

LES CLINIQUES IPS AU QUÉBEC: CONSTATS ET RECOMMANDATIONS SUITE À LA PHASE INITIALE D'IMPLANTATION

MARS 2025

MARIE-EVE POITRAS
ANNIE RIOUX-DUBOIS
ARNAUD DUHOUX
ARIANE FAUTEUX DUARTE
PATRICIA LALONDE
MORGANE GABET
NANCY CÔTÉ
MARLÈNE KARAM
ÉMILIE DUFOUR
NADIA SOURIAL

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
Annie Rioux-Dubois	Professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais IPSPL (Qc)/IP en SSP (Ont.)
Arnaud Duhoux	Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Chercheur régulier au CR-CLM et au Pôle 1 de recherche du CISSS Laval
Ariane Fauteux Duarte	Conseillère de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Patricia Lalonde	Conseillère de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Morgane Gabet	Professeure adjointe, Département de gestion, d'évaluation et de politiques de santé, École de santé publique, Université de Montréal Chercheure régulière de l'Axe 2 – Santé des populations, Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (CR-IUSMM)
Nancy Côté	Professeure agrégée, Département de sociologique, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en sociologie du travail et des organisations de santé, Université Laval Chercheure-boursière FRSQ et chercheure à Vitam – Centre de recherche en santé durable
Marlène Karam	Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Émilie Dufour	Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Nadia Sourial	Professeure adjointe, Département de gestion, d'évaluation et de politiques de santé, École de santé publique Co-titulaire de la Chaire Glaxosmithkline en gestion optimale des maladies chroniques en soins primaires, Université de Montréal Chercheure-boursière FRSQ Junior – Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Pour citer ce document :

Poitras, M-E., Rioux-Dubois, A., Duhoux, A., Fauteux Duarte, A., Lalonde, P., Gabet, M., Côté, N., Karam, M., Dufour, E. et Sourial, N. (mars 2025). Les cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne au Québec: constats et recommandations suite à la phase initiale d'implantation. Rapport collaboratif. Université de Sherbrooke, Université de Montréal et Université du Québec en Outaouais.

Projet financé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN 978-2-9822803-1-1 (version PDF)

Sommaire exécutif

Présentation

Ce rapport fait état des résultats de la première phase d’une recherche examinant le développement et le maintien du nouveau modèle public de dispensation de soins de première ligne au Québec, basé sur une contribution infirmière étendue, appelé « cliniques d’infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ». Le présent document vise à comprendre l’implantation et le fonctionnement de ces nouvelles cliniques, et à partager les constats et les principales recommandations émergeant de l’analyse de la première collecte des données en vue de soutenir leur déploiement ainsi que les parties prenantes qui sont impliquées*.

Méthode

Cette recherche utilise l’étude de cas multiples¹ incluant huit cliniques IPS où 39 participants ont été interviewés. Une analyse thématique des données qualitatives, soutenue par une adaptation du cadre de référence *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR)^{1,2} et la conception de cartes conceptuelles, permet de présenter les résultats sommaires qui suivent.

Résultats

Les résultats de la première phase de l’étude soulignent que la planification, l’introduction et l’implantation des cliniques IPS nécessitent un engagement soutenu de la part des parties prenantes clés. Pour relever ce défi, il semble essentiel de créer un environnement favorisant leur adhésion. Par ailleurs, les résultats soulignent l’importance de définir une vision mobilisatrice, de planifier minutieusement la mise en œuvre de l’innovation et de s’entourer de personnes compétentes et engagées, sans oublier de fournir les ressources nécessaires pour soutenir les opérations. Il demeure essentiel que les cliniques IPS développent des offres de services qui soient orientées sur les besoins spécifiques de la population desservie, et les opportunités de développement des professionnels qui y œuvrent. Enfin, ce modèle de soins rejoint une valeur profonde attribuée à

* Le terme partie prenante inclut l'ensemble des personnes, organisations ou secteurs interpellés par l'innovation (implantation d'une clinique IPS). La composition des parties prenantes impliquées de près ou de loin dans le projet peut varier d'une clinique à une autre.

l'autonomie de la profession infirmière et le désir d'offrir des soins infirmiers de qualité et accessibles en première ligne.

Afin de développer et de pérenniser les cliniques IPS, nous présentons neuf recommandations attribuées aux instances gouvernementales et aux établissements de santé qui soutiennent l'ouverture des cliniques IPS.

Recommandations aux instances gouvernementales

1. Définir une orientation stratégique pour les cliniques IPS et assurer sa diffusion et compréhension par les parties prenantes et instances concernées
2. Élaborer des outils qui décrivent explicitement et opérationnellement ce qui est attendu des cliniques IPS selon le niveau de maturité de celles-ci et les réviser en collaboration avec les représentants IPS et les parties prenantes clés
3. Offrir et maintenir un financement flexible basé sur les besoins présents et futurs

Recommandations aux établissements de santé qui soutiennent l'ouverture des cliniques IPS

4. Personnaliser la vision du projet de clinique IPS selon son contexte (p. ex. territoire desservi, besoin populationnel, composition interprofessionnelle de la clinique)
5. Déterminer les postes clés nécessaires à la mise en œuvre du projet
6. Prévoir les espaces de travail nécessaires selon les besoins actuels et futurs
7. Clarifier les rôles de tous et solidifier l'expertise en matière de développement de pratique professionnelle autonome et interprofessionnelle
8. Établir et maintenir des canaux de communication bidirectionnels de qualité entre les différents niveaux hiérarchiques et l'équipe de la clinique
9. Embaucher du personnel ayant des compétences spécifiques en contexte d'innovation

Figures et tableau

Figures :

Figure 1 : Chronologie de l'implantation des cliniques IPS.....	12
Figure 2: Modélisation de l'implantation et du fonctionnement des cliniques IPS	39

Tableau :

Tableau 1: Synthèse des six dimensions adaptées du CFIR.....	35
--	----

Liste des abréviations

CFIR	<i>Consolidated Framework for Implementation Research</i>
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine de famille
IA	Infirmière auxiliaire
IC	Infirmière clinicienne
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PL	Première ligne
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

Table des matières

Sommaire exécutif	4
Présentation	4
Méthode.....	4
Résultats	4
Recommandations aux instances gouvernementales	5
Recommandations aux établissements de santé qui soutiennent l'ouverture des cliniques IPS	5
Figures et tableau	6
Liste des abréviations.....	7
Introduction et mise en contexte	10
But et objectifs de la recherche	11
Méthode.....	11
Description générale des milieux.....	12
1.1 Contexte politique et environnemental	12
1.2 Outils d'implantation et infrastructures.....	13
1.3 Gouvernance et directions impliquées à l'implantation	13
1.4 Ressources humaines.....	14
1.5 Offre de soins, patientèle et trajectoires de soins	15
2. Analyses et résultats de l'implantation et du fonctionnement	17
A) Facteurs influençant l'implantation et le fonctionnement des cliniques IPS, et effets perçus	17
2.1. Caractéristiques de l'innovation	17
2.2. Paramètres externes	18
2.3. Paramètres internes	19
2.4. Processus de mise en œuvre	23
2.5. Caractéristiques des parties prenantes	27
2.6. Effets perçus par les participants des cas inclus dans l'analyse d'implantation.....	27
2.7. Synthèse des analyses basées sur le CFIR.....	32
B) Archétypes.....	36
3. Modélisation logique	38
4. Recommandations	40

Recommandations aux instances gouvernementales.....	40
Recommandations aux établissements de santé qui soutiennent l'ouverture des cliniques IPS	42
Conclusion	48
Annexe	49
Annexe 1	49
Références	52

Introduction et mise en contexte

Le système de santé québécois fait face à des défis persistants en matière d'accès aux soins de première ligne (PL), malgré diverses initiatives visant à l'améliorer. La croissance démographique, le vieillissement de la population et même la pandémie de COVID-19 ont exacerbé le problème, avec une augmentation du nombre de patients sans médecin de famille inscrits au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)³. Même chez les patients inscrits, l'accès à la première ligne reste difficile⁴, entraînant des conséquences sociales et économiques telles que des inégalités d'accès aux soins et l'engorgement des urgences⁵. Une cellule de crise a été mise en place à l'automne 2022 afin de trouver des solutions pour soulager la pression sur les urgences québécoises⁶ notamment auprès des patients sans médecin de famille. C'est dans ce contexte que la décision de financer la mise en œuvre des cliniques de proximité, dites « cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) », impliquant un modèle interprofessionnel a été prise en novembre 2022.⁷

Des études montrent les effets positifs sur la santé des patients et sur l'efficacité des services lorsque les infirmières, et plus précisément les IPS, occupent un espace central en PL et qu'elles sont en mesure d'exploiter leur plein champ d'exercices.⁸⁻¹⁰ Au Québec et en Ontario, il a été démontré que des équipes de soins de PL, basées sur une pratique interdisciplinaire poussée, une pratique infirmière avancée avec un rôle élargi, et une pratique de groupe, améliorent de façon importante l'expérience de soins des patients^{11,12} et la satisfaction des patients¹³. Il a également été démontré que l'innovation clinique et organisationnelle, en particulier dans le cadre des cliniques IPS, permet d'optimiser la contribution des infirmières aux besoins populationnels en première ligne.^{14,15} Les IPS améliorent l'équité en santé par leur approche holistique, centrée sur les patients, qui inclut notamment un accent sur les conditions sociales qui influencent la santé.¹⁶ Les soins infirmiers qu'elles prodiguent accélèrent la revitalisation des systèmes et la réforme des soins de PL.¹⁷⁻¹⁹

Bien que des données démontrent les bienfaits d'une plus grande intégration du personnel infirmier dans les modèles de PL, peu d'études examinent de tels modèles. Ainsi, dans un objectif de système de santé apprenant et de transférabilité du modèle des cliniques IPS, il est essentiel de comprendre les conditions facilitantes et limitantes de leur implantation en contexte québécois. Cette étude

permet de générer des connaissances élargies sur leur développement, leur fonctionnement et leurs effets afin de guider de futures initiatives dans le système de santé québécois et à l'international.

But et objectifs de la recherche

Cette recherche vise à étudier le développement et le maintien du nouveau modèle de dispensation de soins de première ligne basé sur une contribution infirmière étendue, la clinique IPS. Plus particulièrement, ce projet vise à : 1) comprendre l'implantation et le fonctionnement de ces nouvelles cliniques, et 2) analyser les effets de ces cliniques selon différentes dimensions de la performance. Le présent document s'intègre dans l'objectif 1 du projet de recherche. Il vise à partager les constats et les principales recommandations émergeant de l'analyse de la première collecte des données en vue de soutenir le déploiement actif de ces cliniques et les parties prenantes impliquées.

Méthode

Cette recherche utilise l'étude de cas multiples²⁰, où chaque cas correspond à une des huit cliniques IPS étudiées. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées, sur une base volontaire, de janvier à avril 2024 avec les représentants de la Direction des soins infirmiers (DSI) des cliniques recrutées, les gestionnaires des cliniques IPS, les infirmières (cliniciennes, IPSPL, techniciennes ou, auxiliaires le cas échéant), les autres professionnels de la santé et le personnel administratif œuvrant dans les cliniques. Les participants ont été sélectionnés par le biais d'un échantillonnage par choix raisonné (n=39, soit 4 à 6 participants par cas) afin de favoriser une variabilité des points de vue, tout en assurant une homogénéité du phénomène à l'étude, soit l'ouverture de la clinique IPS. Ces entrevues individuelles, d'une durée d'environ 45 à 120 minutes, ont été menées par les chercheurs et la conseillère en recherche ayant une expertise en recherche qualitative. Une analyse qualitative thématique des données soutenue par le cadre de référence *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) a été réalisée. Les données condensées ont été soumises à la validation de l'ensemble des chercheurs de l'équipe. Ainsi, il est présenté deux archétypes, une modélisation logique et neuf recommandations. La méthodologie plus détaillée se trouve à l'annexe 1.

Description générale des milieux

La section suivante présente la description générale des milieux en contexte d'implantation de l'innovation afin de contextualiser les données liées aux conditions ayant soutenu (ou non) l'implantation et aux effets^{21,22}. Les généralités ci-dessous doivent être analysées prudemment puisque les cliniques ont présenté des variations dans les caractéristiques identifiées ci-haut.

1.1 Contexte politique et environnemental

Ayant comme objectif de désengorger les urgences et d'améliorer l'accès aux soins de PL en répondant notamment aux besoins des patients sans médecin de famille, la majorité des cliniques IPS participantes a amorcé son implantation en 2022-2023, à la suite d'une demande du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoyant la création de 23 nouvelles cliniques d'ici cinq ans²³ et nécessitant des investissements de 395 millions d'ici 2027-2028²⁴. À ce moment, le Québec dénombrait alors un peu plus d'un million de patients en attente d'un médecin de famille²⁵ et comptait 1 314 IPS et 386 candidates IPS²⁶.

La ligne du temps ci-dessous atteste de la rapidité de la création et de l'implantation des cliniques IPS étudiées (Figure 1).

