

RAPPORT DE RECHERCHE

Comment les infirmières peuvent-elles contribuer à la réponse aux besoins en première ligne? Une étude de cas unique en contexte québécois

Annie Rioux-Dubois

Marie-Eve Poitras

Arnaud Duhoux

Karine Lavallée

Marion Lazarovici



Annie Rioux-Dubois	PhD, Professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais IPSPL (Qc)/IP en SSP (Ont.)
Marie-Eve Poitras	Infirmière, PhD, Professeure agrégée, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke Chercheure CR-CHUS; titulaire de la Chaire de recherche CRMUS sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires
Arnaud Duhoux	PhD, Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Chercheur régulier au CRCLM et au Pôle 1 de recherche du CISSS Laval
Karine Lavallée	Infirmière, M.Sc., Chargée de cours, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais Professionnelle de recherche, Université de Montréal.
Marion Lazarovici	Infirmière, M.Sc. Professionnelle de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Pour citer ce document :

Rioux-Dubois, A., Poitras, M-E., Duhoux, A., Lavallée, K. et Lazarovici, M. (octobre 2025). *Comment les infirmières peuvent contribuer à la réponse aux besoins en première ligne ? Une étude de cas unique en contexte québécois*. Rapport collaboratif. Université du Québec en Outaouais, Université de Sherbrooke et Université de Montréal.

Projet financé par le Centre de recherche Charles-Le Moyne (CRCLM)

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
978-2-89251-668-5 (PDF)

Sommaire exécutif

Ce rapport présente les résultats d'un projet de recherche visant à évaluer le développement, l'implantation et les effets d'un modèle organisationnel de dispensation de soins de première ligne consistant en une clinique dirigée par des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) intégrée à un Groupe de médecine familiale (GMF) d'une région du Québec. Il s'agit d'une étude de cas unique, soutenue par une approche intégrée en transfert des connaissances, le *Knowledge-to-action* (Graham et al., 2006), combinant des données qualitatives (documents organisationnels, minutes, groupes de discussion) et des données quantitatives issues d'un registre des consultations sur une période de suivi de 18 mois. Le devis combine une analyse thématique des données qualitatives, inspirée par le cadre RE-AIM (Glasgow et al., 1999), à des analyses descriptives des données quantitatives.

Les résultats montrent qu'il est possible d'implanter le modèle au sein de structures organisationnelles existantes, telles que les GMF, et qu'il améliore l'accès aux soins de première ligne tout en renforçant l'autonomie professionnelle des IPS. La réussite dépend toutefois de conditions sociopolitiques favorables et de réponses aux besoins prioritaires liés à la prise en charge en première ligne et l'accès – y compris en heures défavorables –, à la reconnaissance et à l'autonomie des IPS, ainsi qu'à l'émergence de modèles de soins intra et interprofessionnels. L'analyse de l'implantation, qui met en évidence les réussites, les ajustements réalisés et les éléments à consolider, souligne l'importance d'une vision partagée de l'innovation, d'une gouvernance claire et axée sur le leadership des IPS, et d'un soutien organisationnel adéquat. Ce soutien inclut notamment des locaux et un soutien administratif dédiés, ainsi que des dispositifs d'accueil et de mentorat pour les IPS en début d'exercice. La capacité d'adaptation des acteurs impliqués est primordiale puisque les thèmes identifiés ont été influencés par des contextes sociopolitiques changeants (p. ex. : pandémie COVID-19, disponibilité des infrastructures de la clinique ou émergence de nouvelles offres de soins comme le Guichet d'accès à la première ligne). L'analyse des effets met en évidence une prise en charge des patients ainsi qu'une progression rapide de l'autonomie des IPS débutantes, qui atteignent une « autonomie de croisière » en six à neuf mois.

Le rapport conclut par des recommandations ciblées pour stabiliser l'offre clinique et favoriser la mise à l'échelle du modèle dans d'autres contextes. Ces recommandations comprennent l'analyse préalable du contexte sociopolitique, l'adoption d'une approche multiniveau, la mise en place d'une gouvernance clairement définie, le renforcement des infrastructures, la stabilité des équipes cliniques et administratives, le soutien effectif à l'autonomie professionnelle des IPS (mentorat, formation continue) et la flexibilité organisationnelle permettant des adaptations réalistes, en conciliant autonomie professionnelle et exigences organisationnelles.

Table des matières

SOMMAIRE EXÉCUTIF	3
TABLE DES MATIÈRES	4
REMERCIEMENTS	6
LISTE DES TABLEAUX, ENCADRÉS ET FIGURES	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
BUT ET OBJECTIFS	10
MÉTHODOLOGIE	11
DEVIS	11
CAS	11
COLLECTE DES DONNÉES	12
ANALYSE DES DONNÉES	13
RÉSULTATS	14
ANALYSE DU CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE	14
<i>INITIATEURS DE L'INNOVATION</i>	15
<i>PARAMÈTRES DÉFINISSANT L'INNOVATION</i>	15
ANALYSE DE L'IMPLANTATION	18
<i>VISION COMMUNE DE L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE</i>	18
<i>GOUVERNANCE</i>	18
<i>RECRUTEMENT, ORIENTATION ET ACCOMPAGNEMENT DES NOUVELLES IPS</i>	19
<i>CONTEXTES SOCIOPOLITIQUES CHANGEANTS</i>	19
<i>DÉLOCALISATION DES IPS ET INFRASTRUCTURES</i>	20
<i>MODIFICATION DES PARAMÈTRES INITIAUX</i>	21
<i>SOUTIEN ET ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS</i>	25
ANALYSE DES EFFETS	26
DISCUSSION	31
CONSTATS PRINCIPAUX	33
RECOMMANDATIONS POUR LES INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES FUTURES	34

<u>CONCLUSION</u>	<u>35</u>
<u>RÉFÉRENCES</u>	<u>37</u>
<u>ANNEXE</u>	<u>42</u>
<u>LIGNE DU TEMPS : CRÉATION ET ÉVOLUTION DE LA CLINIQUE</u>	<u>42</u>

Remerciements

Nous remercions sincèrement l'ensemble des participants pour leur participation au projet, le temps qu'ils y ont consacré et la richesse de leurs contributions qui ont nourri l'étude.

Nous souhaitons également souligner la contribution des membres du comité aviseur qui, par leur engagement soutenu et leur leadership ont joué un rôle déterminant dans l'orientation et la mise en œuvre du projet, axé sur le transfert intégré des connaissances.

À l'ensemble de ces personnes, nous exprimons notre profonde gratitude pour leur apport dans la réussite de cette démarche de recherche et d'innovation.

Liste des tableaux, encadrés et figures

TABEAU 1. VOLETS DE LA RECHERCHE ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ASSOCIÉS.	10
TABEAU 2. THÉMATIQUES SELON LES TROIS VOLETS DE LA RECHERCHE.	14
TABEAU 3. TYPE DE CONSULTATIONS RÉALISÉES ENTRE MARS 2021 ET OCTOBRE 2022.	
.....	27
TABEAU 4. TYPE DE PRISE EN CHARGE RÉALISÉE ENTRE MARS 2021 ET OCTOBRE 2022	
PAR LES IPS DE LA CLINIQUE.	28
TABEAU 5. AUTONOMIE DES IPS.	29
ENCADRÉ 1. MESSAGES-CLÉS DE L'ANALYSE DU CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE.....	17
ENCADRÉ 2. MESSAGES-CLÉS DE L'ANALYSE DE L'IMPLANTATION.....	26
ENCADRÉ 3. MESSAGES-CLÉS DE L'ANALYSE DES EFFETS.....	31
ENCADRÉ 4. MESSAGES-CLÉS DES DONNÉES TRAITÉES SOUS LE CADRE RE-AIM.	33
FIGURE 1. ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES TYPES DE RENDEZ-VOUS PAR IPS PAR	
PÉRIODES DE 3 MOIS.	28
FIGURE 2. ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES TYPES DE PRISE EN CHARGE PAR LES	
IPS PAR PÉRIODES DE 3 MOIS.	29
FIGURE 3. AUTONOMIE DES IPS : POURCENTAGE DE CONSULTATIONS RÉALISÉES DE	
FAÇON AUTONOME PAR PÉRIODE DE 3 MOIS.	30

Liste des abréviations

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CNESST	Commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
DSI	Directrice des soins infirmiers
DSIa	Directrice des soins infirmiers adjointe
DSP	Directrice des services professionnels
ECG	Écho cardiogramme
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longues durées
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille-Réseau
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
MD	Médecin
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RDV	Rendez-vous
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
SRDV	Sans rendez-vous

Introduction

Les soins primaires, ou soins de première ligne, canadiens et québécois font face à une crise sans précédent. Les difficultés d'accès, l'augmentation des prises en charge de patients ayant des besoins complexes et le manque d'effectifs compétents pour contribuer aux soins globaux des patients sont des enjeux fréquemment nommés (Glazier, 2024). Définis comme des soins essentiels, les soins de santé de première ligne rencontrent de nombreux défis structurels et organisationnels (Hutchison et al., 2011; Kringos et al., 2010). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2019), le vieillissement populationnel, les difficultés d'accès aux soins et les contextes sociopolitique et économique exercent une pression croissante sur ce pilier fondamental des systèmes de santé.

Dans ce contexte, la prestation de soins de première ligne nécessite l'engagement de professionnels capables de répondre à la diversité des besoins populationnels tout en réduisant les écarts dans l'offre de soins et en optimisant l'efficacité du système. Parmi ces professionnels, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) représentent une solution innovante et 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.

Grâce à leur expertise clinique avancée et leur approche centrée sur le patient, les IPS contribuent non seulement à l'amélioration de l'accès aux soins (Maier et al., 2016; Martin-Misener et al., 2015), mais aussi à l'évolution des modèles de prestation en première ligne (Maier et al., 2017; Laurant et al., 2018). Leur intégration au sein des équipes interprofessionnelles permet une prise en charge globale et coordonnée, en favorisant la collaboration entre professionnels et en optimisant les résultats pour les patients atteints de maladies chroniques (Laurant et al., 2018; Poghosyan et al., 2017). En s'appuyant sur des pratiques fondées sur les données probantes, elles jouent un rôle clé dans l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Kilpatrick et al., 2023; Stanik-Hutt et al., 2013).

L'innovation clinique et organisationnelle influencée par les infirmières en pratique avancée, comme les IPS, s'organise de plus en plus. On rapporte leurs effets positifs sur la santé des patients et sur l'efficacité des services de soins de première ligne à l'intérieur desquels les professionnels infirmiers sont majoritaires et ce, dans différents contextes hors-Québec (Bulto et al., 2024; Connolly et Cotter, 2023; Contandriopoulos et al., 2023, 2024; Heale et Burcher, 2010; Horrock et al., 2002; Lukewich et al., 2022a, 2022b; Swan et al., 2015). Au Québec, quelques initiatives voient le jour dont certaines ont été étudiées (SABSA, voir Contandriopoulos et al., 2016; Archimède, voir Côté et al., 2022).

Dans un CISSS québécois, une initiative novatrice de soins, menée principalement par des IPS, a vu le jour en 2020 au sein d'une structure organisationnelle existante, soit d'un

Groupe de Médecine Familiale (GMF). Cette initiative, reposant sur une collaboration interprofessionnelle, un leadership infirmier et une pratique à pleine étendue des infirmières (IPSPL ou cliniciennes), devait permettre de répondre aux besoins de la population de cette région et de redéfinir la contribution des infirmières aux soins de première ligne et leur positionnement au sein de l'équipe interprofessionnelle et du système.

Néanmoins, l'implantation de telles initiatives telle que celle de ce CISSS ont, à ce jour, fait l'objet de peu d'écrits scientifiques, notamment des éléments pouvant les faciliter ou même les limiter, bien que ces connaissances s'avèrent utiles pour diffuser l'innovation, assurer leur transférabilité et leur adoption ultérieure. Certaines études québécoises ont montré que l'innovation tant sur le plan clinique qu'organisationnel dans le cadre des cliniques IPS permettait d'optimiser l'apport des infirmières dans la réponse aux besoins populationnels en première ligne (Contandriopoulos et al., 2015, Côté et al., 2022; Duhoux et al., 2023). De plus, des éléments de contexte semblent limiter l'implantation de telles structures, entre autres, les balises légiférant la pratique des IPS et le cadre de gouvernance des cliniques médicales. Bien que l'Ontario ait inauguré sa première clinique dirigée par des infirmières praticiennes en 2007 (Heale & Fournier, 2017), au Québec, ces modèles de soins n'étaient pas officiellement reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'examen des caractéristiques rendant possible l'émergence des rôles professionnels et des modèles organisationnels est nécessaire, mais celui-ci doit être joint à l'analyse de ses effets. Cet examen de la transformation locale du système de santé de première ligne a le potentiel de rehausser l'offre de soins dans d'autres régions administratives du Québec et, par conséquent, de moduler les rôles professionnels et les modèles organisationnels courants pour les bénéfices des patients.

