



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

Rapport de recherche

**Chaire de recherche du Canada en systèmes
adaptatifs en santé et services sociaux (CRC SA3S)**

Janvier 2026



www.labris.ca

Rédaction du rapport

Lara Maillet
Anna Goudet
Aurelle Jouego
Thierry Bédél Tsafack
Lama Boustani
Marion Vanharen

Équipe de recherche

Lara Maillet, PhD, ÉNAP, IUPLSSS
Johanne Déry, PhD, Udm
Stéphanie Charest, IPSPL, CIUSSSE-CHUS
Dre France Desjardins, MD
Sabina Abou Malham, PhD, Uds
Dre Christiane Labrie, MD
Julie Laflamme, CIUSSSE-CHUS
Julie Pearson, CIUSSSE-CHUS

Nassera Touati, PhD, ÉNAP
Arnaud Duhoux, PhD, Udm
Chantal Doré, PhD, UdeS
Bernard Roy, PhD, ULaval
Suzanne Gagnon, ULaval, CIUSSS Capitale-Nationale
Julie Lane, PhD, UdeS

Professionnelles et assistant.es de recherche :

Anna Goudet
Geneviève Champagne
Aurelle Jouego
Thierry Bédél Tsafack
Lama Boustani
Marion Vanharen

Pour citer ce document : Maillet, L., Goudet, A., Jouego, A., Tsafack, B. T., Boustani, L., Vanharen, M., Charest, S., Dery, J., Desjardins, F., Champagne, G. (2026). « Implantation d’une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès de personnes réfugiées », Rapport de recherche, Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux. Montréal : École nationale d’administration publique.

ISBN : 978-2-89734-096-4 (PDF)

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
Bibliothèque et Archives Canada, 2026
<https://doi.org/10.60961/c165-1c19>

NOTE

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

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

Maillet, L., Goudet, A., Jouego, A., Tsafack, B. T., Boustani, L., Vanharen, M., Charest, S., Dery, J., Desjardins, F., Champagne, G. (2026). « Implantation d’une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès de personnes réfugiées », Rapport de recherche, Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux. Montréal : École nationale d’administration publique.

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

© École nationale d’administration publique (ENAP), 2026

Remerciements

L'équipe de projet tient à remercier tout particulièrement la Fondation de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec pour le soutien financier sans lequel ce magnifique projet n'aurait pu avoir lieu.

Nous tenons à remercier également tous nos collaborateurs et collaboratrices tant au niveau du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (PDG, PDGA, DSG, DSI, infirmières cliniciennes de proximité, IPSPL, travailleur·ses sociaux·les, ASI, médecins et gestionnaires), de l'ENAP (professionnel·les et assistant·es de recherche, adjointe administrative et professeures), des chercheurs et chercheuses associés d'autres milieux universitaires et du réseau intersectoriel où le projet a pu se développer : les organismes communautaires, la municipalité, les pharmacies communautaires, etc.

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

MERCI

Liste de sigles et acronymes

CdR	Clinique des réfugiés
CER	Comité d'éthique de la recherche
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMU	Clinique médicale d'urgence
DSG	Direction des services généraux
DA	Demandeurs et demandeuses d'asile
DSI	Direction des soins infirmiers
ÉEPI	Étendue effective de la pratique infirmière
ENAP	École nationale d'administration publique
FIR	Formulaire d'information et pour un consentement à la recherche
FSI	Faculté des sciences infirmières
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GAMF	Guichet d'accès aux médecins de famille
GMF	Groupe de médecine de famille
ICP	Infirmière clinicienne de proximité
IP SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IQ	Intervention de quartier
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
MD	Médecin
MIFI	Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

RP	Résidents et résidentes permanentes
SANC	Service d'aide aux Néo-Canadiens
TC	Transfert des connaissances
TS	Travailleuses et travailleurs sociaux
UQAM	Université du Québec à Montréal

Table des matières

Remerciements	2
Liste de sigles et acronymes.....	3
Table des matières.....	5
Table des illustrations	7
Table des graphiques	7
OBJECTIF DU RAPPORT	8
SYNTHÈSE	9
SYNTHÈSE GRAPHIQUE	11
OBJECTIFS DU PROJET	12
MÉTHODOLOGIE DE COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES	16
Entrevues individuelles et Observations	16
Masques de saisie et Données I-CLSC	17
RÉSULTATS.....	19
PREMIÈRE PARTIE : Profils des usagers et usagères et des interventions	19
1. Masques de saisis remplis par chaque prestataire	19
2. Raisons de consultation des usagères et usagers selon les professionnel·les consulté·es	28
3. Types d'interventions réalisées par les ICP, les IPSPL et les médecins.....	30
4. Références effectuées par les ICP, les IPSPL et les médecins	34
DEUXIÈME PARTIE : Déploiement optimal de la pratique des ICP et IPSPL et complémentarité des rôles	42
1. La complémentarité entre les rôles des trois prestataires : ICP, IPSPL et MD	42

2. Les caractéristiques de la pratique des ICP	42
3. Les caractéristiques de la pratique des IPSPL	48
4. Liens collaboratifs entre les ICP et les IPSPL	50
TROISIÈME PARTIE : Retombées et Implications de l’implantation des nouveaux rôles ICP et IPSPL.....	53
1. Les usagères et usagers	53
1.1 Réponse aux besoins et satisfaction des usagers et usagères.....	53
1.2 Une meilleure prise en compte des problèmes de santé mentale.....	54
2. Le réseau de la santé et des services sociaux	54
2.1 Diminution des consultations à l’urgence	54
2.2 Le bon service au bon endroit au bon moment	55
2.3 Les médecins ont plus de disponibilités pour les cas de santé mentale	55
3. Le réseau intersectoriel de proximité.....	56
3.1 Un réseau déjà présent, mais fragmenté avant le projet	56
3.2 Un rôle pivot joué par les Interventions de quartier (IQ)	56
3.3 Des collaborations diversifiées et cohérentes : les espaces communautaires comme catalyseurs relationnels	56
3.4 Des retombées systémiques sur le réseau intersectoriel	57
RECOMMANDATIONS	59
RÉFÉRENCES	61
ANNEXES.....	63

Table des illustrations

Tableau 1 Distribution des caractéristiques individuelles des personnes réfugiées et demandeuses d'asile et des citoyennes canadiennes et résidentes permanentes	21
Tableau 2 : Raisons, lieux et professionnel·les des références effectuées par les IPSPL et les médecins.....	41

Table des graphiques

Graphique 1 : Masques de saisie remplis par chaque prestataire	19
Graphique 2 : Répartition des interventions selon les prestataires entre octobre 2019 et mai 2023	20
Graphique 3 : Répartition des usager·ères par statut migratoire.....	24
Graphique 4 : Répartition des usager·ères par sexe	25
Graphique 5 : répartition des usager·ères par groupe d'âge.....	25
Graphique 6 : Raisons de consultation auprès de l'ICP pour l'ensemble des usager·ères	28
Graphique 7 : Raisons de consultation auprès de l'ICP des réfugié·es et DA.....	29
Graphique 8 : Raisons de consultation (effectifs) chez les IPSPL et les MD	30
Graphique 9 : Interventions réalisées par l'infirmière clinicienne de proximité auprès de l'ensemble des usager·ères.....	31
Graphique 10 : Interventions réalisées par l'infirmière clinicienne de proximité auprès des personnes réfugiées et DA	31
Graphique 11 : Autres activités réalisées par l'infirmière clinicienne de proximité	32
Graphique 12 : Distribution des interventions réalisées par les IPSPL	33
Graphique 13 : Distribution des interventions réalisées par les MD.....	34
Graphique 14 : Proportion des références effectuées par les ICP pour l'ensemble des consultations.....	35
Graphique 15 : Proportion des références effectuées par l'ICP pour les usager·ères réfugié·es et DA.....	35
Graphique 16 : Raisons des références effectuées par les ICP.....	36
Graphique 17 : Raisons des références des réfugié·es et DA effectuées par les ICP	37
Graphique 18 : Proportion de références faites par l'ICP vers un organisme ou institution.....	37
Graphique 19 : Proportion de références des personnes réfugiées et DA effectuées par les ICP vers un organisme ou institution.....	38
Graphique 20 : Proportion de références par les ICP vers un organisme ou institution, selon le statut d'immigration.....	38
Graphique 21 : Proportion de références par les ICP vers d'autres professionnel·les.....	39
Graphique 22 : Type de rencontre des ICP avec l'ensemble des usager·ères	44
Graphique 23 : Type de rencontre des ICP avec les usager·ères réfugié·es et DA	45
Graphique 24 : Moyen de communication utilisé par les ICP	45
Graphique 25 : Moyen de communication utilisé par les ICP avec les usager·ères réfugié·es et DA.....	46
Graphique 26 : Provenance de la référence des usager·ères (Organismes et Institutions)	47
Graphique 27 : Provenance des références (intervenant·es en charge)	48