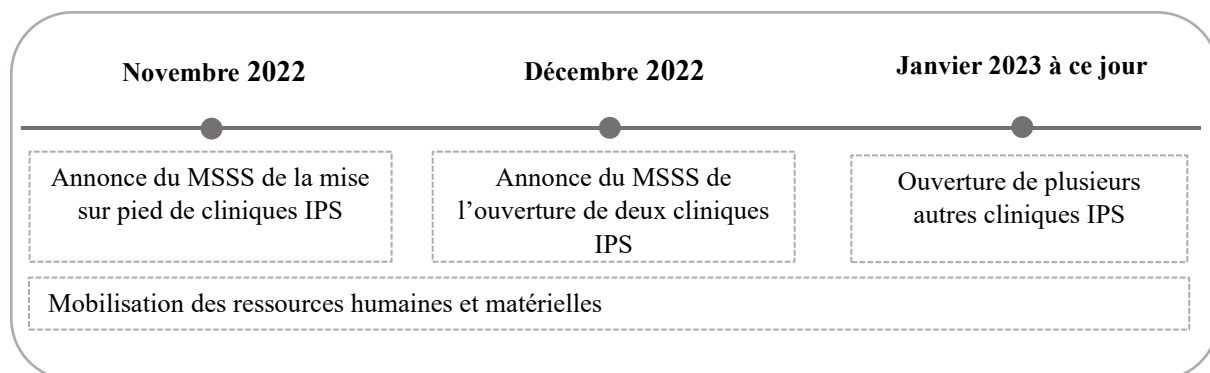


Figure 1 : Chronologie de l'implantation des cliniques IPS

Certaines cliniques ont ainsi ouvert leurs portes en moins de trois mois. Cette promptitude d'intervention, sans directives et balises claires, a entraîné une hétérogénéité des caractéristiques d'implantation notamment sur le plan de la gouvernance et des parties prenantes impliquées. Pour arriver à ouvrir leur clinique rapidement, les parties prenantes impliquées (p. ex. gestionnaires,

conseillers-cadres) ont eu à faire preuve d'un engagement considérable et à travailler au-delà de leurs tâches habituelles.

1.2 Outils d'implantation et infrastructures

L'hétérogénéité se ressent notamment dans l'infrastructure des cliniques IPS. Le *Cadre de référence pour les établissements en santé et services sociaux - Clinique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS)*²⁷, ayant pour but de guider les établissements de santé à organiser l'offre de service des cliniques IPS a été publié en octobre 2023, soit plus de huit mois après l'ouverture de plusieurs d'entre-elles. Ce cadre stipule entre autres que les cliniques IPS doivent se retrouver à l'extérieur des centres hospitaliers en préconisant, lorsque possible, les Centres locaux de services communautaires (CLSC).

Cela dit, avant la publication du Cadre de référence, les cliniques se sont installées à même les locaux disponibles de CLSC, d'un centre hospitalier (urgence à proximité), de locaux universitaires, d'anciens bureaux de Groupe de médecine familiale (GMF) ou d'une clinique de voyage. La diversité des infrastructures des cliniques s'explique donc par les opportunités variables face à la disponibilité des locaux, devant être adaptée aux normes et à leurs besoins, et pour certaines, devant être adaptée en peu de temps. Cela explique en partie les rénovations devant être effectuées par certaines cliniques pour répondre aux normes et règlements en santé, et à l'espace propice à l'accueil d'équipes interdisciplinaires.

1.3 Gouvernance et directions impliquées à l'implantation

L'implantation des cliniques IPS a demandé le leadership des Directions des soins infirmiers (DSI) dans les huit cliniques étudiées, puisque selon ce même Cadre de référence, les cliniques IPS à l'intérieur desquelles pratiquent les IPS du réseau public sont sous la gouvernance du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)²⁷. Cependant, les directions ayant participé à l'innovation sont parfois variables. En effet, on retrouve également la Direction des services généraux et partenariats urbains (DSGPU), la Direction des services multidisciplinaire (DSM), ou la Direction des services professionnels (DSP) des CISSS et CIUSSS. L'une des cliniques IPS a par ailleurs démarré avec la participation d'une instance universitaire.

Le développement des trajectoires de soins a aussi nécessité la sollicitation et l'implication de parties prenantes clés, nombreuses et différentes selon les cliniques. Parmi celles-ci: les partenaires de l'urgence (p. ex. infirmières du triage, urgentologues), du Guichet d'accès à la première ligne (GAP), des services d'archives et de laboratoires, ainsi que des directions des CISSS et CIUSSS appuyant davantage l'aspect logistique de l'innovation (directions des ressources humaines, informatiques, financières, immobilières et matérielles).

1.4 Ressources humaines

La composition des équipes planifiée et celle obtenue diffèrent parfois du Cadre de référence, et d'une clinique à l'autre. Chaque clinique a amorcé l'innovation en comptant des IPSPL, et dans plusieurs cas du personnel de soutien et d'autres professionnels de la santé. Chaque clinique a un nombre différent d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL). De manière générale, les cliniques IPS ont embauché entre trois et sept IPSPL à temps complet ou à temps partiel. Leur expérience est variable; certaines ayant des dizaines d'années d'expérience, alors que d'autres sont novices ou même candidates. Certains milieux ont même recruté des IPS retraitées pour mentorer les IPS en début de carrière. Pour certaines des IPS recrutées à temps partiel, celles-ci possédaient une pratique dans un autre établissement.

Certaines cliniques ont payé des coûts supplémentaires pour bonifier la présence des agents administratifs, qui sont perçus comme essentiels aux opérations quotidiennes et aux heures étendues. Également, des établissements ont mis sur pied des stratégies pour obtenir du financement ou des ressources qui provenaient d'ailleurs (p. ex. prêt de service de certains professionnels) afin de bonifier les services proposés.

Par ailleurs, la présence et le nombre d'infirmières cliniciennes (IC), d'infirmières auxiliaires (IA) et d'infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) présentes dans les cliniques varient selon la disponibilité des ressources et la compréhension de la vision de l'équipe de gouvernance. Certaines cliniques ont choisi d'embaucher des IC et des IA, d'autres ont choisi de n'embaucher que des IC ou que des IA, à temps complet ou à temps partiel. Les cliniques ont également embauché, selon les besoins des différents territoires, d'autres professionnels (p. ex. inhalothérapeutes, travailleurs sociaux, diététiciens, physiothérapeutes). Certaines cliniques ont

établi des liens de collaboration informels avec des médecins, et deux les ont officiellement intégrés à leur équipe.

Au tout début de l'implantation, certaines infirmières provenaient d'agences privées ou s'impliquaient uniquement sur leurs heures supplémentaires²⁴, ce qui a pu fragiliser la stabilité des premières équipes en place. Plusieurs enjeux comme le roulement fréquent du personnel et une difficulté à pourvoir des postes ont complexifié le bon déroulement de l'implantation de plusieurs cliniques.

1.5 Offre de soins, patientèle et trajectoires de soins

Afin de moduler les attentes face au rôle des IPSPL dans les services de proximité, le *Guide de référence en lien avec la prise en charge par les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne*²⁸ a permis d'ajuster la cadence de prise en charge, donc le nombre de patients vus, selon le profil et les caractéristiques individuels de l'IPS (expérience, pratique mixte).

Au moment des entrevues pour la présente étude, les patients des cliniques sont âgés entre 0 et 99 ans et peuvent présenter des symptômes respiratoires ou grippaux. Ils proviennent du GAP, d'Info-Santé ou d'Info-Social (811), de Rendez-vous santé Québec (RSVQ), et de réorientations des urgences de priorités 4 et 5 (P4 et P5). Les patients orphelins sont également pris en charge par les cliniques IPS en provenance du GAMF. Par ailleurs, certaines cliniques accueillent des patients de façon volontaire par des appels au secrétariat, et ce, sans processus de référencement par un tiers.

Bien que certaines cliniques IPS n'aient pas eu accès au Cadre de référence à leur ouverture, la détermination de l'offre de service varie et s'effectue selon le portrait populationnel, l'expertise des IPSPL, la composition des équipes, la présence d'ordonnances collectives, et les adéquations entre les désirs et les intérêts du personnel IPS et IC.

Certaines cliniques ont développé des trajectoires de soins pédiatriques en offrant notamment un suivi au moment opportun des nourrissons jusqu'à cinq ans, ou ont offert le dépistage des troubles neuro-développementaux (p. ex. : trouble du spectre de l'autisme). Quelques cliniques répondent aussi aux besoins en santé de la femme (p. ex. santé sexuelle, dépistage et contraception), aux trajectoires musculosquelettiques ou aux maladies respiratoires (aiguës ou chroniques). Les IC ont

parfois offert quelques rendez-vous de suivis aux patients ayant des maladies chroniques en ayant recours aux ordonnances collectives.

2. Analyses et résultats de l'implantation et du fonctionnement

La section qui suit présente les facteurs influençant l'implantation et le fonctionnement des cliniques. À la fin de la section, deux archétypes sont proposés afin de permettre une représentation simplifiée et caricaturale de deux types principaux d'implantation et de fonctionnement de ces cliniques.

A) Facteurs influençant l'implantation et le fonctionnement des cliniques IPS, et effets perçus

La section suivante propose une synthèse des résultats qualitatifs identifiés comme barrières ou facilitateurs, regroupés selon les grandes dimensions du CFIR, ainsi qu'un tableau résumé. Afin de garantir la concision du document, seuls les éléments ayant été identifiés de manière récurrente à travers les cas sont inclus.

2.1. Caractéristiques de l'innovation

Les caractéristiques de l'innovation regroupent les éléments relatifs aux grandes assises du projet, lors de ses prémisses en phase de pré planification (p. ex. financement, gouvernance, étude de modèles similaires). Trois points principaux sont ressortis des données. D'abord, on soulève l'avantage de s'inspirer des meilleures pratiques organisationnelles par le biais d'échanges entre cliniques ou d'étude de cas similaires (*benchmarking*), pour mieux asseoir le succès des cliniques. Des enjeux liés au financement ont été identifiés. On note entre autres, pour les premières cliniques implantées, une incertitude concernant le montant et le moment du versement de l'enveloppe ministérielle et, pour plusieurs cliniques, une dissonance perçue entre le financement accordé et celui nécessaire à l'embauche du personnel selon le Cadre de référence. La documentation informationnelle, telle que celle présentant la clinique et sa vision ou encore une charte de projet, a été perçue comme un outil soutenant une meilleure diffusion du modèle organisationnel et du projet. Cette documentation était manquante dans certaines cliniques alors que d'autres l'avaient développée et y donnaient accès, ce qui s'avérait un avantage pour l'engagement des parties prenantes et la structuration du projet.

2.2. Paramètres externes

Plusieurs paramètres externes, constituant le contexte plus macro d'une innovation, ont été rapportés par les participants comme des contraintes limitant le déploiement optimal des cliniques. Notamment, la rapidité de déploiement de l'innovation a été soulevée par plusieurs:

« L'ouverture de la clinique s'est faite dans un *rush* total à cause de la décision ministérielle d'ouvrir des cliniques IPS. » (Participant 6.4)

Ce contexte d'urgence d'ouverture, souvent perçu comme une difficulté, a aussi été identifié comme un « *momentum* ministériel » et une opportunité à saisir.

La culture du Réseau de la santé dite bureaucratique et la perception d'enjeux de compétition et de pouvoir entre les diverses parties prenantes (CISSS et CIUSSS, directions, profession médicale) ont été identifiés comme des défis considérables.

« Le plus gros irritant c'est les gens qui veulent leur part de gâteau, ça met beaucoup de pression, ça joue du coude. [...] On ne voit pas ce qui est fait, on voit ce qui n'est pas fait. Les gens sont égocentriques sur leur propre vision et ne voient pas tout ça comme une offre de service globale pour la population. » (Participant 8.2)

Certains ont perçu la présence du Cadre de référence des cliniques comme un atout pour orienter le projet. Les changements assez récents des contextes législatifs et réglementaires, menant au champ de pratique élargi des IPSPL sans obligation d'entente de partenariat avec un ou plusieurs médecins²⁹, ont appuyé leur transition et celle des équipes dans les cliniques. Par contre, au moment de l'ouverture des cliniques, l'impossibilité d'inscrire des patients au nom de l'IPS et plusieurs limites liées au rôle IPS (p. ex. santé mentale, indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)) ont freiné la portée du mandat.

La collaboration avec certaines parties prenantes et départements des CISSS et CIUSSS a été nommée comme étant moins soutenante, due à la perplexité de certains partenaires quant à la valeur ajoutée de ce type de projet, ou à une méconnaissance de l'offre de service et du positionnement des cliniques. Afin de mitiger cette problématique, un milieu a priorisé une stratégie proactive de complémentarité :

« Le plus grand succès pour implanter une clinique c'est de rencontrer chaque direction partenaire avant de faire une offre de services. Faut regarder ça va être

quoi notre offre de services. [...] On veut être complémentaires avec les autres ressources et pas en compétition. » (Participant 3.2)

Par ailleurs, l'implantation des cliniques IPS signifie de nouveaux chevauchements au regard des modèles, des philosophies de soins et des territoires professionnels (médecins, IPS), suscitant leur remise en question.

« On ne voulait pas être un GMF [...] On voulait créer quelque chose de différent [...] On ne voulait pas le même fonctionnement / façon de gérer. [...] Ils voulaient créer une clinique IPS, mais le fonctionnement [d'un GMF] nous était quand même imposé [...] Il fallait se justifier: on n'est pas un GMF, on ne fonctionne pas comme cela [...] La pression de voir des patients aux 15 minutes, mais c'est pas ça une clinique IPS. [...] Ça c'est la philosophie du GAP: une problématique, 15 minutes. Pour avoir du budget, il fallait les voir les patients [...] Tu veux du budget, vois en plus [de patients], ouin mais si j'en vois plus, je perds ma nature. » (Participant 2.2)

Finalement, divers enjeux de triage, de communication et de référencement, principalement avec l'urgence et le GAP, ont fait surface. Par exemple, des références inappropriées vers les cliniques IPS de patients de l'urgence et du GAP présentant des conditions hors du champ de pratique du personnel ont accéléré la nécessité de diffuser ce qui constitue le « bon patient » pour le « bon professionnel » mais également, qui respecte les services couverts par la clinique. Or, des participants ont mentionné que les processus de communication avec l'urgence ne sont pas toujours faciles, parfois même « archaïques et difficiles ».