But et objectifs

Le présent projet de recherche visait à étudier le développement d'un modèle de dispensation de soins de première ligne basé sur une contribution infirmière étendue, dit clinique IPS pour ce présent rapport, et visant à en améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité du CISSS impliqué. Trois volets poursuivant trois objectifs ont été proposés pour cette présente étude.

Tableau 1. Volets de la recherche et objectifs spécifiques associés.

Volets	Analyses	Objectifs
1	Analyse du contexte sociopolitique	Examiner l'influence des contextes socioprofessionnels, historiques, économiques et politiques des soins de santé de

		première ligne sur l'émergence des modèles de soins et la mobilisation de la ressource infirmière.
2	Analyse de l'implantation de l'innovation clinique	Identifier les modalités cliniques et organisationnelles les plus appropriées pour permettre la prise en charge intégrée d'une clientèle générale dans ce modèle organisationnel et caractériser le processus et les dynamiques intra/interprofessionnelles menant au déploiement et à la réalisation d'initiatives novatrices en soins de santé de première ligne par les différents acteurs impliqués.
3	Analyse des effets	Décrire les effets du modèle organisationnel défini lors du volet 2 sur la pratique et l'autonomie des IPS.

Méthodologie

Ce segment présente le déroulement du projet de recherche, c'est-à-dire le devis, la présentation du cas unique, le déroulement de la collecte et de l'analyse des données.

Devis

Nous avons réalisé une étude de cas unique (Stake, 2005) et soutenue par une approche intégrée en transfert des connaissances selon le *Knowledge-to-action* (Graham et al., 2006) afin de partager les observations du projet en temps réel aux utilisateurs des connaissances, dans le présent cas, les gestionnaires, les médecins et les cliniciens impliqués dans l'initiative. Un comité aviseur a été formé et a accompagné l'équipe de recherche tout au long du projet. Ce comité avait pour objectif de nourrir l'équipe de recherche sur l'avancement de la clinique, les enjeux vécus et les éléments devant être portés à son attention. En complément, l'équipe de recherche pouvait, à l'intérieur des rencontres, informer de l'avancement du projet et moduler celui-ci selon les réalités réelles vécues par ces utilisateurs des connaissances. Ce comité était composé de la directrice des soins infirmiers (DSI), de la DSI adjointe (DSIa), de la cheffe des IPS, de deux IPSPL, d'un médecin coresponsable de la clinique et des trois présents chercheurs.

Cas

Le cas unique est une clinique, principalement axée sur le travail d'IPSPL, développée à l'intérieur de l'un des Groupes de médecine familiale (GMF) d'un CISSS du Québec. Ce GMF de niveau 6 (nombre de patients inscrits entre 21 000 et 23 999) assume ses fonctions de GMF et aussi de GMF-Réseau (GMF-R). Un GMF-R a pour objectif de répondre aux besoins semi-urgents ou urgents simples en offrant un accès rapide aux services de première ligne (MSSS, 2024). Dans le cadre de la présente innovation clinique étudiée, les IPSPL pratiquent dans la mission GMF de la clinique. Ce GMF offre de nombreux services

tels que la médecine familiale, les prélèvements, la chirurgie mineure, la contraception, les changements et suivis de pansements et la vaccination.

Collecte des données

Tel que privilégié lors d'études de cas, plusieurs sources de données ont été utilisées afin d'assurer une compréhension en profondeur du cas et de répondre aux objectifs de recherche. La collecte des données, échelonnée d'août 2020 à décembre 2023, a permis une présence sur le terrain et plusieurs temps de collecte de données, maximisant ainsi le suivi de l'innovation et la profondeur des données collectées.

Source 1

Les documents décrivant les soins et les services disponibles au GMF, les politiques en place ou les orientations cliniques, les organigrammes, les comptes-rendus de réunion d'équipe et de réunion de mise en place de la clinique. Les documents provenant des bases de données scientifiques, de la littérature grise et des documents organisationnels et professionnels reliés au phénomène d'intérêt ont été consultés. Les documents organisationnels appartenant au CISSS ont fait l'objet de demandes explicites aux partenaires (lesquelles pouvaient en tout temps être refusées). Les données préliminaires du volet 1 ont ensuite été présentées au comité aviseur afin d'élargir les pistes d'examen et de valider les contenus.

Source 2

Deux groupes de discussion, l'un en novembre 2021, soit 6 mois après le début, et l'autre en décembre 2023, soit 33 mois après le début ont eu lieu. Les participants de ces deux groupes ont participé à une discussion dont la durée a varié de 90 à 120 minutes. Un échantillonnage par choix raisonné a été privilégié afin de recruter sur une base volontaire les IPS et les gestionnaires. Le recrutement a eu lieu par le biais d'une annonce distribuée aux personnes ciblées. Les critères d'inclusion à l'étude étaient les suivants :

- Travailler dans la clinique désignée OU dans le groupe de médecine familiale associé OU chapeauter ses activités cliniques ou celles du CISSS ;
- Les participants faisant partie du comité aviseur seront exclus du volet 2 de l'étude (groupes de discussion). Toutefois, ces personnes seront impliquées à valider les contenus du volet 1 et 3 de l'étude.

Nous avons développé une grille d'entrevue conjointement avec les membres du comité aviseur. Le premier groupe de discussion (novembre 2021) s'est constitué de 9 personnes (4 membres de l'équipe de recherche, DSI, DSI adjointe, Cheffe IPS, IPS sénior, MD

propriétaire du GMF) et, au dernier groupe de discussion (décembre 2023), de 8 personnes (3 membres de l'équipe de recherche, IPS sénior et 4 IPS).

Source 3

Cette source s'appuie sur les journaux de bord des chercheurs. De plus, chaque chercheur a documenté ses observations, ses réflexions et ses perceptions dans leur journal de bord. Ces journaux ont permis de consigner tous les éléments devant être considérés pour bonifier la collecte des données ou lors des analyses du cas.

Source 4

Sur une période de 18 mois, les IPS ont indiqué dans un tableau Excel pour chaque consultation :

- Le genre et la date de naissance du patient ;
- Le type de consultation (1- Suivi, 2- Accès adapté ou Urgence mineure, 3- Sans RDV, 4- Stérilet, 5- PAP, 6- Prise en charge ou 7- SIDEPE) ;
- Le niveau d'autonomie (1- Patient vu de manière autonome, 2- Cas discuté avec médecin de manière informelle, 3- Cas référé au médecin, 4- Cas référé au médecin pour CRDS, 5- Cas discuté sur SAFIR, 6- Cas de CNESST, 7- aide médicale pour lecture d'examen ou d'ECG) ;
- Pour les consultations de prise en charge, le type de prise en charge (1- transfert interne, 2- GAMF, 3- « Cherry Picking » ou 4- Famille d'un patient déjà pris en charge).

Source 5

Chaque rencontre du comité aviseur, approximativement trois à quatre rencontres par année d'une durée de 60 à 90 minutes, a été transcrite sous forme de comptes rendus. Les données consignées étaient : personnes présentes, durée de la rencontre, sujets traités, enjeux discutés, prises de décisions et activités à venir. Ces comptes-rendus ont permis de documenter le déroulement du projet ainsi que les prises de décisions ou éléments de réflexions en lien avec le projet et l'analyse du cas.

Analyse des données

Soutenu par le cadre d'implantation RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance* (Glasgow et al. (1999)), nous avons réalisé une analyse thématique des données à partir des sources de données 1, 2, 3 et 5. Pour répondre aux objectifs des volets 1 et 2, ce cadre a permis d'identifier les contextes pluriels (socioprofessionnels, historiques, économiques et politiques) influençant l'innovation et la mobilisation du personnel infirmier à l'intérieur de celle-ci, ainsi que les modalités cliniques et organisationnelles les plus appropriées pour permettre la prise en charge intégrée d'une clientèle générale dans ce modèle organisationnel. Ce cadre permet

également de caractériser le processus et les dynamiques intra/interprofessionnelles menant au déploiement et à la réalisation d'une telle initiative par les différents acteurs impliqués.

La source de données 4 a été utilisée pour répondre au volet 3. Des analyses descriptives ont été réalisées. Des indicateurs permettant de couvrir les différentes dimensions de la performance ont été choisis en collaboration avec le comité aviseur selon la faisabilité de la mesure à l'aide des sources disponibles et leur pertinence pour l'analyse et l'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles. Les données ont été regroupées en 7 périodes de 3 mois afin d'observer des tendances.

En mars 2025, une dernière séance avec le comité aviseur de la recherche a permis de présenter et de valider les données. Ce rapport rend compte de ces validations.

Résultats

Ce segment présentera les données de recherche en respectant les trois volets d'analyse soient ceux reliés au contexte sociopolitique, au processus d'implantation et aux effets de la clinique. Le tableau 2 dresse un portrait des thématiques qui seront abordées.

Tableau 2. Thématiques selon les trois volets de la recherche.

Analyses	Thématiques
Analyse du contexte sociopolitique	Initiateurs de l'innovation
	Paramètres définissant l'innovation
Analyse de l'implantation	Vision commune de l'innovation
	Gouvernance
	Recrutement, orientation et accompagnement des nouvelles IPS
	Contextes sociopolitiques changeants
	Délocalisation des IPS et infrastructures
	Modification des paramètres initiaux
Analyse des effets	Soutien et éléments organisationnels
	Type de consultation
	Type de prise en charge
	Autonomie des IPS

Analyse du contexte sociopolitique

L'analyse du contexte sociopolitique constitue une clé de lecture pour comprendre les conditions ayant permis l'émergence de nouveaux rôles professionnels et de ce

nouveau modèle. Menée de façon itérative tout au long de l'étude et discutés avec les partenaires, elle met en évidence les facteurs ayant rendu possible la genèse de l'innovation, les ambitions initiales du projet et les forces en présence. Deux axes structurent cette section : (1) les initiateurs de l'innovation et (2) les paramètres qui la définissent et en balisent le déploiement.

Initiateurs de l'innovation

Cette innovation a émergé dans une conjoncture sociopolitique propice, marquée par un intérêt accru pour l'innovation et la volonté de combler des lacunes persistantes au sein du CISSS étudié. Inspirée par certains projets pilotes impliquant des IPS au Québec, l'initiative locale a choisi de s'en démarquer. À l'instigation de la direction adjointe de l'établissement, un chercheur a été mandaté pour en évaluer la faisabilité avec l'intention de l'inscrire d'emblée dans un projet de recherche. Une coalition d'acteurs s'est formée — Direction des soins infirmiers (DSI), Direction des services professionnels (DSP) et représentant médical du GMF — pour porter le démarrage.

Au-delà de la création d'un « modèle novateur », ces initiateurs partageaient une expérience concrète d'intégration des IPS dans l'établissement et le GMF actuel. L'équipe s'est ensuite élargie pour inclure une adjointe à la DSI, une cheffe des IPS et une IPS du GMF dédiée à l'organisation du travail tout comme une équipe de recherche. Les IPSPL déjà en fonction au GMF ont été consultées et se sont dites favorables, préparant le terrain au déploiement.

Paramètres définissant l'innovation

L'objectif général de cette innovation organisationnelle était de créer, au sein d'un GMF, une clinique dirigée par des IPS, en collaboration interprofessionnelle et dans des lieux délocalisés de ceux des médecins, afin de répondre aux besoins croissants de la population en première ligne tout en favorisant le déploiement optimal de l'autonomie et du leadership IPS. Cette innovation clinique constituait le moyen privilégié pour traiter plusieurs écarts identifiés ; elle s'appuyait sur des objectifs initiaux partagés qui ont rapidement uni les acteurs du projet et orienté son déploiement.

Au moment d'entreprendre le projet, la pratique des IPSPL, intégrées au GMF, se répartissait entre le sans rendez-vous (SRDV), la prise en charge de patients, la pratique en CHSLD, clinique de stérilet, la clinique jeunesse, la clinique SIDEp, les soins à domicile, ainsi que les tâches administratives liées à leur rôle clinique (p. ex. : suivi de laboratoire, notes au dossier) (comptes-rendus de réunions, 2021). Cette situation de départ sert de référence pour apprécier, dans la suite de l'analyse, les paramètres de l'innovation, qu'il s'agisse de la prise en charge en première ligne et en CHSLD, de l'accès – y compris des

heures défavorables –, de la représentation et de l'autonomie des IPS, ou encore du modèle de soins intra et interprofessionnel.

