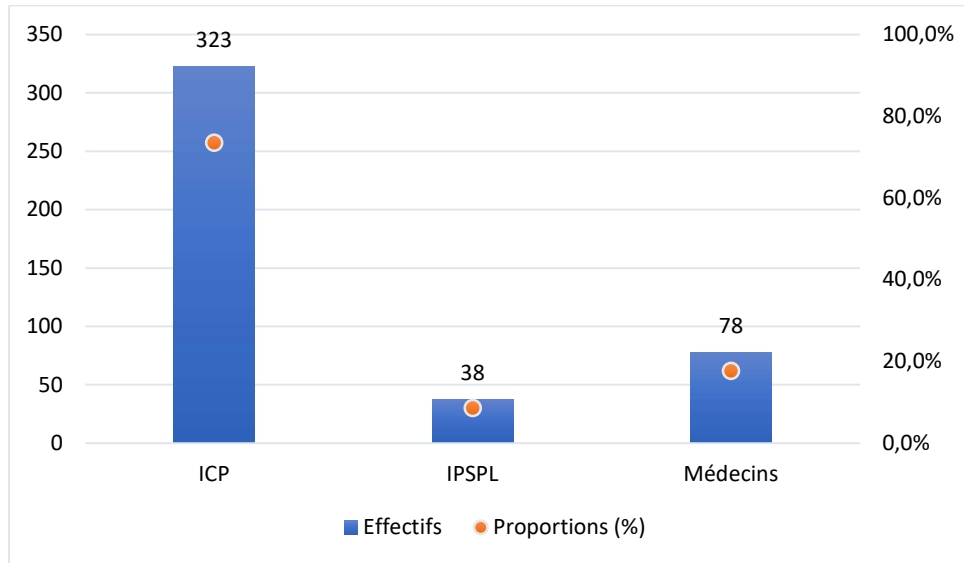
Dans le cadre de cette recherche, une approche d'évaluation développementale a été adoptée (Patton, 2012). Elle a été réalisée par le biais d'un devis mixte, combinant à la fois les données quantitatives et qualitatives.

### **Volet quantitatif et masque de saisie**

#### Méthode

Les masques de saisies ont été remplis par deux ICP, deux IPSPL et quatre médecins de la CdR entre le **10 octobre 2019 et le 31 mai 2022**. Au total, 430 masques de saisis ont été reçus par l'équipe de recherche. Plus précisément, les ICP ont complété 323 masques de saisies. Les IPSPL et les médecins ont rempli respectivement 38 et 78 masques de saisie (figure 2). Finalement, 220 masques sur 430 sont des interventions uniques.

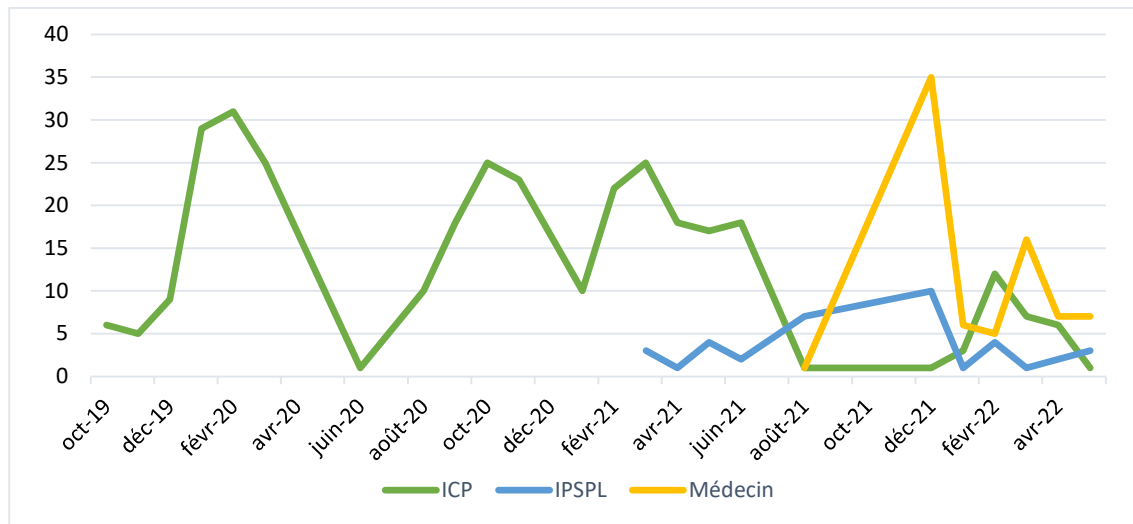
Figure 1: Masques de saisie remplis par chaque prestataire



Source : autrices, 2022

La collecte des données a été ralentie par la pandémie de la COVID-19 et le départ de la première ICP en août 2021. Très peu de masques de saisie ont été remplis par les différent-es professionnel-les durant la première vague de COVID-19, car ils ont été délestés (figure 2). Le départ de la première ICP en août 2021 a eu des impacts considérables sur la collecte des données. L'ICP a pu être remplacée qu'à partir de novembre 2021, ce qui a limité la documentation des données durant cette période. En l'absence de la première ICP, le bris de service a été comblé par les IPSPL et les médecins. À titre d'exemple, le nombre de masques remplis par les médecins est passé de 1 masque en août 2021 à 35 masques en décembre 2021 (figure 2).

Figure 2 : Nombre de masques de saisis remplis d'octobre 2019 à mai 2022



Source : autrices, 2022

## Masques de saisies coconstruits et adaptés

L'équipe de recherche a conçu deux masques de saisie<sup>1</sup>; l'un destiné à l'ICP (annexe 4), et l'autre aux IPSPL et médecins. Le masque de saisie de l'ICP comportait cinq sections : (i) caractéristiques sociodémographiques des usagers et usagères, (ii) provenance de la référence et raison de consultation, (iii) types d'interventions réalisées; (iv) références effectuées par l'ICP et (v) autres activités professionnelles réalisées. En ce qui concerne les types d'interventions, l'équipe de recherche s'est basée sur la catégorisation de l'étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI)<sup>2</sup> telle que définie par D'Amour et collaborateurs (2012).

Le masque de saisie des IPSPL et des médecins comportait les mêmes sections que celui de l'ICP, à l'exception des sections sur le lieu de l'intervention et les autres activités. Leurs propositions de réponses liées aux interventions ont été adaptées en fonction de leurs pratiques respectives. Les masques de saisie ont été validés par les professionnels respectifs avant leur utilisation.

Les analyses quantitatives descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (version 27). Ces analyses ont permis de mettre en évidence :

- Le nombre de visites effectuées selon le statut migratoire;
- Les types d'interventions réalisées par l'ICP, les IPSPL et les médecins;
- Les raisons de consultation des usagers;
- Les références effectuées par chaque prestataire.

Les valeurs manquantes ne dépassent pas 10 % et ne sont pas incluses dans les analyses. Pour les variables ayant un nombre élevé de réponses non applicables, la fréquence (n) est indiquée.

Ces quatre sections de résultats vous sont présentées dans l'ordre.

### 1. Nombre de visites effectuées selon le statut migratoire

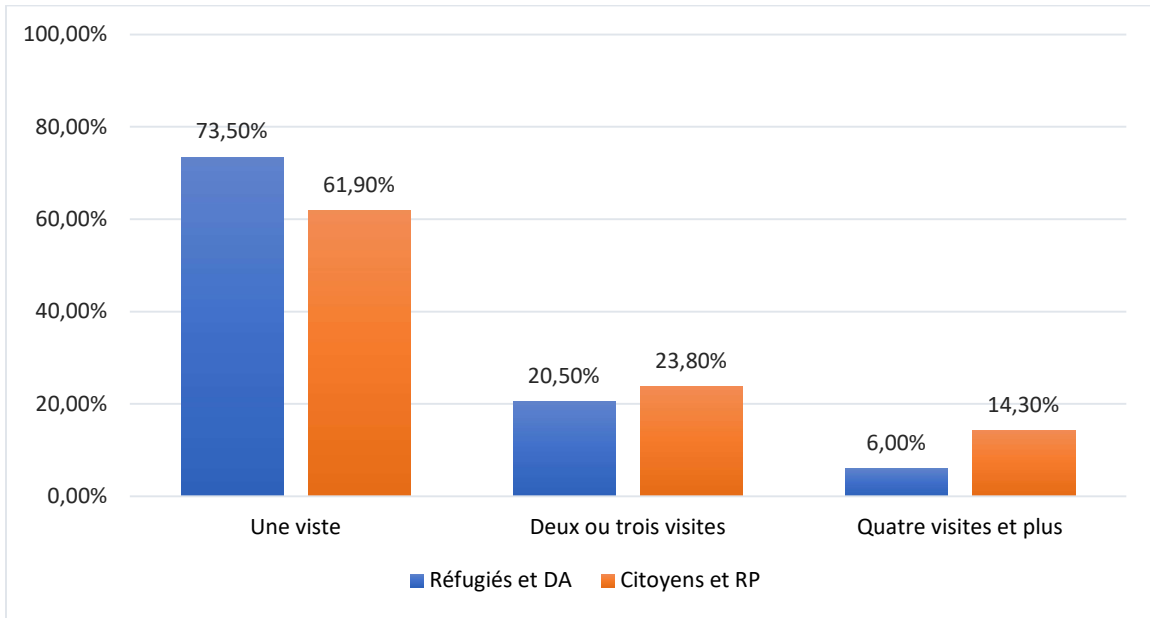
Le nombre médian des visites effectuées est semblable chez les personnes réfugiées, les demandeuses d'asile et les personnes non réfugiées (une visite). Les proportions de visites ne varient pas selon le statut migratoire. La proportion de deux visites (23,8 %) et d'au moins trois visites (14,3 %) est plus élevée chez les personnes non réfugiées par rapport aux personnes réfugiées (20,5 %) et DA (5,3 %).

---

<sup>1</sup> Ce sont des questionnaires conçus par l'équipe de recherche et remplis par les prestataires.

<sup>2</sup> L'ÉEPI définit la pratique réelle des infirmières, c'est-à-dire l'éventail des fonctions et responsabilités effectivement déployées par les infirmières (D'Amour *et al.*, 2012).

Figure 3 : Proportion des visites effectuées selon le statut migratoire des usagères et usagers



Source : autrices, 2022

## 2. Les types d'interventions réalisées par les ICP, les IPSPL et les médecins

Le tableau 1 regroupe les différentes interventions réalisées par chaque prestataire (ICP, IPSPL, MD). Les pourcentages sont présentés pour chaque catégorie d'intervention, c'est-à-dire que les prestataires pouvaient cocher plus d'une intervention. Les pourcentages indiqués représentent les interventions lorsque effectuées. Par exemple, la première ligne montre que les ICP effectuent l'évaluation de la condition physique dans 79,5% des cas (donc 20,5% des cas n'ont pas nécessité cette intervention). Les IPSPL effectue cette évaluation à toutes les consultations (100%) et les médecins dans 82,3%.