2.3. Paramètres internes

Plusieurs paramètres internes, constituant le contexte plus méso et micro d'une innovation, ont été abordés par les participants : 1) les infrastructures, ressources matérielles et informatiques et 2) l'organisation du travail et le soutien aux opérations, et les relations et communications.

2.3.1. Infrastructures, ressources matérielles et informatiques

Au-delà de ce qui a déjà été rapporté dans la description des milieux, l'ouverture rapide des cliniques a signifié que certaines ont accueilli leurs premiers patients alors que les travaux de réfection n'étaient pas terminés. Dans plusieurs cas, face aux enjeux de financement ci-haut, le

personnel s'est impliqué pour accélérer le processus d'aménagement des espaces et pour réduire les coûts. Par ailleurs, la disponibilité de locaux vacants à l'avance a été utile pour plusieurs, tandis que ceux qui n'en ont pas profité ont trouvé difficile de repérer des lieux appropriés, ce qui a amené une complexité organisationnelle lors de l'implantation.

L'emplacement des cliniques a été identifié autant comme un atout qu'une limite. L'emplacement influence la proximité physique avec d'autres parties prenantes (p. ex. CLSC, centre de prélèvement), ce qui peut soutenir l'implantation de la clinique en facilitant l'accès à différents services en vue d'y référencer directement les patients nécessitant leur expertise, ou pour négocier plus facilement avec les équipes les problématiques liées aux soins et aux trajectoires. Pour d'autres, l'emplacement choisi semble contraignant aux activités en raison du manque de visibilité des lieux ou de la dispersion des locaux.

« Les gens ne savaient pas où on était, ils se pointaient au CLSC au lieu de la clinique, ils arrivaient trop tard à leur rendez-vous, on était obligé de les refuser [...]. Y'a pas de pancartes marquées « clinique IPS », c'est difficile pour les patients qui sont jamais venus de trouver la clinique [...]. » (Participant 2.4)

Le manque d'espace de travail pour les employés au sein de certaines cliniques a été nommé comme limitant pour l'exercice du rôle et pour assurer la collaboration professionnelle.

Lors de la période d'implantation initiale des cliniques, le personnel a régulièrement été confronté à des enjeux liés au manque de matériel nécessaire à la prestation des soins. Différents enjeux informatiques (p. ex. problèmes de connexion) ont ralenti la cadence des professionnels et la mise en place de nombreux moyens pour solutionner ces enjeux est venue s'ajouter à la charge de travail. Un accompagnement limité à l'utilisation de diverses plateformes et logiciels et une difficulté d'acquisition des connaissances informatiques se sont ajoutés aux enjeux présents. Par contre, l'accessibilité aux dossiers médicaux électroniques ainsi qu'aux outils numériques en soutien à la pratique clinique (p. ex. Oasis, UptoDate, DCI) a été citée comme un avantage considérable pour affermir la prestation des soins et les expertises.

2.3.2. Organisation du travail et soutien aux opérations, relations et communication

L'implantation et le fonctionnement des cliniques ne peuvent se constituer sans des relations et une communication efficace, de même qu'un soutien adéquat aux opérations et une organisation

du travail optimisée. À cet effet, le gestionnaire intermédiaire occupe un rôle clé permettant le développement de relations et de connexion entre parties prenantes, et en agissant comme levier de soutien opérationnel. Cependant, dans plusieurs milieux, l'absence de gestion de proximité (sur le terrain), est fortement regrettée, alors que ceux qui en bénéficient la perçoivent comme un levier essentiel.

« C'est ça qui nous manque ici, c'est un capitaine, un chef d'équipe qui est sur place. Parce que là on a la DSI qui a les exigences et les informations du ministère puis qui nous les transmet ici et là, mais qui n'a pas la réalité du terrain ici. C'est exactement ça qui manque. » (Participant 4.3)

Le personnel administratif a également été cité comme un pilier des cliniques. Des enjeux concernant ces postes ont été soulevés comme le « manque de *coaching* » des agentes administratives, des agentes offrant un soutien limité, ou une intégration plus difficile du personnel administratif dut aux connaissances et compétences multiples requises pour appuyer efficacement les opérations de la clinique. De plus, les individus occupant ces postes font face à des difficultés spécifiques liées à la gestion et la répartition des rendez-vous.

« Ce n'est pas évident pour les secrétaires de savoir « ce patient-là est-ce que je le mets dans un horaire IPS ou je le mets dans un horaire clinicien? Est-ce que ce patient-là je lui donne le rendez-vous le plus rapidement possible ou c'est un rendez-vous qui peut aller à dans 2-3 semaines? » [...] C'est quelque chose qui ralentit un peu l'essor de la clinique. » (Participant 4.3)

Le personnel administratif est grandement sollicité dans un contexte où il doit faire preuve d'une forte autonomie; pour mitiger certains de ces éléments, des outils de soutien aux nouvelles agentes ont été mis en place tels qu'un algorithme et des critères pour l'attribution des patients au « bon professionnel » et la juste répartition des rendez-vous.

Dans ce nouveau modèle de soins, et au regard des nouvelles modalités de pratique des IPS, la présence médicale n'est pas obligatoire. Cependant, dans la majorité des milieux, le soutien clinique et la collaboration avec la profession médicale ont été abordés. L'implantation de cliniques a parfois transformé les relations usuelles avec le corps médical; certains ont signalé des difficultés accrues à travailler sans médecin, par exemple dans le cas de présentations de patients hors du champ de pratique de l'IPS. D'autres, ayant des médecins qui font partie de l'équipe de soins, sont

rassurés par leur présence et leur appui; une façon même pour les IPS d'élargir la portée de leurs interventions avec les patients dans ces cliniques.

« On a la chance d'avoir un médecin retraité [qui fait certaines journées par semaine sur place] [...]. C'est le médecin dans ma carrière qui reconnaît le plus le *nursing* [...]. [Le médecin] connaît bien nos limites et respecte nos limites, [...] au niveau du patient ça a une valeur ajoutée. On peut prendre plus en charge des cas qui seraient peut-être réorientés à l'urgence.[...] Ça fonctionne bien avec un médecin qui est à la retraite. Qui a pas besoin d'un *caseload*, d'un débit pour que l'argent rentre [...] on est privilégiés. » (Participant 4.3)

Des mécanismes formels et informels de soutien clinique par les pairs (p. ex. *coaching*, mentorat, préceptorat, aide d'IPS retraitées) ont été mis en place pour soutenir un niveau d'autonomie optimal. La présence de la personne conseillère-cadre est également fortement appréciée en soutien aux activités. Finalement, l'intérêt pour des formations, appropriées et personnalisées, a aussi été mentionné par plusieurs. Néanmoins, le manque de communautés de pratique (CdP), offrant un réseau élargi de personnel œuvrant dans de telles cliniques, a été signalé de façon majoritaire. Afin de pallier cet enjeu, un milieu a pris la décision d'instaurer une CdP à l'interne.

Pour optimiser l'organisation du travail, la collaboration intra et interprofessionnelle a été nommée dans plusieurs cas comme un facteur facilitant, mais aussi comme un fondement au modèle des cliniques IPS. La collaboration entre les IPS et les IC est la plus fréquente lors du démarrage des cliniques IPS, la composition des équipes y étant pour beaucoup. La collaboration crée la nécessité de développer des mécanismes d'échange et de communication et de les ajuster au besoin. Une importance particulière accordée à l'établissement de différents types de rencontres, formelles et informelles, et de réunions (p. ex. rencontres d'équipes, réunions cliniques, rencontres avec le gestionnaire) s'avère essentielle dans le cadre de prise en charge de clientèles complexes.

« On se sert de ces temps-là [révision hebdomadaire de cas clinique] parce qu'on est tout le temps en train de se redéfinir, mais se redéfinir avec une clientèle lourde. Je sais que pendant ce temps-là je ne vois pas de patients et que ça affecte mes statistiques, mais je ne sais pas si je vais m'en faire parler, mais si on veut vraiment être un milieu apprenant, si on veut vraiment accueillir des stagiaires, si on veut vraiment être capable de prendre en charge une clientèle démunie, défavorisée et mal aimée depuis longtemps, faut qu'on aille une équipe clinique forte. » (Participant 2.1)

Par ailleurs, de nombreux défis de communication ont été rencontrés dans certains cas (p. ex. contenu des communications, choix du média utilisé, type de communication, destinataire et destinataire). Néanmoins, d'autres milieux ont plutôt souligné la qualité du dialogue entre les intervenants.

« Présentement, on se sent bien. À tous les [nom du jour de la semaine], on a des rencontres hebdomadaires de clinique. Pis à la rencontre c'est autant les secrétaires que les infirmières cliniciennes que les IPS, tout le monde est libéré. Pis on rencontre hebdomadairement notre gestionnaire, qui nous entend. On prend des décisions ensemble en respectant le point de vue de la gestion puis du plancher, du clinique. Cela fait que je pense qu'on essaie de trouver le meilleur monde entre les deux, mais pour ça il faut des discussions puis il faut aussi une ouverture. On l'a présentement. Ça fait un mois je vous dirais que ça va plutôt bien, on prend des grandes décisions. [...] on fait aussi des procès-verbaux de chaque rencontre [...] c'est écrit noir sur blanc [les décisions] [...] c'est vraiment un beau travail de collaboration entre gestionnaire pis entre équipe de plancher présentement. »

(Participant 4.3)

Finalement, plusieurs cliniques ont misé sur la création et l'utilisation de différents canaux de communication formels (p. ex. rencontres planifiées, canaux *Microsoft Teams* officiels, etc.) et informels (p. ex. discussions de corridors, canaux *Messenger* ou *Microsoft Teams* officieux) afin de soutenir les échanges. Toutefois, la communication peut s'avérer problématique si elle ne repose que sur les canaux informels.

Le réseau de contacts personnels (internes et externes) de chaque partie prenante impliquée dans les cliniques a également été perçu comme une valeur ajoutée, voire un élément essentiel dans certains cas. Finalement, la qualité des relations de travail, qu'elles soient positives ou négatives, a été évoquée dans presque tous les cas, ce qui suggère le rôle central du climat de travail en tant que facteur de soutien.

2.4. Processus de mise en œuvre

Pour faciliter la planification et le démarrage du projet, un consensus s'est dégagé sur la nécessité de collaborer avec une personne compétente en gestion de projet (p. ex. chargée de projet), bien que plusieurs n'en aient pas bénéficié. Plusieurs milieux ont souligné des défis concernant la gestion de projet et du changement, tels que des objectifs trop ambitieux, des difficultés de

planification et un manque d'accompagnement face aux contraintes (p. ex. logistique, matériel, dotation, formation, etc.) de ce projet d'envergure. Une personne participante impliquée dans les préparatifs avant l'ouverture de la clinique partage son vécu :

« Étant donné qu'on était tout seul, faire les commandes de matériel, ça a été très très difficile. [...] On avait l'information à moitié. [...] Tout était nouveau. [...] Faire les commandes, c'est vraiment vraiment vraiment difficile. Tu sais, ce n'est pas un logiciel qui est *user friendly*. On a fait beaucoup d'erreurs, il nous manquait beaucoup d'informations, donc ça a été difficile. Ça aurait pris quelqu'un qui nous explique de A à Z. [...] Puis idéalement il aurait fallu que quelqu'un s'occupe de nos commandes. » (Participant 3.3)

Lors du processus de planification et d'implantation des cliniques, la surcharge de travail liée aux multiples rôles des participants impliqués dans le projet a également été signalée. Ceux-ci ont dû porter plusieurs chapeaux à la fois, gérer leurs tâches habituelles en plus des nouvelles qui sont générées par l'innovation à déployer. Les participants ont signalé que leurs tâches habituelles n'ont pas pour autant été allégées, contribuant même à ralentir les processus de mise en œuvre et occasionnant d'autres tensions (ambiguïté ou conflits de rôle). Par exemple, des gestionnaires se sont retrouvés avec la gestion de la clinique IPS en plus de leurs dossiers usuels. Pour d'autres, aucun temps de travail n'a été libéré de leur horaire pour la planification et l'implantation du changement. Dans certains cas, cela a mené à des départs d'individus clés. Plusieurs effets seront détaillés dans la section conséquente.

Le soutien ministériel ou organisationnel a été évoqué pour assurer une ouverture rapide des cliniques, bien qu'il ait souvent été jugé insuffisant. Pour compenser ce manque, certains individus se sont vus dans l'obligation d'adopter des comportements en dehors de leur rôle habituel.

« Et puis, tu sais, j'ai l'impression qu'on a comme été un peu abandonnés à nous-même dans tout ça. [...] J'ai l'impression qu'ils ont lancé plein de cliniques en même temps, puis après ça, c'était comme « arrangez-vous ». » (participant 7.3)

Concernant le suivi du projet et la communication entre les niveaux hiérarchiques, plusieurs milieux ont mentionné des enjeux résultant de difficultés d'arrimage entre les attentes, les responsabilités et les informations circulant entre les parties prenantes. Le personnel opérationnel a peiné à saisir la direction du projet et comprendre les décisions prises et orientations à venir.

Plusieurs de ses membres ont exprimé un sentiment de manque de clarté, de cohérence et de vision partagée.