Prise en charge de la clientèle de première ligne et en CHSLD. En 2019, près de 25 000 personnes étaient en attente au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), anciennement le GACO. L'innovation clinique visait à réduire, en neuf à douze mois, d'environ 2 000 le nombre d'usagers inscrits au GACO/GAMF. Pour atteindre cette cible, un ratio de prise en charge d'environ 100 usagers par journée de présence hebdomadaire en clinique a été fixé pour chaque IPS. Ainsi, une IPS consacrant une journée par semaine au CHSLD et quatre journées en clinique devait pouvoir prendre en charge 400 usagers par année. Par ailleurs, il était attendu que les IPS contribuent à la couverture en CHSLD.

Accès à la première ligne et en heures défavorables. L'analyse met en évidence une lacune structurelle soit une proportion importante d'usagers inscrits au GMF n'obtiennent pas de rendez-vous en temps opportun et se présentent à l'urgence pour des motifs de priorité P4-P5, ce qui alourdit indûment les flux hospitaliers. Dans ce contexte, l'innovation vise à améliorer l'accès en heures défavorables en offrant, sept jours sur sept, incluant les soirées, un total de 56 heures de consultations par semaine, tant pour les usagers orientés de l'urgence (P4-P5) que pour la clientèle du SRDV du GMF. La présence des IPS sur ces plages répond à une demande du MSSS qui, par souci d'équité avec les médecins, souhaite qu'elles contribuent aux heures défavorables. L'équipe doit ainsi prévoir une couverture en rotation les fins de semaine, et la clinique sera installée dans des espaces physiques distincts de ceux du GMF afin d'optimiser le flux et la disponibilité des locaux (rencontre DSI clinique 2019).

Représentation et autonomie des IPS. Les initiateurs soutenaient la nécessité d'intégrer les IPS – une masse critique en croissance au Québec – et s'appuyaient sur la faisabilité et les effets observés dans les cliniques dirigées par des IPS ailleurs au Canada. Pour les mettre pleinement à contribution, le projet visait l'intégration d'un nombre élevé d'IPS, soit de dix IPSPL : deux déjà en poste et huit à recruter sur une période de neuf mois (trois en septembre 2020, deux en janvier 2021 et les trois autres ensuite), en misant également sur l'apport d'autres spécialités. Comme l'énonce la charte de projet :

« Intégrer dans un GMF un nombre significatif d'IPSPL ainsi que des IPS pédiatrie et santé mentale. Le tout afin de s'approcher de la parité entre médecins et infirmières praticiennes spécialisées » (Charte de projet, 2020).

Dans la même logique, et afin de développer l'autonomie professionnelle des IPS, les initiateurs souhaitaient la mise sur pied d'une clinique dirigée par des IPS, physiquement distincte du GMF, mais en collaboration à distance avec des médecins partenaires et/ou

collaborateurs. En s'appuyant sur les structures de soins et de gouvernance existantes (GMF, CISSS), cette configuration créait une opportunité d'émancipation de la pratique des IPS dans un cadre offrant des marges de gestion et de contrôle comparables à celles reconnues aux médecins en GMF. Cette intention est résumée ainsi par un participant :

« Je vois la gouvernance comme la conception d'un « nouveau GMF », c'est-à-dire que les IPS auront une liberté de pratique, mis à part les encadrements législatifs, que les individus sauront se limiter dans une pratique confortable et que la volonté première n'est pas d'imposer quoi que ce soit » (Participant, rencontre clinique, 2021).

Autrement dit, l'autonomie recherchée n'est pas une dérégulation, mais une autonomie opérationnelle appuyée sur des mécanismes de collaboration et de gouvernance partagée. La section suivante détaille le modèle intra et interprofessionnel qui opérationnalise ces principes.

Modèle de soins intra et interprofessionnel. Les initiateurs du projet souhaitaient mettre de l'avant un modèle capable d'accélérer la collaboration intra- et interprofessionnelle. Dans la continuité des orientations présentées, ce modèle vise à mobiliser des IPSPL ainsi que des IPS d'autres spécialités (soins pédiatriques et santé mentale), en étroite collaboration avec les infirmières en première ligne (infirmières cliniciennes et auxiliaires) afin d'offrir une gamme de soins complète aux clientèles de la région. La collaboration interprofessionnelle constitue un principe structurant du projet et suppose l'intégration d'autres ressources, notamment d'une adjointe administrative, une infirmière clinicienne et, selon les besoins, une nutritionniste et un(e) travailleur(se) social(e). Du côté médical, les médecins de famille du GMF interviennent à deux titres : certains, liés par une entente formelle, agissent comme « partenaires » des IPSPL ; d'autres sont sollicités à titre de « collaborateurs ». Cette configuration vise à fluidifier l'aiguillage, à soutenir la consultation lorsque requis et à assurer la complémentarité des rôles au sein des trajectoires de soins.

Encadré 1. Messages-clés de l'analyse du contexte sociopolitique.

Une conjoncture favorable et des lacunes persistantes ont favorisé l'émergence d'une clinique dirigée par des IPS au sein d'un GMF, dans des locaux distincts, afin de maximiser leur autonomie et leur leadership. Portée par une coalition, l'initiative a fixé des paramètres initiaux : prise en charge en première ligne, accès en heures défavorables et collaboration intra- et interprofessionnelle.

Analyse de l'implantation

L'analyse de l'implantation retrace la concrétisation de la clinique dirigée par des IPS soient des paramètres initiaux choisis par les initiateurs, aux mécanismes réellement déployés ainsi qu'aux ajustements nécessaires. Fondée sur diverses sources de données, cette section met en évidence les réussites, les ajustements réalisés et les éléments qui restent à consolider. Une ligne du temps (Annexe 1) illustre les détails de l'implantation.

Vision commune de l'innovation organisationnelle

Une vision commune est apparue, lors du groupe de discussion, comme une condition essentielle à l'implantation de l'innovation. Pour être réellement partagée, elle doit reposer sur la collaboration interprofessionnelle et sur une volonté tangible de travailler ensemble vers des objectifs communs. Dans le cas présent, son élaboration s'est révélée délicate, car chacun devait s'y reconnaître – les médecins du GMF et l'organisation du modèle de soins, la population desservie ainsi que les IPS elles-mêmes. La difficulté tenait aux changements induits par l'innovation : hausse des inscriptions au GMF (attribuées administrativement aux médecins traitants), réallocation de ressources (p. ex. : prêt de services infirmiers par le CISSS) et reconfiguration de l'accès pour la population. Cette vision devait, en outre, expliciter la valeur ajoutée des IPS dans le système. La vision commune n'est pas formulée explicitement dans la documentation disponible.

Gouvernance

Pour miser sur l'autonomie des IPS, l'équipe d'initiateurs leur a reconnu une « liberté de pratique », leur permettant d'influencer elles-mêmes leur organisation du travail et de limiter les situations où d'autres leur « imposent quoi que ce soit » (Participant, rencontre clinique, 2021). Une approche ascendante (*bottom-up*) est ainsi préconisée, où les leaders IPS font progressivement place au fur et à mesure que l'innovation évolue. Les participants ont rappelé l'importance du « chemin décisionnel » : la pratique se déploie au fil d'un parcours jalonné de décisions et d'arbitrages entre les intérêts de l'IPS, l'évolution des besoins de l'organisation et des patients, et les impératifs de reddition de comptes. Pour soutenir ce parcours, les participants suggère qu'une ou deux IPS soient en lien direct avec l'équipe médicale stratégique du GMF, afin d'assurer une boucle de rétroaction systématique sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Transformer le modèle de gouvernance demeure toutefois complexe, une part des opérations relevant du GMF (p. ex. : financement et attribution des locaux, gestion de certains employés comme les secrétaires) et une autre du CISSS (p. ex. : rémunération des IPS, couverture des heures défavorables). Ces dynamiques instaurent une gouvernance mixte entre le pouvoir décisionnel des IPS sur leur pratique et ceux du CISSS et du GMF au regard des mandats et impératifs organisationnels. Concrètement, les IPS gèrent leurs horaires et les expertises cliniques qu'elles souhaitent développer (p. ex. : clinique de

stérilet, CHSLD), tandis que le CISSS conserve un droit décisionnel sur la couverture des heures défavorables (Rencontre clinique, 2021).

En fin de projet, les IPS questionnées lors du deuxième groupe de discussion réaffirment leur autonomie sans avoir la perception d'être « gouvernées »; elles disent être peu en contact avec les gestionnaires du CISSS ou du GMF et s'organiser entre elles pour résoudre les problématiques rencontrées.

Recrutement, orientation et accompagnement des nouvelles IPS

Des influenceurs, notamment un médecin et une IPS sénior du GMF, ont été identifiés par les IPS comme ayant exercé une influence déterminante sur la diffusion du nouveau modèle de soins et sur leur envie d'y participer, certaines étant en stage auprès d'eux. Impliqués à la fois dans la formation et dans le développement de la relève, ces deux acteurs en position centrale ont rendu l'innovation attractive aux yeux des futures IPS. Cinq nouvelles IPS, alors candidates à la profession, ont intégré la clinique en mars 2021. Elles ont toutes obtenues deux semaines d'orientation dans divers milieux (p. ex. : clinique des femmes, clinique jeunesse, CHSLD) afin d'identifier leurs intérêts et les expertises qu'elles souhaitent développer. Jusqu'en juin 2021, les IPS ont été jumelées à des médecins et disent avoir bénéficié, durant cette période, de formations et d'un encadrement jugés particulièrement riches :

« On l'a vu comme une opportunité de formation. Donc le premier 3 mois, on le sait, c'est le 3 mois de consolidation très critique, puis à ce moment-là pour avoir vraiment quelqu'un qui allait nous aider. Le médecin qui allait être là lui il faisait déjà les P4-P5 donc par opportunisme on a joint l'IPS et par définition, les P4-P5, c'est des cas plus complexes, donc l'opportunité de formation était là aussi » (Participante, groupe de discussion #1).

Contextes sociopolitiques changeants

Plusieurs contextes sociopolitiques changeants ont influencé l'innovation, notamment la pandémie de COVID-19, la Loi 6 et la mise en place du Guichet d'accès à la première ligne (GAP).

Pandémie COVID-19. La pandémie a fléchi le déploiement de l'initiative. Les vagues de délestage, mises en place pour répondre à des besoins urgents dans certains milieux de soins, ont fragilisé la disponibilité du personnel dédié au projet. Les IPS, en raison de leur rôle hybride (soins infirmiers et médical), ont été redéployées en CHSLD, en cliniques COVID-19 ou aux soins intensifs ; d'autres ressources (p. ex. : secrétaires, infirmières cliniciennes) ont également été réaffectées. Ces remaniements, inédits par leur ampleur, ont ralenti la poursuite des mandats initiaux, tout en révélant la capacité des IPS à répondre aux besoins émergents du système de santé en contexte pandémique. La

réaffectation de plusieurs locaux et du personnel de soutien a aussi entraîné des retards dans la prise en charge et le déploiement des services, même si certaines solutions de repli ont pu être mises à profit.

Loi 6. Au cours de l'implantation, 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*— ainsi que de nouveaux règlements encadrant la pratique des IPS ont fait évoluer leur champ d'exercice (OIIQ, 2021). Les participantes IPS ont souligné des gains appréciables (pouvoir diagnostiquer des maladies, déterminer des traitements médicaux, assurer le suivi de grossesses), mais aussi des limites perçues comme freinant le déploiement de l'innovation et de leur autonomie. Elles mentionnent notamment l'impossibilité persistante de poser des diagnostics de santé mentale courants (troubles anxieux, dépressifs et d'adaptation ; TDAH), de prendre en charge des dossiers de la CNESST ou d'interpréter des radiographies, en particulier lorsque les médecins répondants sont peu accessibles ou à distance. Selon le premier groupe de discussion, entre 25 à 50 % des consultations quotidiennes concernaient ces situations. En pratique, si la Loi 6 a accru l'autonomie des IPS, elle a maintenu, pour certains diagnostics ou plans de traitement, une dépendance aux validations médicales, ce qui mobilise du temps clinique tant des IPS que des médecins, et réduit la capacité de prise en charge. En fin de projet (août 2023), une modification réglementaire a reconnu les IPS comme professionnels de la santé aux fins d'application de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, notamment via le *Règlement sur l'assistance médicale* (Éditeur officiel du Québec, 2023), ouvrant la voie à la prise en charge des dossiers de CNESST. Selon plusieurs participantes, ces gains auraient favorisé le retour de cas P4-P5 vers la clinique IPS et amélioré l'efficacité de leur prise en charge.