Tableau 1: Interventions réalisées par les ICP, les IPSPL et les médecins

Interventions	ICP (N=264)	IPSPL (N=38)	MD (N=78)
Évaluation de la condition physique	79,5%	100,0%	82,3%
Évaluation de la condition mentale	24,20%	8,1%	43,7%
Techniques et procédure en laboratoire	0%	8,6%	10,1%
Soins physiques	19,40%	25,7%	7,6%
Communication et coordination de soins	48,10%	5,4%	5,1%
Enseignement-promotion des soins	45%	28,1%	7,6%
Interventions en santé mentale (écoute empathique, enseignement de bonnes habitudes de vie)	4,5 %	0,0%	15,6%
Prescription autonome	0%	75,7%	82,3%
Examens	N/A	37,8%	41,8%
Médicaments		48,6%	79,7%
Traitements médicaux		10,8%	10,1%
Ordonnances collectives d'investigation	0%	N/A	N/A
Ordonnances collectives de prescription	0%	N/A	N/A
Diagnostic des maladies	N/A	48,6%	26,6%
Techniques invasives	N/A	18,9%	0,0%
Vaccination	26%	0,0%	0,0%
Mapping et reaching out	0,8%	N/A	N/A

Source : autrices, 2022

### Types d'interventions réalisées par les ICP

Les ICP évaluent fréquemment la condition physique (79,5 %); réalisent des activités de communication et de coordination des soins (48,1 %); des interventions en promotion de la santé (45 %), notamment les ITSS, la contraception et les maladies chroniques. Elles évaluent également la condition de la santé mentale (24,2 %), des soins physiques (19,4 %); elles vaccinent (26 %), mais effectuent rarement des interventions en santé mentale (4,5 %). En ce qui concerne les techniques de procédures et de laboratoire ainsi que la prescription, les ICP se sont dites limitées dans leurs interventions, notamment parce qu'elles n'ont pu avoir recours aux ordonnances collectives. Elles ont également très peu réalisé d'activités de *reaching out*.

### Types d'interventions réalisées par les IPSPL

Les IPSPL réalisent un plus grand nombre d'activités par rapport aux ICP et aux MD. De manière régulière, elles évaluent pour chaque consultation la condition physique (100 %), utilisent leur droit de prescrire (75,7%), effectuent des diagnostics des maladies (48,6 %), certains soins physiques (25,7 %),

de l'enseignement-promotion des soins (28,1 %), des techniques invasives (18,9 %), et dans une moindre mesure des évaluations de la condition mentale (8,1 %) et des techniques et procédures de laboratoire (8,6 %). Elles réfèrent les personnes vers les MD lorsqu'elles dépassent leurs connaissances ou leur champ de pratique notamment pour l'évaluation des troubles mentaux. Lors des entrevues qualitatives, elles ont souligné que les actes pour déterminer des traitements médicaux et diagnostiquer des maladies ont été permis avec l'adoption de la Loi 6, le 25 janvier 2021, ce qui explique ce haut pourcentage (75,7%).

### **Types d'interventions réalisées par les MD**

Les MD évaluent la condition de santé mentale et les interventions (43,7 %), évaluent la condition physique (82,3%), prescrivent (82,3%) (examens, traitements et médicaments) et diagnostiquent les maladies.

Mentionnons que la durée moyenne d'une consultation est moins élevée chez l'ICP (37 minutes) par rapport aux IPSPL et MD (environ 55 minutes).

### **3. Raisons de consultation des usagères et usagers selon les professionnel.les consulté.es**

Les usagères et usagers consultent l'ICP pour des raisons de santé physique, soit 39,1 % (tableau 2). Parmi les problèmes de santé physique, les douleurs constituent la majorité des raisons de consultation. S'ensuivent les signes et symptômes d'une infection (28,9 %) et le lavage des oreilles et les plaies (13,4 %) (Figure 4). Les usagères et usagers consultent également pour effectuer des suivis (23,8 %) dont la reconduction des médicaments, les suivis de diabète et de tension artérielle et les suivis de poids de bébé. Les problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive et à la santé mentale comptent respectivement pour 14,5 % et 9,3 %. S'ensuivent les demandes d'accès à un service du système de santé (5,6 %), et les demandes de rendez-vous (7,7 %) comme un dépistage COVID-19, les difficultés liées à l'enfant (trouble d'adaptation) et la vaccination.

Les usagères et usagers consultent majoritairement les IPSPL pour des raisons de santé physique (63,9 %) telles que fatigue, toux et douleurs de tout genre, et plus spécifiquement pour des douleurs chroniques. Certains individus ont également consulté des IPSPL pour des raisons de santé sexuelle et reproductive et des rendez-vous de suivis (tableau 2). Lors de ces rendez-vous une évaluation de la contraception a pu être faite et des méthodes contraceptives adaptées aux besoins de la clientèle ont été prescrites et/ou installées comme les stérilets ou les implants contraceptifs.

De leur côté, les médecins sont aussi consultés en grande partie pour des raisons de santé physique (63,8 %). Ils et elles sont également consultés pour des raisons de santé mentale et des problèmes psychosociaux (21,7 %) (tableau 2).

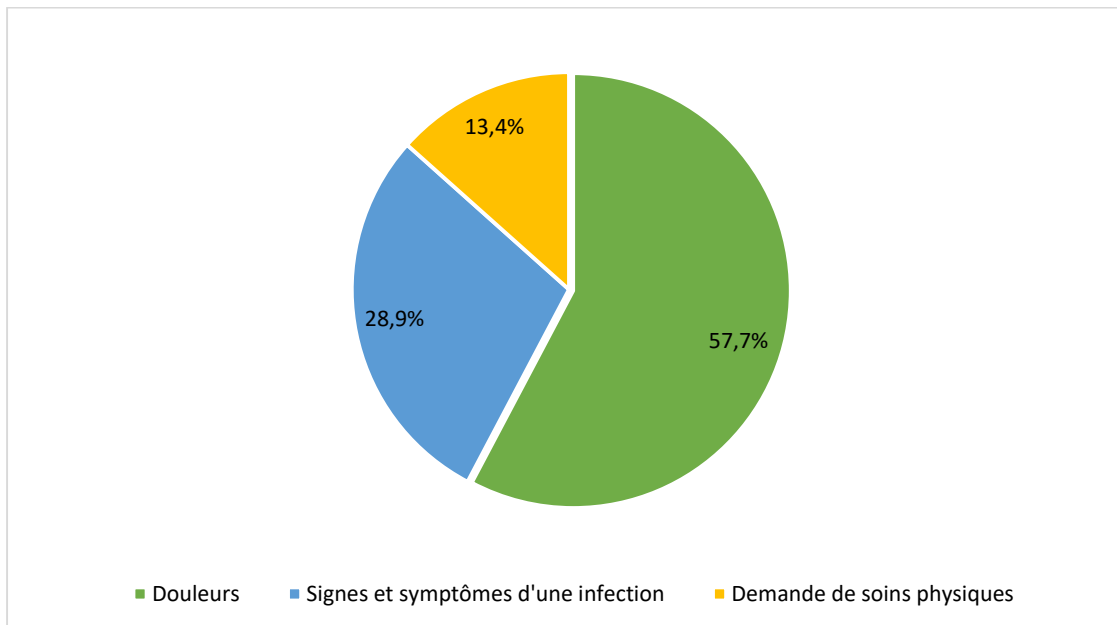
Tableau 2 : Raisons des consultations chez les trois prestataires (ICP, IPSPL et MD)

Raisons de consultations	ICP		IPSPL		MD	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Santé physique	97	39,1	23	63,9	44	63,8
Santé sexuelle et reproductive	36	14,5	8	22,2	2	2,9
Santé mentale et problème psychosocial	23	9,3	0	0,0	15	21,7
Suivis	59	23,8	3	8,3	4	5,8
Pont avec un service du système de santé	14	5,6	0	0,0	1	1,4
Autre	19	7,7	2	5,6	3	4,3
Total	248	100 %	36 %	100 %	69 %	100 %

Source : autrices, 2022



Figure 4: Distribution des raisons de consultations en santé physique auprès de l'ICP



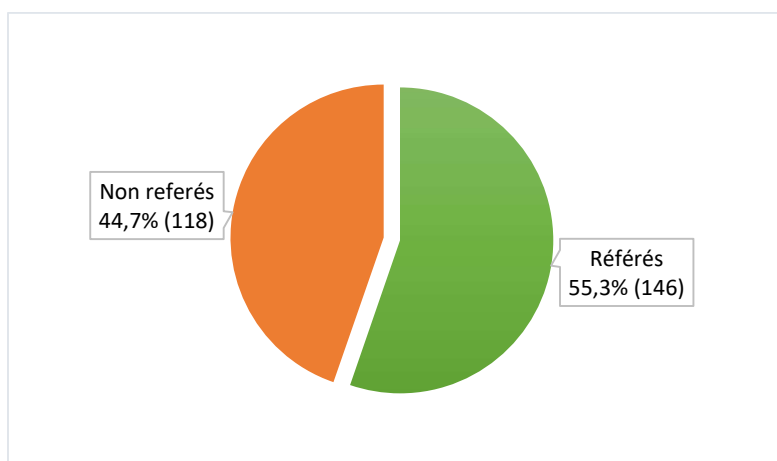
Source : autrices, 2022

#### 4. Références effectuées par les trois prestataires

**La pratique de l'ICP offre une réponse aux besoins des usagers et usagères.**

Le déploiement de la pratique infirmière de proximité a permis de trouver une solution aux problèmes des usagers et usagères (44,7 %) sans devoir faire de référence ailleurs (Figure 5).

Figure 5 : Proportion des références effectuées par l'ICP



Source : autrices, 2022

Les ICP effectuent des références à l'interne du CIUSSS telles que la CdR (33,8 %), l'IQ (10,3 %), le CLSC (6,2 %) et au GACO (3,4 %) ou ailleurs dans le RSSS comme à la CMU (6,8 %). Elles réfèrent également à des ressources à l'extérieur du RSSS (37 %), comme les organismes communautaires, le milieu de l'éducation, de l'emploi et de la francisation.

Les IPSPL et les MD effectuent principalement leurs références au CHUS, en spécialité et à la CdR.

Les références à l'urgence sont quasi nulles, quel que soit le type de prestataire et si elles ont été faites c'est que le besoin de l'usagère ou l'utilisateur l'indiquait.

Tableau 3 : Références faites par l'un des trois prestataires selon le milieu de référence

Milieus de référence	ICP (N=146)	IPSPL (n=25)	MD (n=58)
CdR	33,8% (49)	12% (3)	32,6% (19)
IQ	10,3% (15)	0	0
CLSC	6,2% (9)	0	3,4% (2)
CHUS (sans urgence)	0	72% (18)	60,3% (35)
GACO	3,4% (5)	0	0
CMU	6,8% (10)	0	0
<b>Urgence</b>	<b>2,7% (4)</b>	<b>4% (1)</b>	<b>0</b>
Externe au réseau de la santé et services sociaux	37% (54)	12% (3)	3,4% (2)

Source : autrices, 2022

### Volet qualitatif et entrevues

Les entrevues individuelles ont été transcrites de façon intégrale (verbatim) et l'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel QDAMiner 5. Un exemple d'une grille d'entrevue est disponible en annexe de ce rapport (annexe 3). Après cette étape, une grille d'analyse a été préparée et validée par l'équipe de recherche. Pour ce faire, le cadre conceptuel de Graham & Logan (2004) et les deux grilles d'entrevue ont été utilisés. Cette grille a permis de ressortir 10 principaux codes et 78 sous-codes. Enfin, une analyse thématique (Miles & Huberman, 2003) a été réalisée sur ce corpus en portant une attention particulière entre les similarités et les divergences entre les différentes catégories d'actrices et acteurs.

Sept principaux thèmes sont ressortis : (i) origine et compréhension du projet par les acteur.trices, (ii) description de l'étendue de pratique de l'ICP, (iii) description de l'étendue de pratique de l'IPSPL, (iv) liens entre les ICP et les IPSPL, (v) facteurs et obstacles de l'utilisation de l'intervention, (vi) retombée de l'intervention, et (vii) bilan et pérennisation du projet.