OBJECTIF DU RAPPORT

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

SYNTHÈSE

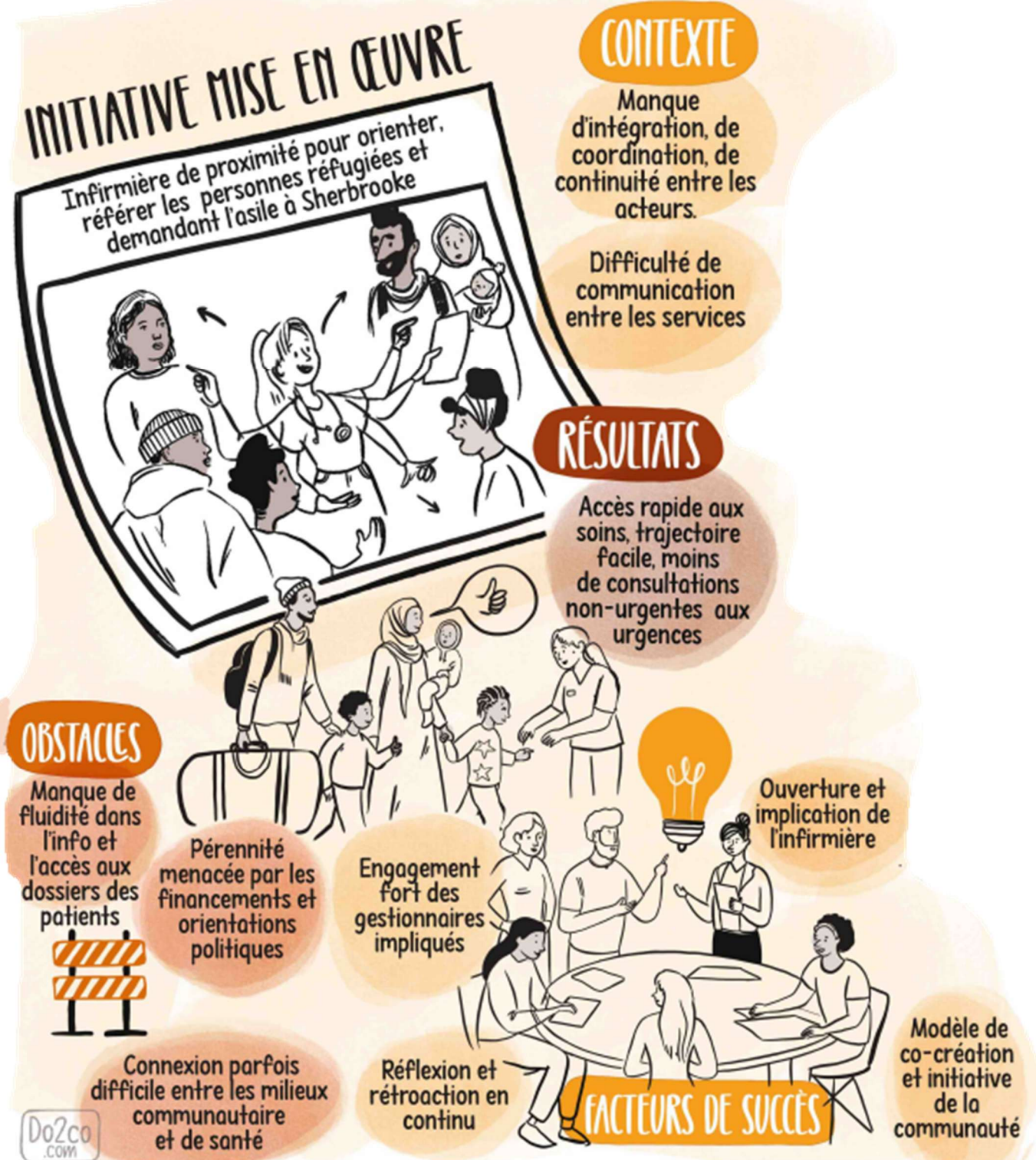
Le projet « **Implantation d’une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès de personnes réfugiées** » a obtenu la subvention « Pour mieux soigner » de la Fondation de l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le montant de la subvention était de 225 000 \$. Le projet a été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

En ce qui concerne les données quantitatives, nous avons développé des masques de saisie remplis par les ICP, les IPSPL et les médecins de la CdR (n=474). Ces questionnaires ont permis de récolter des données sur les caractéristiques sociodémographiques des usagers et usagères, la provenance de la référence et la raison de la consultation, les types d’interventions réalisées, les références effectuées par l’ICP et les autres activités professionnelles réalisées. Des données des bases ICLSC ont permis de compléter cette base, notamment sur les interventions de la deuxième ICP (au total n=616 questionnaires, incluant consultations et activités).

En ce qui concerne les données qualitatives, deux techniques de collecte des données ont été mobilisées, soit les entrevues semi-dirigées et les observations non participantes. Ainsi, 15 entrevues auprès de 17 acteur·trices et usager·ères ont été réalisées. Les entrevues réalisées auprès des infirmières, IPSPL et médecins ont permis de récolter des données sur les différents champs de pratiques des professionnel·les de la santé, leurs limites et leur complémentarité, les facteurs facilitants et les obstacles liés à la mise en œuvre du projet ainsi que sur ses retombées. Les entrevues réalisées auprès d’autres actrices et acteurs ont permis de récolter des données sur leur compréhension du projet, leurs points de vue relatifs aux différents champs de pratiques des infirmières, les facteurs facilitants et les obstacles à la mise en œuvre du projet, les interactions entre les actrices et acteurs au sein du réseau et les retombées du projet. L’ensemble des intervenant·es rencontré·es font un bilan très positif du projet. Les services de proximité

implantés répondent aux besoins variés des usagers et usagères et augmentent par le fait même l'accessibilité des services de santé. Ils évitent également les inquiétudes ou les incertitudes quant à l'endroit où se rendre pour répondre à leurs besoins. Le projet a aussi contribué à une meilleure prise en compte des problèmes de santé mentale chez les personnes réfugiées et les demandeuses d'asile. L'ICP facilite la navigation des usagers et usagères au sein du système de santé et le nombre de références à l'urgence est quasi nul. En outre, l'intervention a permis d'éviter le gaspillage des ressources ou les multiples consultations auprès des différent-es professionnel·les pour un même problème. La présence des IPSPL a permis de répondre à des problèmes de santé courants permettant par le fait même d'accroître les disponibilités des médecins, surtout pour les cas complexes de santé. Quant aux répondant·es de manière générale, ils et elles considèrent que la trajectoire des services a été simplifiée au sein du réseau de la santé pour les clientèles vulnérables, notamment les personnes réfugiées et demandeuses d'asile.

SYNTHÈSE GRAPHIQUE



OBJECTIFS DU PROJET

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

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

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

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

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

CONTEXTE ET ORIGINE DU PROJET

Au Québec, la vulnérabilité des personnes réfugiées est exacerbée par le manque d'intégration des ressources existantes et le manque d'accès et de continuité des soins et services de santé, notamment lorsque des interprètes sont nécessaires. En contexte de première ligne, de nombreuses études montrent les difficultés d'accès aux soins et services et soulignent que les personnes migrantes, dont les réfugiées, éprouvent des difficultés à obtenir les soins nécessaires ; reçoivent moins de services et de moindre qualité ; reçoivent un traitement d'une manière inéquitable par les prestataires de soins ne correspondant pas à leurs besoins (1-3).

Plus spécifiquement, une recherche-action a été menée entre 2017 et 2019 par Maillet et ses collaborateurs (4, 5). Cette recherche-action a permis de relever de nombreux enjeux liés à l'accessibilité des services pour les personnes réfugiées du territoire de Sherbrooke : les barrières linguistiques (ex. lors du passage aux urgences, au triage, ou pendant les rencontres avec les professionnel·les) ; les difficultés pour avoir accès à un médecin de famille, obligeant le passage par le service des urgences ; les délais d'attente dans les cliniques sans rendez-vous ou aux urgences ; le manque d'information lors de la période d'attente pour un suivi clinique ou de résultats d'examens engendrant de ce fait un sentiment excessif d'insécurité et de stress ; les enjeux de confidentialité et de création d'un lien de confiance dans les interactions avec les professionnel·les exigeant le recours à un·e interprète ; la méconnaissance de l'existence ou de l'emplacement géographique des ressources et services disponibles. À cela, les actrices et acteurs du réseau de la santé ont ajouté les enjeux cliniques, tels que l'inadéquation entre l'offre de services et les besoins spécifiques des personnes réfugiées ; la difficulté de répondre aux incompréhensions des personnes réfugiées concernant le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) qui ne correspond pas à leurs perceptions soit à leur arrivée, ou comparativement à celles de leurs pays d'origine ; la nécessité de comprendre les différences culturelles ; la variation du degré de sensibilité interculturelle des intervenants selon le contexte de travail (ex. intrahospitalier, urgences, etc.) ; le manque de ressources supplémentaires en intervention pour mieux répondre au nombre de personnes réfugiées croissant (6).