Guichet d'accès à la première ligne (GAP). Bien qu'inexistant au démarrage, le GAP, mis en place le 1^{er} novembre 2021, est devenu un allié important de la clinique IPS. Destiné aux usagers dans médecins de famille ou sans IPSPL, il les oriente vers le service approprié (p. ex. : psychosocial, services pharmaceutiques, médical) (Gouvernement du Québec, 2025). La relocalisation de la clinique IPS s'est effectuée dans des locaux adjacents à ceux du GAP. Une entente de soutien lie la clinique IPS et l'équipe médicale du GAP : les IPS peuvent consulter les médecins du GAP, et l'organisation du travail de ce dernier est jugée facilitante. Bien qu'elles hésitent parfois à les solliciter, au risque de les « déranger », cette collaboration rend l'accès médical rapide et simple.

Délocalisation des IPS et infrastructures

L'attribution de locaux distincts de ceux des médecins collaborateurs du GMF constituait, selon la vision initiale, un levier central de l'innovation, perçu comme un vecteur d'autonomie et d'émancipation pour les IPS. Avant l'amorce du projet, le CISSS

recherchait activement des espaces ; toutefois, en cours de déploiement, des locaux pourtant adaptés ont été réquisitionnés pour la gestion de la pandémie, retardant la mise en place. Dans ce contexte de contraintes et face au nombre élevé de patients orphelins dans la région, l'idée d'acquérir un terrain pour y construire une « méga clinique » a émergé, puis a été abandonnée en raison d'embûches d'acquisition (rencontres cliniques, 2021). Cette dynamique a empêché la délocalisation prévue : les IPS ont poursuivi leur pratique dans les locaux du GMF. Le manque d'espaces s'étant accentué au GMF (locaux étant prioritairement attribués aux médecins propriétaires), les IPS ont diversifié leur pratique tout en assurant la couverture des heures défavorables : occupation de bureaux libres lorsque ceux-ci étaient disponibles, intervention dans d'autres lieux (p. ex. : clinique jeunesse, de stérilet), notamment à l'origine de la pratique mixte des IPS, ou le recours au télétravail. Cette configuration exige une coordination fine des horaires, assurée par une IPS-leader de l'équipe.

Si la non-délocalisation ne réalisait pas l'objectif initial, elle a été perçue positivement par certaines IPS, plusieurs étant novices, qui y voyaient l'occasion d'accroître leur expérience clinique, de bénéficier d'un soutien médical rapproché et de s'acclimater à la culture organisationnelle (procédures, relations interprofessionnelles), au bénéfice des patients et du développement du rôle. Lors d'une rencontre clinique (avril 2021), une majorité d'IPS a voté pour rester au GMF, même si elles expérimentaient une pénurie de locaux, alors qu'une option concrète de délocalisation vers un autre site (locaux loués). Finalement, lors du dernier groupe de discussion, les IPS indiquent avoir été relocalisées, en janvier 2023 sans leur assentiment explicite, dans une ancienne clinique rachetée, située à distance de la clinique principale, qu'elles disent apprécier désormais.

Modification des paramètres initiaux

Dans les pages qui suivent, nous détaillons les ajustements apportés aux paramètres initiaux du projet.

Prise en charge de la clientèle de première ligne. L'objectif initial du projet était d'inscrire 2 000 personnes en provenance du GAMF alors que la liste, en croissance, atteignait environ 33 000 usagers en 2021. La prise en charge s'est amorcée de façon intensive en avril 2021, dans un contexte pandémique qui a conduit les IPS à réaliser des consultations téléphoniques auprès des nouveaux usagers. Dès le mois suivant, lors des rencontres d'équipe, elles ont toutefois signalé la difficulté de consacrer des journées entières à la prise en charge en raison de la lourdeur des responsabilités et de la complexité des cas (examen complet nécessaire, approche devant être holistique, établissement du lien thérapeutique, counseling, recours à la consultation pour des limites au rôle), d'autant plus qu'une équipe interprofessionnelle, outre les MD et employés du GMF, n'était pas encore

pleinement déployée. En fin de projet, les IPS disaient recevoir en moyenne 7 à 9 usagers par jour et réserver deux rendez-vous d'accès adapté à leur patientèle.

Au fil de l'expérience, les IPS ont exprimé la préférence de sélectionner elles-mêmes les usagers en attente au GAMF, tout en reconnaissant l'importance de l'équité des soins. Elles se heurtaient à des listes rarement à jour, générant des « usagers surprises » dont la situation excédait leur champ de pratique. Pour y répondre, elles ont pratiqué un tri clinique (« cherry picking ») : elles ont choisi des usagers dont les besoins correspondaient à leur périmètre d'exercice, non pour avantager indûment certaines priorités, mais pour sécuriser la pertinence des soins, favoriser la prise en charge de familles complètes et consolider le lien thérapeutique. En cas d'absence (p. ex. : congé maternité, absence temporaire), les IPS redistribuaient les usagers entre elles pour éviter leur retour sur les listes du GAMF ou des déplacements entre sites.

L'un des objectifs portait aussi sur l'optimisation de la présence des IPS en CHSLD. Dès le démarrage — conjuguant contraintes de locaux au GMF et besoins liés à la pandémie — la pratique mixte (GMF et CHSLD) s'est imposée : certaines IPS y consacraient jusqu'à 50% de leur temps. Leur présence s'est avérée essentielle à la continuité des services (malgré quelques bris). Même lorsque la présence médicale était limitée, les IPS estimaient bien couvrir les besoins des usagers (comptes-rendus de réunions, 2021).

Parallèlement, les IPS ont développé des cliniques spécialisées pour diversifier l'offre et répondre aux besoins populationnels. Par exemple, elles ont assuré une forte présence à la clinique du stérilet située dans les locaux du GMF, à la clinique jeunesse et à la clinique SIDEF (comptes-rendus de réunions, 2021). Certaines IPS ont également déployé des services de chirurgies mineures (comptes-rendus de réunions, 2021). Si toutes maintenaient une pratique mixte, chacune a ajusté la répartition de son temps selon l'analyse des besoins, ses intérêts et son sentiment d'utilité. Ces choix ont répondu à des besoins critiques, mais ont limité, à court terme, la capacité d'inscription de nouveaux usagers du GAMF.

Accès à la première ligne et en heures défavorables. Bien que le projet ait initialement accordé un poids important à la prise en charge, les IPS ont d'abord joué un rôle prépondérant dans l'accès. Tant qu'elles étaient hébergées au GMF, elles ont fortement préconisé de participer au SRDV, à la fois pour développer leur expertise et pour maintenir une proximité avec les médecins collaborateurs. Dès juin 2021, des enjeux de disponibilités de locaux et d'accès à certains outils (p. ex. : ordinateurs) ont freiné la poursuite de ces activités. Leur présence au SRDV a ainsi diminué, déplaçant une part de leurs activités vers les urgences mineures à voir en moins de 48 heures. L'attribution des salles, planifiée une à deux semaines d'avance, a également limité leur réactivité par rapport aux échéancier établis (comptes-rendus de réunions, 2021). Les IPS disent s'être senties moins efficaces

dans ce service (P4-P5) qu'en prise en charge, tout en estimant que l'objectif d'accès était atteint puisque les bien qu'elles assuraient que l'objectif était atteint puisque les médecins étaient dégagés pour voir davantage de patients (groupe de discussion #2). À l'été/automne 2021, les usagers du service *Bonjour Santé* ont bénéficié des soins des IPS lorsque celles-ci ont cessé de voir les P4-P5 en raison des enjeux décrits (rencontre clinique, 2021). Ce choix est jugé cohérent, car il permettait de rejoindre des usagers qui auraient autrement consulté l'urgence, et correspondait, selon les participantes, à un « glissement naturel » vers une clientèle mieux alignée avec les compétences et ressources à leur disposition à ce moment (groupe de discussion # 2). Par la suite, le service *Bonjour Santé* a été abandonné pour réserver davantage de plages d'accès adapté à leur propre patientèle. Après leur relocalisation et la séparation physique de janvier 2023, les IPS ne faisaient plus de SRDV et ont remplacé cette activité par deux rendez-vous d'accès adapté par jour (rencontre clinique, 2021; comptes-rendus de réunions, 2021, groupe de discussion #2). En face des évolutions règlementaires, de la proximité avec le GAP et de l'expérience clinique acquise, plusieurs IPS indiquent qu'elles considéreraient à nouveau la prise en charge des P4-P5 si l'occasion se présentait (groupe de discussion #2).

L'accès en heures défavorables est demeuré l'objectif le moins atteint. Les difficultés de recrutement du personnel de soir (p. ex. : agent(e) administratif(ve)) en contexte de COVID-19, ainsi que des enjeux de sécurité (absence de gardien de sécurité, vols dans les bureaux ou alarmes déclenchées), ont conduit les IPS à réduire, puis à cesser les cliniques du soir (groupe de discussion #2; rencontre clinique, 2021).

Représentation et autonomie des IPS. De candidates en mars 2021 à IPS certifiées en mai 2021, les participantes ont vécu une évolution rapide : dès juin 2021, elles disaient se sentir plus en contrôle et mieux comprendre les infrastructures organisationnelles. Les premiers mois ont toutefois été marqués par l'adaptation aux nouveautés : nouveaux collègues, pratique mixte sur des lieux multiples, clientèles 0-100 ans (de la pédiatrie à la gériatrie), méthodes de travail et nouveau logiciel informatique (rencontre clinique, 2021 ; comptes-rendus des réunions, 2021). Plusieurs ont exprimé un inconfort plus profond, associé au « syndrome de l'imposteur », défini comme une difficulté à se positionner dans leur rôle professionnel (comptes-rendus de réunions, 2021). Ressenti très fortement au départ, ce vécu a mené au départ d'une IPS pour un retour sur un poste d'infirmière clinicienne (comptes-rendus de réunions, 2021). Le doute sur les compétences, la crainte liées à la prise en charge et l'insécurité face aux responsabilités étaient fréquents (rencontre clinique 2021; comptes-rendus de réunions, 2021).

Pour y faire face, les IPS ont mobilisé divers leviers d'adaptation : poser des questions, participer à des forums en ligne, consulter la littérature scientifique, s'allier à des médecins partenaires et recourir à du coaching (comptes-rendus de réunions, 2021; rencontre

clinique, 2021). L'obtention du permis en mai 2021 a aussi soutenu la confiance. Malgré tout, l'intensité de cette période a laissé des traces. À l'automne 2021, les IPS se disaient fatiguées, sollicitées par de multiples projets et formations, avec un sentiment d'éparpillement. En fin de projet (décembre 2023), l'une d'elles résume le cheminement identitaire et l'apprentissage vers l'autonomie :

« Les six premiers mois, t'as tellement peur de te tromper... Après t'es comme : « ouais ok c'est correct... ». Puis après 18 mois, tu n'as plus envie de vomir le matin en venant travailler ». (Participant, groupe de discussion #2)

L'exposition à différents milieux et clientèles est perçue, avec le recul, comme stimulante et essentielle au développement des novices, bien que « mélangeante » et exigeante en apprentissages. Un consensus se dégage : l'un des gestes professionnels clés consiste à reconnaître ce qu'on ne sait pas, puis à chercher des réponses (collègues, lectures, notes au dossier). Le temps hors des soins directs devient alors un investissement en qualité et en développement professionnel.

Le statut de novice des IPS a été pris en compte puisque l'ajustement de la clientèle s'est fait au rythme de l'autonomie croissante, des formations planifiées et d'un engagement à l'accompagnement/coaching. L'évolution professionnelle a aussi été influencée par une dualité propre au rôle soit un haut niveau de scolarité conjugué à une entrée en pratique et une position perçue comme étant entre les infirmières et les médecins de famille au sein des GMF. Dans ce contexte, le mentorat apparaît déterminant pour aider l'IPS à se définir, prendre sa place et exercer pleinement son autonomie (rencontre clinique, 2021).

Modèle de soins intra-interprofessionnel. L'édification d'un modèle de collaboration intra- et interprofessionnelle était l'un des objectifs principaux. Selon le plan prévu, il s'agissait d'arrimer les IPS à des infirmières cliniciennes et à d'autres professionnels (p. ex. : physiothérapeute, IPS en soins pédiatriques et en santé mentale) afin de soutenir l'accès et la continuité de soins. En pratique, malgré un écosystème professionnel à l'œuvre au GMF (quatre infirmières GMF, deux infirmières GMF-R, deux nutritionnistes, deux travailleurs sociaux, quatre médecins propriétaires, 39 médecins qui font exclusivement du SRDV, 22 médecins GMF et 25 médecins spécialistes), la majorité des ressources demeurait concentrée au site du GMF, tandis que la clinique IPS évoluait avec peu d'appoints dédiés. La collaboration interprofessionnelle est restée limitée et largement informelle : les IPS pouvaient demander de l'aide, mais le faisaient rarement. L'affectation d'infirmières (cliniciennes et autres spécialités d'IPS) spécifiquement rattachées à la clinique IPS ne s'est pas concrétisée et l'arrimage avec d'autres professionnels annoncés n'a pas abouti pendant la période à l'étude. En fin de projet, les IPS n'en faisaient pas une priorité.