« Beaucoup de questions restent en suspens et sans réponses lorsqu'elles sont adressées. Même chose pour les décisions. Des choses semblent importantes puis elles ne sont plus abordées. [...] [Il y a un] manque de retour sur les demandes et sur le où on va et qu'est-ce qu'on fait. » (Participant 6.4)

« Si on ne sait pas la vision de la clinique pis vers où on s'en va, ben c'est difficile de se faire du sens par rapport à ça. [...] Moi j'ai eu une perte de sens [...] je savais juste plus où on s'en allait [...] ça a mal été, en fait j'étais en train de complètement me désengager de la clinique à cause de ça. [...] si je sais pas où je m'en vais, je suis pas capable d'avancer. » (Participant 7.3)

Dans d'autres cas, la communication bidirectionnelle entre gestionnaires/direction et personnel opérationnel a été préconisée, en favorisant le maintien des parties prenantes concernées informées de la progression du projet. Plusieurs stratégies ont été utilisées par les participants afin de favoriser les échanges entre les niveaux stratégiques et opérationnels, telles que l'implication de l'ensemble du personnel dans les décisions, l'optimisation du dialogue par le biais de la création de divers comités ou de rencontres à un rythme plus soutenu. Pour certains, le dialogue a été soutenu par une « culture d'ouverture et de transparence » favorisant la confiance et l'engagement du personnel.

Lors de la mise en œuvre des cliniques, la dotation en personnel a constitué un défi majeur pour la plupart, entravant leur planification, implantation et bon fonctionnement. Plusieurs ont fait état de difficultés à recruter tant du personnel clinique qu'administratif, et des obstacles que comporte l'ouverture de cliniques sans poste permanent, ni équipes dédiées. La dotation a été influencée par le recours à du personnel d'agence, à une rotation des postes de gestion, ou encore au démarrage du projet avec des IPS novices ou candidates. La dotation demande un exercice réfléchi pour recruter du personnel possédant des caractéristiques spécifiques. Plusieurs ont donc insisté sur la nécessité de prendre le temps de recruter du personnel motivé et engagé pour ce type de projet.

« Ça faisait partie de nos critères de sélection d'avoir quelqu'un ouvert au changement, puis prête à monter un nouveau poste. [...] Là, on a passé une douzaine, une quinzaine de personnes en entrevue, on a été capable de prendre vraiment les gens qui sont avec les meilleures connaissances, qui répondaient le

plus possible autant aux connaissances cliniques, aux traits de personnalité, à la volonté de développement. » (Participant 4.1)

Lors du recrutement, le fait de cibler des caractéristiques spécifiques chez les individus, comme l'ouverture au changement et l'envie de s'impliquer dans la création de nouveaux défis, a soutenu l'implantation. Cependant, le recrutement actif dans un environnement compétitif pour des ressources humaines limitées a nécessité, pour certains, de réfléchir au positionnement stratégique de la clinique sur le marché de l'emploi, avec une gestion minutieuse des relations avec les autres parties prenantes ayant de mêmes besoins en ressources humaines.

« Je mettais beaucoup de pression pour aller trouver des IPS d'expérience. Mais ces IPS-là, elles étaient dans les GMF. Donc quand j'ai fait ma présentation au DRMG j'ai dit « écoutez, là c'est une offre de services complémentaire, on est pas en compétition. [...] Le GAMF est plein, on ne manque pas de patients. J'ai besoin de vous, parce que je ne peux pas partir une clinique IPS avec juste des novices, ça ne fait pas de sens pour notre population. [...] Je ne veux pas vous voler vos IPS. Ce que je prends comme entente avec vous c'est que si jamais il y a une IPS qui a de l'intérêt dans votre GMF, vous allez le savoir, on va vous informer et on va vous prioriser dans le recrutement d'une autre IPS et on va s'assurer de la prise en charge des patients qu'elle suivait. On ne vous laissera pas avec le trouble qu'elle suivait x nombres de patients, on va regarder comment on peut soutenir ça. Moi c'est mon engagement.» » (Participant 3.2)

Diverses stratégies ont été mises de l'avant par plusieurs milieux afin d'attirer et de fidéliser le personnel. Certains ont renforcé leur marque comme employeur, c'est-à-dire les caractéristiques définissant leur attractivité auprès de candidats. Parmi celles-ci, on retrouve la souplesse offerte dans la gestion des horaires, la possibilité de développer un rôle professionnel en adéquation avec les besoins populationnels et les intérêts du personnel, la présence de matériel de pointe, l'importance accordée à la cocréation de l'innovation ou encore la mise en place de diverses activités de renforcement du travail d'équipe. Une dernière stratégie de fidélisation a consisté à proposer une structure de soutien clinique, vue comme une valeur ajoutée en face de l'autonomie professionnelle à déployer dans ces cliniques.

2.5. Caractéristiques des parties prenantes

L'implantation et le fonctionnement des cliniques ne sauraient se faire sans l'engagement de l'ensemble du personnel. Ainsi, les caractéristiques ayant été identifiées dans cette section par les participants peuvent référer aux individus impliqués dans les cliniques tant en matière de gestion, d'opération (clinique ou soutien), qu'en conseil stratégique.

Au sein des cliniques IPS, le désir d'implication dans une pratique infirmière autonome est essentiel. De plus, les caractéristiques individuelles essentielles relèveraient principalement du savoir-être. La capacité à s'engager de manière proactive et d'aller plus loin que son rôle usuel, conjugué à un enthousiasme sincère pour le projet a aussi été évoqué. Plusieurs autres éléments viennent renforcer le profil optimal: initiative, empathie, ouverture au changement, capacité à collaborer, à travailler en équipe, et à s'adapter afin de mieux naviguer dans des environnements en évolution constante. Le désir d'action, de même que le sens aigu de l'organisation ont été identifiés. Par ailleurs, le désir d'amélioration continue et la curiosité intellectuelle sont requis pour travailler dans un projet complexe.

D'autres qualités, telles que la débrouillardise et les habiletés de leadership ont été identifiées comme nécessaires. La connaissance de soi, de ses besoins et de ses limites a également été évoquée comme une caractéristique qui dispose à des relations authentiques axées sur le partage honnête de ses limites, de ses interrogations et incertitudes, et l'ouverture au dialogue.

Quelques éléments de savoir et savoir-faire ont aussi été identifiés par plusieurs milieux tels que la bonne connaissance des rôles infirmiers, et des connaissances et compétences en gestion de projet. Finalement, l'expérience en première ligne a été nommée comme essentielle pour près de la totalité des participants, ainsi que le jugement clinique développé, et une capacité d'assumer ses décisions.

2.6. Effets perçus par les participants des cas inclus dans l'analyse d'implantation

Les effets perçus par les participants sont présentés relativement aux professionnels, à la patientèle, aux relations avec les médecins, ainsi qu'au fonctionnement et positionnement de la clinique. Ces derniers sont également tirés des analyses des entrevues et s'intègrent au cadre conceptuel (CFIR)

soutenant l'objectif 1 du projet de recherche (analyse d'implantation et du fonctionnement). Une analyse quantitative des effets sera présentée dans un futur rapport.

2.6.1. Effets perçus sur les professionnels

Le caractère stimulant et valorisant à travailler en contexte de clinique IPS est partagé par plusieurs. Bien que certains individus aient signalé une anxiété liée à l'absence du corps médical, plusieurs ont mentionné un enthousiasme à user d'une pleine autonomie professionnelle. La perception d'exploitation complète du champ de pratique et du rôle infirmier est également mitigée selon les cliniques. La majorité a mentionné la « possibilité de pousser au maximum le champ de pratique », le fait que ce type de clinique soit un « moteur de leadership pour les IPS » et la « mise en valeur du rôle » (tant pour les IPS que les cliniciennes que pour les autres professionnels).

« J'ai l'impression qu'en étant dans un modèle qui est axé un peu sur la philosophie, les valeurs [infirmières], clairement je me sens plus compétente en fait en tant qu'IPS parce que je me retrouve moins dans un modèle médical dans le fond. Je ne me sens pas comme un petit médecin, je me sens comme une IPS comme je l'ai appris. Donc, en tant que compétences professionnelles attendues et de tout ce qu'on lit, j'ai l'impression que ça rehausse. » (Participant 6.2)

D'un autre côté, certains individus ont signalé des limites dans l'utilisation totale des compétences ou encore une « sous-utilisation du rôle infirmier » (IPS, IC). Cela semble être en partie dû aux critères de sélection de la clientèle admise à la clinique, qui restreignent l'éventail des soins pouvant être offerts. Pour certaines IC, ces enjeux sont dus au rôle peu défini dans ce type de clinique et à l'absence d'un Cadre de référence entourant leur pratique de même qu'à l'absence d'une charge de patients spécifique.

De ce fait, plusieurs participants ont mentionné des enjeux liés aux tensions de rôles de même qu'à la surcharge de travail généralisée. Ces tensions peuvent avoir des répercussions dans plusieurs facettes et dimensions de l'implantation et du fonctionnement des cliniques IPS. Par exemple, l'ambiguïté de rôle des différents gestionnaires perçue par le personnel opérationnel peut occasionner des bris de communication et de l'insatisfaction au travail. Ces derniers, ne sachant pas à qui s'adresser lors de demandes ou d'enjeux ont beaucoup de difficulté à faire entendre leur voix, ou même à savoir à qui se référer pour comprendre les orientations et les avancées du projet. De plus, certaines parties prenantes impliquées à l'amorce de l'implantation ayant un statut

informel de chargé de projet, tout en exerçant des fonctions cliniques, ont eu des difficultés à concilier ces deux rôles et à en comprendre les limites occasionnant conflits et frustrations. L'ensemble de ces éléments impactent l'engagement du personnel envers l'innovation. Finalement, la surcharge de travail généralisée des gestionnaires n'étant pas dédiés uniquement à la clinique, affecte non seulement ces individus dans cette position, mais aussi l'équipe clinique et peut entraîner des répercussions sur l'efficacité du projet.

Plusieurs éléments liés au bien-être au travail ont également été identifiés. Certains cas se sont démarqués par la perception du personnel qui ne se sent pas écouté, qui manque de vision globale sur le projet et sa progression, ou encore qui sent que la gestion de la clinique est uniquement du haut vers le bas (*top-down*).

« On est dans le classique *top-down*, le ministère veut, on exécute. Je suppose que des collègues vont peut-être être plus du genre à promouvoir du *down-to-top*. »
(Participant 6.2)

« Quand la décision a été prise pis que ça a *starté* [la clinique IPS], à ce moment-là on aurait dû avoir une IPS cadre qui avait le rôle clair d'être le leader de la mise sur pied de la clinique. Ça n'a jamais été fait, pis ça a manqué grandement [...] ça a pas avancé [la mise en œuvre de la clinique], ça a affecté les relations de travail plancher versus gestion, [un individu clé a quitté]. On a perdu un gros morceau. »
(Participant 4.3)

Cela a occasionné une perte de sens et une perception d'insécurité pour certaines personnes et a alimenté les conflits, tensions et départs mentionnés dans certains cas. Pour d'autres cas, la nature soudée de l'équipe, l'engagement des membres les uns envers les autres, envers la personne en position de gestion et envers certains employés au leadership reconnu ont été perçus comme des facteurs facilitant l'implantation des cliniques.

« On est une *gang* pro équipe, des fois on fait des activités à l'extérieur du travail [...] On essaie vraiment d'avoir une petite partie *team building* puis les gens l'apprécient beaucoup. Les gens me disent toujours « mon dieu j'ai jamais vu une équipe comme ça ». L'équipe est vraiment très soudée [...]. Je pense que ça ça favorise vraiment le fait que les gens apprécient le travail pis justement c'est un travail d'équipe. Tu es pas tout seul. [...] y'a vraiment un gros travail d'équipe pis je pense que c'est ça, puis la proximité, le fait que les gens puissent se voir. »
(Participant 1.1)

2.6.2. Effets perçus sur la patientèle

Une perception de satisfaction des soins reçus des patients a été identifiée. Cela se traduit notamment par une très forte demande des patients qui souhaitent revenir à la clinique pour continuer à bénéficier des services. Plusieurs apprécient aussi la facilité de l'accès, plus spécifiquement une facilité de prise de rendez-vous. Finalement, il est décrit que la prise en charge des patients orphelins permet le diagnostic de différentes conditions de santé non connues des patients (diagnostics *de novo*), mais également la possibilité de prendre en charge différentes problématiques lors d'une même consultation, car les investigations sont approfondies.

« Moi je vois beaucoup de patients orphelins, ça va faire cinq ans qu'ils n'ont pas vu de médecin, qu'ils ont des maladies chroniques, puis qu'ils ont multiples problèmes de santé et puis que, quand ils viennent nous voir, bien on trouve des affaires, on suit pendant un certain temps, mais là quand tout est à la cible, on les libère. » (Participant 2.5)

Ces diagnostics suscitent chez les professionnels un questionnement professionnel sur la nature des suivis qui doivent être effectués pour de telles clientèles orphelines ou vulnérables. Certains milieux offrent des suivis à court terme dans certaines conditions afin de s'assurer entre autres de la sécurité de la condition de santé du patient et favoriser l'autogestion.

2.6.3. Effets perçus sur les relations avec les médecins

Les relations avec le personnel médical semblent créer de la polarisation. Plusieurs cas ont mentionné des tensions avec certains médecins de famille qui sentent que « les IPS leur sont volées » ou une certaine forme de scepticisme ou d'incompréhension liés à ce nouveau modèle de soins de PL. Dans d'autres cas, les relations sont complémentaires; le corps médical encourage le développement du rôle infirmier et agit comme facilitateur.

L'arrivée de ce nouveau modèle de soin dans le système de santé transforme la culture de collaboration entre IPS et corps médical. Bien que plusieurs IPS s'inspirent de la pratique en GMF pour l'acquisition de leur rôle, le désir de s'en distancer est notoire. La volonté d'émancipation, parfois liée au fait de se détacher des médecins et des GMF, mais tout en maintenant un lien de collaboration avec ceux-ci, soulève des questionnements stratégiques sur le positionnement des

cliniques IPS dans le réseau. Cette évolution engendre également une dualité entre désir de pleine autonomie et inquiétude quant à assumer ses décisions cliniques.