Sur le plan de l'administration des services infirmiers, des études révèlent un déploiement sous-optimal de l'étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI) influencée notamment par un manque d'autonomie et une ambiguïté des rôles infirmiers (7, 8). Ces résultats sont considérés comme préoccupants puisqu'ils impliquent que certains soins requis pour améliorer la condition des patients et de leur famille ne sont pas fournis.

Selon cette recherche-action, il est prioritaire de mettre en place un réseau intégré de proximité pour les personnes réfugiées. Ce réseau faciliterait l'accès et la continuité des soins et des services, notamment médicaux, en vue de limiter la vulnérabilité des personnes réfugiées. Les résultats de cette recherche mettent en évidence que le développement et l'implantation d'un réseau intersectoriel de proximité doté d'infirmières cliniciennes de proximité (ICP), d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL), de travailleuses et travailleurs sociaux, d'agent-es de liaison, d'organisatrices et organisateurs communautaires et de médecins, serait une stratégie essentielle pour rejoindre l'ensemble des intérêts et répondre aux besoins des personnes concernées.

Ce réseau a donc été conçu pour être intégré au sein des interventions de proximité déjà existantes : les Interventions de quartiers (IQ). Les équipes d'IQ sont en place dans deux quartiers depuis près de 15 ans et sont déjà composées de : 1) travailleuses et travailleurs sociaux des services psychosociaux généraux (accueil psychosocial actif, mise en réseau des résident-es et des intervenant-es, actions sur les déterminants sociaux de la santé) ; 2) quatre intervenant-es, dédié-es à chacun des quartiers, qui proviennent de différents programmes de première ligne (offre de services en santé mentale, jeunesse et personnes âgées, collaboration avec l'équipe intersectorielle) ; 3) un-e pédiatre (offre de services de pédiatrie sociale). En plus de cette équipe, les nouveaux rôles d'ICP et IPSPL bénéficient de l'expertise de la CdR qui est responsable de l'évaluation des personnes réfugiées via un bilan de santé et de bien-être dans un laps de temps prescrit. Les partenaires intersectoriel·les (institutions, organismes communautaires, municipalités, pharmacies, groupes de médecins de famille, etc.) sont parties prenantes de ce réseau, ce qui renforce aussi la cohérence du filet de sécurité déployé autour des personnes des deux quartiers ciblés (9). Une cartographie du réseau est présentée en Annexe 5.

Offre de services et clientèle desservie

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

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

Finalement, l'objectif est de mettre en œuvre une intervention à la fois populationnelle visant tous les résident·es des deux quartiers ciblés, et spécifique, ciblant les personnes réfugiées et en demande d'asile, et ce, en facilitant une trajectoire de service en direction de la Clinique des Réfugiés de la région.

MÉTHODOLOGIE DE COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Dans le cadre de cette recherche, une approche d'évaluation développementale a été adoptée (10). Elle a été réalisée par le biais d'un devis mixte, combinant à la fois les données quantitatives et qualitatives.

Les données utilisées et présentées dans ce rapport sont issues de trois sources différentes : des entrevues individuelles, des observations et des masques de saisie.

La collecte des données a été réalisée entre octobre 2019 et mai 2023.

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

Entrevues individuelles et Observations

Les entrevues individuelles ont été réalisées auprès de différentes personnes (n=17) impliquées dans l'intervention et son réseau, dont les ICP, les travailleur·ses sociaux, des gestionnaires, des IPSPL, des personnes réfugiées usagères des services de proximité, des intervenant·es d'organismes communautaires, des médecins.

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

Toutes les entrevues ont été enregistrées et retranscrites intégralement (verbatim). Les transcriptions des entrevues et les notes d'observation ont été codées à l'aide du logiciel *QDA Miner 5*. Une grille d'analyse a été préparée et validée par l'équipe de recherche à partir du cadre conceptuel de Graham & Logan (11). Cette grille a permis de ressortir 10 principaux codes et 78 sous-codes. Enfin, une analyse thématique (12) a été réalisée sur ce corpus en portant une attention particulière aux similarités et divergences entre les différentes catégories d'actrices et acteurs.

Sept principaux thèmes sont ressortis : (1) origine et compréhension du projet par les acteur·trices, (2) description de l'étendue de pratique de l'ICP, (3) description de l'étendue de pratique de l'IPSPL, (4) liens entre les ICP et les IPSPL, (5) facteurs et obstacles de l'utilisation de l'intervention, (6) retombée de l'intervention, et (7) bilan et pérennisation du projet.

Masques de saisie et Données I-CLSC

L'équipe de recherche a conçu deux masques de saisie pour saisir les données cliniques durant les consultations auprès des différent.es professionnel.les, à partir du modèle de Duhoux et al. (13) : l'un destiné à l'ICP et l'autre aux IPSPL et médecins (annexe 3). Le masque de saisie des ICP comportait cinq sections : (i) caractéristiques sociodémographiques des usagers et usagères, (ii) provenance de la référence et raison de consultation, (iii) types d'interventions réalisées, (iv) références effectuées par l'ICP et (v) autres activités professionnelles réalisées. En ce qui concerne les types d'interventions, l'équipe de recherche s'est basée sur la catégorisation de l'étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI)¹ telle que définie par D'Amour et collaborateurs (14).

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

Après la saisie des données dans le logiciel SPSS², nous avons procédé à un nettoyage des données visant à retirer les doublons et les données incohérentes. Dans le cadre de cette étude, nous avons dans un premier temps 474 questionnaires renseignés par les trois types de prestataires (ICP, IPSPL et MD). Ainsi, 359 questionnaires ont été renseignés par les ICP dont 282 sont des consultations et 77 concernent des activités réalisées en l'absence d'usager-ères (autres activités). Les IPSPL et MD ont renseigné respectivement 45 et 70 questionnaires en lien uniquement avec des consultations réalisées par ces prestataires auprès d'usager-ères.

Par la suite, nous avons complété les questionnaires susmentionnés par une demande d'accès aux données I-CLSC des interventions réalisées par une ICP, soit au total 142 interventions. Néanmoins, ces données contiennent moins d'informations que les masques de saisie conçus par l'équipe de recherche. En effet, les données I-CLSC comportent uniquement l'information sur le sexe, l'âge, le lieu de naissance, la langue parlée, le statut d'immigration, la raison de consultation ainsi que l'indicateur de référence (oui/non).

¹ L'ÉEPI définit la pratique réelle des infirmières, c'est-à-dire l'éventail des fonctions et responsabilités effectivement déployées par les infirmières (14).

² Version 29.0.0.0 de l'année 2022.

Au terme d'un premier traitement, nous avons donc dans le cadre de cette étude 616 questionnaires (consultations et activités) remplis parmi lesquels 539 sont des consultations réalisées par les trois prestataires de services c'est-à-dire les ICP (soit 424 questionnaires), les IPSPL (soit 45 questionnaires) et les MD (soit 70 questionnaires). 77 questionnaires portaient uniquement sur les autres activités réalisées par les ICP telles que la tenue de dossier et monitoring, les réunions d'équipe, les formations, la vaccination de groupe.

L'ensemble des 539 consultations réalisées par les trois types de prestataires concerne un effectif total de 323 patients (dont 228 chez les ICP, 35 chez les IPSLD et 60 chez les MD) ayant consulté au moins une fois entre le 10 octobre 2019 et le 17 mai 2023.

Les analyses descriptives ont été effectuées à l'aide du logiciel Stata version 15.1. Ces analyses ont permis de mettre en évidence :

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

RÉSULTATS

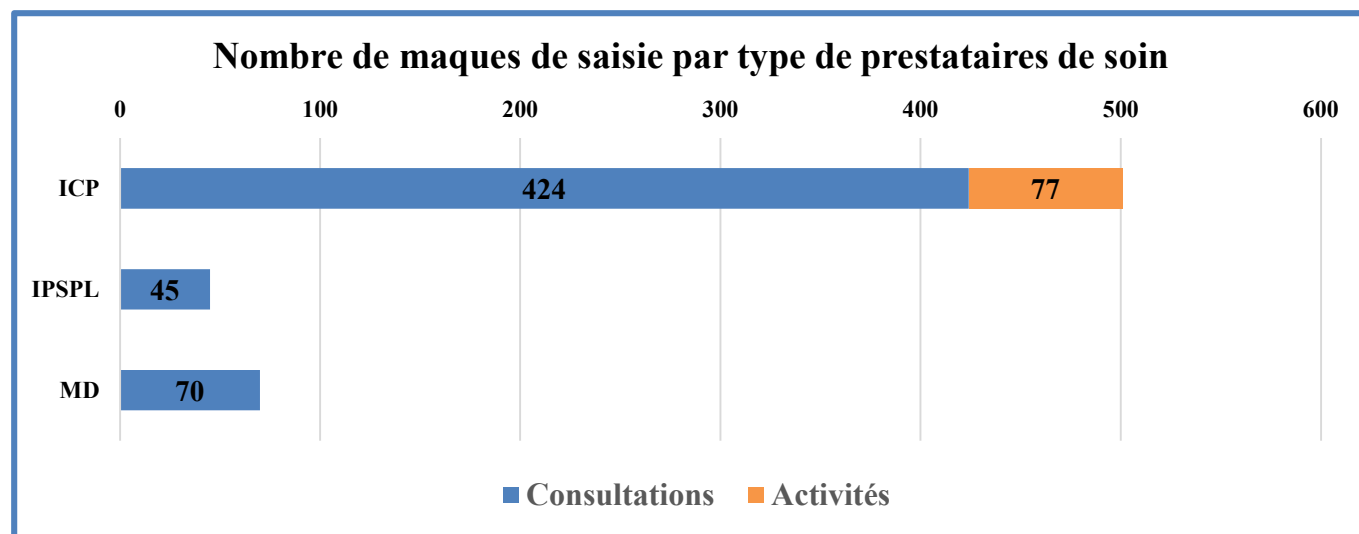
PREMIÈRE PARTIE : Profils des usagers et usagères et des interventions

Cette partie repose sur les analyses descriptives quantitatives du projet.