Nous présenterons ici les résultats principaux ciblant particulièrement le déploiement optimal de la pratique de l'ICP et des IPSPL au sein de ce projet.

## 1. La complémentarité entre les rôles des trois prestataires : ICP, IPSPL et MD

Selon les répondant·es, l'ICP est la « porte d'entrée des usager·ères » ou « le guichet d'accès santé » au RSSS. Elle collabore directement avec les intervenant·es du milieu tels que les travailleuses et travailleurs sociaux ainsi que les actrices et acteurs des organismes communautaires afin de mieux répondre aux besoins de la population. Elle peut référer au besoin vers les IPSPL de la CdR les usager·ères réfugié·es ou l'ensemble des usager·ères vers d'autres ressources, du CIUSSS ou non.

Les IPSPL, quant à elles, sont considérées par les répondant·es comme étant la porte d'entrée vers les autres types de professionnel·les de la santé pour des clientèles vulnérables et réfugiées. La présence des IPSPL apporte une complémentarité à la pratique de l'ICP dans le sens où elles disposent de certaines responsabilités médicales telles que le droit de prescrire, de diagnostiquer ou de faire une référence vers un médecin spécialiste :

*« Ça l'air de rien, mais le pouvoir prescripteur fait beaucoup de choses là-dedans. Il y a aussi des évaluations, diagnostics, l'impression diagnostique et après ça de faire un traitement, de l'envoyer en scan et là en plus on a le droit de référer à un médecin spécialiste. C'est quand même vraiment ça. L'infirmière peut faire l'évaluation, mais elle n'a pas le droit de dire une conclusion et de partir un traitement, tandis que moi j'ai le droit de faire une conclusion et d'initier un traitement et des recommandations face à ça ». (IPSPL).*

Notons que les cas de santé mentale pour les personnes réfugiées et les demandeuses d'asile sont uniquement traités par les MD de la CdR.

## 2. Les caractéristiques de la pratique de l'ICP

Plusieurs éléments permettent de caractériser le travail de l'ICP : la clarté de son rôle, les compétences et les qualités, le lieu de l'intervention et les moyens de communication utilisés, les formations et documentations d'informations reçues quant à son rôle de proximité et le soutien de la part des autres acteurs et actrices du réseau intersectoriel.

### 2.1 La clarté du rôle de l'ICP

Les ICP ont souligné que leur rôle est clairement défini. Au-delà des interventions qu'elles réalisent, les ICP jouent un rôle d'orientation des usager·ères vers les services appropriés du réseau de la santé et des services sociaux. Elles se considèrent ainsi comme un pont entre les usager·ères et les différents services ou professionnel·les. La valeur ajoutée par rapport aux autres professionnel·les visé·es par l'étude réside dans le fait que les ICP réalisent une évaluation de la condition physique, et parfois mentale avant d'effectuer une référence vers un·e autre professionnel·le de santé. Cette vision est partagée par les acteur·trices du réseau, qui soulignent le soutien de l'ICP dans le cadre de la navigation des usager·ères au sein du système.

*« [...] aucune idée de qu'est-ce qu'ils [les patients] vont te poser comme question et il faut les diriger à la bonne place. Et si je ne sais pas la réponse, au moins j'ai les cellulaires, les numéros de téléphone et je contacte les autres intervenants pour finir et diriger la personne à la bonne place. » (ICP)*

## 2.2 Les qualités et les compétences/connaissances de l'ICP

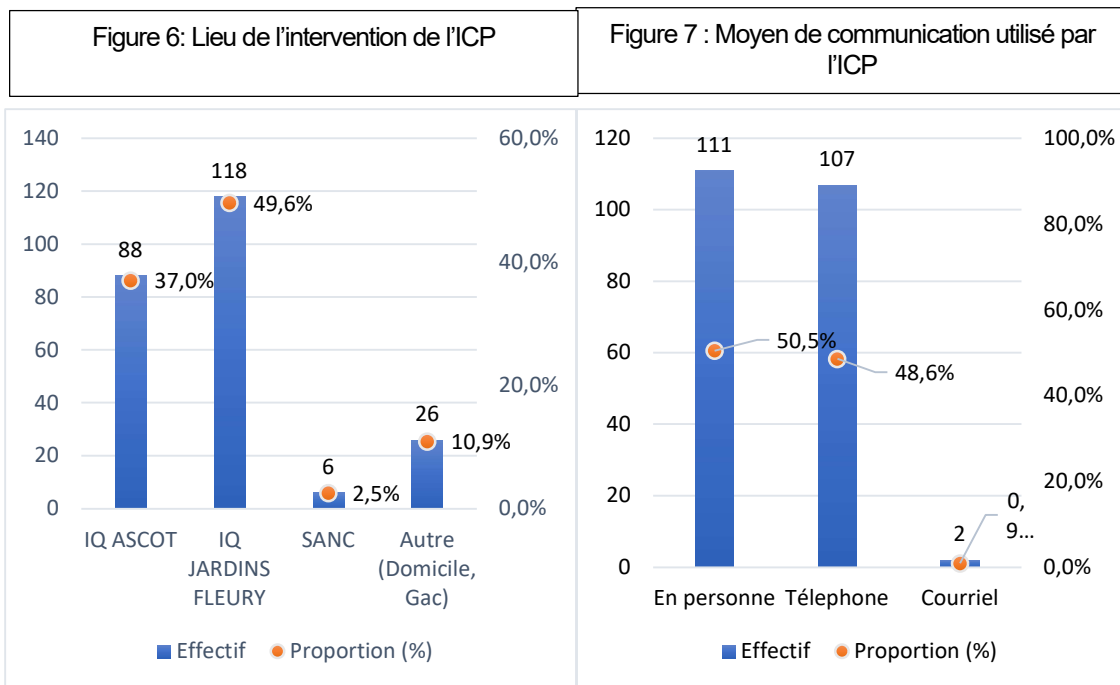
Lors des entrevues, les ICP ont partagé les compétences/connaissances utilisées dans l'exercice de leurs fonctions. Il s'agit de l'adaptation de la pratique aux usager·ères, la capacité à faire preuve d'autonomie dans l'exercice de leur rôle, le leadership clinique et la bonne connaissance du réseau. Les expériences antérieures auprès des réfugié·es leur ont également permis de cerner les différences culturelles entre les groupes et d'en tenir compte dans leur pratique. À titre d'exemple, une ICP a souligné que la question de la santé sexuelle et reproductive peut être abordée différemment, selon la culture ou la religion de l'usager·ère. Par ailleurs, les ICP ont noté une certaine latitude dans l'exercice de leur rôle et du leadership clinique, comme « l'empowerment du, de la patient·e ». En effet, elles travaillent dans un environnement où il y a peu de contacts avec d'autres professionnel·les en santé :

*« J'ai personne d'autre à qui me référer et après, je fais... je suis comme seule pour évaluer et pour prendre mes décisions de ce que je vais faire avec cette personne-là. Est-ce que c'est correct, on fait juste un enseignement, et je vais la suivre et je place mes rendez-vous moi-même ? OK, je vais te revoir dans deux semaines, je te rappelle, on va regarder ça ensemble. Je fais des suivis, je... j'ai pas à demander l'avis à personne vraiment » (ICP).*

À ces compétences, s'ajoutent des qualités telles l'ouverture d'esprit, l'écoute, l'empathie, l'absence de jugement et la connaissance de plusieurs langues. Les autres acteur·trices, quant à eux, ont mis l'accent sur la facilité d'approche des ICP, leur réactivité, et surtout une forte propension à développer des liens de confiance avec les usager·ères.

## 2.3 Lieu de la pratique et moyens de communication utilisée par les ICP

Les ICP ont réalisé des consultations à l'IQ de Jardins Fleury (49,6 %) et à l'IQ Ascot (37,0 %) (figure 6). Le reste des consultations se sont tenues chez les partenaires (au SANC) et à domicile. Les consultations ont été effectuées majoritairement en personne (50,5 %) et par conversation téléphonique (48,4 %) (figure 7). Mentionnons que les consultations par téléphone ont été mises en place dans le contexte de la pandémie dès avril 2020. Elles permettaient à l'ICP de réaliser les interventions ne nécessitant pas un examen physique (par exemple, une inquiétude par rapport à l'utilisation d'une méthode contraceptive).



Source : autrices, 2022

Les conditions favorables pour le déploiement optimal du rôle de l'ICP :

Il a été possible de recenser plusieurs conditions favorisant le déploiement optimal du rôle de l'ICP comme les formations reçues, ainsi que les outils et le soutien de l'organisation offerts.

## 2.4 Les formations et la documentation

Les ICP ont reçu de la documentation et des formations, plus particulièrement sur l'intervention du quartier. Toutefois, une infirmière a estimé que cela n'était pas suffisant :

*« Oui, bien il y avait certains documents sur l'intervention de quartier et tout ça que j'ai regardés, mais je pense que c'était difficile de se préparer, vu que c'était la première fois qu'une infirmière... c'était comme une première, c'était la première fois qu'une infirmière allait faire ça à Sherbrooke en intervention de quartier. Je ne pouvais pas... il n'y avait pas beaucoup de documentation là-dessus finalement [rire] ». (INF)*

Elles ont également reçu des formations en adaptations des interventions, en contraception, en arrêt tabagique et en dépistage et traitement des ITSS. La seconde ICP a reçu un ensemble de documents regroupant l'information générale préparée par la première. Néanmoins, elles auraient souhaité recevoir une formation en intervention de crise et une mise à jour sur les examens physiques.

## 2.5 Le soutien des autres actrices et acteurs, au déploiement du rôle ICP au sein des communautés et du réseau intersectoriel

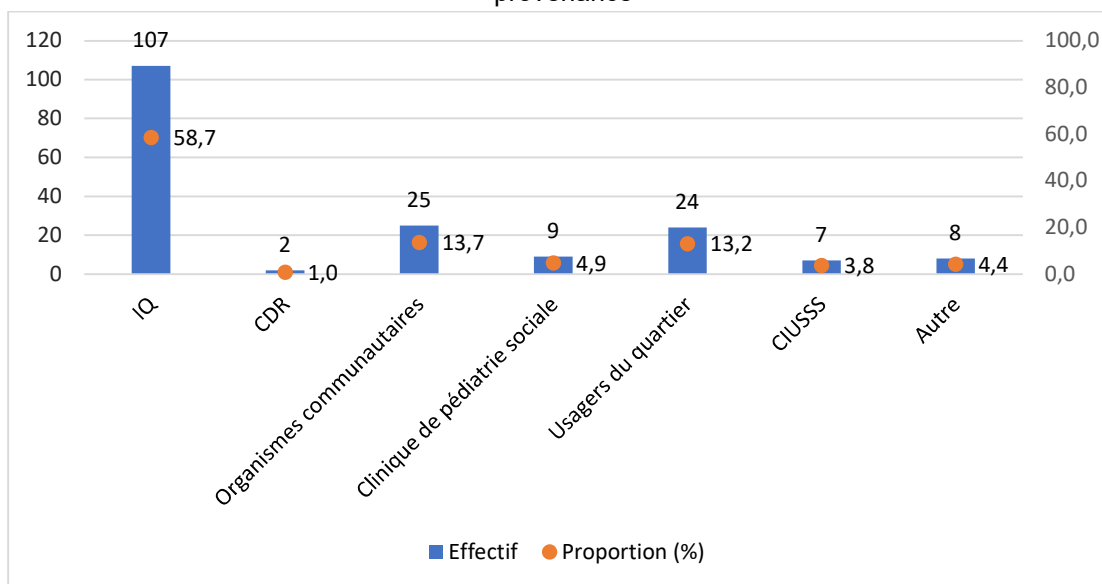
Le RSSS de la Ville de Sherbrooke compte deux IQ, implantées et bien ancrées depuis une quinzaine d'années. Les deux IQ et les organismes communautaires ont largement facilité le déploiement de la

pratique infirmière. Les données montrent que 79,5 % des personnes reçues par l'ICP ont été référées par une institution ou un organisme. Parmi ces personnes, 58,7 % ont été référées par les IQ vers l'ICP (figure 8).