2.6.4. Effets perçus sur le fonctionnement et positionnement de la clinique

Certaines cliniques ont rencontré des défis liés à leurs opérations quotidiennes. D'abord, les enjeux liés au matériel clinique et informatique manquant ou non fonctionnel ont impacté les opérations et la gamme de soins offerts. De plus, les problématiques qui ont été signalées au niveau du triage, tant de la part de parties prenantes externes et internes (p. ex. GAP, urgences, RVSQ, personnel administratif), ont occasionné du temps de gestion supplémentaire pouvant entraver leur fonctionnement.

« Je pense que les gens commencent à comprendre que les agents administratifs c'est une pierre angulaire. Si l'agent ne fonctionne pas, la clinique ne fonctionne pas. » (Participant 7.3)

Outre les répercussions des tensions de rôle du personnel qui peuvent impacter l'efficacité des cliniques, des établissements sont également confrontés à une sous-utilisation de la capacité à voir les patients de la part de certains rôles infirmiers. Par exemple, plusieurs cliniques ont accueilli des infirmières cliniciennes dès leur ouverture, cependant les patients orientés vers les cliniques IPS n'étaient pas nécessairement ceux pouvant être pris en charge par les IC. Encore, certains enjeux de répartition du « bon patient » vers le « bon professionnel » ont occasionné des trous dans l'horaire d'IC. Finalement, bien que cet élément n'ait pas été reconnu de manière générale, certains milieux ont exprimé des préoccupations quant aux pressions éventuelles de prise en charge des patients que pourraient subir les cliniques, à mesure qu'elles gagneront en visibilité par les parties prenantes externes.

« Je ne voudrais pas qu'on devienne, j'ai envie de dire, la poubelle. [...] on sait que ça déborde un peu partout faque j'ai juste peur qu'on devienne cette solution-là. Pis des fois quand on ouvre une petite porte ben ça déborde. » (Participant 4.5)

Finalement, les différents enjeux de dotation mentionnés dans les sections précédentes et concernant tant les gestionnaires, que le personnel clinique ou administratif ont occasionné un ralentissement des opérations.

2.7. Synthèse des analyses basées sur le CFIR

Plusieurs facilitateurs et barrières ont influencé l'implantation des cliniques IPS tant au niveau organisationnel, opérationnel et individuel. Ayant préalablement présenté les données selon six dimensions adaptées du CFIR, le tableau ci-dessous permet d'en faire une synthèse (Tableau 1).

Dimensions	Composantes	Facilitateurs	Barrières
Caractéristiques de l'innovation	Études des meilleures pratiques	✓	
	Arrivée tardive de l'enveloppe budgétaire post-ouverture des cliniques, montant limité		X
Paramètres externes	Présence d'un Cadre de référence	✓	
	Conseils de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	✓	
	Bureaucratie qui alourdit les démarches des IPS		X
	Réticence des médecins à travailler avec les IPS		X
	Impossibilité d'avoir des patients en santé mentale, d'inscrire des patients au nom des IPS		X
	Emplacement de la clinique et affichage	✓	X
	Disponibilité des espaces antérieurs ou prêt des locaux	✓	
Paramètres internes	Manque d'espace de travail, aménagement et disposition des locaux dans l'espace		X
	Plateformes de soutien numérique (Oasis, Up to Date, DCI)	✓	
	Canaux de communication formels et informels, collaboration intra et interprofessionnelle	✓	
	Manque d'une communauté de pratique, absence de soutien par d'autres professionnels IPS, cliniciens et d'autres cliniques IPS		X
	Absence de gestionnaire uniquement dédié à la clinique IPS		X
	Créer son propre <i>caseload</i> selon les intérêts et expertises et besoins populationnels	✓	
	Lourdeur administrative entourant la gestion et la multiplication de nombreux documents à numériser et classer		X

Processus de mise en œuvre	Embaucher du personnel engagé et motivé par le projet	✓	
	Démarrer une clinique avec des IPS novices/candidates		X
	Soutien d'une personne compétente en gestion de projet/du changement (p. ex. chargée de projet)	✓	
	Rapidité d'ouverture sans soutien adéquat, absence d'une personne compétente en gestion de projet/du changement		X
	Présence d'un gestionnaire sur le terrain	✓	
	Présence d'un porteur de projet/leader/mobilisateur	✓	
	Objectifs trop ambitieux, difficulté de planification		X
	Mise en place de comités de planification/mise en œuvre/développement du projet	✓	
	Manque de communication concernant la vision des cliniques, difficulté du personnel à saisir la direction du projet (p ex. décisions, orientation), manque de clarté et de cohérence		X
Caractéristiques des parties prenantes	Ambiguïtés/conflits de rôles, surcharge de travail liée aux multiples rôles		X
	Autogestion des horaires, latitude aux IPS concernant le type de patientèle selon les besoins populationnels	✓	
	Enthousiasme pour le projet, capacité d'adaptation, connaissances et compétences en gestion de projet, désir d'aller au-delà de ce qui se fait habituellement	✓	
	Expérience clinique, jugement clinique, autonomie, débrouillardise	✓	
	Connaissances et respect des rôles de chacun	✓	
	Leadership	✓	

Effets perçus	Fierté à travailler sans médecin	✓	
	Projet stimulant et valorisant pour le personnel	✓	
	Tension de rôles (surcharge et ambiguïté) et polarisation		X
	Capacité à voir des patients est sous-utilisée (plage horaire vide)		X
	Matériel clinique manquant ou dysfonctionnel		X
	Perception de satisfaction des patients pour les services reçus et appréciation de la facilité à prendre rendez-vous	✓	

Tableau 1: Synthèse des six dimensions adaptées du CFIR

B) Archétypes

L'analyse précédente met en évidence deux grands archétypes de cliniques IPS, chacun représentant un mode distinct d'implantation et de fonctionnement, influencé par des facilitateurs et des barrières spécifiques. Ces archétypes offrent une synthèse simplifiée et contrastée, facilitant la compréhension des facteurs présentés précédemment.

Archétype 1 : Illustration des éléments qui entravent l'implantation d'une clinique IPS

L'implantation de la clinique IPS a été réalisée en mode réactif: *construire l'avion en plein vol*. La direction s'est chargée de définir les orientations du projet du haut vers le bas (*top-down*), en s'appuyant sur un désir d'innovation et poussé par le contexte d'urgence.

Les premiers efforts de déploiement ont visé le désengorgement des urgences locales et l'accès à la PL selon les besoins populationnels. Les locaux disponibles en amont ont permis d'avoir un accès immédiat à des espaces physiques, bien qu'ils se soient rapidement avérés restreints.

L'absence et l'instabilité des postes de gestionnaires sur le terrain de même que la communication peu fluide entre l'ensemble des parties prenantes stratégiques et opérationnelles ont contribué à une perte de sens et de vision générale du projet pour quelques-unes d'entre elles. Les rôles et responsabilités des différents intervenants (tels que les professionnels, gestionnaires de différents niveaux et autres) sont difficiles à cerner par les personnes impliquées dans le fonctionnement de la clinique, pouvant entraîner des enjeux de charge de travail et contribuer aux bris de communication.

Le manque de clarté des rôles influence également le référencement des patients vers le bon professionnel (IC, IPS), par exemple par le personnel administratif. Des défis multiples de ressources humaines (p. ex. conflits, enjeux de dotation de rétention et de permanence du personnel) impactent la satisfaction au travail et ont forcé la diminution des activités pendant une certaine période, ce qui a influencé les services aux patients des cliniques IPS de cet archétype. Des réajustements ont été nécessaires et sont encore en cours afin d'impliquer davantage les gestionnaires terrain, d'optimiser l'organisation du travail et la circulation d'information pour répondre aux mandats des cliniques.

Archétype 2 : Illustration des éléments qui soutiennent l'implantation d'une clinique IPS

L'implantation de la clinique IPS a été orchestrée par une équipe centrale, incluant un chargé de projet doté d'une expertise en PL et une IPS. Cette démarche s'est appuyée sur une préparation stratégique, notamment via un cahier des charges, une expérience préalable acquise grâce à des projets pilotes antérieurs et un réseau de parties prenantes, composé de représentants des secteurs concernés par l'implantation et de professionnels (p. ex. IPS et IC). La planification multidimensionnelle a inclus une communication claire entre les parties prenantes, la mise en place de divers comités, une dotation en ressources humaines équilibrée et des initiatives de *coaching* et de mentorat pour les IPS et IC veillant à consolider l'expertise infirmière au sein de l'équipe. Cet archétype se démarque également par la présence de membres du personnel sur le terrain (hors gestion) qui ont naturellement pris le rôle de champions du changement. Ils font preuve de leadership mobilisateur et d'une grande initiative au service du projet.

Les premiers efforts de déploiement ont suivi des phases distinctes et un rythme mesuré: d'abord en désengorgeant les urgences locales des P4-P5 et en maximisant l'accès pour les patients orphelins (via le GAP), puis en élargissant progressivement la prise en charge à de nouvelles patientèles. D'autres offres de services ont été formulées en fonction des besoins populationnels et des expertises ou des intérêts des IPS et des IC.

Chaque phase d'implantation a aussi permis des ajustements continus, notamment l'ajout de ressources humaines et de services selon les besoins émergents et pour compléter la trajectoire de soins. Malgré des défis techniques et logistiques – tels que des locaux restreints et un réseau informatique limitant la communication entre les secteurs – les cliniques relevant de cet archétype ont su s'adapter avec succès. Grâce à un modèle de co-crédation, impliquant activement tous les membres de l'équipe, les cliniques IPS de cet archétype ont structuré une réponse planifiée et réactive aux besoins de la communauté. Cette démarche, fondée sur une écoute attentive des réalités terrain et sur l'intégration proactive de changements, a permis à la clinique de demeurer fidèle à sa mission tout en consolidant ses services.

Ces deux archétypes décrivent comment les contextes et les caractéristiques propres aux cliniques ont influencé leur implantation et leur fonctionnement, et ultimement les effets obtenus. Ces caricatures peuvent aider les utilisateurs de connaissances à planifier l'innovation, à la moduler au besoin, à l'accompagner et même à l'apprécier.

3. Modélisation logique

L'interprétation des résultats et l'élaboration des deux archétypes nous permettent d'illustrer l'infrastructure mise en place et les résultats obtenus suite à l'implantation des cliniques IPS. La modélisation logique³⁰ illustrée dans la figure ci-dessous (Figure 2) organise les éléments principaux à l'ouverture et au fonctionnement des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes en PL. Elle relie les ressources, les activités, les résultats attendus à court et long terme, ainsi que les impacts espérés sur le système de santé et les patients. En structurant ces composantes, la modélisation facilite la compréhension des processus, identifie les leviers de réussite et permet d'évaluer les résultats de manière cohérente. Elle agit également comme un outil stratégique pour guider la planification, soutenir la prise de décision et démontrer les bénéfices potentiels de ces initiatives auprès des décideurs et parties prenantes.

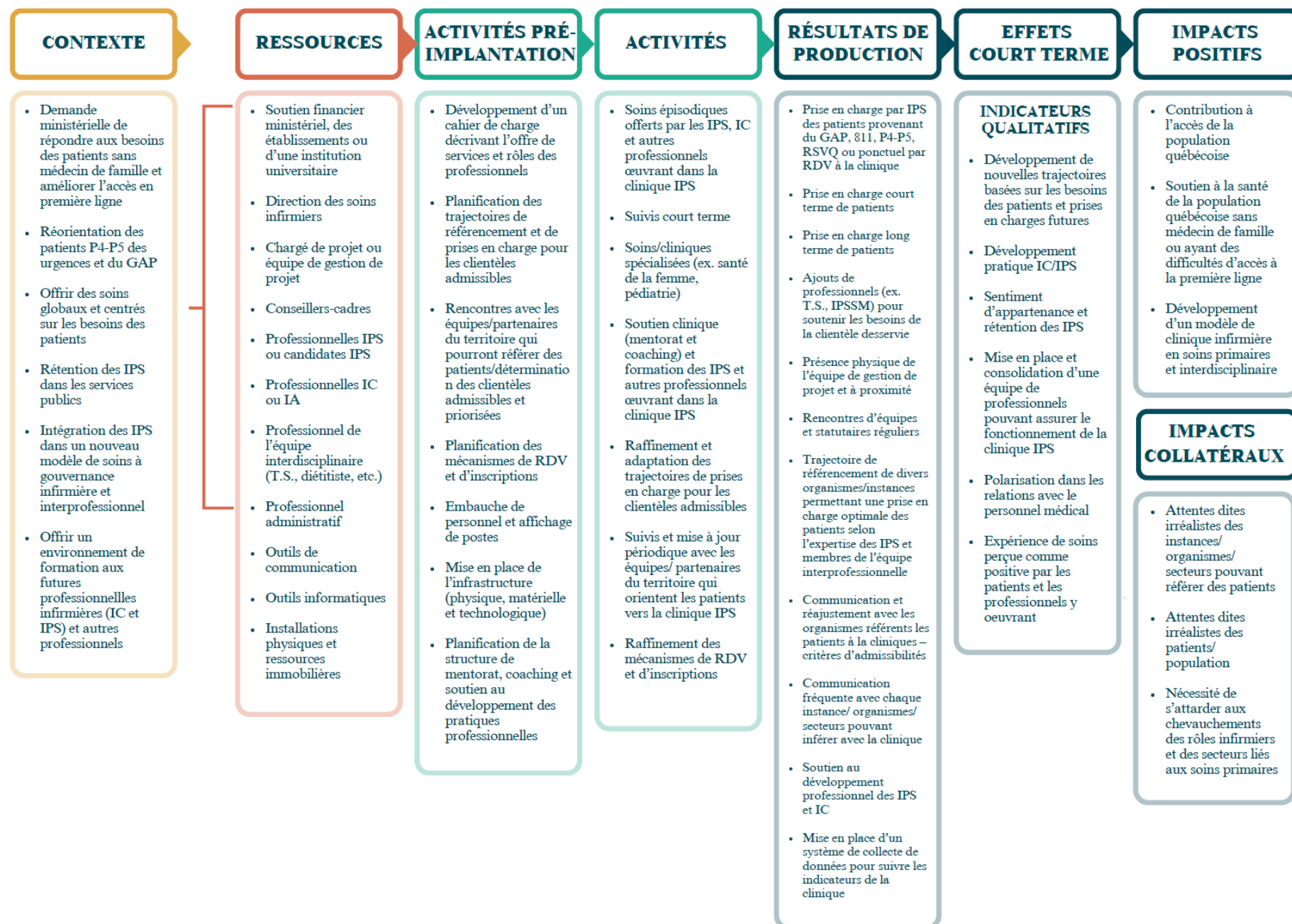


Figure 2: Modélisation de l'implantation et du fonctionnement des cliniques IPS

4. Recommandations

L'analyse des résultats de la première phase de cette étude nous permet de formuler neuf recommandations dans la section qui suit. Celles-ci pourront aider au maintien et au développement des cliniques IPS existantes ainsi qu'à orienter les futures cliniques IPS. Les recommandations sont regroupées en deux groupes cibles: instances gouvernementales et établissements de santé.