1. Masques de saisis remplis par chaque prestataire

Entre le 10 octobre 2019 et le 17 mai 2023, 616 interventions ont été compilées (par masques de saisie et données I-CLSC), parmi lesquelles 501 ont été complétées par les ICP (dont 424 en consultations et 77 en activités en l'absence de l'utilisateur). Les IPSPL et les médecins ont rempli respectivement 45 et 70 masques de saisie durant cette même période.

Graphique 1 : Masques de saisie remplis par chaque prestataire



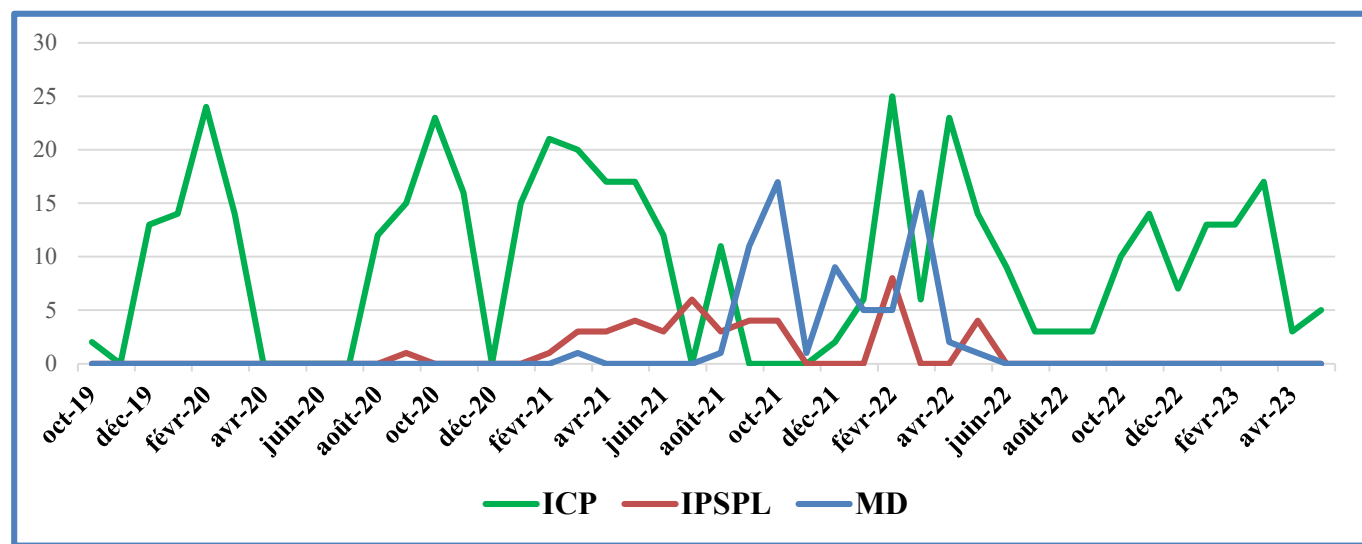
1.1 Répartition des interventions des prestataires selon le mois et l'année de consultation

Le graphique ci-dessous présente les interventions compilées entre les mois d'octobre 2019 et mai 2023 par chaque prestataire (ICP, IPSPL et MD). Cela donne des indications sur la répartition des interventions effectuées pendant cette période. Toutefois, ces variations sont à prendre avec précautions ici. Certains creux trouvent des explications dans le contexte de pratique : l'ICP a été délestée entre mars et juillet 2020, puis il y a eu un bris de service entre août et décembre 2021 pour cause de roulement de personnel (ICP). La seconde ICP, arrivée en janvier 2022, a également eu tendance à moins remplir les masques de saisie, c'est la raison pour laquelle nous avons complété le suivi de ces interventions par des données I-CLSC, qui offrent néanmoins moins d'informations sur les interventions, mais ont permis d'étendre la période

d'observation jusqu'en mai 2023. Quant aux IPSPL, elles étaient dédiées deux demi-journées par semaine au projet, et les médecins au gré des références des autres professionnel.les. Certains pics ont lieu également suite à des rappels de l'équipe de recherche à remplir les masques de saisie.

La répartition faite au graphique 2 concerne 612 interventions pour lesquelles l'information a été renseignée sur la date de la consultation ou la date à laquelle le questionnaire a été rempli.

Graphique 2 : Répartition des interventions selon les prestataires entre octobre 2019 et mai 2023



1.2 Caractéristiques des usagers et usagères, répartis selon le statut d'immigration

Il s'agit ici des caractéristiques des usagers et usagères à leur première consultation.

Dans cette section, nous présentons des caractéristiques individuelles des usager-ères ayant consulté entre octobre 2019 et mai 2023, auprès d'au moins un-e prestataire de services soit les ICP, les IPSPL et/ou les médecins. Ces caractéristiques concernent 323 individus (soit 228 ayant consultés les ICP, 35 les IPSPL et 60 les médecins). Pour chacune des variables, nous avons tenu compte des effectifs valides.

Tableau 1 Distribution des caractéristiques individuelles des personnes réfugiées et demandeuses d’asile et des citoyennes canadiennes et résidentes permanentes

Réfugié-es et demandeur-ses d’asile			Citoyen-nes et RP		
	Effectifs	Proportions (%)		Effectifs	Proportions (%)
Sexe			Sexe		
Féminin	88	66,7	Féminin	58	68,2
Masculin	44	33,3	Masculin	27	31,8
Total	132	100	Total	85	100
Groupes d’âge			Groupes d’âge		
0-4 ans	9	5,0	0-4 ans	13	15,7
5-14 ans	25	13,8	5-14 ans	8	9,6
15-34 ans	59	32,6	15-34 ans	24	28,9
35-49 ans	54	29,8	35-49 ans	15	18,1
50 ans et plus	34	18,8	50 ans et plus	23	27,7
Total	181	100	Total	83	100
Statut emploi			Statut emploi		
En emploi	32	23,2	En emploi	12	22,6
Sans emploi	97	70,3	Sans emploi	35	66,0
Autre	9	6,5	Autre	6	11,3
Total	138	100	Total	53	100
Médecin de famille			Médecin de famille		
Oui	3	1,9	Oui	12	20,7
Non	158	98,1	Non	46	79,3
Total	161	100	Total	58	100