Ce sont principalement les TS qui interagissent de manière systématique avec les ICP. Les ICP considèrent les TS comme étant « leurs plus proches partenaires ». Ils ont en effet référés 66 % des usagers vers l'ICP (figure 9).

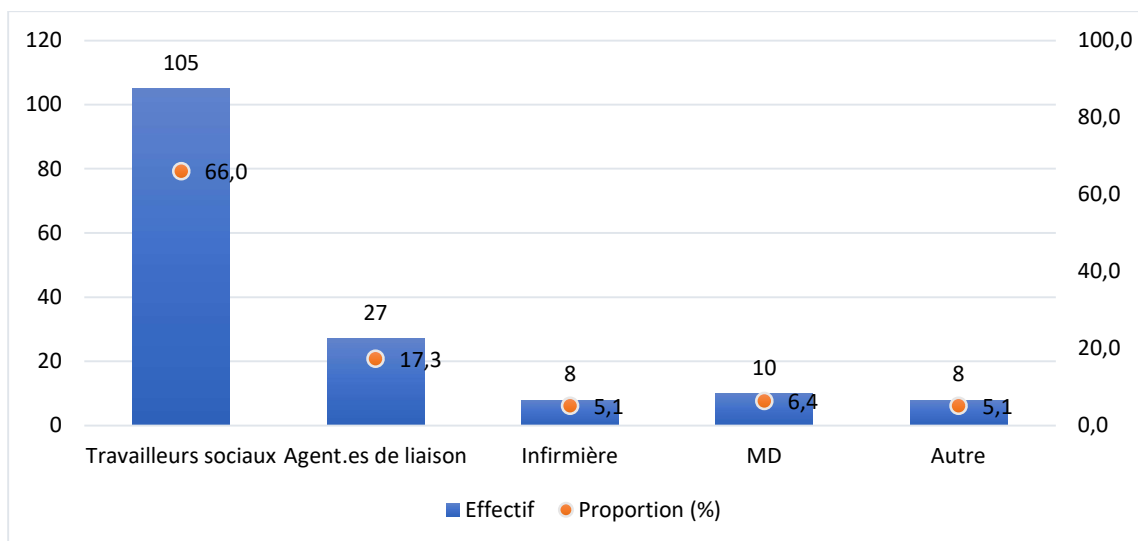
*« Les travailleurs sociaux, ça facilite beaucoup. Moi j'adore travailler avec eux. Et dans les deux quartiers, il y a (prénom TS\_1) ici, il y a (prénom TS\_2) dans Jardins Fleuris, ça fait 10 ans ; ça fait plusieurs années qu'ils font ça, ils connaissent le quartier, ils connaissent toutes les ressources du quartier » (ICP)*

Figure 8 : Nombre et proportion des références des usagers et usagères vers l'ICP selon l'organisation de provenance



Source : autrices, 2022

Figure 9 : Nombre et proportion des références des usagers et usagères vers l'ICP selon le type d'intervenant·e en charge de la référence



Source : autrices, 2022

Les autres acteurs et actrices ont mentionné la présence de la clinique de pédiatrie sociale, des pharmacies communautaires, de la table du quartier et des agent·es de liaison. Par exemple, 17,3 % des références de l'ICP proviennent des agent.es de liaison (figure 9). Ces derniers et dernières ont une bonne connaissance de la clientèle réfugiée et demandeuse d'asile. Plusieurs d'entre eux et elles s'expriment dans d'autres langues (arabe, dari et espagnol), ce qui permettait de rejoindre facilement la population.

### 3. Les caractéristiques de la pratique des IPSPL

Plusieurs éléments permettent de caractériser le travail des IPSPL au sein du projet tel qu'implanté : la clarté de son rôle, les compétences et les qualités, les moyens de communication utilisés, les formations et documentations d'informations reçues quant à leur rôle dans le projet pilote et le soutien de la part des autres acteurs et actrices du réseau intersectoriel.

#### 3.1 La clarté du rôle des IPSPL

Alors que le rôle de l'ICP est décrit comme clairement défini, il semble persister une confusion quant aux rôles des IPSPL chez les autres professionnel·les de la santé liée à l'étendue de leur pratique par rapport à celle de l'ICP :

*« Bien praticienne, clinicienne... non, je ne pourrais pas dire... je sais qu'il y a des différences au niveau des actes réservés, mais je ne pourrais pas en dire plus à ce sujet-là. » (TS)*

#### 3.2 Les qualités et les compétences/connaissances des IPSPL

Dans le cadre du projet, les deux IPSPL travaillaient à la CdR une journée par semaine chacune. Leur pratique est essentiellement orientée vers les soins physiques. Elles ont souligné que les qualités nécessaires pour réaliser leurs interventions dans le contexte de la CdR sont une bonne capacité d'adaptation, une sensibilité culturelle, de l'empathie et une ouverture d'esprit :

*« Bien je pense que... déjà d'avoir une bonne capacité d'adaptation, je pense d'avoir un côté très humain aussi, beaucoup d'empathie, de compréhension. Je pense d'avoir un peu un intérêt, une curiosité... un intérêt vers les autres et une belle ouverture d'esprit, de ne pas arriver en voulant imposer quoi que ce soit, en étant beaucoup dans la réception et d'essayer de trouver quelque chose, alors je pense que c'est vraiment être capable de s'adapter et d'être ouvert à l'autre et d'avoir vraiment une approche humaine. Je pense que c'est ça les compétences les plus importantes. Oui, après ça il y a les compétences théoriques et tout ça et l'expérience un peu plus peut-être ethnoculturelle qui facilite, mais il reste qu'à la base, je pense que c'est vraiment plus l'ouverture d'esprit, capacité d'adaptation et le côté humain qui prime » (IPSPL)*

### **3.3 Les moyens de communications utilisées par les IPSPL**

Les IPSPL ont soulevé divers enjeux liés aux communications entre l'ICP et l'IPSPL. Elles mentionnent d'abord l'absence de rencontres d'équipe et la distance physique entre les IQ et la CdR qui auraient entravé les communications. Le contexte pandémique a fait perdurer cette situation mais l'arrivée d'une nouvelle coordonnatrice en 2021 a permis de créer des ponts d'informations entre l'ICP et les IPSPL.

Le moyen de communications entre l'ICP et l'IPSPL étaient principalement le formulaire de référence pour la CdR. Ce formulaire était complété par l'ICP et indiquait un résumé de la problématique de l'utilisateur ainsi que les attentes envers l'IPSPL. Le rendez-vous était octroyé par l'agente administrative de la CdR.

Les moyens de communication entre les médecins et les IPSPL pouvaient être à deux niveaux. Le premier était des discussions de cas en personne où le médecin pouvait selon la situation, revenir compléter l'évaluation de l'utilisateur lors de la rencontre. Le deuxième moyen était l'envoi de tâches par le dossier médical électronique. Les tâches sont une forme de courriel sécurisé entre les intervenants dans un dossier patient.

Ce moyen de communication ne pouvait pas être utilisé entre l'IPSPL et l'ICP car cette dernière n'avait pas les autorisations organisationnelles pour avoir une licence du dossier médical électronique utilisé à la CdR. Ceci fût un frein au niveau de la communication en plus de limiter l'accès à des données cliniques qui auraient pu être pertinentes pour l'ICP lors de ses suivis ou évaluation de la clientèle. De plus, comme l'ICP rédigeait ses notes dans un autre logiciel informatique (I-CLSC) les médecins et les IPS n'y avait pas accès et pouvaient ne pas avoir accès à de l'information qui aurait pu changer le plan de traitement.

Ces enjeux informatiques et administratifs ont causé des lourdeurs administratives, des risques de dédoublement de tâches ainsi que des délais d'attente chez l'utilisateur référé par l'ICP à l'IPSPL.

Pour contourner ces enjeux administratifs, la coordonnatrice de la CdR a conçu un gabarit de formulaire de référence pouvant être utilisé par les ICP, les IPSPL et les médecins. Cette façon de faire a permis aux ICP d'obtenir plus de retours de la part de la CdR mais le risque de perte d'information demeurait à cause du nombre d'intermédiaires.

*« Elle écrit comme une feuille qu'elle faxe, déjà, c'est souvent ça, ou qu'elle l'envoie par courriel, que la secrétaire imprime, alors il ne faut pas qu'on oublie qu'elle l'imprime, c'est tout ça qui fait qu'il y a beaucoup de... quand t'as beaucoup d'intermédiaires, il y a beaucoup de risques d'erreurs, beaucoup d'interprétation. Alors sur ces feuilles-là, bien elle écrit un peu son évaluation, elle décrit » (IPSPL)*



### 3.4 Formations et documentations reçues

Lors de l'implantation des services des IPSPL à la CdR, différentes formations ont été offertes : formation sur la clientèle immigrante, parcours migratoires, accessibilité aux soins de santé en fonction du type de statut d'immigration, etc. Puis elles ont eu accès à l'utilisation d'un guide thérapeutique pour la clientèle immigrante créé par les médecins de la CdR basé sur les recommandations de l'OMS et des médecins spécialistes (infectiologue, psychiatres et pédiatres).

*« En plus, il y a plein d'outils, on a vraiment un guide super, une sorte de guide clinique qui a été fait par les médecins de la Clinique des Réfugiés qui dans quel cas par exemple, un résultat d'hépatite B et tout ça que bon, on a telle affaire, telle, telle particularité, ok, bien là on fait ça. Alors ça clarifie vraiment et ça fait aussi qu'on a une conduite tout le monde similaire, que tout le monde on fonctionne de la même manière : OK, pour ces cas-là, on réfère à lui. Et on a vraiment identifié des spécialistes cible, ce qui fait qu'il n'y a pas mille approches après ça. » (IPSPL)*

Enfin, les IPSPL ont pu aller observer le rôle des TS et ICP dans les IQ en plus d'observer le rôle des médecins à la CdR.

### 3.5 Soutien des autres acteurs et actrices au déploiement du rôle IPSPL au sein du réseau intersectoriel

Le principal soutien reçu par les acteurs du réseau intersectoriel pour les IPSPL était la possibilité d'utiliser les services d'interprétariat via les services du SANC et les consultations auprès des pharmacies communautaires.

Quant aux acteurs du réseau de la santé, les IPSPL collaboraient principalement avec les médecins de la CdR, les autres professionnels de la CdR tel que TS et psychologue et finalement les médecins spécialistes.