En revanche, la collaboration médicale a constitué un appui central. Les médecins du GMF ont joué un rôle de mentorat et de soutien clinique, dans une relation fondée sur la confiance réciproque. Cette entraide entre équipes a été un point fort du projet et a facilité l'adaptation au rôle IPS (comptes-rendus de réunions, 2021). Par ailleurs, la collaboration avec les médecins du GAP, de même qu'avec l'infirmière auxiliaire du GAP, a offert un canal de consultation supplémentaire jugé très utile. La nécessité de recourir à un médecin pour les demandes au CRDS a persisté, mais depuis mars 2023, les IPS peuvent compléter ces requêtes de façon autonome (groupe de discussion #2).

De plus, la collaboration avec la clientèle demeure essentielle. Un déficit de reconnaissance du rôle des IPS a néanmoins compliqué certaines collaboration (groupe de discussion #1) et exigé un travail d'explication important auprès des usagers (comptes-rendus de réunions, 2021), dont certains se disaient déçus parce qu'ils s'attendaient à consulter un médecin.

Soutien et éléments organisationnels

Plusieurs éléments organisationnels ont soutenu l'innovation. En fait, la dite « bonne santé financière du GMF » a été considéré un terreau favorable au projet permettant aux IPS, majoritairement novices, de s'ancrer progressivement (rencontre clinique, 2021) : modulation des objectifs de prise en charge, protection du temps pour les soins indirects (lecture des dossiers du jour, synthèse cliniques, documentation) (comptes-rendus de réunions, 2021) et marge d'autonomie sur le choix des clientèles et des horaires, dans un climat de confiance. Lorsque des frictions de collaboration sont survenues (méconnaissance du rôle par un médecin partenaire), la cheffe des IPS et les conseillères ont été mobilisées rapidement, ce qui a résolu la situation et consolidé les liens de travail (comptes-rendus de réunions, 2021). Ce soutien organisationnel a nourri le sentiment d'efficacité et la créativité des IPS (groupe de discussion #1).

Sur le plan technologique, l'accès à un Dossier Médical Électronique (DMÉ) a été jugé structurant pour le suivi de la clientèle. Des irritants récurrents ont toutefois freiné l'efficacité : pannes/clé DSQ non fonctionnelle, sites sans DMÉ (notes papier à la clinique jeunesse), limites de certaines licences (p. ex. : impossibilité de suivi automatisé des résultats de labo, Kinlogix), dossiers non à jour et difficulté de joindre les usagers (comptes-rendus de réunions, 2021). Les usagers ne peuvent d'ailleurs pas contacter directement les IPS (comptes-rendus de réunions, 2021).

La gestion des horaires a été contrainte par la disponibilité des locaux. La priorité était accordée aux choix des médecins du GMF, souvent effectués tardivement, alors que les IPS devaient soumettre leur planification trois mois d'avance pour organiser leur pratique mixte (comptes-rendus de réunions, 2021). Il en a résulté des retards de prise en charge, des plages non comblées et de la confusion pour les usagers (comptes-rendus de réunions,

2021, rencontre clinique, 2021). Le télétravail a été tenté, mais peu concluant puisque l'examen en présence était requis (nouvelles prises en charge); les IPS ont donc accru leur pratique mixte.

Le roulement de personnel administratif, accentué pendant la pandémie, a entraîné des pénuries (parfois aucune agente en soutien) ce qui a contribué à l'abandon des heures défavorables (groupe de discussion #2). La méconnaissance du rôle IPS a aussi mené à des prises de rendez-vous inadéquates (usagers hors critères) par les agentes administratives (comptes-rendus de réunion, 2021; groupe de discussion #2).

La relocalisation imposée de janvier 2023 a réglé l'accès aux bureaux, mais a créé des contraintes d'accessibilité, car les locaux d'une ancienne clinique sont sans ascenseur et à escalier étroit. Une vingtaine d'usagers ont dû être réorientés vers le GMF, incapables de se rendre aux bureaux des IPS (groupe de discussion #2). Pour la logistique d'accès au stérilisateur et matériel, la clinique de stérilet est demeurée au GMF (groupe de discussion #2). Enfin, la gestion du matériel sur plusieurs sites repose largement sur les IPS. Elles sont responsables du remplissage et des commandes de matériels. Elles font face à des pénuries ou du matériel périmé, des lampes gynécologiques et pèse-bébé parfois indisponibles, les obligeant à chercher d'une salle à l'autre, alors que le patient attend, ou à reprogrammer des rendez-vous (comptes-rendus de réunions, 2021; groupe de discussion #2).

Encadré 2. Messages-clés de l'analyse de l'implantation.

L'implantation a rendu opérationnelle la clinique dirigée par des IPS malgré un recrutement basé sur des IPS novices, de fortes contraintes de locaux, et un contexte changeant (pandémie, Loi 6, GAP). Une forte réactivité a permis d'ajuster le dispositif et d'atteindre des objectifs revisités. La collaboration intra- et interprofessionnelle, développée surtout avec les médecins, reste à consolider, tandis que des infrastructures et outils parfois inadéquats ont freiné la capacité d'atteindre les objectifs.

Analyse des effets

L'analyse des effets s'appuie sur les données saisies par les IPS à chaque consultation clinique et examine trois variables : le type de consultation, le type de prise en charge et le degré d'autonomie des IPS. Les résultats sont présentés successivement pour chacune de ces variables.

Sur une période de 18 mois (de mars 2021 à octobre 2022), 6 IPS ont réalisé 7 141 consultations (étendue : 506 à 1594 par IPS). La majorité (4/6) a pratiqué tout au long de la période ; une IPS a exercé durant les 5 premières périodes de trois mois et une durant les

trois dernières. Globalement, 60% des consultations concernaient des femmes, 14% relevaient de la pédiatrie (étendue : 1,3% à 25,3%) et les 65 ans et plus comptaient pour 16,2% des consultations.

Au démarrage, la cohorte comportait une forte proportion d'IPS novices. La pratique mixte (GMF/CHSLD et cliniques spécialisées) était la norme, avec des arrivées et départs d'IPS, des congés (p. ex. : maternité) et des ajustements de répartition entre les prises en charge et les activités. Les documents qualitatifs ne permettent pas de préciser, pour chaque IPS, les heures exactes ni la répartition fine des tâches à chaque période. L'analyse des effets doit donc être interprétée à la lumière de cette variabilité organisationnelle.

Dans ce segment, la période de mars 2021 à octobre 2022 sert de base d'analyse. Les groupes de discussion de novembre 2021 et décembre 2023 sont mobilisés, lorsque nécessaire, à titre contextuel pour interpréter les données (p. ex. : évolution des rôles).

Type de consultation

Sur les 7 141 consultations réalisées par les IPS (Tableau 3), 46,6% relevaient du suivi de clientèles. Elles pouvaient inclure les visites de suivi pour les patients présentant une maladie chronique, pour présenter des résultats de tests de laboratoire, des suivis de grossesse, etc. Toutefois nous n'avons pas collecté cette information. Les consultations d'accès (sans SRDV, accès adapté et urgences mineures) représentaient 33,1%. Enfin, les rendez-vous de prise en charge initiale, des premières rencontres de nouveaux patients planifiées sur des créneaux de 60 minutes, comptaient pour 16,4%.

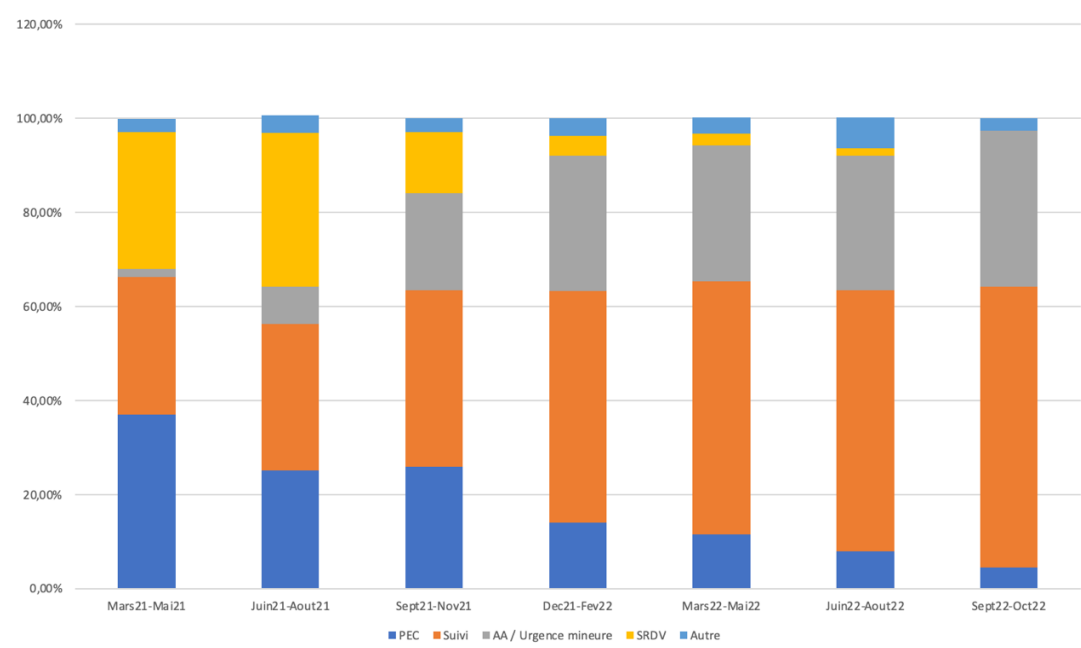
Tableau 3. Type de consultations réalisées entre mars 2021 et octobre 2022.

	FRÉQUENCE	POURCENTAGE (%)
Suivi	3317	46,6
Accès adapté/urgence mineure	1626	22,8
Sans rendez-vous	736	10,3
Stérilet	108	1,5
PAP	50	0,7
	1169	16,4
SIDEP	113	1,6
TOTAL	7119	100,0

Durant la période étudiée, la proportion de consultations de prise en charge diminue de 37,1%, à la première période (mars-mai 2021) à 4,5% à la dernière période (sept.-oct. 2022)

(Graphique 1), signe de la prise en charge initiale des patientèles par les IPS. À l'inverse, la proportion de consultations de suivi a augmenté de 29,1% à 59,7%, et la proportion de consultations en accès adapté / urgences mineures augmente de 1,8% à 33,1%. À la dernière période, ces deux catégories totalisent 92,9% des consultations, tandis que le SRDV, qui représentait près d'un tiers (29,1%) des consultations à la première période, disparaît de l'offre.

Figure 1. Évolution de la répartition des types de rendez-vous par IPS par périodes de 3 mois.



Type de prise en charge

Parmi les 1 124 consultations de prise en charge pour lesquelles l'information est disponible (Tableau 4), 34,1% proviennent du GAMF, tandis que 16,8% relèvent de transferts internes (patients de médecins ou d'IPS) pour assurer la continuité des soins. Une grande proportion (49,2%) des prises en charge ont été effectuées de façon plus opportune soit par tri clinique (« cherry picking », 32,9%) afin d'arrimer les besoins au périmètre d'exercice des IPS, soit par inclusion de membres de familles déjà suivies à la clinique (16,3%).