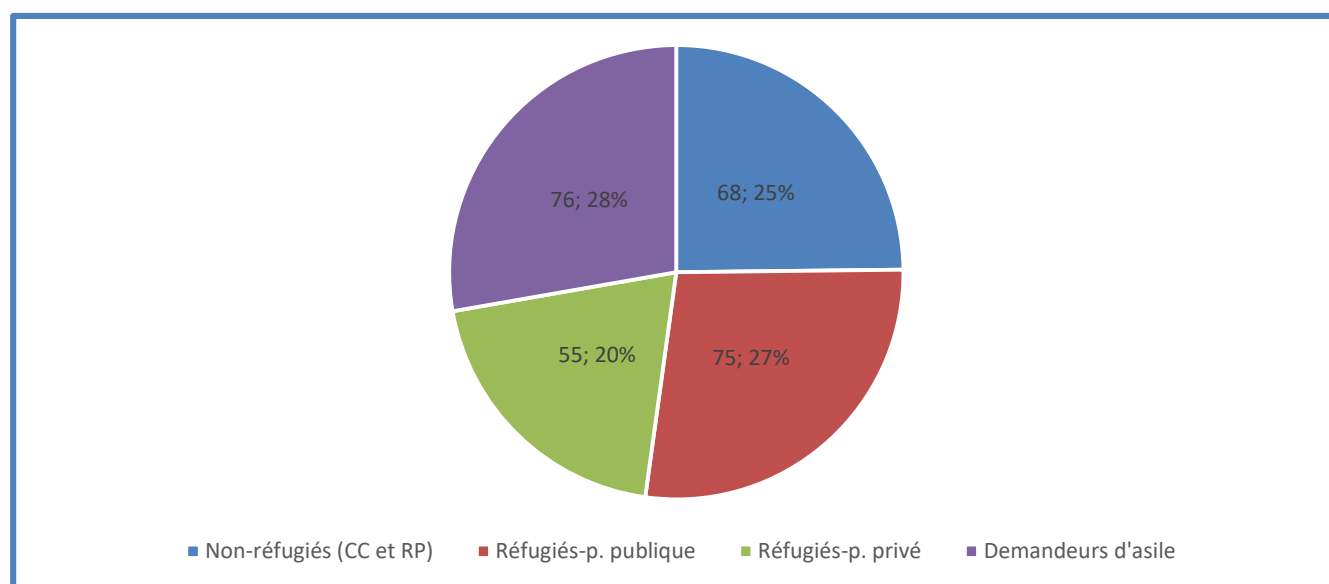
Pays de naissance			Pays de naissance		
Colombie	68	34,0	Canada	76	89,4
Afghanistan	42	21,0	Autre pays d'Afrique	4	4,7
Syrie	26	13,0	Autre pays d'Amérique latine	2	2,4
RCA	16	8,0	Colombie	1	1,2
RDC	12	6,0	Autre pays Moyen-Orient	1	1,2
Autre pays d'Afrique	14	7,0	RCA	1	1,2
Autre pays d'Amérique latine	13	6,5	Afghanistan	0	0,0
Autre pays (Asie & Europe)	9	4,5	RDC	0	0,0
Autre pays Moyen-Orient	0	0,0	Syrie	0	0,0
Total	200	100	Total	85	100
Langue parlée			Langue parlée		
Français	43	21,8	Français	79	96,3
Anglais	1	0,5	Anglais	1	1,2
Espagnol	76	38,6	Espagnol	1	1,2
Dari	37	18,8	Dari	0	0,0
Arabe	30	15,2	Arabe	0	0,0
Autre	10	5,1	Autre	1	1,2
Total	197	100	Total	82	100
Interprète			Interprète		
Oui	157	79,3	Oui	2	2,4
Non	41	20,7	Non	83	97,6
Total	198		Total	85	100
Type d'interprète			Type d'interprète		
Familles/Proches	27	17,2	Familles/Proches	2	100,0

Banque	110	70,1	Banque	0	0,0
Intervenante	20	12,7	Intervenante	0	0,0
Total	157	100	Total	2	100
Nombre de visites			Nombre de visites		
Une visite	147	71,4	Une visite	49	57,6
Deux ou trois visites	38	18,4	Deux ou trois visites	29	34,1
Quatre visites et plus	21	10,2	Quatre visites et plus	7	8,2
Total	206	100	Total	85	100

1.3 Répartition des usager·ères par statut d'immigration

En ce qui concerne le statut migratoire des usager·ères, nous avons l'information valide sur 291 personnes (sur les 323 individus de la base de données). Dans cet effectif, 206 personnes sont réfugiées ou demandeuses d'asile (soit 70,8 %). Plus précisément, la proportion estimée des personnes réfugiées est de 45 % (18,9 % réfugié·es parrainé·es par le privé et 26,1 % parrainé·es par le public), celle des demandeur·ses d'asile est de 25,8 %, et les citoyen·nes canadien·nes et résident·es permanent·es comptent pour 29,2 % (Graphique 3).

Graphique 3 : Répartition des usager·ères par statut migratoire

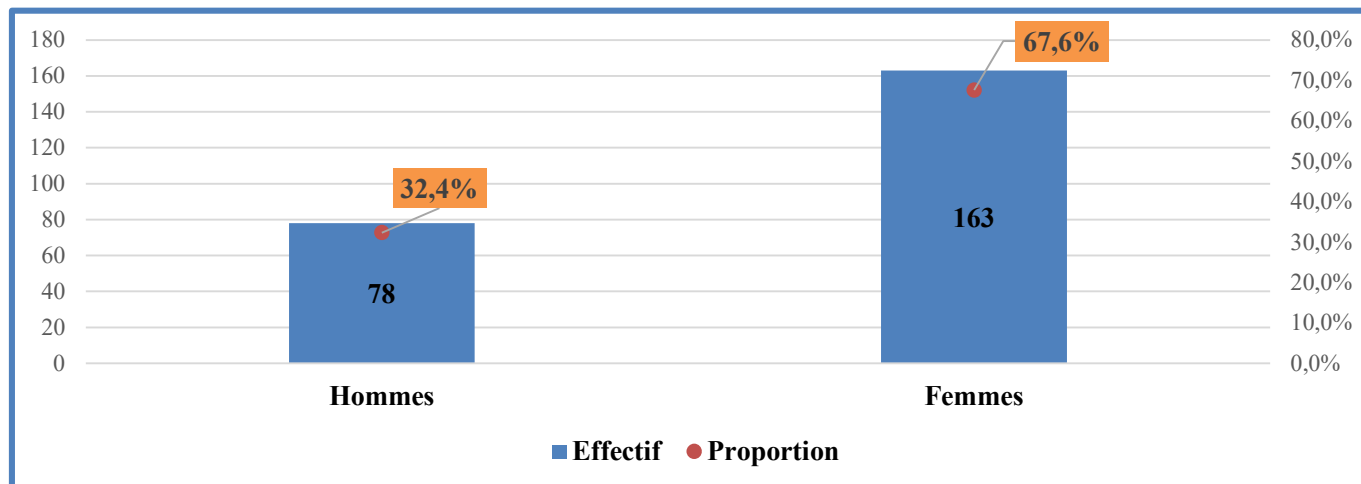


Sexe

Parmi les 323 usager·ères ayant consulté auprès des différent·es prestataires de soin au cours de la période allant d'octobre 2019 à mai 2023, nous avons des valeurs valides concernant le sexe pour 241 personnes³. Les résultats montrent que plus de 2 usager·ères sur trois (67,6 %) sont des femmes (cf. Graphique 4).

³ Notons que sur l'ensemble des usager·ères ayant consulté auprès des IPSPL et MD (soit 95 individus), l'information valide sur le sexe ne concerne que 13 personnes.

Graphique 4 : Répartition des usager·ères par sexe

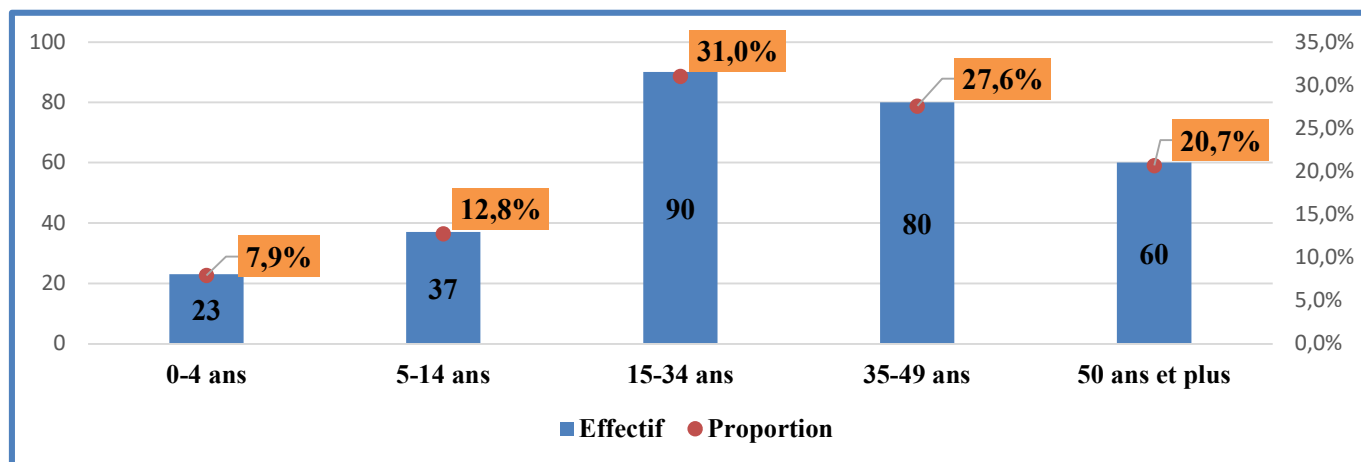


Cette proportion varie peu selon le statut d'immigration des personnes usagères. La proportion de femmes est de 66,7 % chez les personnes réfugiées et DA, et de 68,2 % chez les personnes citoyennes et RP.