*« Les autres choses aussi, bien c'est les spécialistes qui sont habitués de travailler avec cette clientèle-là, bien ça nous aide beaucoup parce que quand on a des questions, bien ils nous répondent vraiment... ils peuvent nous éclairer facilement un peu plus. Beaucoup l'expérience finalement des autres » (IPSPL).*

## 4. Liens collaboratifs entre les ICP et les IPSPL

Les liens entre les ICP et les IPSPL sont assez fréquents, mais unidirectionnels, c'est-à-dire que les ICP réfèrent aux IPSPL et aux médecins, mais la situation inverse ne se produit que très rarement. Les ICP ont mentionné avoir effectué plusieurs références des usagers directement aux IPSPL et aux MD de la CdR (tableau 4). Les IPSPL réfèrent majoritairement aux MD spécialistes et aux physiothérapeutes au sein du CHUS. Les MD, quant à eux, réfèrent aux MD spécialistes, aux psychologues, à d'autres MD et physiothérapeutes. Les retours vers les ICP à la suite d'une référence vers les IPSPL et les MD sont très rares.

Tableau 4 : Nombre et proportions de références faites par les trois prestataires vers d'autres professionnel.les

Type d'intervenant-e et de professionnel-le pour référer	ICP (N=139)	IPSPL(n=25)	MD (n=58)
Infirmières CdR ou CLSC	12,2% (17)	4% (1)	0
IPSPL	<b>21,6% (30)</b>	0	5,1% (3)
Travailleur·euse social·e	12,2% (17)	4% (1)	1,7% (1)
MD	<b>43,2% (60)</b>	0	19% (11)
MD spécialiste	6,4% (9)	<b>52% (13)</b>	<b>31% (18)</b>
Physiothérapeute	2,1% (3)	24% (6)	13,8% (8)
Psychologue	0	0	<b>38% (14)</b>
Nutritionniste	1,4% (2)	0	5,1% (3)
Technicien·ne en laboratoire	0	16% (4)	1,7% (1)
Dentiste	0,7% (1)	0	0

Source : autrices, 2022

Lors des entrevues, les ICP ont souligné que la procédure de référence est clairement définie et connue aussi bien par les ICP que les IPSPL. Au début du projet, la référence passait par la secrétaire de la CdR. Il n'y avait pas de contacts directs entre les deux professionnelles. Mais, les IPSPL et les ICP ont soulevé quelques enjeux dans le processus.

Les ICP ont souligné que la communication était peu fluide avec les IPSPL et les médecins de la CdR, puisqu'elles n'avaient ni rencontres hebdomadaires ni mensuelles. Elles ont également soulevé que la distance géographique entre les lieux de l'IQ et la CdR pouvait avoir entravé cette communication. Ces remarques ont été entendues par l'équipe projet et les gestionnaires responsables de l'arrimage entre les différentes équipes ont ainsi pu arranger ce dysfonctionnement pour permettre à l'ICP et aux IPSPL de communiquer plus facilement, rapidement et régulièrement. Ce fut aussi l'un des avantages de travailler en mode projet : la clinique, la gestion et la recherche travaillaient de concert en communication constante et efficace.

## RETOMBÉES et IMPLICATIONS DE L'IMPLANTATION DE NOUVEAUX RÔLES ICP et IPSPL

Les résultats ont permis de dégager les retombées concrètes de l'implantation de nouveaux rôles ICP et IPSPL selon trois niveaux : (i) les usager.ères, (ii) le réseau intersectoriel et (iii) le réseau de la santé.

### 1. Les usagères et usagers

#### 1.1 Réponse aux besoins et satisfaction des usagers et usagères

La mise en place du projet d'intervention de soins de proximité a permis de répondre aux besoins variés des usager.ères, et de ce fait, d'augmenter l'accessibilité aux services de santé à toute la clientèle. L'ICP a facilité la navigation des usager.ères au sein du système de santé.

*« Et moi je vois que c'est grâce à l'infirmière du quartier que je suis partie à l'hôpital, j'ai été à la Clinique des Réfugiés. Sinon moi-même je ne serais pas capable de partir et je ne sais pas comment je vais faire alors pour prendre un rendez-vous. Je ne sais pas quel médecin pour voir, ça serait difficile pour moi » (Usagère)*

De plus, les services offerts par l'ICP a permis d'éviter les inquiétudes ou les incertitudes liées aux façons d'accéder aux services dont les personnes ont besoin :

*« J'avais mes règles qui étaient irréguliers parce que j'avais pris des injections pour tomber enceinte. J'étais allé à la pharmacie pour expliquer le problème, mais cela n'avait rien changé. J'étais toujours inquiète. C'est comme ça que j'ai contacté l'infirmière et elle m'a rassuré. Elle m'a dit que cela allait passer avec le temps » (Usagère)*

*« Il y en a plein qui veulent rentrer dans le système de santé... si on parle de santé physique, il y a plein de monde qui veulent entrer dans le système de santé et qui ne peuvent pas. Parce qu'il en manque de médecins de famille et tout ça. Alors est-ce que ça aide les gens à entrer dans le système de santé... ça aide les gens d'avoir des chemins, c'est sûr, parce que quand c'est (prénom ICP) qui appelle au guichet d'accès et qui fait un petit résumé, bien ça peut prioriser les choses. » (TS)*

Par ailleurs, l'accès aux services est particulièrement facile pour toute la clientèle, quel que soit le statut migratoire.

*« Ce que j'aime trop avec l'infirmière de quartier c'est qu'elle répond vite à mes besoins et si je l'appelle le matin et si elle ne répond pas à mon téléphone, je vais lui laisser un message et après elle va me répondre peut-être d'ici deux ou bien trois heures, elle va me répondre. Et si elle me répond, elle va me dire peut-être de venir demain chez elle, oui demain ou bien deux jours si c'est correct pour moi » (Usager)*

Les infirmières ont souligné le fait que les usager·ères du quartier apprécient avoir accès à un·e professionnel·le de santé de proximité pouvant répondre à leurs questions à tout moment :

*En général, je pourrais juste te dire que le feedback que j'ai eu des patients c'était que c'est génial qu'il y ait une infirmière dans le quartier, qu'ils peuvent avoir accès s'ils avaient des questions, parce qu'ils ne savaient plus quoi faire. Ça c'est... en général, c'est ça les... même les Québécois. (INF)*

## **1.2 Une meilleure prise en compte des problèmes de santé mentale**

Le projet a contribué à une meilleure prise en compte des problèmes de santé mentale chez les personnes réfugiées et les demandeuses d'asile :

*Quand même, il y a eu quelques cas – plusieurs en fait – que la demande initiale était une demande santé, les classiques : un mal de dos, mal de tête, difficulté à dormir, qui était dans le fond simplement une petite porte pour ouvrir sur toutes sortes de problématiques plus soit psychosociales, des problématiques de santé mentale, et donc elle devenait une alliée indispensable pour avancer dans une situation qui était parfois hermétique, qui était difficile à*

*aborder, qui était trop difficile à aborder en fait directement avec l'angle psychosocial, donc elle pouvait faire un petit bout de chemin et travailler ça. (TS)*

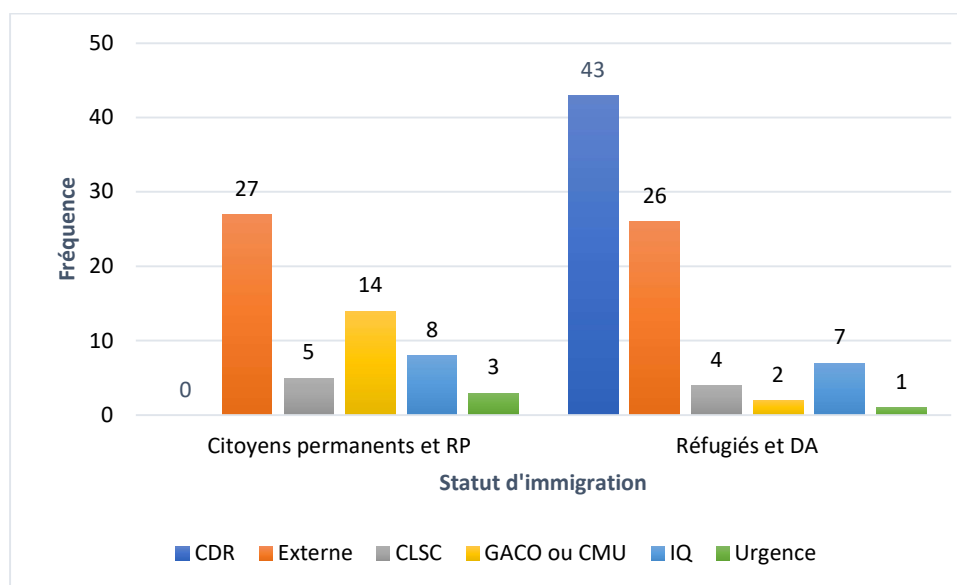
## 2. Le réseau de la santé et des services sociaux

### 2.1 Diminution des consultations à l'urgence

Le nombre de références à l'urgence est quasi nul aussi bien chez les personnes réfugiées et demandeuses d'asile que chez les citoyen·nes canadien·nes et les RP (figure 10). Seulement quatre (4) personnes (trois citoyennes et/ou RP et une personne réfugiée) ont été référées à l'urgence sur toute la durée du projet. Ces données ont été confirmées par les acteur·trices lors des entrevues, qui estiment que la mise en place de l'intervention de soins de proximité a permis de réduire et d'éviter les consultations à l'urgence non urgente :

*Bien sûr le réseau de la santé, c'est sûr qu'on évite d'aller à l'urgence pour rien, parce que beaucoup de patients me disaient OK, il fallait normalement que j'aille à l'urgence pour poser des questions et attendre et la dernière cliente, elle m'a dit normalement, on est allés deux fois à l'urgence pour attendre sept heures et on ne savait pas qu'il y avait une infirmière de quartier. (INF)*

Figure 10 : Nombre de références par l'ICP vers un organisme ou institution selon le statut migratoire



Source : autrices, 2022

### 2.2 Le bon service au bon endroit au bon moment

Les infirmières estiment que leur service permet d'éviter le gaspillage des ressources ou les multiples consultations auprès des différent·es professionnel·les pour un même problème. Quant aux répondant·es de manière générale, ils et elles considèrent que la trajectoire des services est de plus en plus simplifiée au sein du réseau de la santé :

*« Il y a une diminution des consultations pour rien, tourner dans les mauvaises listes d'attente, consulter un professionnel, l'autre. Quand le dossier est orienté en amont au bon endroit, c'est clair qu'au niveau de l'enveloppe il y a une réduction des consultations et de consulter multiples professionnels de la santé, quand dans le fond le dossier aurait pu être dirigé au bon endroit au bon moment ou même être réglé en amont avec ce qui existe au niveau communautaire et au niveau de la première ligne. » (INF)*

### **2.3 Les MD ont plus de disponibilités pour les cas de santé mentale**

La présence des IPSPL a permis d'accroître les disponibilités des médecins, surtout pour les cas complexes de santé :

*« Bien je pense qu'il y a beaucoup d'augmentation de... d'avoir plus de disponibilité. [...] sans le projet de recherche, je ne suis pas sûre qu'il y aurait eu une IPS. Je pense que pour bien des endroits, je le sais, on est quand même... moi je fais de la télémédecine, on est quand même des professionnels moins dispendieux » (IPSPL)*

### **3. Le réseau intersectoriel**

La présence de l'infirmière clinicienne apporte une complémentarité au sein des services de proximité et de la communauté. Les problèmes de santé peuvent désormais avoir une réponse. Les espaces de rencontres permettent de tisser des liens de confiance avec les actrices et acteurs de la communauté et des occasions de vulgarisation de l'offre des services de l'ICP.