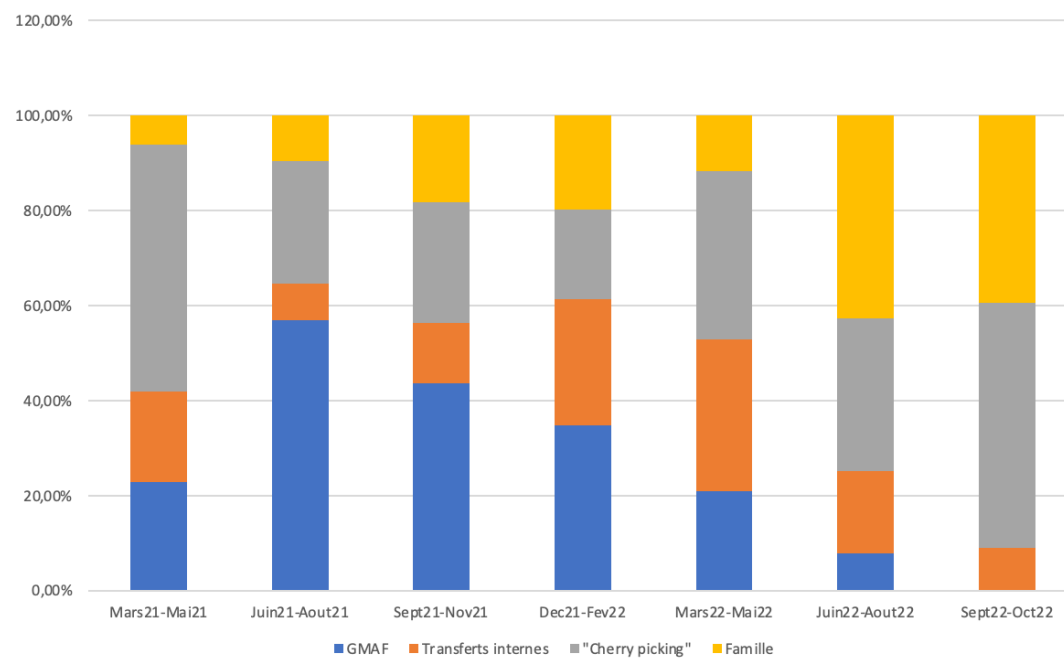
Tableau 4. Type de prise en charge réalisée entre mars 2021 et octobre 2022 par les IPS de la clinique.

	FRÉQUENCE	POURCENTAGE (%)
Transfert interne	189	16,8
« Cherry picking »	369	32,9

Famille	183	16,3
GAMF	383	34,1
TOTAL	1124	100,0

Le mode de prise en charge varie selon les IPS et les périodes (Graphique 2). À la dernière période, aucune prise en charge n'est effectuée via le GAMF, signe d'un recentrage sur des canaux internes et cliniquement arrimés.

Figure 2. Évolution de la répartition des types de prise en charge par les IPS par périodes de 3 mois.



Autonomie des IPS

Sur l'ensemble de la période étudiée, les IPS ont réalisé 90,3% de leurs consultations de façon autonome, et ont consulté un médecin de façon informelle dans 4,2% des cas (Tableau 5).

Tableau 5. Autonomie des IPS.

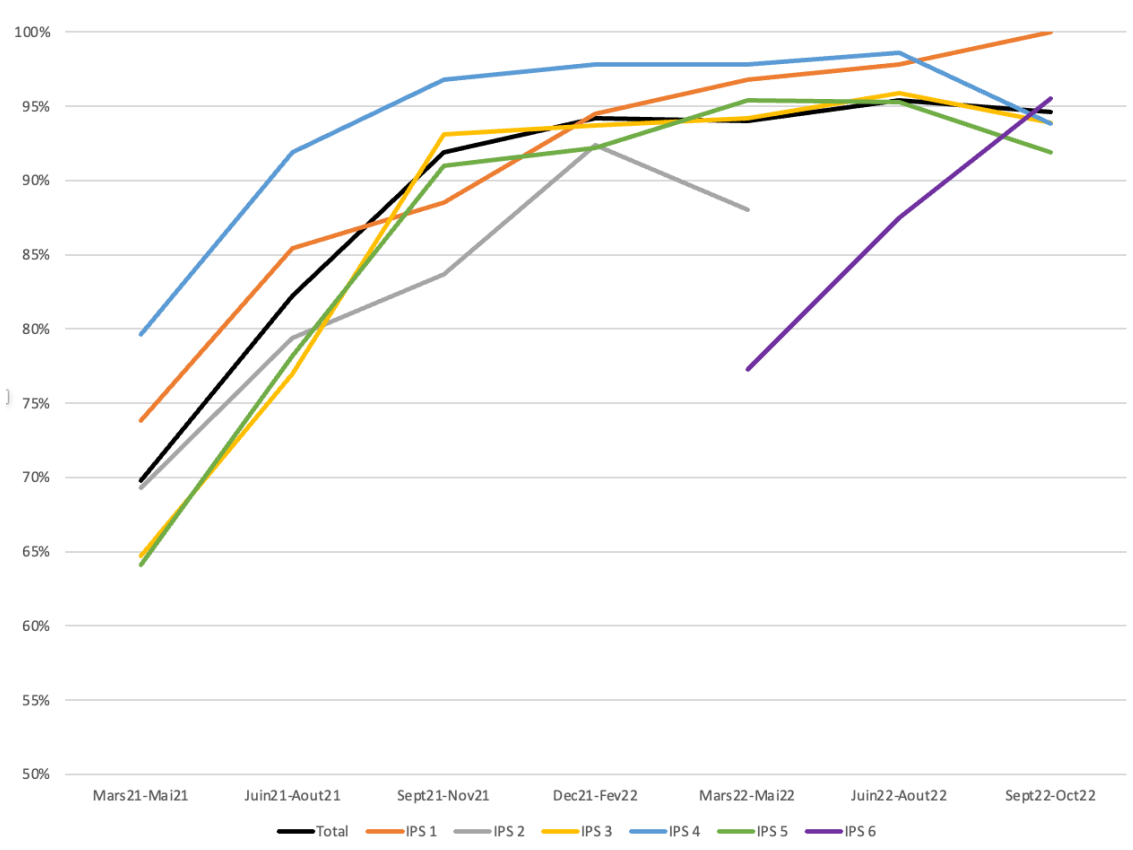
	FRÉQUENCE	POURCENTAGE (%)
Autonome	6445	90,3
Discussion informelle avec médecin	303	4,2
Référence au médecin	84	1,2
Référence CRDS*	150	2,1

Discussion SAFIR	3	0,0
Cas CNESST**	53	0,7
Discussion informelle avec IPS	19	0,3
Autres	5	0,1
Aide MD pour lecture ECG ou radiographies.	74	1,0
TOTAL	7136	100,0

Légende : *CRDS : Centre de répartition des demandes en spécialités; **CNESST : Commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

La proportion des consultations réalisées de façon autonome varie selon les IPS de 81,7% à 95,1%, et augmente dans le temps : elle passe de 69,8% à la période 1 à environ 95% aux périodes 4 à 7 (Graphique 3).

Figure 3. Autonomie des IPS : Pourcentage de consultations réalisées de façon autonome par période de 3 mois.



Encadré 3. Messages-clés de l'analyse des effets.

L'implantation de la clinique dirigée par des IPS a produit des effets tangibles. Après une phase d'ouverture centrée sur la prise en charge initiale, l'activité se stabilise autour du suivi et de l'accès adapté, avec des variations selon les phases et le contexte d'implantation. L'autonomie professionnelle des IPS se consolide rapidement (environ 6 à 9 mois). Ces effets demeurent sensibles à la maturation professionnelle et aux conditions structurelles et procédurales de la clinique.

Discussion

Ce projet visait à documenter le développement d'un modèle de soins de première ligne fondé sur une contribution infirmière étendue, afin d'en améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité au CISSS étudié. Menée de mars 2021 à décembre 2023 sous forme d'étude de cas unique dans un GMF, la recherche s'est structurée autour de trois volets distincts : (1) l'examen du contexte sociopolitique, économique et professionnel ayant favorisé l'émergence du modèle; (2) l'analyse du processus d'implantation clinique et organisationnelle et des dynamiques interprofessionnelles; et (3) l'analyse des effets sur l'accessibilité, la qualité (efficacité) et l'efficacité de la prise en charge infirmière en GMF. Cette étude éclaire les conditions de succès et les limites d'un déploiement dans des organisations existantes. La discussion qui suit en tire des constats saillants.

L'émergence de l'innovation — une clinique dirigée par des IPS — s'inscrit dans un contexte sociopolitique complexe et dynamique, marqué par des changements structurels en première ligne. Dans la perspective de Foucault (1969), elle procède de « conditions de possibilité » telles que des cadres sociaux, réglementaires et institutionnels qui, à une époque donnée, autorisent certaines pratiques ou en contraignent d'autres. Ces conditions orientent concrètement les formes d'innovations envisageables en soins primaires, leur émergence et leur pérennisation (Adams et al., 2024). La trajectoire observée ici correspond à une diffusion complexe de l'innovation telle que décrite par Greenhalgh et al. (2004) et par les cadres d'implantation reconnus comme le RE-AIM (Glasgow et al. 1999) et *Consolidated Framework for Advancing Implementation Science* (Damschroder et al., 2009). Par ailleurs, l'existence de précédents — cliniques partageant des caractéristiques de cliniques IPS au Québec (p. ex. : SABSA, Archimède) (Côté et al., 2022; Contandriopoulos et al., 2016, Duhoux et al., 2023) et expériences ailleurs (Heale, 2012) — a préparé le terrain en fournissant des repères organisationnels et cliniques utiles à l'implantation locale.

Plusieurs justificatifs cliniques et systémiques ont agi comme catalyseurs (conditions de possibilité) pour positionner les IPS comme réponse crédible et innovante aux lacunes d'accès et d'efficacité (ICN, 2024; Maier et al., 2017). Les pressions croissantes et per-

post pandémique sont exercées par la hausse de patients orphelins et de délais d'accès, donnant leur sens au recours accru aux IPS en première ligne (Maier et al., 2017) vis-à-vis leurs effets bénéfiques sur plusieurs plans (Htay & Whitehead, 2021) à condition que les systèmes facilitent leur intégration (Porat-Dahlerbruch et al., 2025). Plusieurs autres éléments ont facilité leur implantation au sein de l'innovation tels que la présence de figures influentes crédibles, l'approche décisionnelle ascendante, la collaboration étroite avec les médecins de famille et le soutien organisationnel continu incluant du mentorat et du coaching. Ces facteurs ont soutenu la culture de changement permettant aux IPS de s'intégrer plus efficacement au GMF et de développer progressivement leur autonomie professionnelle, des constats partagés par plusieurs (Poghosyan et al., 2017; Torrens et al., 2020). L'implantation a cependant été marquée par des défis organisationnels, législatifs et structurels modulant l'atteinte des mandats initiaux.

Certains impératifs organisationnels, comme l'attribution prioritaire des locaux aux médecins au GMF ou la disponibilité limitée des ressources (locaux et personnel) en pandémie, ont freiné la capacité de prise en charge des IPS et compromis la couverture des heures défavorables, amenant les équipes à diversifier leurs lieux d'exercice (cliniques jeunesse, télétravail, clinique de stérilet). Survenue au démarrage du projet, la pandémie a simultanément accéléré l'adoption de pratiques novatrices (p. ex. : téléconsultation, pratiques mixtes GMF-CHSLD) et contraint leur mise en œuvre (p. ex. : pénuries, réquisition de locaux) rendant l'adaptation continue des acteurs et des mandats indispensables, un trait classique des innovations organisationnelles en contexte mouvant (Greenhalgh & Papoutsi, 2018). Parallèlement, des balises légales ont élargi le champ d'exercice des IPS tout en maintenant certaines restrictions, produisant une autonomie relative qui peut limiter la portée des rôles avancés (Bryant-Lukosius & Martin-Misener, 2016; Heale, 2021; Maier et al., 2017). L'idéal de délocalisation hors GMF, pensé pour affirmer l'autonomie, s'est d'abord reconfiguré en proximité avec les médecins, et choisie par les IPS, afin d'asseoir leur expertise et intégration. Cette proximité a toutefois surchargé les infrastructures limitées, conduisant à des arrimages (p. ex. : voisinage fonctionnel avec le GAP). Ces dynamiques illustrent la tension documentée entre autonomie professionnelle et dépendance interprofessionnelle dans les modèles cliniques innovants (Poghosyan et al., 2017) et, plus largement, l'équilibre à trouver entre proximité voulue et autonomie souhaitée à long terme (Bryant-Lukosius & Martin-Misener, 2016). Enfin, la collaboration interprofessionnelle élargie, au-delà de l'axe IPS-médecins, est demeurée incomplètement déployée, limitant certains effets attendus.

Sur le plan des effets, chez les six IPS de l'étude, dont cinq novices, une « autonomie de croisière » est généralement atteinte entre six à neuf mois. Cette trajectoire correspond à une période de transition professionnelle charnière vers la pratique autonome, au cours de laquelle l'acquisition de nouvelles compétences est soutenue, entre autres, par le mentorat, la diversité des expériences cliniques, le sentiment d'autonomie et la qualité de

l'environnements de travail (Barnes, 2015; Faraz, 2016, 2017; Lloy et al., 2023; Torrens et al., 2020). L'environnement de travail et de pratique ressort d'ailleurs dans certaines études comme influençant l'épuisement des IPS (Abraham et al., 2021) et leur intention de quitter (Faraz, 2017). Ainsi, les structures et processus d'implantation peuvent conditionner l'atteinte ou non des résultats et doivent faire l'objet d'une attention particulière lors du développement de rôles avancées au sein de nouveaux modèles organisationnels.