Âge

Nous avons des valeurs valides concernant l'âge pour 290 usager·ères. L'âge médian est de 33 ans, avec une variation s'étalant de 0 à 94 ans. On constate que la proportion des personnes ayant consulté augmente graduellement lorsqu'on passe d'un groupe d'âge à l'autre jusqu'au pic 15-34 ans puis redescend continuellement d'un groupe d'âge à l'autre. La population active (plus de 15 ans) représente 79,3 % des patients. Les enfants (0-4 ans) et les jeunes (5-14 ans) comptent respectivement pour 7,9 % et 12,8 %.

Graphique 5 : répartition des usager·ères par groupe d'âge



Une distribution semblable des âges est à noter, quel que soit le statut d'immigration. Les moins de 15 ans sont toutefois un peu plus représentés chez les personnes citoyen.ne.s et RP (25,3 %, vs 18,8 % chez les personnes réfugiées et DA).

Statut emploi

Nous avons des valeurs valides concernant le statut d'emploi pour 191 usager·ères. Nous notons que près de 7 usager·ères sur dix (69,1 %) sont sans emploi, soit 70,3 % chez les personnes réfugiées et DA et 66 % chez les personnes citoyennes et RP.

Médecin de famille

Nous avons des valeurs valides concernant l'affiliation à un médecin de famille pour 218 usager·ères. La très grande majorité des usager·ères (93,1 %) n'ont pas de médecin de famille.

Ce taux monte à 98,1 % pour les personnes réfugiées et DA.

Pays de naissance

Concernant les pays de naissance des usagers et des usagères, nous avons des valeurs valides pour 311 patient-es. Ces dernier·ères sont majoritairement né·es au Canada (27 %), en Colombie (22,2 %), en Afghanistan (14,1 %), en Syrie (8,7 %), en République centrafricaine (RCA) (5,8 %), en République démocratique du Congo (RDC) (4,2 %), dans un autre pays d'Afrique (6,8 %), autre pays d'Amérique latine (5,1 %) et autre pays du Moyen-Orient (6,1 %).

Des différences sont toutefois notables selon les statuts d'immigration.

Les personnes réfugiées et DA⁴ proviennent majoritairement de la Colombie (34 %), de l'Afghanistan (21 %), de la Syrie (13 %), de la République centrafricaine (RCA) (8 %), de la République démocratique du Congo (RDC) (6 %), des autres pays d'Afrique (7 %), autres pays d'Amérique latine (6,5 %) et autre pays d'Asie ou d'Europe (4,5 %).

⁴ Nous avons l'information valide pour 200 personnes réfugiées et DA pour cette caractéristique.

Concernant les 85 personnes citoyennes et RP pour lesquels nous avons une valeur valide, 89,4 % sont nées au Canada, 4,7 % dans un pays d'Afrique, 1,2 % en République centrafricaine, 2,4 % dans un pays d'Amérique latine, 1,2 % en Colombie, et 1,2 % dans un pays du Moyen-Orient.

Langues parlées et recours à un interprète

En ce qui concerne les langues parlées par les usager·ères, nous avons l'information valide pour 303 personnes. On constate que plus de 50 % d'entre eux et elles ne parlent ni le français ni l'anglais. C'est le cas pour plus des trois quarts (77,7 %) des usagers et usagères réfugié·es et DA, tandis que 96,3 % des personnes citoyennes et RP parlent français.

Les langues couramment parlées par les personnes réfugiées et les DA sont l'espagnol (38,6 %), le dari (18,8 %) et l'arabe (15,2 %).

À cet égard, 79,3 % des personnes réfugiées et DA ont eu recours à un·e interprète dans le cadre de leur consultation. Parmi celles ayant eu recours à un·e interprète (n=157), 70,1 % ont eu recours à un·e interprète de la banque des interprètes, 17,2 % ont eu recours à un·e membre de leur famille ou un·e proche et dans 12,7 % des cas c'est l'intervenante qui a directement fait la traduction. Seulement 1,2 % des usager·ères citoyen·nes canadien·nes et RP (n=2) ont eu recours à un·e interprète et il s'agissait dans ce cas d'un·e membre de la famille ou d'un·e proche.

Nombre de consultations

En ce qui concerne le nombre de consultations par usager·ère, nous avons l'information valide pour 323 personnes. On constate que 69 % des individus ont effectué une seule visite. Le nombre maximum de visites effectuées par un·e usager·ère est de 13.

Par ailleurs, près d'un quart des usager·ères (23,6 %) ont effectué deux ou trois visites et 7,4 % des usager·ères ont effectué quatre visites et plus.

Concernant les différences selon le statut d'immigration, on relève que les personnes réfugiées et DA ont en plus grande proportion effectué une seule visite (71,4 %) comparativement aux personnes citoyennes et RP (57,6 %).

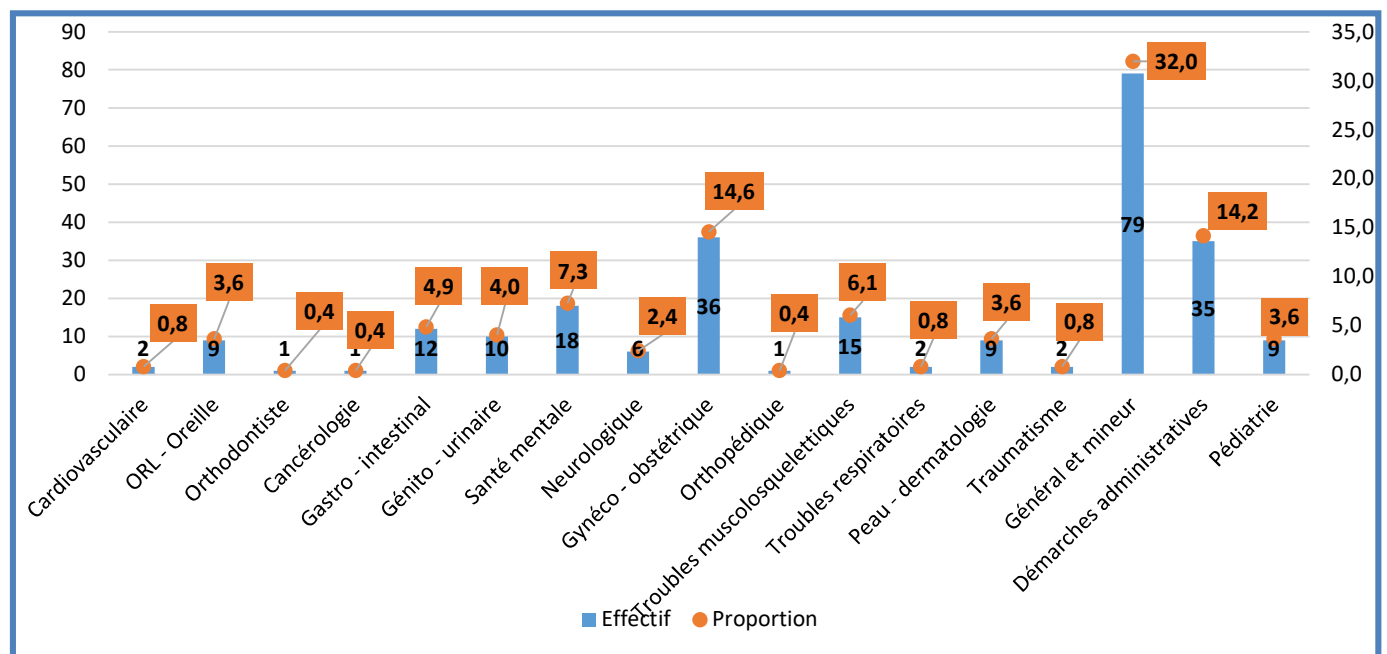
2. Raisons de consultation des usagères et usagers selon les professionnel·les consulté·es

2.1 Raisons de consultations auprès des ICP

Les analyses ont été effectuées sur les 247 consultations réalisées par les deux ICP (entre octobre 2019 à août 2021 pour l'ICP 1 et janvier 2022 à mai 2022 pour l'ICP 2) pour lesquelles nous avons l'information sur les raisons de consultation. Afin d'obtenir une meilleure visibilité et une description plus cohérente de celles-ci, les raisons de consultations ont été regroupées en dix-sept catégories consignées dans le Graphique 6.