*Quand on organise des activités, les infirmières sont présentes, les intervenants sont présents et les autres se présentent en disant « c'est l'infirmière de quartier » donc vraiment ça facilite aussi de tisser des liens avec les citoyens et de se faire connaître aux citoyens. (Partenaire)*

*Je pense, à l'activité qu'on avait faite dernièrement, on avait une fête des neiges, une activité de fête des neiges, on a fait une fête des récoltes avant justement. Ce sont vraiment des espaces qui facilitent aussi le tissage des liens et la connaissance justement de l'infirmière de quartier, parce qu'eux autres sont toujours présents; ils contribuent, participent et s'impliquent et on travaille ensemble avec les citoyens. (Partenaire)*

## RECOMMANDATIONS

Cette section présente des recommandations selon les cinq objectifs ultimes établis par le comité de projet à la suite de la réalisation du modèle logique de l'intervention. Ce modèle logique a été présenté aux membres du conseil d'administration de la Fondation le 09 mars 2021. Nous l'avons inclus à nouveau en annexe de ce rapport (Annexe 1). Cela établit finalement une cohérence entre les objectifs ultimes de l'intervention développée et les résultats pouvant alimenter les prises de décisions quant à la pérennité de cette intervention et sa possible mise à l'échelle dans d'autres territoires.

### **1. Amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé (physique et mentale) aux populations ciblées (quartier et personnes réfugiées)**

- ✓ Déterminer et mettre en place des conditions favorables aux liens bidirectionnels entre les ICP et IPSPL afin que les usagers soient constamment accompagnés par le professionnel adéquat.
- ✓ S'inspirer de ce projet pour rejoindre d'autres populations vulnérables ou défavorisées afin d'augmenter l'accessibilité des soins et services, répondre aux besoins de manière pertinente et efficace et éviter le recours inadéquat aux urgences.

### **2. Amélioration de l'expérience usagère concernant l'accès et la continuité des services de santé**

- ✓ Poursuivre la fluidité des corridors de service pour la clientèle orpheline à travers les nouveaux services du guichet d'accès à la première ligne afin d'éviter les retards de consultation et conséquemment l'aggravation des problématiques.

### **3. Utilisation des nouveaux services par la populations ciblées (quartier et personnes réfugiées)**

- ✓ Revoir le parcours des usagers et la fluidité des processus de référencement afin qu'ils puissent retourner plus facilement vers les ICP lorsque leurs besoins font appel à l'expertise des ICP.

### **4. Déploiement optimal de l'étendue de pratique des infirmières cliniciennes de proximité et des IPSPL**

- ✓ Réévaluer la fréquence de réalisation des interventions réalisées par l'ICP selon les besoins de la clientèle et de l'évolution de l'opérationnalisation des rôles des différents prestataires de soins dans une perspective de complémentarité optimale.
- ✓ Mettre en place des espaces d'échanges formels et informels entre les prestataires de soins afin de briser les silos entre les pratiques et de favoriser la complémentarité de leur rôle sur une base régulière selon les besoins évolutifs des patients et des ressources professionnelles disponibles.
- ✓ Favoriser l'utilisation de dossier médical informatique unique pour l'ensemble des intervenants du réseau afin de faciliter les communications, le partage d'information et de permettre des interventions cliniques adaptées à la situation de l'utilisateur.s.
- ✓ Mettre en place favoriser l'utilisation et privilégier le recours à la technologie pour faciliter les échanges virtuels.

- ✓ Augmenter le nombre de secteurs de soins de proximité où la triade (ICP-IPSPL-MD) travaillerait en étroite complémentarité afin que chacune des ressources professionnelles puisse mettre en œuvre sa pratique de manière optimale et par le fait même, éviter le gaspillage des ressources ou les multiples consultations auprès des différents professionnels.

## 5. Adaptation des soins et services aux besoins complexes des populations vulnérables

- ✓ Maintenir et élargir (autres IQ ou milieux) les services d'un réseau intersectoriel de proximité pour la clientèle vulnérable. Ces services qui sont adaptés aux réalités particulières des clientèles vulnérables tels que les barrières linguistiques, les différents référents culturels, la faible littéracie pour s'orienter dans le de réseau de santé, la méfiance envers les autorités, etc.
- ✓ Réaliser un projet de même nature dans d'autres territoires afin de répondre aux besoins variés des usager.es, et d'augmenter l'accessibilité à des services de santé et sociaux adaptés à ces clientèles vulnérables (mise à l'échelle de ce type de projet).

## BIOGRAPHIE DES AUTRICES

**Lara Maillet**, PhD. est professeure adjointe à l'École Nationale d'Administration Publique (ENAP) en gestion des services de santé et services sociaux. Elle a réalisé, dans le cadre du programme FERASI, sa thèse de doctorat sur l'adaptation des services infirmiers de premières lignes à l'égard des populations migrantes au Québec. Elle détient une expertise dans l'application des systèmes adaptatifs complexes aux organisations de santé et l'utilisation de méthodes mixtes. Sa programmation de recherche porte sur l'adaptation des organisations publiques en santé, leur gouvernance et l'implantation de stratégies innovantes, dont la gestion par trajectoires de soins et services (GTSS), pour en améliorer l'accessibilité notamment pour les personnes vulnérables. Elle dirige actuellement le Laboratoire de recherches et interventions systémiques en santé (LabRIS) et co-dirige le centre de recherche sur la gouvernance (CERGO) et l'axe Pratiques et Gouvernance (PGSSS) au sein de l'IUPLSSS.

**Stéphanie Charest** est infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Ses activités cliniques se déroulent au GMF Grandes-Fourches. Parmi ses tâches de pratique infirmière avancée, elle est responsable clinique du projet « Implantation d'une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès de personnes réfugiées » et siège au comité des infirmiers et des infirmières de l'établissement. Au moment de la planification du projet, elle était la coordonnatrice des IPS pour le CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Elle est très impliquée au niveau professionnel. Ses autres collaborations se font avec l'Université de Sherbrooke comme professeure associée de clinique où elle offre occasionnellement des charges de cours ou supervise des stagiaires IPSPL ainsi qu'auprès de l'OIIQ où elle préside le comité de la formation des IPS. Ses intérêts portent principalement sur les clientèles vulnérables, le développement et la reconnaissance de la pratique infirmière ainsi que sur l'accessibilité aux soins.

**Johanne Déry**, PhD. est professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle a occupé le poste d'adjointe à la directrice des soins infirmiers, volet recherche au CHU Sainte-Justine (2011-2018). Ses intérêts de recherche et d'enseignement portent sur le déploiement de l'étendue de la pratique infirmière, l'utilisation optimale des ressources, la mobilisation et l'engagement des équipes de soins, la satisfaction professionnelle et la gestion de proximité. Elle s'intéresse également au développement professionnel continu notamment par le développement et l'implantation, dans les milieux cliniques, d'un référentiel de compétences pour les infirmières soignantes ainsi que pour les gestionnaires de proximité. Très impliquée, elle travaille en collaboration avec les soignants, les décideurs et les gestionnaires de divers centres hospitaliers nationaux et internationaux au développement et à la mise en œuvre de projets novateurs visant le rehaussement de l'étendue de la pratique infirmière par la mobilisation des équipes.

**Aurelle Jouego** est diplômée de la maîtrise en administration publique de ENAP. Dans son mémoire de maîtrise, elle s'est intéressée à l'accessibilité et la continuité des services au sein du milieu éducatif en contexte de défavorisation au Québec. Ses intérêts de recherche touchent particulièrement l'accès aux services des populations vulnérables. Elle possède également plusieurs expériences en recherche évaluative, en organisation des services sociaux et de santé. Elle est actuellement professionnelle de recherche à l'ENAP au sein du LabRIS dirigé par L. Maillet.



## RÉFÉRENCES

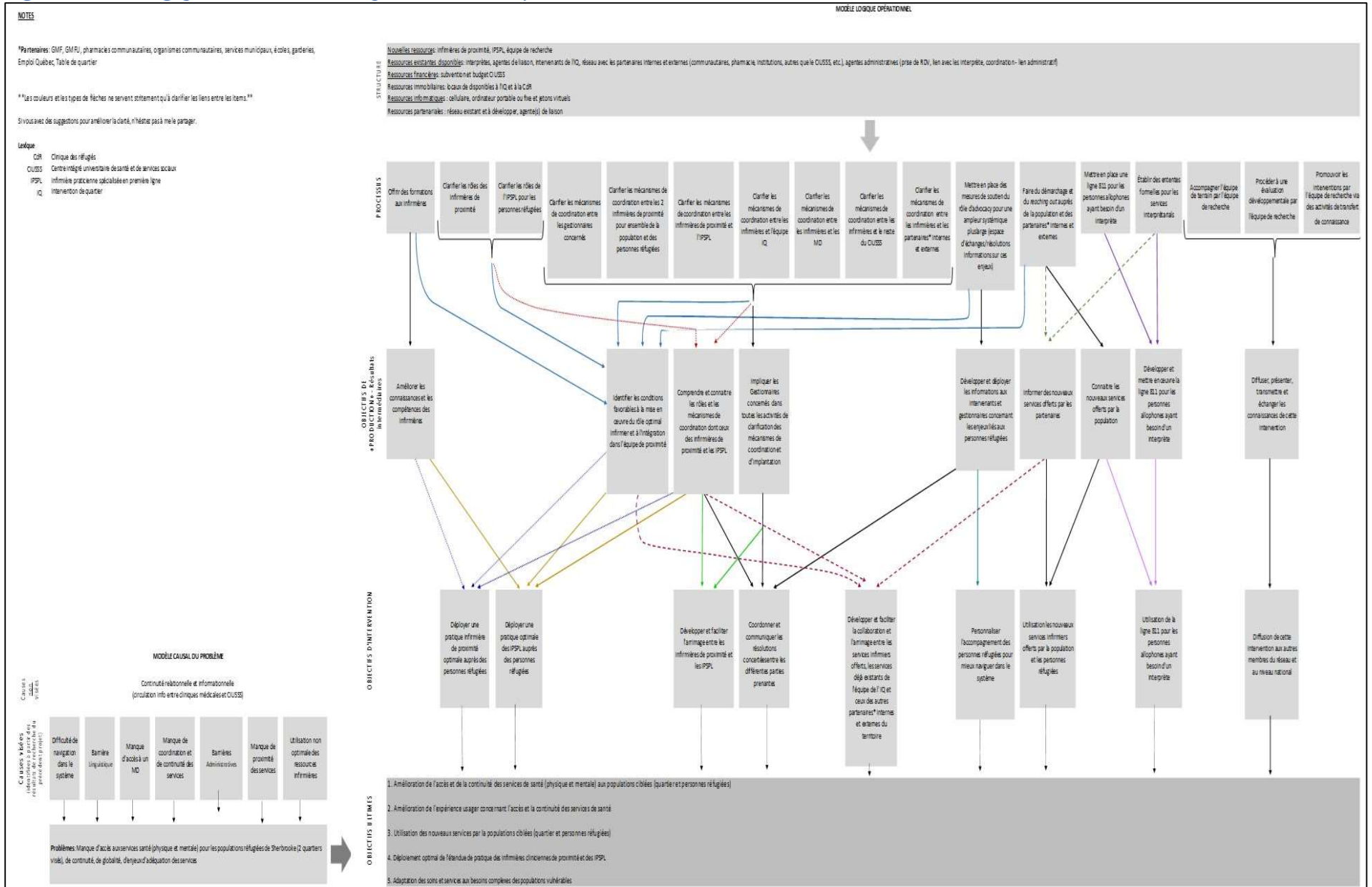
- Déry, J., Clarke, S. P., D'Amour, D., & Blais, R. (2018). Scope of nursing practice in a tertiary pediatric setting: Associations with nurse and job characteristics and job satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(1), 56-64.
- Déry, J., D'Amour, D., Blais, R., & Clarke, S. P. (2015). Influences on and outcomes of enacted scope of nursing practice: A new model. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 136-143.
- Maillet, L., Manceau, L., M., Desjardins, F., Gagnon, S., Naraziah, L., Beaulieu, G., . . . Dauda, C., - K. (2022). Research through action: research protocol on the implementation of an integrated place-based primary intervention in a multicultural context. *Research Square pre-print, study protocol*.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives. Méthodes en sciences humaines (2nd ed.)*. Bruxelles: De Boeck.
- Newbold, K. B., Cho, J., & McKeary, M. (2013). Access to Health Care: The Experiences of Refugee and Refugee Claimant Women in Hamilton, Ontario. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 11(4), 431-449. doi:10.1080/15562948.2013.808390
- Patton, M. Q. (2012). Developmental evaluation for equity-focused evaluations. *Evaluation for equitable development results. M. Bamberger and M. Segone. New York, UNICEF*, 102-114.
- Robert, E., Maillet, L., Desjardins, F., Charpentier, C., & Allaire, J.-F. (2019). *Réunir les communautés pour améliorer l'accès des réfugiés au Réseau des soins et services sociaux à Sherbrooke*. Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux Retrieved from [http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Synthese\\_activite2018-06-22.pdf](http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Synthese_activite2018-06-22.pdf)
- Santé Canada. (2001). «*Certaines circonstances*»: Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées. Retrieved from [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2012/sc-hc/H39-618-2002-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sc-hc/H39-618-2002-fra.pdf)
- Tremblay, M.-E., Dubé, G., & Baraldi, R. (2013). Méthodologie et description de la population visée. Retrieved from <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2275673>. <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2275673>