Sur le plan des cibles de patientèles, l'objectif de prise en charge de 100 patients par année par jour de bureau excède les repères publiés pendant le projet (MSSS, 2022). Une adaptation des cibles doit néanmoins s'effectuer selon l'expérience de l'IPS, l'expérience dans le milieu de travail, les équivalents à temps complet et la complexité des patients (Duhoux et al., 2025; MSSS, 2022). Le tri clinique effectué par les IPS (« cherry picking ») peut exprimer une nécessité d'autorégulation de la pratique en cohérence avec les expertises, les sources d'orientation des patients, les champs d'exercice, les charges de travail, les préférences cliniques et les ressources disponibles. Ces ajustements peuvent en partie expliquer qu'environ 95% des consultations des IPS sont menées sans appui médical direct. Les cas complexes (p. ex. : transfert vers une spécialité) et les limites de pratique expliquent l'essentiel des autres situations nécessitant un avis ou une référence médicale.

Enfin, l'analyse du processus d'implantation et des effets s'appuyant sur le cadre RE-AIM (Glasgow et al., 1999) permet d'interpréter les résultats, bien que la pérennisation (maintenance) dépasse l'horizon temporel de l'étude.

Encadré 4. Messages-clés des données traitées sous le cadre RE-AIM.

Portée : L'implantation d'une clinique dirigée par des IPS arrimée à un GMF a rejoint la population ciblée grâce à des leaders crédibles et à la reconfiguration de l'offre de soins face à des contextes facilitants (Loi 6) ou contraignants (pandémie).

Efficacité : Les données montrent une autonomie croissante des IPS dans une période de six à neuf mois et des réajustements de prise en charge pour préserver l'efficacité et les effets attendus du rôle.

Adoption : Une coalition locale, du mentorat et des collaborations structurées témoignent de l'adhésion et soutiennent la progression de l'innovation.

Implantation : Une mise en œuvre adaptative a permis des réponses rapides et des choix stratégiques (p. ex. : tri clinique de patients) pour rééquilibrer certaines contraintes.

Constats principaux

Les résultats montrent que l'émergence d'innovations organisationnelles en première ligne dépend de facteurs contextuels hautement dynamiques et influents. Des éléments externes (réformes législatives (Loi 6), hausse des patients orphelins, difficultés d'accès, choc

pandémiques) ont servi d'accélérateurs en ouvrant des fenêtres d'opportunité pour repenser et transformer la dispensation des soins primaires. Les mêmes facteurs peuvent toutefois devenir des freins substantiels lorsqu'ils demeurent mal arrimés aux réalités cliniques ou que les équipes ne sont pas suffisamment préparés.

L'étude confirme la faisabilité d'implanter un modèle de soins mettant en valeur une représentation et autonomie des IPS. Toutefois, la mise en œuvre au sein de structures préexistantes comme les Groupes de Médecine Familiale (GMF), exige une ingénierie organisationnelle où les mandats initiaux (prise en charge, délocalisation, autonomie professionnelle et interprofessionnalisme élargi) appellent des ajustements continus, des arbitrages et une gouvernance claire tout au long du déploiement.

Cette étude atteste des effets positifs sur l'accessibilité, l'efficacité clinique et organisationnelle, ainsi que sur le développement progressif de l'autonomie professionnelle des IPS. Pour orienter le passage à l'échelle et la pérennité de telles innovations, une compréhension proactive des dynamiques contextuelles est nécessaire, pour orienter efficacement leur déploiement, particulièrement dans des contextes où les rôles infirmiers avancés émergent ou restent en développement.

Recommandations pour les innovations organisationnelles futures

Les résultats de cette étude permettent de formuler plusieurs recommandations pratiques pour favoriser la réussite future de modèles similaires :

- Analyser préalablement le **contexte sociopolitique** en identifiant les leviers qui permettent de renforcer et de consolider le rôle des IPS au sein de nouveaux modèles organisationnels ;
- Adopter une **approche multiniveau** — macro (politiques nationales et provinciales), meso (organisations locales) et micro (interactions interprofessionnelles) — pour analyser l'implantation réussie des innovations ;
- Mettre en place une **gouvernance** clairement définie, combinant cogestion structurée et autonomie décisionnelle locale des IPS afin d'éviter les tensions internes et favoriser la flexibilité clinique et organisationnelle ;
- Investir dès le départ dans les **infrastructures** adéquates (locaux adaptés, ressources administratives stables) pour éviter les ruptures organisationnelles qui pourraient freiner le plein déploiement de l'innovation ;
- Assurer une **stabilité** des équipes cliniques et administratives afin de maintenir une cohérence dans l'offre de soins et un soutien durable aux IPS ;
- Soutenir explicitement l'**autonomie professionnelle** des IPS, en particulier pour les novices, via des mécanismes formels de mentorat et de coaching, surtout dans les premiers mois d'intégration ;

- Encourager une réflexion continue sur les **mandats** initiaux des projets innovants, en intégrant une flexibilité suffisante pour permettre des adaptations réalistes au contexte évolutif de la première ligne et à l'évolution de l'expertise IPS ;
- Assurer un **équilibre délicat** entre autonomie des IPS et contraintes organisationnelles, au sein d'une structure mixte de gouvernance (GMF et CISSS).

Ces recommandations peuvent guider efficacement le déploiement d'innovations cliniques similaires dans d'autres GMF ou contextes internationaux, où le rôle des IPS émerge comme leviers majeurs d'innovation organisationnelle et clinique (Laurant et al., 2018; Maier et al., 2017).

Limites de l'étude

Cette recherche s'appuie sur une étude de cas unique portant sur l'évaluation de l'ouverture d'une clinique dirigée des infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Plusieurs limites doivent être nommées. Sur le plan quantitatif, bien que le nombre d'IPS inclus ait été limité, le volume de consultations était important et le taux de complétion des informations liées aux consultations était très élevé, ce qui a permis de réaliser des analyses considérées comme fiables. Toutefois, les données étaient auto-rapportées, ce qui les rend sensibles aux biais de mémoire et aux biais de désirabilité sociale, même si leur collecte a été effectuée de manière standardisée. Sur le plan qualitatif, les entrevues ont été réalisées uniquement auprès des IPS, de gestionnaires et d'un médecin propriétaire, excluant la perspective d'autres cliniciens et même des patients. Cette absence limite la compréhension de certains enjeux, notamment la perception de l'autonomie professionnelle, la réponse au mandat des IPS ou encore la réponse aux besoins des patients selon d'autres sources de données. De plus, le recours à une seule étude de cas réduit la transférabilité des résultats à d'autres milieux cliniques, dont l'organisation et le contexte peuvent différer. Le caractère exploratoire de la démarche implique que les résultats doivent être interprétés avec prudence et vus comme une base pour des recherches subséquentes. Enfin, la combinaison de sources de données quantitatives et qualitatives a permis de générer des données riches et complémentaires, mais elle ne permet pas de témoigner de la perspective des médecins qui collaboraient avec les IPS ni même celle des patients ayant reçu des soins des IPS

Conclusion

En conclusion, cette étude de cas unique montre qu'un modèle de dispensation des soins de première ligne fondé sur une contribution infirmière étendue peut améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des soins. Elle rappelle l'importance d'examiner les facteurs contextuels et les objectifs initiaux d'implantation, tout en tenant compte des dynamiques interprofessionnelles réelles sur le terrain, puisque ces contextes influencent les effets. Ces constats offrent des balises opérationnelles pouvant guider efficacement le

déploiement et la pérennisation de modèles similaires dans d'autres GMF et, plus largement, dans des contextes internationaux où l'essor du rôle des IPS constitue un levier d'innovation clinique et organisationnelle durable.

Références

- Abraham, C. M., Zheng, K., Norful, A. A., Ghaffari, A., Liu, J., & Poghosyan, L. (2021). Primary care Practice Environment and Burnout among Nurse Practitioners. *The journal for nurse practitioners: JNP*, 17(2), 157–162. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.11.009>
- Adams, S., Komene, E., Wensley, C., Davis, J., & Carryer, J. (2024). Integrating nurse practitioners into primary healthcare to advance health equity through a social justice lens: An integrative review. *Journal of advanced nursing*, 80(10), 3899–3914. <https://doi.org/10.1111/jan.16093>
- Barnes, H. (2015). Nurse Practitioner Role Transition: A Concept Analysis. *Nursing forum*, 50(3), 137–146. <https://doi.org/10.1111/nuf.12078>
- Bryant-Lukosius, D., & Martin-Misener, R. (2016). Advanced practice nursing in Canada: Overview of a decision support synthesis. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 29(3), 57–69.
- Bulto, L. N., Roseleur, J., Noonan, S., Pinero de Plaza, M. A., Champion, S., Dafny, H. A., Pearson, V., Nesbitt, K., Gebremichael, L. G., Belegoli, A., Gulyani, A., Schultz, T., Hines, S., Clark, R. A., & Hendriks, J. M. (2024). Effectiveness of nurse-led interventions versus usual care to manage hypertension and lifestyle behaviour: a systematic review and meta-analysis. *European journal of cardiovascular nursing*, 23(1), 21–32. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad040>
- Connolly, C., & Cotter, P. (2023). Effectiveness of nurse-led clinics on healthcare delivery: An umbrella review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9-10), 1760-1767. <https://doi.org/10.1111/jocn.16186>
- Contandriopoulos, D., Bertoni, K., McCracken, R., Hedden, L., Lavergne, R., & Randhawa, G. K. (2024). *Evaluating the cost of NP-led vs GP-led primary care in British Columbia*. Healthcare Management Forum, 08404704241229075. <https://doi.org/10.1177/08404704241229075>
- Contandriopoulos, D., Bertoni, K., Duhoux, A., & Randhawa, G. K. (2023). Pre–post analysis of the impact of British Columbia nurse practitioner primary care clinics on patient health and care experience. *BMJ Open*, 13(10), e072812. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072812>
- Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Perroux, M., Roy, B., Cockenpot, A., Labarthe, J., Mattman, S., Lardeux, A. & Lachapelle, K. (2015). *La Coopérative de solidarité SABS, Rapport préliminaire*. Projet de recherche ESPI. Montréal.
- Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Dumont, S., Laberge, M., Duhoux, A., Denis, J.-L. et Binette, S. (2022). *Projet Pilote Archimède*. Récupérée sur https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Rapport%20de%20recherche_Archim%C3%A8de.pdf
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice:

a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science* : IS, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

Duhoux, A., Rioux-Dubois, A., Poitras, M.-È., Perron, M.-È., Dufour, É., et Lazarovici, M. (2023). *Livre blanc sur les innovations infirmières en soins de première ligne. Journée d'informations et d'échanges sur les innovations infirmières en soins de première ligne* (9 mai 2022). <https://www.lavalensante.com/enseignement-et-recherche/transfert-des-connaissances/publications/publications-de-recherche/pole-1/livre-blanc-sur-les-innovations-infirmieres-en-premiere-ligne/>

Duhoux, A., Rioux-Dubois, A., Ross-deBlois, R., et Gabet, M. (2025). Factors Influencing Panel Size of Primary Care Nurse Practitioners. *Research in Nursing & Health*, 1-7. <https://doi.org/10.1002/nur.70016>

Éditeur officiel du Québec. (2023). *Décret 1272-2023*. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/gazette/pdf_encrypte/lois_reglements/2023F/80460.pdf

Faraz A. (2016). Novice Nurse Practitioner Workforce Transition Into Primary Care: A Literature Review. *Western journal of nursing research*, 38(11), 1531–1545. <https://doi.org/10.1177/0193945916649587>

Faraz A. (2017). Novice nurse practitioner workforce transition and turnover intention in primary care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(1), 26–34. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12381>

Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris : Gallimard.

Glazier, R. H. (2024). Addressing unmet need for primary care in Canada. In *Healthcare Management Forum*. Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.

Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, 89(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>

Graham I.D., Logan J., Harrison M.B., Straus S.E., Tetroe J., Caswell W., et al. (2006) Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof.*;26(1):13-24.