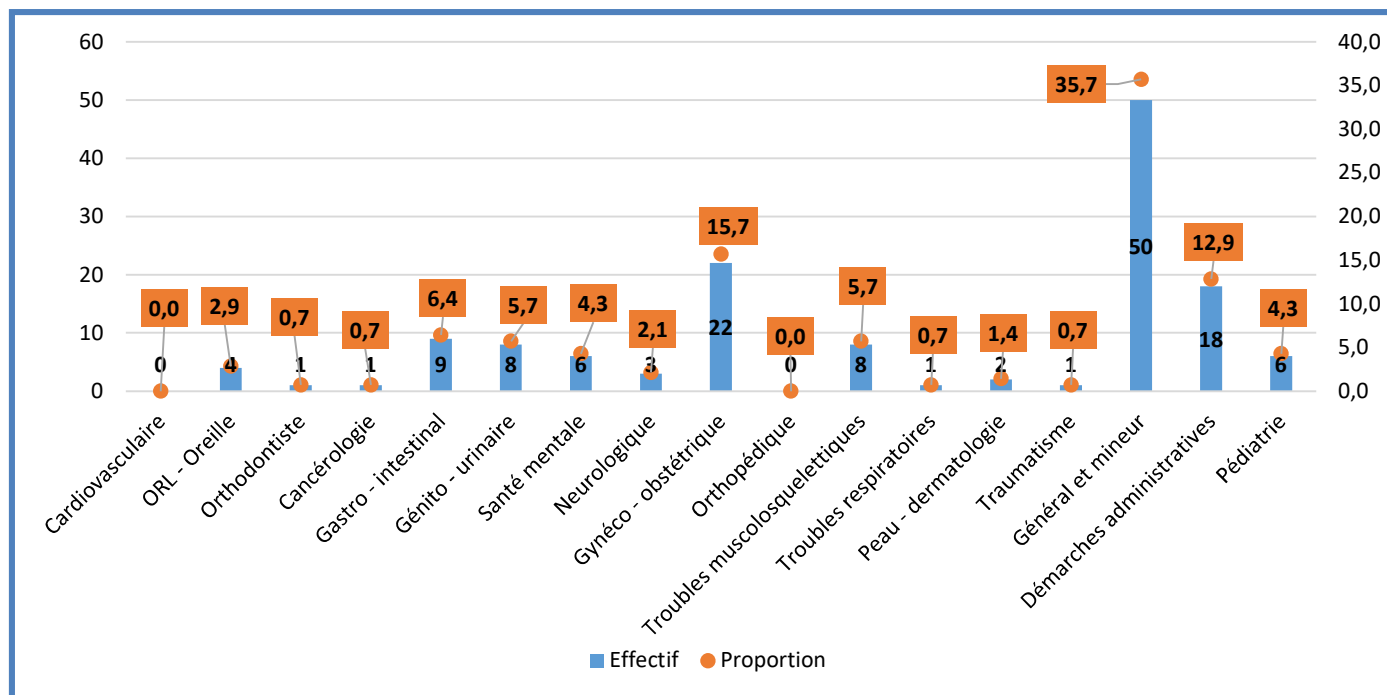
Dans l'ensemble, près d'un tiers des usager·ères (32,0 %) ont consulté l'ICP pour un problème qualifié de général et mineur (cf. Graphique 6). Ensuite viennent les raisons relevant du domaine gynéco-obstétrique (14,6 %), puis des démarches administratives (14,2 %) telles que le suivi de dossier, de rendez-vous, la mise à jour du dossier dans le Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), la demande d'information COVID et les formulaires d'emploi. D'après le graphique 6, les usagers consultent également pour des problèmes de santé mentale (7,3 %), de troubles musculo-squelettiques (6,1 %), gastro-intestinaux (4,9 %), génito-urinaires (4 %), ORL-oreille (3,6 %), peau-dermatologie (3,6 %) et relevant de la pédiatrie (3,6 %).

Graphique 6 : Raisons de consultation auprès de l'ICP pour l'ensemble des usager·ères



Quelques variations sont à noter selon les statuts d'immigration.

Graphique 7 : Raisons de consultation auprès de l'ICP des réfugié-es et DA



D'après le graphique 7, les usager-ères réfugié-es et DA consultent l'ICP majoritairement pour des problèmes qualifiés de général et mineur (35,7 %). Ensuite viennent les raisons relevant du domaine gynéco-obstétrique (15,7 %), puis des démarches administratives (12,9 %). Les usager-ères réfugié-es et DA consultent également pour des troubles gastro-intestinaux (6,4 %), musculo-squelettiques (5,7 %), génito-urinaires (5,7 %), de santé mentale (4,3 %), relevant de la pédiatrie (4,3 %) et de troubles ORL-oreille (2,9 %).

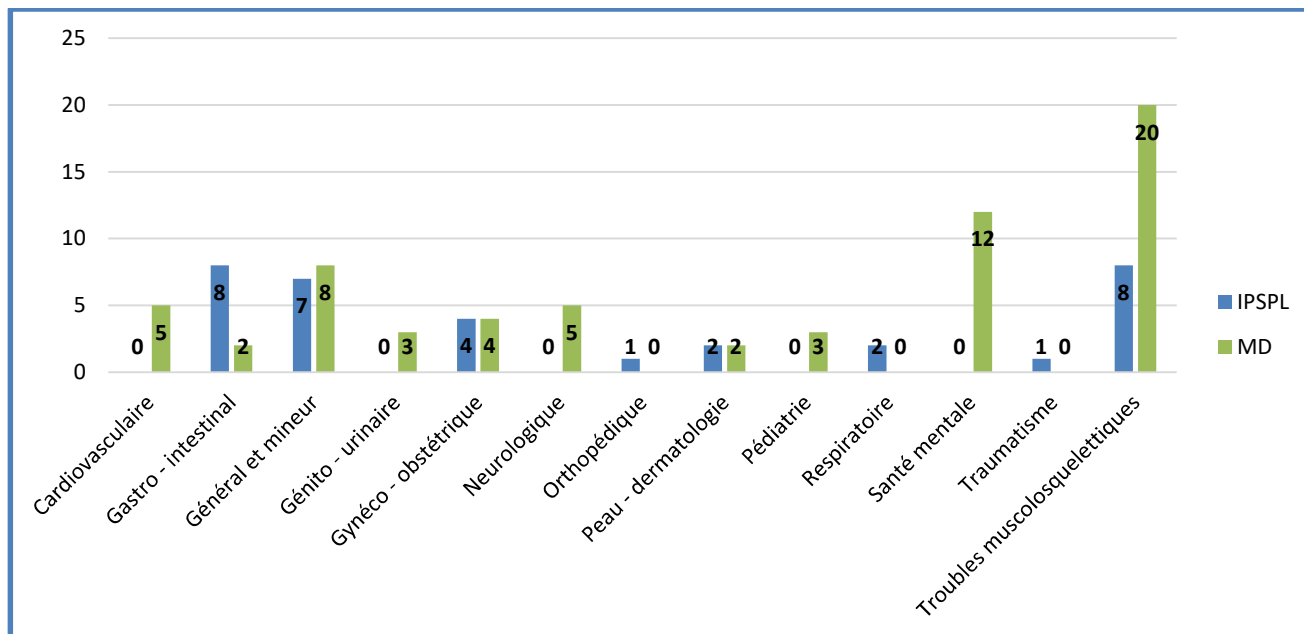
2.2 Raisons de consultation auprès des IPS et des médecins

Les usager-ères consultent majoritairement les IPSPL (N=33 consultations) pour des raisons liées aux troubles musculo-squelettiques (8), gastro-intestinaux (8) et d'ordre général et mineur (7). Certains individus ont également consulté des IPSPL pour des raisons gynéco-obstétrique (4), respiratoires (2), liées à la peau (2) (Graphique 8).

De leur côté, les médecins sont aussi consultés (n=64 consultations) en grande partie pour des raisons de troubles musculo-squelettiques (20 consultations), de santé mentale (12 consultations). Ils ont également des consultations de l'ordre du général et mineur (8 consultations), dont la plupart sont en lien avec un

formulaire d'emploi ou un certificat médical pour démarches administratives. D'après le graphique 8, les médecins consultent également pour des troubles neurologiques (5 consultations), gynéco-obstétriques (4 consultations), génito-urinaires (3 consultations) et gastro-intestinaux (2 consultations).