Recommandations aux instances gouvernementales

1) Définir une orientation stratégique pour les cliniques IPS et assurer sa diffusion et compréhension par les parties prenantes et instances concernées

Nos analyses sont en concordance avec la littérature qui suggère l'importance d'établir une vision claire et commune³¹ de ce qu'est une clinique IPS et de la partager auprès de toutes les parties prenantes clés du système de santé. La mission, les valeurs et les objectifs liés aux cliniques IPS doivent être clairs et compris. La valeur soutenant l'implantation positive et efficace d'une clinique IPS est fortement guidée par des idéaux de qualité des soins infirmiers, d'accès et d'autonomie de la pratique infirmière³². Il s'avère donc essentiel que ces éléments soient promus à l'intérieur des orientations et objectifs pour unifier les équipes.³³Cette compréhension nécessite toutefois un changement de paradigme de l'ensemble des parties prenantes et du système de santé pour faire place à un nouveau modèle de soins orienté sur l'expertise infirmière et la collaboration interprofessionnelle

2) Élaborer des outils qui décrivent explicitement et opérationnellement ce qui est attendu des cliniques IPS selon le niveau de maturité de celles-ci et les réviser en collaboration avec les représentants IPS et les parties prenantes clés

Le Guide de référence est mentionné comme un facteur facilitant la planification des soins, car il propose de moduler la prise en charge clinique aux caractéristiques des IPSPL. Par contre, il s'applique aux IPSPL qui œuvrent dans tous les modèles (GMF, CLSC, Clinique IPS) et ne guide pas explicitement la prise en charge réalisée en contexte de clinique IPS ni ne témoigne de la complexité des suivis qui doivent y être réalisés.

Le Cadre de référence des cliniques IPS donne un aperçu des rôles et responsabilités des IPS et des équipes, du fonctionnement des cliniques, des services offerts et donc des patients pouvant y être admissibles. Il pourrait définir davantage les différences et complémentarités entre certains rôles, comme entre les IPS et les IC, et la contribution des autres membres de l'équipe interprofessionnelle. Flexibles et adaptés aux réalités de chaque milieu, d'autres outils pourraient être créés comme un Guide de mise en œuvre ou d'opérationnalisation sommaire de la clinique, afin d'en soutenir l'implantation.

Enfin, la révision des documents provinciaux devrait être effectuée en impliquant des représentants des IPS et des parties prenantes clés (p. ex. Direction de soins, Direction des services de première ligne) ayant soutenu l'ouverture des premières cliniques IPS. Cela encouragerait le développement d'une culture organisationnelle transparente tout en permettant aux IPS et aux différentes parties de s'approprier davantage un projet innovant qui reflète les valeurs en soins infirmiers.³²

3) Offrir et maintenir un financement flexible basé sur les besoins présents et futurs

Les cliniques IPS ont présenté des difficultés liées à l'enveloppe budgétaire limitée et tardive pour leur ouverture et leur agrandissement. Bien que le Cadre de référence prévoie un budget selon le niveau choisi par ces cliniques, celui-ci devrait tenir compte des particularités de ce nouveau modèle de PL : une pratique infirmière étendue et un travail sur de nouvelles trajectoires de soins qui ne peuvent se calquer totalement à la pratique médicale qui se fait en GMF alors que ces cliniques sont matures. Par exemple, le mandat de couverture en heures défavorables des cliniques IPS dès leur naissance, alors qu'elles sont parfois en manque de personnel administratif et infirmier, peut être une situation fragilisant le succès de leur implantation.

Lorsqu'un recrutement est enfin réussi, ce sont parfois les besoins d'agrandissement qui surviennent, souvent associés avec un faible soutien d'infrastructure ou financier, freinant l'expansion des cliniques, leur réactivité et leur contribution. Une meilleure compréhension de ces enjeux pourrait aider à ajuster les demandes selon les phases d'innovation des cliniques IPS optimisant une prévision plus fidèle et un soutien adapté.

Recommandations aux établissements de santé qui soutiennent l'ouverture des cliniques IPS

4) Personnaliser la vision du projet de clinique IPS selon son contexte (p. ex. territoire desservi, besoin populationnel, composition interprofessionnelle de la clinique)

Au-delà de l'existence d'une vision et d'une mission se retrouvant formalisées au sein du cadre des cliniques, sa compréhension profonde et son appropriation par l'équipe clinique et de gestion semblent essentielles. Plusieurs recherches soutiennent qu'il faut créer un sens au changement, au tout début de celui-ci, afin que l'équipe s'y engage^{34,35}, et qu'elle maintienne les changements apportés³⁶.

En s'appuyant sur les outils du MSSS ou de Santé Québec, la clinique pourrait personnaliser le Guide de mise en œuvre et préparer un cahier des charges en y décrivant sa mission, son fonctionnement, la clientèle visée, les rôles et le champ d'exercices des IPS et IC et les services offerts propres à son territoire. Ce guide pourrait être bonifié au fur et à mesure de l'évolution de la clinique, et deviendrait un outil d'orientation et d'opérationnalisation essentiel à tout nouvel employé ou professionnel s'ajoutant à la clinique. Il pourrait notamment aider à la compréhension des outils informatiques utilisés, tant au niveau du réseau, de l'arrimage ou par la présence des différents logiciels nécessaires aux tâches du personnel.

5) Déterminer les postes clés nécessaires à la mise en œuvre du projet

Nos analyses soutiennent l'importance d'identifier, dès le début du projet, la composition de l'équipe et le nombre, les différents postes-clés, tels que les IPS, les IC, le chargé de projet, le responsable de l'approvisionnement, le gestionnaire clinique et le porteur du projet. Les rôles et responsabilités de chacun doivent être clairs.³⁷⁻³⁹

Par exemple, un chargé de projet à temps complet et possédant des connaissances et compétences en gestion de projet semble essentiel pré et per implantation de l'innovation. Cette personne devrait avoir une excellente connaissance des prestations des soins de première ligne ainsi que des rôles et activités des infirmières praticiennes et cliniciennes qui seront en poste. Il devrait également bien connaître l'organisation et le fonctionnement du réseau, avoir une grande capacité d'adaptation pour être en mesure de soutenir l'ouverture de la clinique et

de faire face aux différents enjeux pouvant survenir. La collaboration avec une personne responsable des approvisionnements pour l'ouverture de la clinique semble également de mise. Enfin, pouvoir compter sur un gestionnaire clinique présent sur les lieux, lequel peut implanter des stratégies de gestion centrées sur l'ouverture et le bon fonctionnement de la clinique, semble également être un facilitateur à l'implantation de l'innovation. Ce gestionnaire intermédiaire semble aussi occuper un rôle important dans la transmission d'informations bidirectionnelles.

Il est important de désigner une ou des personnes ayant un rôle de porteur de projet afin d'assurer une communication efficace, une coordination entre les différents niveaux hiérarchiques et entre les différentes directions de l'établissement lors de la planification, et de la mise en œuvre de l'innovation.⁴⁰ Le porteur du projet peut être un gestionnaire ou une IPS qui travaille déjà à l'implantation du projet et qui incarne la vision et le leadership du projet pour les parties prenantes environnantes. Cette approche, soulignée dans nos analyses, vise à favoriser la communication, à contribuer à une meilleure compréhension des objectifs du projet à tous les niveaux de la structure organisationnelle, ainsi qu'à la diffusion et au partage de la vision.

6) Prévoir les espaces de travail nécessaires selon les besoins actuels et futurs

Il est important de réfléchir aux espaces nécessaires pour l'opérationnalisation de la clinique, ainsi qu'à l'élargissement potentiel de l'offre de service dès le début du projet. Les locaux devraient être réfléchis en fonction de l'offre de service actuelle et future de la clinique (p. ex. sans rendez-vous, suivi à court et long terme). De plus, il est essentiel de réfléchir aux conditions nécessaires à la pleine mise en œuvre du mandat des cliniques, afin de prévoir un espace suffisant et une organisation conséquente des lieux comme en considérant la possibilité que de nouveaux professionnels s'ajouteront au fur et à mesure (p. ex. salle multi, espaces pour accueillir les stagiaires).

7) Clarifier les rôles de tous et solidifier l'expertise en matière de développement de pratique professionnelle autonome et interprofessionnelle

Nos analyses soulèvent plusieurs tensions de rôles vécues par le personnel. L'ambiguïté de rôles^{37,38,41-43} peut créer des conflits et perturber l'adaptation aux changements en affectant la

motivation, l'engagement et la collaboration entre les professionnels^{39,44,45}. Ainsi, clarifier les rôles³⁹ et bonifier l'expertise infirmière tant chez les IPS que les IC^{40,45-47} sont des stratégies que soutiennent nos analyses et qui favorisent l'adhésion au changement⁴⁸.

Des mécanismes favorisant le soutien clinique des infirmières et des IPS pourraient être établis tels que:

- Le recrutement d'IPS expertes pour une courte période;
- Le recours à des expertises sur site ou sur appel les soirs ou les fins de semaine (p. ex. mentor informel d'IPS retraitée, IPS experte), travail en binôme (novice et expert), IPSSM consultantes *ad hoc*, ou encore la collaboration avec un médecin de famille);
- Le recours à une IPS à temps partiel en charge d'analyser les tests et laboratoires parfois hors clinique pour assurer une continuité et une sécurité des soins;
- Des offres de formations spécifiques (p. ex. consolidation des évaluations et de l'examen physique, orientation dans un GMF, formations sur besoins particuliers, etc.);
- Du temps planifié pour discuter de cas en équipe;
- La mise en place de groupe d'échange et de soutien d'initiatives similaires (p. ex. communautés de pratique, groupes d'échange sur la plateforme *Microsoft Teams*);
- L'élaboration et la mise en place d'une structure de mentorat formalisée.

8) Établir et maintenir des canaux de communication bidirectionnels de qualité entre les différents niveaux hiérarchiques et l'équipe de la clinique

L'appropriation de la vision et l'engagement envers le projet pourraient être soutenus par une stratégie de communication. Il paraît important de mettre en place des mécanismes d'échanges bidirectionnels, formels et informels^{49,50} de qualité et variés, entre les différents niveaux hiérarchiques et l'équipe de la clinique. Cette dernière permettrait de favoriser la mobilisation des parties prenantes⁵¹ et de prendre des décisions rapidement et avec pragmatisme.

Les résultats de notre analyse sont en adéquation avec la littérature soutenant l'importance de valoriser une culture organisationnelle où l'équipe peut prendre parole et librement échanger sur leurs préoccupations, offrir des rétroactions et suggestions sur les besoins^{32,52}. Cela dit, il est de la responsabilité de la gestion de mettre en place différents mécanismes et modalités de

communication qui valorisent la transparence, l'honnêteté et l'ouverture de toutes les parties prenantes, notamment lors des rencontres d'équipe.⁵³ Ces prises de parole doivent être entendues et transmises aux différents niveaux hiérarchiques pour que l'équipe poursuive les échanges tout au long des étapes de l'implantation et du changement^{32,33,54}. Donner une voix aux équipes cliniques en les incluant par exemple dans certains processus décisionnels, comme lors de la révision des différents outils des cliniques IPS, pourrait contribuer à la promotion d'une culture organisationnelle soutenant le changement⁵⁵. La stratégie de communication devrait être réfléchie de sorte à adapter le contenu des informations et échanges, selon les étapes de l'implantation de l'innovation, tout en ciblant les destinataires et destinataires appropriés des messages.⁴⁸

Nos analyses soulignent aussi qu'il est essentiel de tenir informées les différentes parties prenantes clés (tant au niveau stratégique qu'opérationnel) des objectifs et de l'avancée du projet, ainsi que de poursuivre la communication une fois la clinique lancée. Finalement, jumeler une communication ouverte et transparente avec certains mécanismes de soutien identifiés en recommandation 7 (p. ex. communauté de pratique, groupe d'échange)⁴⁵ pourrait être une stratégie permettant de motiver le personnel à s'engager⁵⁵ davantage dans l'implantation de l'innovation et éviter la surcharge et la perte d'information.

9) Embaucher du personnel ayant des compétences spécifiques en contexte d'innovation

Les résultats de notre analyse sont en adéquation avec la littérature soutenant que l'autonomie,^{43,56-58} la débrouillardise, et l'enthousiasme pour de nouveaux défis sont des caractéristiques importantes que devraient avoir le personnel tant au niveau clinique qu'administratif. La connaissance et le respect des rôles de chacun semblent aussi primordiaux dans l'implantation des cliniques IPS.