Gouvernement du Québec. (2025). *Guichet d'accès à la première ligne*. Page Web. <https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/guichet-acces-premiere-ligne>

Greenhalgh, T., et Papoutsis, C. (2018). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16(95), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

Heale, R. (2021). Theory of the Evolution of Nurse Practitioner Practice. *Canadian Nurse Practitioner Journal*, 1(1), 1-14. <https://doi.org/10.28984/npj.v1i1.340>

- Heale R., & Butcher M. (2010). Canada's First Nurse Practitioner-Led Clinic: A Case Study in Healthcare Innovation. *Nursing Leadership*, 23(3), 21-29. Doi 10.12927/cjnl.2010.21939
- Heale, R., & Fournier, J. (2017). Impact of Advanced Access Scheduling on Patient Care Choices and Health Behaviours in a Nurse Practitioner-Led Clinic. *Revue de la diversité de la recherche en santé*, 1, 33-43. <https://pubs.biblio.laurentian.ca/index.php/drhj-rdrs/article/view/28/98>
- Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. (2002). Systematic Review of Whether Nurse Practitioners Working in Primary Care Can Provide Equivalent Care to Doctors. *British Medical Journal*, 324, 819-823. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819>
- Htay, M., & Whitehead, D. (2021). The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *International journal of nursing studies advances*, 3, 100034. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100034>
- Hutchison, B., Levesque, J. F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: systems in motion. *The Milbank quarterly*, 89(2), 256–288. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>.
- International Council of Nurses. (2024). *International Nurses Day 2024 report: Our Nurses. Our Future. The economic power of care*. Geneva, Switzerland: ICN. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/international-nurses-day-2024-report>
- Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Savard, I., Chouinard, M. C., Bouabdillah, N., Provost-Bazinet, B., Costanzo, G., Houle, J., St-Louis, G., Jabbour, M., & Atallah, R. (2023). Identifying indicators sensitive to primary healthcare nurse practitioner practice: A review of systematic reviews. *PloS one*, 18(9), e0290977. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290977>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC health services research*, 10, 65. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD001271. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
- Lloy, B., Peter, E., Parry, M. & Mitchell, C. (2023). Facilitators of Nurse Practitioners' Transition to Practice: An Integrative Review. *Nurse Practitioner Open Journal*, 3(2), 27-40. 10.28984/npoj.v3i2.446
- Lukewich, J., Asghari, S., Marshall, E. G., Mathews, M., Swab, M., Tranmer, J., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Norful, A. A., Ryan, D., & Poitras, M. E. (2022a). Effectiveness of registered nurses on system outcomes in primary care: a systematic review. *BMC health services research*, 22(1), 440. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07662-7>

- Lukewich J., Martin-Misener R., Norful A.A., Poitras M.-È., Bryant-Lukosius D., Asghari S., Marshall E.G., Mathews M., Swab M., Ryan D., Tranmer J. (2022b) Effectiveness of registered nurses on patient outcomes in primary care: a systematic review. Effectiveness of registered nurses on patient outcomes in primary care: a systematic review. *BMC health services research*, 22(1), 740. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07866-x>
- Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 26(6), 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>
- Maier, C., Aiken, L., & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers*, No. 98, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>
- Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Marshall, D. A., Charbonneau-Smith, R., & DiCenso, A. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ open*, 5(6), e007167. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-00716>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2022). *Guide de référence en lien avec la prise en charge par les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Service sociaux. Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-945-09W_Guide_de_reference.pdf
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2024). Services de proximité, services sociaux et communautaires GMF, GMF-U, GMF-A et GMF-R. Récupéré à [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-services-de-proximite-services-sociaux-et-communautaires/gmf-gmf-u-et-gmf-r/#:~:text=Les%20GMF%20acc%C3%A8s%20\(GMF%2DA,aux%20services%20de%20premi%C3%A8re%20ligne](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-services-de-proximite-services-sociaux-et-communautaires/gmf-gmf-u-et-gmf-r/#:~:text=Les%20GMF%20acc%C3%A8s%20(GMF%2DA,aux%20services%20de%20premi%C3%A8re%20ligne).
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle : rapport mondial de suivi 2019. Résumé d'orientation*. Genève : OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328922/WHO-HIS-HGF-19.1-fre.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). Mise en application de la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé (Loi 6). Montréal. Québec. Récupéré à <https://www.oiiq.org/ips-nouvelles-activites-et-reglementation>
- Poghosyan, L., Norful, A. A., & Martsolf, G. R. (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>
- Porat-Dahlerbruch, J., Miller, T., Boyd, J., Ellen, M. E., & Clark, R. R. S. (2025). The International Advanced Practice Nurse Integration Policy Intervention Taxonomy: A

10-Country Nominal Group Consensus Technique Study. *International nursing review*, 72(3), e70096. <https://doi.org/10.1111/inr.70096>

Stanik-Hutt, J., Newhouse, R. P., White, K. M., et al. (2013). *The quality and effectiveness of care provided by nurse practitioners*. *Journal for Nurse Practitioners*, 9(8), 492–500.

Stake, R.E. (2005) Qualitative Case Studies. In: Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S., Eds., *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 3rd Edition, Sage Publications. London, 443-466.

Swan, M., Ferguson, S., Chang, A., Larson, E., & 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>

Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., Bottone, H., Polson, R., & Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 104, 103443. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>

Annexe

Ligne du temps : création et évolution de la clinique

2017

- **Septembre** : Arrivée de la première infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL) au Groupe de médecine de famille (GMF).

2018

- **Janvier** : Arrivée de la deuxième IPSPL au GMF, qui formera avec la première IPS et pour les mois subséquents, les IPS plus seniors et responsables de la clinique.
- **Décembre** : Début du remue-méninge pour la création d'une clinique dirigée par les IPS. L'idée est de créer une clinique physiquement séparée du GMF. Les discussions impliquent plusieurs acteurs : direction des services professionnels (DSP), président-directeur général de l'établissement (PDG), direction des soins infirmiers (DSI), médecin (MD) propriétaire du GMF et équipe de recherche. Changement de chefs des IPS puisque le chef en poste quitte et un nouveau prend la relève.

2019

- **Novembre** : Annonce du projet de clinique dirigée par les IPS. L'objectif est d'atteindre 10 IPS d'ici 2022 incluant les deux IPS en poste (trois IPSPL pour septembre 2020, deux IPSPL pour janvier 2021, une IPSSM et une IPSSP pour 2022) en équipe interprofessionnelle (adjointe administrative, infirmière clinicienne, infirmière auxiliaire, autres professionnels (nutritionniste, travailleur social) pour offrir une prise en charge et des disponibilités aux patients les soirs et les fins de semaine (en rotation). Une IPS en poste est désignée comme co-responsable IPS de la clinique.

2020

- **Janvier** : Arrivée d'une troisième IPSPL.
- **Février** : Rencontre pour discuter du fonctionnement de la clinique où y sont discutés la possibilité d'un horaire allégé pour les IPS en place pour permettre la préparation et le fonctionnement de la clinique (préparation des documents de prises en charge, gabarit d'horaire, appel au GAMF pour la réception des listes de patients, tenue du registre des consultations IPS - RAMQ), et l'accueil et le soutien des nouvelles IPS, les tâches pour une future adjointe administrative et les besoins associés à l'embauche à prévoir d'une infirmière auxiliaire.
- **Mars** : Début de la pandémie de COVID-19. Les IPSPL sont redéployées (délestage) dans des CHSLD et unités de soins intensifs, entraînant un retard dans la prise en charge de la clientèle et une réduction de l'offre de service à la clinique.
- **Juillet** : Élaboration de la première version du document de projet pour la clinique, créé par la personne cheffe des IPS et amélioré par deux autres IPS.
- **Août** : Nouveau changement de chef des IPS. Première réunion du comité aviseur de la recherche composé de la DSI, la DSIA, la cheffe des IPS, les trois chercheurs

et deux personnes absentes (MD propriétaire et IPS responsable de la clinique). Présentation des objectifs du projet prenant forme d'une clinique d'IPS autonomes (en collaboration avec MD partenaires à distance) en équipe interprofessionnelle pour la prise en charge de patients orphelins par les IPS et la prise en charge des P3-P4-P5 vs SRV du GMF-R (à discuter) voir avec les médecins. Questions entourant l'existence (ou non) de clause ou règlement limitant un non-urgentiste (ici IPS) à prodiguer des soins aux patients réorientés en GMF par l'urgence (n.-b. : dans ce GMF, seuls les urgentistes voient les P4-P5). Les patients provenant de l'urgence seraient d'ailleurs plus lourds que ceux se présentant dans le cadre de sans rendez-vous. Objectif de constitution de la clinique de 8 nouvelles IPS d'ici 9 mois. Les défis actuels sont discutés soient ceux liés aux locaux pris par la clinique de dépistage COVID-19 (solution à venir en octobre, recherche active de locaux par le CISSS). Présentation du projet de recherche soit les trois volets d'analyse (volonté que l'analyse des effets s'attarde à l'utilisation des services comme l'urgence), la durée prévue de 18 mois, l'annonce du budget alloué et l'attente de l'approbation du comité d'éthique. Le comité détermine que le temps zéro du projet s'amorcera lors de la disponibilité et fonctionnalité des locaux pour les IPS. Les termes (mandats spécifiques) du comité aviseur et ses membres (pouvant inclure des patients partenaires) doivent être formulés.

- **Septembre** : Suivi du projet de recherche en comité aviseur. Projet déposé au comité d'éthique, mais processus de traitement est ralenti par la pandémie. Discussion sur le choix des indicateurs (p. ex. : nombre d'heures travaillées en heures défavorables). Discussions sur les trajectoires et soutien nécessaire aux consultations P4-P5 (p. ex. : aiguillage aux IPS par les infirmières du triage).
- **Octobre** : Arrivée d'une quatrième IPS, rapidement affectée en CHSLD.
- **Décembre** : Une IPS quitte.

2021

- **Février** : Discussion interne avant l'arrivée de cinq nouvelles candidates IPS. Les options pour un local physique séparé sont limitées, car les locaux disponibles sont occupés ou non appropriés, limitant l'accueil de plus d'IPSPL et l'intégration d'une IPSSM ou d'une IPSSP (IPSSM étant prioritaire). Première rencontre, effectuée en ligne, avec les nouvelles embauchées et plusieurs personnes concernées (deux MD, IPS senior, cheffe IPS). Discussions portent sur les intérêts de chaque IPS et l'annonce de couverture des heures défavorables (une soirée / deux semaines ou une fin de semaine sur huit). Rencontre du comité aviseur et discussions sur : la mise en place de la clinique, les facteurs limitants (locaux (installation prévue en septembre prochain), retard de la prise en charge en raison de la pandémie, la nouvelle loi 6 et les effets attendus sur les forfaits de collaboration avec les médecins), les indicateurs (prise en charge de la clientèle, sans rendez-vous), le modèle de pratique mixte (services offerts en clinique et aussi à l'extérieur – soins à domicile, clinique jeunesse, CHSLD), le besoin de structuration des comités de gouvernance, les modèles actuels inspirants (celui d'Archimède basé sur une pyramide inversée où les professionnels et IPS sont plus nombreux que les MD).
- **Mars** : Arrivée de cinq nouvelles candidates IPS et font alors leur premier contact avec le projet de recherche. Formation et plan d'intégration des IPS assumés par

- l'IPS senior. Départ et accueil d'une nouvelle cheffe des IPS. Début de la collecte de données quantitatives.
- **Juin** : Arrêt de la prise en charge des patients P4 et P5, un service ayant débuté en mars 2021.
 - **Octobre** : L'IPS senior quitte son poste d'IPS à la clinique, mais y reste comme conseillère en soutien clinique. Elle soutient l'équipe et la cheffe des IPS dans la réalisation des objectifs cliniques et organisationnels (gestion des horaires, gestion des volets/projets cliniques de la clinique, soutien et gestion de la pratique mixte et soutien au projet de recherche). Deux départs à la clinique : une IPS (autre plus senior) quitte la profession et reprend un poste d'infirmière clinicienne, et une autre IPS est en retrait préventif en raison d'une grossesse causant l'arrêt de la prise en charge, mais elle fera toutefois les suivis téléphoniques et tâches administratives pour soutenir la gestion de la clinique.
 - **Novembre** : Tenue d'un premier groupe de discussion. Les participants discutent des idées initiales, des étapes de création et d'évolution, des défis et des succès du projet.

2022

- **Mai** : Présentation du projet par les acteurs dans le cadre d'une Journée de mobilisation des connaissances. Le projet est présenté en détail, de sa genèse à ses perspectives d'avenir, en mettant en lumière la contribution des infirmières en première ligne.
- **Octobre** : Fin de la collecte de données quantitatives. Analyse des données.

2023

- **Décembre** : Tenue d'un deuxième et dernier groupe de discussion avec une présentation et validation des données qualitatives et quantitatives.

2025

- **Mars** : Présentation orale dans le cadre de la dernière séance du comité aviseur de la recherche permettant une dernière validation des données.
- **Septembre** : Diffusion du rapport final tenant compte des validations.



Université 
de Montréal


Université de
Sherbrooke


UNIVERSITÉ
DU QUÉBEC
EN OUTAOUAIS