## Annexes

1. Modèle logique de l'intervention innovante développée et implantée en soins infirmiers de proximité auprès de personnes réfugiées
2. Tableau des activités de transfert de connaissance **réalisées** (2019-2022) (triées par communication interne et externe « projet »)
3. Exemple de Grille d'entrevue utilisée auprès des infirmières cliniciennes de proximité et IPSPL
4. Extrait d'un masque de saisie remplie par les ICP, IPSPL et les MD
5. Certificat éthique du CER du CIUSSS Estrie CHUS (renouvellement 2021-2022)

# Annexe 1

## Figure Modèle logique de l'intervention par Maillet, Déry, Charest et al. 2020



## ANNEXE 2

Tableau des activités de transfert de connaissance réalisées (2019-2022) (triées par communication interne et externe « projet »)

Évènements et/ou Activités	Date
<b>COMMUNICATIONS INTERNES</b>	
Présentation du rapport final aux membres du CA de la Fondation de l'OIIQ	14 juin 2022
Rapport d'avancement du projet envoyé aux participants, partenaires du projet et à la Fondation	Janvier 2022
Obtention d'une extension du projet jusqu'en juin 2022	Novembre 2021
Présentations aux membres du CA de la Fondation de l'OIIQ	Septembre 2021 Mars 2021
Présentations et rencontres avec les personnes chargées du suivi du projet à la Fondation de l'OIIQ	Octobre 2019 Juillet 2019
Communiqué de presse (média locaux) et parution dans le journal du CIUSSS Estrie CHUS La VieTrine vol. 4, juillet 2019	Juillet 2019
<b>COMMUNICATIONS EXTERNES</b>	
Maillet, L, Déry, J, Goudet, A, Jouego Fotso, A, Abou Malham, S, Desjardins, F, et Charest, S. (2022) L'implantation d'un réseau intersectoriel de proximité, un filet en temps de crise pour les personnes réfugiées? 1 <sup>er</sup> congrès international EDIQ, "Temps de crise : un espace pour réfléchir sur l'immigration et sur la diversité culturelle", du 7 au 9 juin 2022 à l'Université Laval.	Présentation d'une communication orale en juin 2022 (Québec)
Maillet, L et Goudet, A. Access and continuity of health and social services for refugees: implementation of an innovative intersectoral primary care intervention in Quebec (2022), paper 449, Session 3B - Refugee and Immigrant Populations Health and Care Support (V) Monday, May 23, 2022, 4:30 PM - 6:00 PM Track 2, Room 207.	ACCEPTED ORAL PRESENTATION Congrès international ICIC Mai 2022
Jouego Fotso, A, Dery, J, Maillet, L, Goudet, A, Abou Malham, S, Desjardins, F, et Charest, S (2022) Portrait de la pratique infirmière de proximité intégrée dans un réseau intersectoriel auprès de personnes réfugiées : bilan d'un projet pilote, 24 <sup>ieme</sup> conférence UIPES, 15 au 19 mai 2022, Montréal,	PRESENTATION PAR AFFICHE ACCEPTÉE (Vidéo en mode virtuelle) Mai 2022
Maillet, L, Dery, J, Charest, S, Jouego, A, Laflamme, J, Boulianne, C, Abou-Malham, S, Labrie, C, (2022) Présentation de l'innovation infirmière de quartier pour l'accès et la prise en charge de personnes réfugiées. Journée d'échanges et de mobilisation des connaissances sur les innovations infirmières en première ligne, 9 mai 2022, Université de Montréal	CONFERENCIERES et EQUIPE INVITÉES lors de cet événement ciblant principalement les innovations en soins infirmiers au Québec, 9 mai 2022
Maillet, L, Goudet, A, Abou-Malham, S, Champagne, G, Dery J, Desjardins, F & Jouego A (2021) Implementation of an innovative primary care intervention with refugees: from action research to a pilot project, Conference 49th NAPCRG Annual Meeting, Poster virtual session (November 2021)	Présentation d'une affiche au congrès NAPCRG 2021 (novembre 2021)
Maillet, L., Champagne, G., Déry, J., Goudet, A., Charest, S., Abou-Malham, S., ... & Lane, J. (2021). Implementation of an intersectoral outreach and community nursing care intervention with refugees in Quebec: A protocol study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> .	Publication du protocole de recherche en Novembre 2021 dans le JAN

### Annexe 3

#### Exemple de Grille d'entrevue utilisée auprès des infirmières cliniciennes de proximité et IPSPL

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

RÔLE : \_\_\_\_\_ (1)

PARTICIPANT (Code) : \_\_\_\_\_ (2)

DATE : \_\_\_\_\_ (3)

**IMPORTANT :** Aucune information nominative ou permettant d'identifier le répondant(e) ne doit être inscrite sur ce questionnaire.

#### Grille d'entrevue individuelle - Ébauche

##### Entretien avec une infirmière de proximité ou l'IPSPL

###### Préalables :

###### 1. Présentation des interviewers

*Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce projet de recherche. L'objectif est d'étudier le processus et les effets de l'implantation d'un réseau intersectoriel de proximité, centré sur les rôles des infirmières de proximité et des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL), afin d'assurer la continuité des trajectoires de soins et de services des personnes réfugiées à Sherbrooke. Prenez tout le temps qu'il vous faut pour réfléchir et*

*répondre aux questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. En cours d'entrevue, n'hésitez pas à nous indiquer si vous souhaitez des clarifications concernant nos questions. Vous pouvez revenir sur une question antérieure à tout moment. Nous vous rappelons que ce que vous nous direz restera donc confidentiel et dura au maximum 60 minutes. Conformément aux règles d'éthique, je dois vous rappeler les modalités de consentement avant de débiter l'entrevue (voir formulaire de consentement – consentement et retrait).*

2. Présentation du formulaire de consentement / réponse aux questions

3. Départ de l'enregistrement

### **A. Caractéristiques du répondant**

- Pourriez-vous me décrire votre parcours professionnel?
  - Depuis combien de temps travaillez-vous à l'IQ ou à la Clinique des réfugiés?
- Quelles sont vos expériences auprès des populations vulnérables dont les personnes réfugiées?
  - Relance : Quelle est votre définition de la vulnérabilité/des personnes vulnérables? [Qu'est-ce que vous entendez par « personnes vulnérables » ? Sur quels critères vous considérez une « personne vulnérable » ?]

### **B. Rôle et étendue de pratique des infirmières**

- Comment expliquer à quelqu'un hors du milieu de la santé la différence entre l'infirmière clinicienne de proximité et l'IPSPL?
  - Relance : Comment décririez-vous cette différence, s'agit-il selon vous d'une complémentarité ?
- En général, quels sont les **types d'interventions** que vous exercez le plus dans le cadre du projet en question spécifiquement ?
  - \*Relance : À discuter durant l'entrevue :
    - Évaluation de la condition physique
    - Évaluation de la condition mentale
    - Soins physiques
    - Technique et procédure de labo

- Intervention en santé mentale (écoute empathique, enseignement des bonnes habitudes de vie)
  - Enseignement- Promotion et prévention
  - Prescription autonome
  - Ordonnances collectives d'investigation
  - Ordonnance collective de prescription
  - Communication et coordination des soins-Suivi
- À quel point les types d'interventions que vous exercez présentement sont-ils différents de ceux que vous exerciez dans vos milieux de travail précédents ?
    - Quelles sont les compétences que vous détenez qui sont particulièrement mises à contribution dans votre travail [au sein des IQ ou de la CdR] ?
    - Relance : Ces types d'interventions sollicitent-ils plus ou moins l'ensemble du champ de pratique infirmière ?
  - Quelles sont les compétences que vous détenez qui pourraient être davantage mobilisées à leur plein potentiel?
  - Comment vous êtes-vous outillée pour remplir au mieux votre fonction dans ce contexte (pratique communautaire, de proximité)? [par elle-même]
  - Pouvez-vous me parler des **outils et des ressources**<sup>3</sup> mis à  votre disposition pour vous aider à offrir des soins et des services sociaux et/ou de santé de première ligne à des personnes réfugiées?
    - Relation : Documentations (guides, rapport, brochures, etc.)? Acteurs aidants? Collaboration? Formation?
    - Comment décririez-vous le niveau d'utilité de ces outils dans votre pratique? (mis à sa disposition)
  - Quels sont les besoins spécifiques de la **population réfugiée** ?
  - D'après vous, quelles interventions infirmières devraient être mises en œuvre pour mieux répondre aux besoins uniques de cette population ?
  - Comment adaptez-vous vos interventions en fonction des besoins spécifiques [nommés par Lisa] des patients ?

---

<sup>3</sup> Par exemple: documents-guides-rapport-brochures, etc.

- Comment adaptez-vous vos interventions en fonction des spécificités culturelles variées des patients ?
- Selon vous, quels sont les **facteurs** qui facilitent et/ou entravent votre travail auprès des personnes réfugiées (relance : par exemple : organisation, gestion, clinique, réseau, etc.)
  - Avant la pandémie?
  - Pendant la pandémie?
- Comment votre rôle a évolué avec l'arrivée de la pandémie?
- Comment les **outils et des ressources**<sup>4</sup> mis à votre disposition pour vous aider à offrir des soins et des services sociaux et/ou de santé de première ligne à des personnes réfugiées ont-ils évolué depuis le début de la pandémie ?

### C. Interactions entre les infirmières cliniciennes de proximité et les IPSPL

- Comment décririez-vous les **liens de collaboration entre infirmière clinicienne et les IPSPL** (dans le cadre de ce projet) ?
- Quels sont les **obstacles** que vous rencontrez pour assurer la fluidité de la trajectoire entre vous et l'IPSPL/l'infirmière de proximité (à adapter) ?
- Quels **mécanismes** avez-vous mis en place pour favoriser une pratique complémentaire, et la fluidité de la trajectoire des patients (demande de référence par l'infirmière clinicienne de proximité à l'IPSPL, évaluation par l'IPSPL, suivi par l'infirmière clinicienne de proximité, etc.) ?
- Quels outils permettraient d'améliorer cette liaison?
- Selon votre expérience, comment la pandémie a modifié les interactions avec l'infirmière de proximité/IPSPL (à adapter selon l'intervenant)?