Caractéristiques recherchées spécifiques pour les professionnels de la santé:

L'expérience en première ligne et la démonstration d'un jugement clinique développé permettent de soutenir la clinique en l'absence d'une gouvernance médicale. Les gestionnaires et ressources humaines pourraient aussi, plus précisément, miser sur le désir de gouvernance et de pratique autonome des IPS pour servir de levier motivationnel.

Caractéristiques recherchées spécifiques aux gestionnaires de tous les niveaux (p. ex. gestionnaire de proximité, DSI, conseiller-cadre):

Les compétences de leadership sont déterminantes pour soutenir un tel projet. Ces aptitudes sont essentielles à la mise en œuvre du changement⁴⁸ et peuvent notamment en affecter son acceptation et son adhésion par les parties prenantes concernées³⁶. Ainsi, bien que tout le personnel des cliniques IPS devrait faire preuve des caractéristiques nommées ci-dessous, les gestionnaires pourraient miser sur des pratiques de leadership^{45,59} soutenant ces éléments. Les effets directs ou indirects de styles de leadership appropriés peuvent par ailleurs inciter l'adoption de plusieurs autres types de comportements et attitudes^{60,61} favorables au changement, tel que le désir d'aller au-delà de ce qui se fait habituellement^{34,49}.

Des approches de leadership qui mettent de l'avant l'esprit d'équipe, la promotion de valeurs collaboratives, l'établissement d'un but commun inspirant tout en accordant une attention particulière à la voix des membres de l'équipe et la reconnaissance de la contribution individuelle pourraient être utilisées afin de soutenir l'engagement, la croissance et la mobilisation des équipes.⁶¹⁻⁶⁴

Avez-vous le profil pour travailler dans une clinique IPS?

- Autonomie
- Débrouillardise
- Esprit d'équipe
- Facilité à déléguer
- Enthousiaste face aux nouveaux défis
- Désir d'innover et de faire partie d'un changement
- Expérience en première ligne (un atout)

Enfin, une stratégie claire et proactive pour attirer et fidéliser le personnel viendrait soutenir le développement des équipes en place. Afin d'attirer de nouveaux talents et professionnels en période de recrutement, en plus de créer un milieu de travail accueillant, stimulant et valorisant la communication, les gestionnaires et le département des ressources humaines pourraient mettre de l'avant dans les affichages de postes la culture de l'organisation qui diffère des GMF.

Il est également important de privilégier la création de postes fixes, tout en permettant de l'agilité notamment dans le nombre d'heures travaillées.

Conclusion

Ce document présente les résultats du premier cycle d'évaluation d'une étude de cas multiples visant à comprendre comment les cliniques IPS sont mises en œuvre et fonctionnent. Il s'intègre à l'objectif 1 du projet de recherche : comprendre l'implantation et le fonctionnement de ces nouvelles cliniques.

Les résultats soulignent l'importance de définir une orientation stratégique et une vision mobilisatrice, de planifier minutieusement la mise en œuvre de l'innovation et de s'entourer de personnes compétentes et engagées, sans oublier de fournir les ressources nécessaires pour soutenir les opérations. Il apparaît également que l'engagement des professionnels infirmiers mobilisés dans l'ouverture des cliniques IPS rejoint l'autonomie de la profession infirmière et le désir d'offrir des soins infirmiers de qualité et accessibles. Les résultats de ce premier cycle de collecte de données permettent de présenter des impacts positifs sur l'accès, la prise en charge des patients orphelins et la contribution à des soins primaires en territoire québécois. Les résultats mettent également en lumière l'importance de ce modèle de clinique en soins primaires pour les infirmières qui soutiennent son implantation. Ce nouveau modèle de clinique est en adéquation avec les valeurs promeut par la profession infirmière, et permet de contribuer à la qualité des soins et à une expérience de soins positive.

Il est essentiel de rappeler que certaines limites peuvent être attribuables au projet de recherche. Le contexte environnemental et géographique, le nombre de cliniques étudiées et les entrevues semi-dirigées effectuées sur une partie de l'ensemble des parties prenantes des cliniques IPS pourraient limiter la transférabilité des résultats.

Annexe

Annexe 1

Méthodologie

À des fins de concision, uniquement les éléments méthodologiques soutenant l'objectif 1 de la recherche (analyse d'implantation et de fonctionnement des cliniques) seront présentés dans la section suivante. Plus de détails sur l'ensemble de la méthodologie se retrouvent dans le protocole de recherche.

Devis de recherche

Les cas correspondent aux nouvelles cliniques IPS (n= 8) qui sont des modèles interprofessionnels dans lesquels les rôles infirmiers constituent le fondement de l'offre de services.

Approches partenariales et conceptuelles soutenant l'étude

Afin d'assurer un transfert des connaissances générées par la recherche vers les milieux, l'étude est soutenue par l'approche *Knowledge to Action* (KTA).⁶⁵ Cette approche vise à synthétiser les données probantes afin de les transformer en données exploitables par les différentes parties prenantes du projet.

Pour faciliter ce transfert, un comité aviseur a été constitué. Il inclut les chercheurs, des représentants de chaque cas, une patiente partenaire et des représentants de la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSI). Dans cette démarche collaborative, les parties prenantes sont impliquées dans toutes les étapes de conception, d'implantation et d'évaluation de l'innovation. Cela permet notamment d'orienter la conduite du projet selon les besoins des parties, de mener conjointement une interprétation collective des résultats de recherche et de tirer des apprentissages des cas dans l'optique du transfert des connaissances à des contextes similaires.⁶⁶ Cinq rencontres avec le comité aviseur ont été effectuées entre février et novembre 2024.

Collecte des données

Pour chaque cas, différentes sources de données ont été utilisées pour étudier l'implantation et le fonctionnement des cliniques, la structure organisationnelle et les rôles infirmiers (p. ex. entrevues, documents internes, journaux de bord des chercheurs). Deux phases d'entrevues ont été réalisées, à 9-12 mois d'écart. Les résultats présentés dans ce rapport sont issus uniquement de l'analyse de la première phase d'entrevues.

Les entrevues semi-structurées ont été réalisées, sur une base volontaire, de janvier à avril 2024 avec les DSI, les gestionnaires des cliniques IPS, les infirmières (cliniciennes, infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL), techniciennes et auxiliaires le cas échéant), les autres professionnels de la santé et le personnel administratif œuvrant dans les cliniques. Les participants ont été sélectionnés par le biais d'un échantillonnage par choix raisonné (n=39, soit 4 à 6 participants par cas). Ces entrevues individuelles, d'une durée de 45 à 120 minutes, ont été menées par une ou deux personnes de l'équipe de recherche. Après consentement des participants et signature d'un formulaire d'information et de consentement, les entrevues ont été enregistrées et retranscrites par le biais de la fonctionnalité « transcription » de *Microsoft Teams*.

Le guide d'entrevue a été construit selon les dimensions du *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR).^{1,2} La collecte de données portait sur le processus d'implantation, le fonctionnement de la clinique, la structure organisationnelle et les rôles professionnels. Il a également été demandé de remplir un questionnaire sociodémographique. Dès la fin de la première entrevue, nous avons demandé aux participants la permission de les recontacter pour la deuxième entrevue.

Analyses

Afin de répondre à l'objectif 1 (analyse d'implantation et de fonctionnement des cliniques), une analyse thématique des données a été réalisée selon Miles, Huberman et Sladana⁶⁷ et soutenue par la compréhension de Stake²⁰. Le processus d'analyse implique, entre autres, l'élaboration de cartes conceptuelles détaillées pour chacune des cliniques (n=8). Pour guider le travail, un gabarit de carte conceptuelle a été élaboré. Celui-ci repose sur une adaptation des catégories clés du CFIR et du guide d'entrevue. Six dimensions du CFIR ont été observées lors de l'analyse: caractéristiques de l'innovation; paramètres externes; paramètres internes; processus de mise en œuvre;

caractéristiques des parties prenantes et effets perçus. Les enregistrements des entrevues ont été écoutés par les membres responsables de l'élaboration des cartes, et les différents segments de données ont été codés à l'intérieur de ces dernières. Puis, les cartes ont été validées par la personne qui était responsable de réaliser les entrevues du milieu. Le processus d'analyse a également été bonifié par des discussions entre chercheurs de même que l'élaboration et le partage de synthèse d'entrevues.

Par la suite, les informations recueillies au cours des 39 entrevues semi-dirigées réalisées dans huit cas - cliniques IPS (entre quatre et six entrevues par cas) ont été codées selon leur appartenance aux dimensions du CFIR ainsi qu'à certaines facettes proposées par le modèle et adaptées au contexte étudié. Puis, un second tri a permis de classer les données selon leur nature de barrière ou facilitateur à l'implantation et au fonctionnement des cliniques. Finalement, certains codes ont été ajoutés ou regroupés selon ce qui émergeait des données. Afin de garantir la concision du document, seuls les éléments ayant été identifiés de manière récurrente à travers les cas sont inclus.

Références

1. Damschroder, L. J.; Aron, D. C.; Keith, R. E.; Kirsh, S. R.; Alexander, J. A.; Lowery, J. C. Fostering Implementation of Health Services Research Findings into Practice: A Consolidated Framework for Advancing Implementation Science. *Implementation Sci* **2009**, *4* (1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>.
2. Damschroder, L. J.; Reardon, C. M.; Opra Widerquist, M. A.; Lowery, J. Conceptualizing Outcomes for Use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): The CFIR Outcomes Addendum. *Implementation Sci* **2022**, *17* (1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>.
3. Statistique Canada. *Caractéristiques de La Santé, Estimations Annuelles*. 2022. <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>.
4. Marshall, E., Breton, M., Cossette, B., Isenor, J., Mathews, M., Caitlyn, A., Green, M. Problems in Coordinating and Accessing Primary Care for Attached and Unattached Patients Exacerbated During the COVID-19 Pandemic Year (the PUPPY Study): Protocol for a Longitudinal Mixed Methods Study. *JMIR research protocols* **2021**, *10* (10). doi: [10.2196/29984](https://doi.org/10.2196/29984)
5. Levesque, J.-F.; Pineault, R.; Hamel, M.; Roberge, D.; Kapetanakis, C.; Simard, B.; Prud'homme, A. Emerging Organisational Models of Primary Healthcare and Unmet Needs for Care: Insights from a Population-Based Survey in Quebec Province. *BMC Fam Pract* **2012**, *13* (1), 66. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-66>.
6. Lacoursière, A. Deux Nouvelles Cliniques d'infirmières et Un Retour de Ligne « un Appel, Un Service ». *La Presse*. **2022**, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-11-01/cellule-de-crise-des-urgences-du-grand-montreal/deux-nouvelles-cliniques-d-infirmieres-et-retour-de-la-ligne-un-appel-un-service.php>.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ouverture de Deux Cliniques d'infirmières Praticiennes Spécialisées. 2022. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/detail/s/ouverture-de-deux-cliniques-dinfirmieres-praticiennes-specialisees-44847>.
8. Heale, R.; Butcher, M. Canada's First Nurse Practitioner-Led Clinic: A Case Study in Healthcare Innovation. *cjnl* **2010**, *23* (3), 21–29. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.21939>.
9. 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. Identifying Indicators Sensitive to Primary Healthcare Nurse Practitioner Practice: A Review of Systematic Reviews. *PLoS ONE* **2023**, *18* (9), e0290977. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290977>.
10. Swan, M.; Ferguson, S.; Chang, A.; Larson, E.; Smaldone, A. Quality of Primary Care by Advanced Practice Nurses: A Systematic Review. *Int J Qual Health Care* **2015**, *27* (5), 396–404. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv054>.
11. Duhoux, A.; Dufour, É.; Sasseville, M.; Laroche, D.; Contandriopoulos, D. Rethinking Primary Care Delivery Models: Can Integrated Primary Care Teams Improve Care Experience? *Int J Integr Care* **2022**, *22* (0), 8. <https://doi.org/10.5334/ijic.5945>.
12. Heale, R.; James, S.; Garceau, M. A Multiple-Case Study in Nurse Practitioner-Led Clinics: An Exploration of the Quality of Care for Patients with Multimorbidity. *CJNL* **2016**, *29* (3), 37–45. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2016.24891>.
13. Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Dumont, S., Laberge, M., Duhoux, A., Binette, S. *Projet pilote Archimède. Les facteurs contributifs à l'optimisation du travail d'équipe. — Enjeux d'optimisation des rôles professionnels, de collaboration interprofessionnelle et d'accessibilité à des soins et des services de santé*. **2022**. https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Rapport%20de%20recherche_Archim%C3%A8de.pdf
14. Duhoux, A., Rioux-Dubois, A., Poitras, M.-È., Perron, M.-È., Dufour, É., et Lazarovici, M. *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)*. **2023**. <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/>
15. Terry, D.; Hills, D.; Bradley, C.; Govan, L. Nurse-

- led Clinics in Primary Health Care: A Scoping Review of Contemporary Definitions, Implementation Enablers and Barriers and Their Health Impact. *Journal of Clinical Nursing* **2024**, 33 (5), 1724–1738. <https://doi.org/10.1111/jocn.17003>.
16. Wilson, E. C.; Pammett, R.; McKenzie, F.; Bourque, H. Engagement of Nurse Practitioners in Primary Health Care in Northern British Columbia: A Mixed-Methods Study. *cmajo* **2021**, 9 (1), E288–E294. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200075>.
 17. Burgess, J.; Sawchenko, L. Community of Practice: A Nurse Practitioner Collaborative Model. *cjnl* **2011**, 24 (2), 99–112. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2011.22468>.
 18. World Health Organization. *Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025*. 2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344562/9789240033863-eng.pdf?sequence=1>
 19. Rioux-Dubois, A. L'intégration et La Négociation Du Rôle de l'infirmière Praticienne En Soins de Santé Primaires En Contexte de Collaboration Interprofessionnelle. Thèse de doctorat, Université d'Ottawa, 2019.
 20. Stake, R. Qualitative Case Studies. Dans *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 4e Édition; Sage Publications; N. Denzin, & Y. Lincoln, 2005; Pp. 443–466.
 21. Breimaier, H. E.; Heckemann, B.; Halfens, R. J. G.; Lohrmann, C. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): A Useful Theoretical Framework for Guiding and Evaluating a Guideline Implementation Process in a Hospital-Based Nursing Practice. *BMC Nurs* **2015**, 14 (1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0088-4>.
 22. Lau, R.; Stevenson, F.; Ong, B. N.; Dziedzic, K.; Treweek, S.; Eldridge, S.; Everitt, H.; Kennedy, A.; Qureshi, N.; Rogers, A.; Peacock, R.; Murray, E. Achieving Change in Primary Care—Causes of the Evidence to Practice Gap: Systematic Reviews of Reviews. *Implementation Sci* **2015**, 11 (1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4>.
 23. Gouvernement du Québec. *Ouverture de Deux Cliniques d'infirmières Praticiennes Spécialisées*. 2022. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/detail/s/ouverture-de-deux-cliniques-dinfirmieres-praticiennes-specialisees-44847>.
 24. Lévesque, F. Les Deux Seules IPS à Temps Plein Claquent La Porte. *La Presse*. **2023**, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-12-01/premiere-clinique-d-infirmieres/les-deux-seules-ips-a-temps-plein-claquent-la-porte.php#:~:text=Deux%20infirmi%C3%A8res%20ont%20claqu%C3%A9%20la,une%20vague%20de%20virus%20respiratoires>.
 25. Gouvernement du Québec. *Première Ligne. Tableau de Bord - Performance Du Réseau de La Santé et Service Sociaux*, 2025. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQtZTlzMOTc5NDZjNmZlIiwidCI6IjA2ZTFmZmZlLTVMOGItNDk3NS1iZjZjLWFlMjRiZTFhNzk5MjIj9>.
 26. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Rapport Statistique Sur l'effectif Infirmier et La Relève Infirmière Du Québec 2022–2023*; **2023**. <https://www.oiiq.org/documents/20147/26586017/oiiq-rapport-statistique-23-VF.pdf/6f710838-6645-eef2-90f6-152b5400d34a>.
 27. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Clinique d'infirmières Praticiennes Spécialisées (IPS) — Cadre de Référence Pour Les Établissements de Santé et de Services Sociaux*, 2024. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-945-06W.pdf>.
 28. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de Référence En Lien Avec La Prise En Charge Par Les Infirmières Praticiennes Spécialisées En Première Ligne*, 2022. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-945-09W_Guide_de_reference.pdf.
 29. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *L'infirmière Praticienne Spécialisée et Sa Pratique. Lignes Directrices*, **2021**. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf>.
 30. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. *Guide d'élaboration de Modèles Logiques de Programme*, 2004. ISBN: 2-921-776-29-4
 31. Harrison, R.; Fischer, S.; Walpola, R. L.; Chauhan, A.; Babalola, T.; Mears, S.; Le-Dao, H. Where Do Models for Change Management, Improvement and Implementation Meet? A Systematic Review of the Applications of Change

- Management Models in Healthcare. *JHL* **2021**, Volume 13, 85–108. <https://doi.org/10.2147/JHL.S289176>.
32. Guarin, A. D.; Townsend, K.; Wilkinson, A.; Edwards, M. Time to Voice? A Review and Agenda for Longitudinal Employee Voice Research. *Human Resource Management Review* **2025**, 35 (1), 101059. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2024.101059>.
 33. Yue, C. A.; Men, L. R.; Ferguson, M. A. Bridging Transformational Leadership, Transparent Communication, and Employee Openness to Change: The Mediating Role of Trust. *Public Relations Review* **2019**, 45 (3), 101779. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2019.04.012>.
 34. Van Den Heuvel, M.; Demerouti, E.; Bakker, A. B.; Hetland, J.; Schaufeli, W. B. How Do Employees Adapt to Organizational Change? The Role of Meaning-Making and Work Engagement. *Span. J. Psychol.* **2020**, 23, e56. <https://doi.org/10.1017/SJP.2020.55>.
 35. Voigt, J.; Jais, M.; Kehr, H. M. An Image of What I Want to Achieve: How Visions Motivate Goal Pursuit. *Curr Psychol* **2024**, 43 (25), 21658–21672. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05943-4>.
 36. Kamarova, S.; Gagné, M.; Holtrop, D.; Dunlop, P. D. Integrating Behavior and Organizational Change Literatures to Uncover Crucial Psychological Mechanisms Underlying the Adoption and Maintenance of Organizational Change. *J Organ Behavior* **2024**, job.2832. <https://doi.org/10.1002/job.2832>.
 37. Everett, C. M.; Morgan, P.; Smith, V. A.; Woolson, S.; Edelman, D.; Hendrix, C. C.; Berkowitz, T.; White, B.; Jackson, G. L. Primary Care Provider Type: Are There Differences in Patients' Intermediate Diabetes Outcomes? *JAAPA* **2019**, 32 (6), 36–42. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000558239.06875.0b>.
 38. Benoit, M.; Pilon, R.; Lavoie, A.-M.; Pariseau-Legault, P. Chevauchement, interdépendance ou complémentarité?, la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario: *Santé Publique* **2017**, Vol. 29 (5), 693–706. <https://doi.org/10.3917/spub.175.0693>.
 39. Mañas, M. A.; Díaz-Fúnez, P.; Pecino, V.; López-Liria, R.; Padilla, D.; Aguilar-Parra, J. M. Consequences of Team Job Demands: Role Ambiguity Climate, Affective Engagement, and Extra-Role Performance. *Front. Psychol.* **2018**, 8, 2292. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02292>.
 40. Ploeg, J.; Davies, B.; Edwards, N.; Gifford, W.; Miller, P. E. Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews Ev Based Nurs* **2007**, 4 (4), 210–219. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x>.
 41. Beks, H.; Clayden, S.; Shee, A. W.; Binder, M. J.; O'Keeffe, S.; Versace, V. L. Evaluated Nurse-Led Models of Care Implemented in Regional, Rural, and Remote Australia: A Scoping Review. *Collegian* **2023**, 30 (6), 769–778. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2023.05.004>.
 42. Smith, T.; McNeil, K.; Mitchell, R.; Boyle, B.; Ries, N. A Study of Macro-, Meso- and Micro-Barriers and Enablers Affecting Extended Scopes of Practice: The Case of Rural Nurse Practitioners in Australia. *BMC Nurs* **2019**, 18 (1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0337-z>.
 43. Wang-Romjue, P. Meta-Synthesis on Nurse Practitioner Autonomy and Roles in Ambulatory Care. *Nurs Forum* **2018**, 53 (2), 148–155. <https://doi.org/10.1111/nuf.12236>.
 44. Chênevert, D.; Kilroy, S.; Bosak, J. The Role of Change Readiness and Colleague Support in the Role Stressors and Withdrawal Behaviors Relationship among Health Care Employees. *JOCM* **2019**, 32 (2), 208–223. <https://doi.org/10.1108/JOCM-06-2018-0148>.
 45. Torrens, C.; Campbell, P.; Hoskins, G.; Strachan, H.; Wells, M.; Cunningham, M.; Bottone, H.; Polson, R.; Maxwell, M. Barriers and Facilitators to the Implementation of the Advanced Nurse Practitioner Role in Primary Care Settings: A Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies* **2020**, 104, 103443. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>.
 46. Marques, C. S.; Marques, C. P.; Ferreira, J. J. M.; Ferreira, F. A. F. Effects of Traits, Self-Motivation and Managerial Skills on Nursing Intrapreneurship. *Int Entrep Manag J* **2019**, 15 (3), 733–748. <https://doi.org/10.1007/s11365-018-0520-9>.
 47. Busca, E.; Savatteri, A.; Calafato, T. L.; Mazzoleni, B.; Barisone, M.; Dal Molin, A. Barriers and Facilitators to the Implementation of

- Nurse's Role in Primary Care Settings: An Integrative Review. *BMC Nurs* **2021**, *20* (1), 171. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00696-y>.
48. Khaw, K. W.; Alnoor, A.; AL-Abrow, H.; Tiberius, V.; Ganesan, Y.; Atshan, N. A. Reactions towards Organizational Change: A Systematic Literature Review. *Curr Psychol* **2023**, *42* (22), 19137–19160. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03070-6>.
 49. Durojaiye, C.; Prausnitz, S.; Schneider, J. L.; Lieu, T. A.; Schmittiel, J. A.; Rouillard, S.; Chen, Y.-F.; Lee, K.; Corley, D. A. Barriers and Facilitators to High-Volume Evidence-Based Innovation and Implementation in a Large, Community-Based Learning Health System. *BMC Health Serv Res* **2024**, *24* (1), 1446. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11803-5>.
 50. Schentrup, D.; Black, E. W.; Blue, A.; Whalen, K. Interprofessional Teams: Lessons Learned From a Nurse-Led Clinic. *The Journal for Nurse Practitioners* **2019**, *15* (5), 351–355. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.02.016>.
 51. Junker, T. L.; Bakker, A. B.; Derks, D. Toward a Theory of Team Resource Mobilization: A Systematic Review and Model of Sustained Agile Team Effectiveness. *Human Resource Management Review* **2025**, *35* (1), 101043. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2024.101043>.
 52. Rodríguez-Fernández, M.; Herrera, J.; De Las Heras-Rosas, C.; Ciruela-Lorenzo, A. M. Practical Implications of the Organizational Commitment Model in Healthcare: The Case of Nurses. *Journal of Nursing Management* **2024**, *2024*, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2024/6455398>.
 53. Abrantes, A. C. M.; Bakenhus, M.; Ferreira, A. I. The Support of Internal Communication during Organizational Change Processes. *JOCM* **2024**, *37* (5), 1030–1050. <https://doi.org/10.1108/JOCM-06-2023-0222>.
 54. Cheraghi, R.; Ebrahimi, H.; Kheibar, N.; Sahebihagh, M. H. Reasons for Resistance to Change in Nursing: An Integrative Review. *BMC Nurs* **2023**, *22* (1), 310. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01460-0>.
 55. Bhatti, S.; Bale, S.; Gul, S.; Muldoon, L.; Rayner, J. The Impact of Leadership Style in Team-Based Primary Care – Staff Satisfaction and Motivation. *BJGP Open* **2024**, *8* (3), BJGPO.2023.0246. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0246>.
 56. Peacock, M.; Hernandez, S. A Concept Analysis of Nurse Practitioner Autonomy. *J Am Assoc Nurse Pract* **2020**, *32* (2), 113–119. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000374>.
 57. Lockwood, E. B.; Lehwaldt, D.; Sweeney, M. R.; Matthews, A. An Exploration of the Levels of Clinical Autonomy of Advanced Nurse Practitioners: A Narrative Literature Review. *Int J of Nursing Practice* **2022**, *28* (1), e12978. <https://doi.org/10.1111/ijn.12978>.
 58. Schirle, L.; Norful, A. A.; Rudner, N.; Poghosyan, L. Organizational Facilitators and Barriers to Optimal APRN Practice: An Integrative Review. *Health Care Manage Rev* **2020**, *45* (4), 311–320. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000229>.
 59. Pereira, S. A. F.; Ferreira, J. J.; Rammal, H. G.; Peris-Ortiz, M. Strategic Change in the Health Sector: A Literature Review and Future Challenges. *JOCM* **2023**, *36* (2), 346–388. <https://doi.org/10.1108/JOCM-05-2022-0144>.
 60. Ibrahim, I. A.; El-Monshed, A. H.; Altheeb, M.; El-Sehrawy, M. G. Transformational Leadership, Psychological Empowerment, and Organizational Citizenship Behaviors among Nursing Workforce: A Single Mediation Analysis. *Journal of Nursing Management* **2024**, *2024*, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2024/9919371>.
 61. Kohnen, D.; De Witte, H.; Schaufeli, W. B.; Dello, S.; Bruyneel, L.; Sermeus, W. Engaging Leadership and Nurse Well-Being: The Role of the Work Environment and Work Motivation—a Cross-Sectional Study. *Hum Resour Health* **2024**, *22* (1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00886-6>.
 62. Schaufeli, W. Engaging Leadership: How to Promote Work Engagement? *Front. Psychol.* **2021**, *12*, 754556. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.754556>.
 63. Perez, J. Leadership in Healthcare: Transitioning From Clinical Professional to Healthcare Leader. *Journal of Healthcare Management* **2021**, *66* (4), 280–302. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-20-00057>.
 64. Gottlieb, L. N.; Gottlieb, B.; Bitzas, V. Creating Empowering Conditions for Nurses with Workplace Autonomy and Agency: How Healthcare Leaders Could Be Guided by Strengths-Based Nursing and Healthcare Leadership (SBNH-L). *JHL* **2021**, *Volume 13*,

- 169–181. <https://doi.org/10.2147/JHL.S221141>.
65. Graham, I. D.; Logan, J.; Harrison, M. B.; Straus, S. E.; Tetroe, J.; Caswell, W.; Robinson, N. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions* **2006**, *26* (1), 13–24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>.
 66. Abma, T., et Stake, R. Science of the Particular: An Advocacy of Naturalistic Case Study in Health Research. *Qualitative Health Research*, **2014**, *24* (8), pp. 1150–1161. doi:10.1177/1049732314543196
 67. Miles, M., Huberman, M., et Sladana, J. *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*, 4e Édition ; Sage Publications: 2019.