### D. Réseau intersectoriel de proximité Ensemble des acteurs [Questions larges avant de cibler des catégories d'acteurs spécifiques]

- Quels sont vos plus **proches partenaires**?
- Quelles sont les **interactions** entre l'ensemble ces acteurs?

---

<sup>4</sup> Par exemple: documents-guides-rapport-brochures, etc.



- Selon votre perception, comment s'est développé la **collaboration entre l'ensemble des acteurs au début de l'initiative?**
  - Depuis votre arrivée?
  - Selon vous, quels sont les **tensions ou des enjeux** ou les manque autour de la collaboration entre différents acteurs/partenaires dans une telle initiative?
  - Dans quelle mesure, êtes-vous **satisfaite** par la collaboration entre les différents acteurs concernés autour du projet?
  - Qu'est-ce qui pourrait **améliorer** ces collaborations?
  - **Comment la pandémie COVID-19 est venu modifier ces collaborations?**

#### Collaborateurs internes [Ici, IQ pour l'inf.]

- Comment se déroule les interactions avec les acteurs de l'IQ ?
- Qu'est-ce qui **facilite et/ou entrave** ces collaborations?
- Dans quelle mesure, êtes-vous **satisfaite** par la collaboration avec les acteurs de l'IQ ?

#### Acteurs médicaux de première ligne

- Comment se déroule les interactions avec les acteurs de première ligne médicale?
- Qu'est-ce qui **facilite et/ou entrave** ces collaborations?
- Dans quelle mesure, êtes-vous **satisfaite** par la collaboration entre les différents acteurs concernés autour du projet?
- Avez-vous des liens facilités vers des cliniques médicales du territoire ou des services sociaux et de santé du CIUSSS de l'Estrie-CHUS?

#### Acteurs intersectoriels

- Quels sont vos liens avec les acteurs des autres secteurs (santé et social, communautaire, municipal, etc.)?
  - Dans quelle mesure, êtes-vous satisfaite par la collaboration entre les différents acteurs concernés autour du projet?
- Comment percevez-vous la collaboration entre les différents acteurs impliqués? Qu'est-ce qui facilite et/ou entrave ces collaborations?

*[À ce moment de l'entrevue ou à la fin : présenter la cartographie du réseau pour cibler les personnes avec lesquelles elle est le plus souvent en contact, ou devrait l'être pour faciliter la trajectoire de soins, afin de cibler les acteurs à entendre en entrevue]*

#### **D. Effets des interventions**

- Pouvez-vous me nommer les impacts qu'ont eu votre présence et vos interventions auprès des **personnes réfugiées**?
  - Dans quelle mesure, en êtes-vous satisfaite?
- Pouvez-vous me nommer les impacts qu'ont eu votre présence et vos interventions sur le travail de vos **proches collaborateurs**?
  - Sur le travail d'équipe d'interventions de quartier (IQ)
  - Plus largement, du réseau de la santé et des autres secteurs (communautaire, municipale...)
  - Dans quelle mesure, en êtes-vous satisfaite?

### **E. Suggestions d'amélioration**

- Avez-vous des suggestions à apporter pour faciliter :
  - votre intégration au sein de l'équipe?
  - le collaboration au sein du réseau intersectoriel?
  - l'utilisation pleine et entière de vos compétences?
  - l'accessibilité et la continuité aux soins de la clientèle réfugiée?
- Pouvez-vous m'expliquer les raisons de votre départ ?
  - Qu'est-ce qui pourrait-être modifier pour améliorer la rétention des infirmières dans le cadre de ce projet, selon votre expérience ?

### **F. Autres commentaires**

- Voulez-vous ajouter d'autres éléments à notre discussion? Pouvez-vous nous fournir une copie des documents que vous avez mentionnés dans le cadre de cette entrevue?

Merci beaucoup!

Annexe 4

Extrait d'un masque de saisie rempli par les ICP, IPSPL et les MD

INFORMATIONS SUR L'USAGER	Nom de l'intervenant: _____ Date: _____ (JJ-MM-AAAA) NAM: _____ Nom: _____ Date de naissance: _____ (JJ-MM-AAAA) Sexe: 1 Homme 2 Femme 3 Autre		Langue: 1 Français 2 Anglais 3 Autres _____ Interprète: 1 Famille/proches 2 Banque 3 Aucun Pays de naissance: _____ Statut migratoire au Canada: 1 Non-réfugiés (citoyen et résident permanent) 2 Réfugiés- p. publique 3 Réfugiés- p. privé 5 Demandeur d'asile 6 Touriste 7 Sans statut Date d'arrivée au pays: _____ (JJ-MM-AAAA) Statut d'emploi: 0 N/A 1 Oui 2 Non 3 Autre (ex. bénévolé): _____ A un médecin de famille: 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas		
	A PROVENANCE 1 Par lui-même (sans référence) 2 Référence (répondre à B et C) 3 Suivi 4 Autre: _____		B RÉFÉRENCÉ par qui 1 CdR 2 IQ Ascot 3 IQ Jardins-Fleurs 4 CHUS 5 CLSC 6 Clinique de pédiatrie sociale 7 Usagers/Résidents du quartier 8 Pharmacie 9 Autre: _____		
RENCONTRE INDIVIDUELLE AVEC L'USAGER(S)	C Par quels intervenants 1 Infirmière clinicienne 2 IPS 3 Travail social 4 Omnipraticien 5 Médecin spécialiste 6 Pharmacien 7 Autre: _____		D1 Raison initiale de la consultation: _____ D2 Raisons additionnelles: _____ D3 Délai d'attente: _____ N/A		
	F Type de rencontre 1 Individuelle 2 Groupe (pairs, soutien) → <input type="text" value="Nb de personnes présentes: _____"/> 3 Familiale G Moyens pour rejoindre l'usager 1 En personne 2 Téléphone 3 via la famille 4 via l'AET 5 via le SANC 6 Autre: _____		J Types d'interventions 1 Evaluation de la condition physique 2 Evaluation de la condition mentale 3 Soins physiques 4 Technique et procédure de labo 5 Interventions en santé mentale (jeux thérapeutiques, enseignement des bonnes habitudes de vie) 6 Enseignement- Promotion et prévention 7 Prescription autonome I Contraceptif II Dépistage et test de contrôle des ITSS III Acide folique IV Arrêt tabagique V Pédicure VI Analyses de laboratoire (albumine, pré-albumine ou culture de plaie) VII Analyse labo autre (PA <sub>2</sub> albumine, pré-albumine, culture de plaie) VIII Autre: _____ 8 Ordonnances collectives d'investigation 9 Ordonnance collective de prescription 10 Communication et coordination des soins-suivi 11 Autre: _____		
	H Lieu de l'intervention 1 IQ - Ascot 2 IQ - Jardins-Fleurs 3 CdR 4 Autre: _____		I Durée intervention avec patient: _____ Minutes		
	K Nombre de référence: _____ L Raison(s) de la référence (peut y avoir plusieurs réponses) 1 Problème physique Préciser: _____ 2 Problème santé mentale ou psychosociaux Préciser: _____ 3 Cas complexe Préciser: _____ 4 Investigation Préciser: _____ 5 Contraception Préciser: _____ 6 Evaluation Préciser: _____ 7 Autre: _____		M1 Vers quels milieux la référence est-elle la plus appropriée? 1 CdR 2 Accueil psychosocial 3 IQ 4 Planning 5 GACO 6 CMU 7 CHUS I Médecins spécialistes II Labos III Investigations 8 Pharmacie 9 Autre, précisez: _____ 10 Ne sait pas		
M2 Vers quels intervenants avez-vous référé le ou la patient.e? 1 CdR 2 Accueil psychosocial 3 IQ 4 Planning 5 GACO 6 CMU 7 CHUS I Médecins spécialistes II Labos III Investigations 8 Pharmacie 9 Autre, précisez: _____ 10 Ne sait pas		M3 Si M1 est différente de M2, indiquer la raison de la référence alternative: 1 Accessibilité des services 2 Délais 3 Disponibilités des ressources 4 Autre: _____ 5 Ne sait pas			
N1 Vers quels intervenants la référence est-elle la plus appropriée? 1 Infirmière clinicienne 2 IPS 3 Travail social 4 Omnipraticien 5 Médecin spécialiste 6 Pharmacien 7 Autre: _____		N2 Vers quels intervenants avez-vous référé le ou la patient.e? 1 Infirmière clinicienne 2 IPS 3 Travail social 4 Omnipraticien 5 Médecin spécialiste 6 Pharmacien 7 Autre: _____ 8 Ne sait pas			
N3 Si N1 est différente de N2, indiquez la raison de la référence alternative: 1 Accessibilité des services 2 Délais 3 Disponibilités des ressources 4 Autre: _____ 5 Ne sait pas		O ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES (autre que l'intervention individuelle auprès de l'usager) P Lieu: _____ Q Avec quels professionnels: _____ R Avec quel organisme: _____ S Durée de l'activité: _____ Minutes			
AUTRES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES		DISCUSSION DE CAS (informel) T Moyen pour entrer en contact 1 En personne 2 Téléphone, fax, courriel 3 En virtuel (ex Team, Zoom) 4 Autre: _____		U Avec quel intervenant 1 Infirmière clinicienne 2 IPS 3 TS 4 Omniprat 5 Médecin spécialiste 6 Pharmacien 7 Autre: _____	
		V De quel milieu 1 Clinique de réfugiés 2 IQ 3 CLSC 4 Hors CLSC 5 Autre: _____			



### Formulaire de demande de renouvellement annuel de l'approbation d'un projet de recherche

Titre du protocole : **Implantation d'une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès de personnes réfugiées**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Pre Lara Maillat, Ph.D.**

Date de dépôt du formulaire : **2021-07-01 11:28**

Déposé par : **Champagne, Geneviève**

Date d'approbation du projet par le CER : **2020-07-07**

Identifiant Nagano : **Réfugiés\_OIIQ\_2019-21**

Numéro(s) de projet : **2020-3323**

Formulaire : **F9H-37746**

Statut du formulaire : **Approuvé**

#### Suivi du Bureau d'autorisation des projets de recherche [BAPR]

##### 1. Décision et commentaires :

Une nouvelle approbation a été émise par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS via révision accélérée et sera valide du 7 juillet 2021 au 7 juillet 2022.

Il est à noter qu'aucun membre du comité d'éthique participant à l'évaluation et à l'approbation de ce projet n'est impliqué dans celui-ci.

##### Pandémie CoVID-19

Nous tenons à vous rappeler que les directives du CIUSSS de l'Estrie - CHUS (incluant celles de ses centres recherche, de son institut de recherche et de l'Université de Sherbrooke) ainsi que les mesures de santé publique en vigueur en lien avec la pandémie de COVID-19 doivent être respectées. En tout temps, vous devez respecter les consignes de circulation émises par l'établissement pour ses installations ainsi que celles particulières à la recherche (accès aux milieux cliniques, équipement de protection individuel requis, etc.).

##### 2. Attestation du CÉR (REBA) : En ce qui concerne ce projet de recherche, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, je certifie que:

- 1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
- 2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques.
- 3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.
- 4. Ce Comité est conforme aux normes américaines. (FWA #00005894 et IRB #00003849)