Graphique 8 : Raisons de consultation (effectifs) chez les IPSPL et les MD



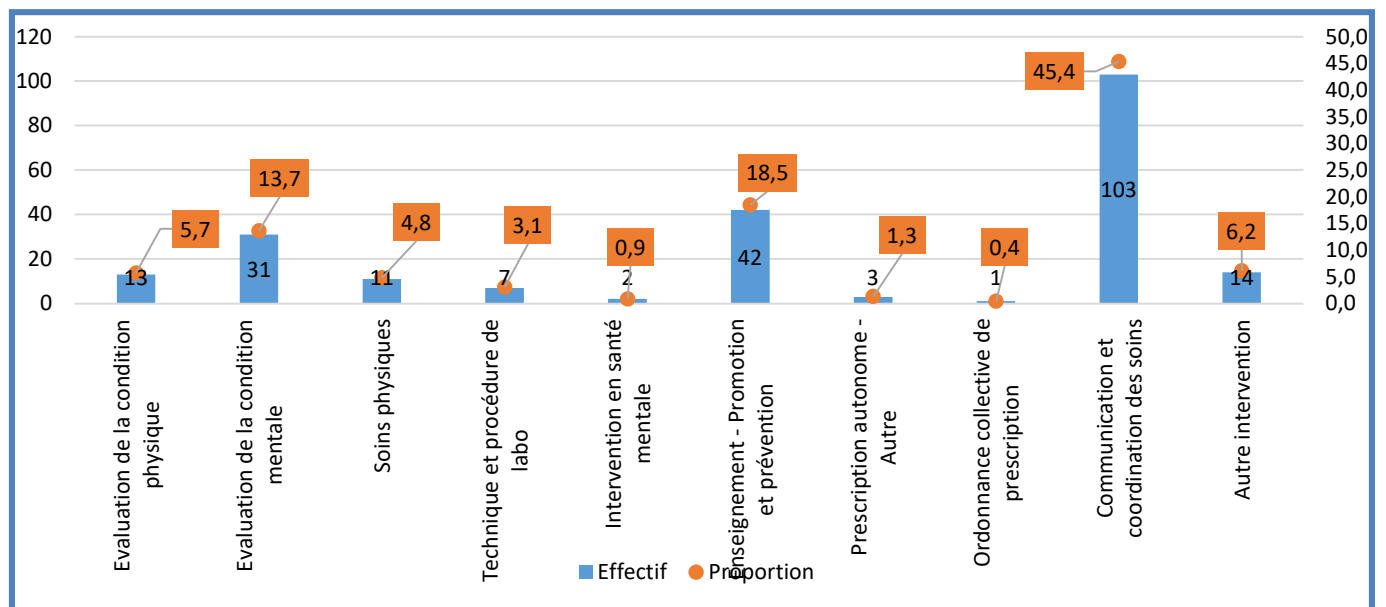
3. Types d'interventions réalisées par les ICP, les IPSPL et les médecins

3.1 Interventions réalisées par les ICP

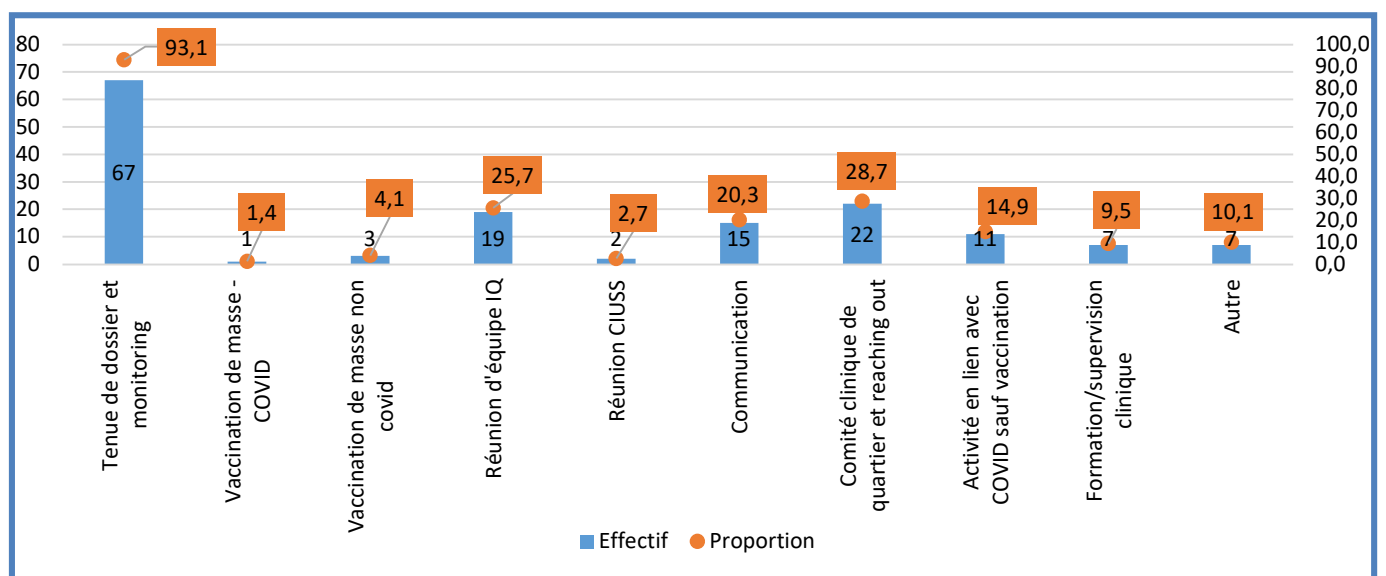
La durée moyenne d'une consultation réalisée par les ICP est de 38,2 minutes, avec un minimum de 5 minutes et un maximum de 120 minutes.

Les graphiques 9 et 10 indiquent que la pratique des ICP est assez diversifiée. Elles réalisent plusieurs interventions, parfois pendant la même consultation. Dans les proportions valides (N=140), trois types d'interventions se démarquent : la communication et la coordination des soins (45,4 % dans l'ensemble des consultations, 55,6 % des consultations des réfugié-es et DA), les interventions en enseignement, en promotion et en prévention (18,5 % dans l'ensemble des consultations, 17,7 % des consultations des réfugié-es et DA) et l'évaluation de la condition mentale (13,7 % dans l'ensemble des consultations, 12,1 % des consultations des réfugié-es et DA). Les ICP font aussi de l'évaluation de la condition physique (5,7 % dans l'ensemble des consultations, 4,8 % des consultations des réfugié-es et DA) et des soins physiques (4,8 % dans l'ensemble des consultations, 3,2 % des consultations des réfugié-es et DA).

Graphique 9 : Interventions réalisées par l'infirmière clinicienne de proximité auprès de l'ensemble des usager-ères



Graphique 10 : Interventions réalisées par l'infirmière clinicienne de proximité auprès des personnes réfugiées et DA

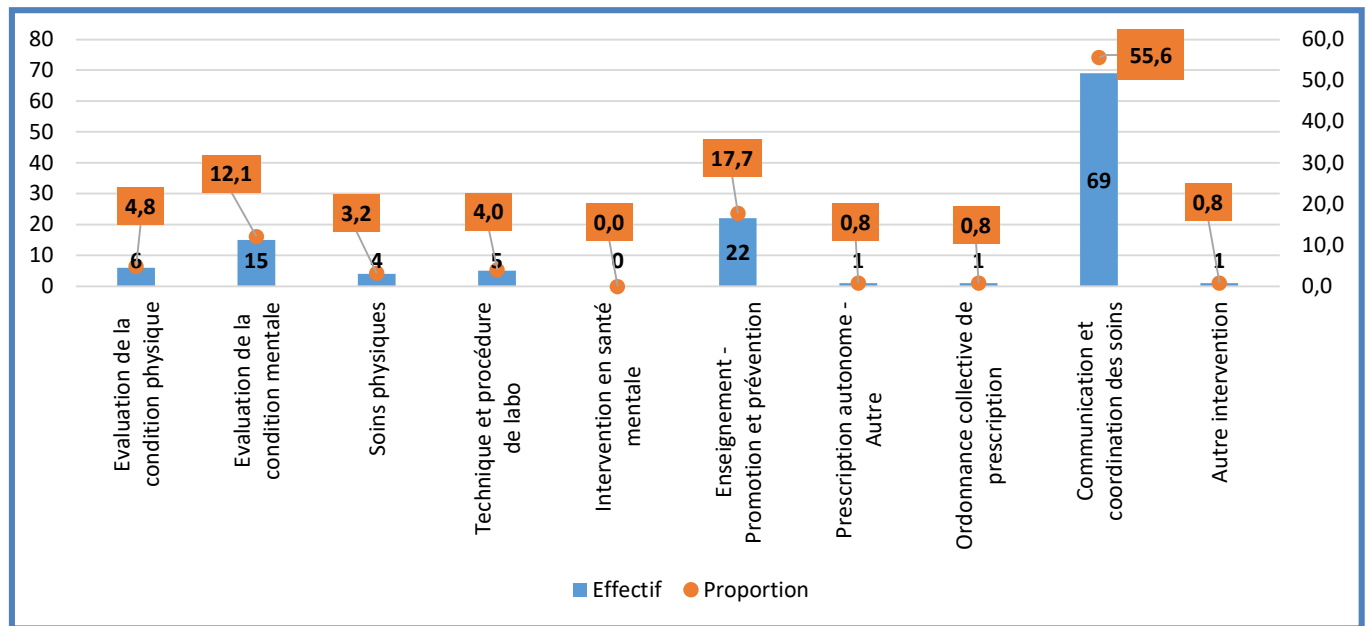


En plus de ces interventions, les ICP ont effectué plusieurs activités professionnelles en l'absence de l'utilisateur ou de l'utilisatrice. Le graphique 11 présente les autres activités de l'ICP (ex : formations, réunions d'équipe).

Il est possible pour une ICP de faire plusieurs activités référencées dans un même formulaire, l'ICP fait majoritairement de la tenue de dossier et du monitoring (93,1 %), des réunions d'équipe IQ (25,7 %), du

reaching out auprès de partenaires communautaires (28,7 %), de la communication (20,3 %) et de la formation/supervision clinique (9,5 %).

Graphique 11 : Autres activités réalisées par l'infirmière clinicienne de proximité

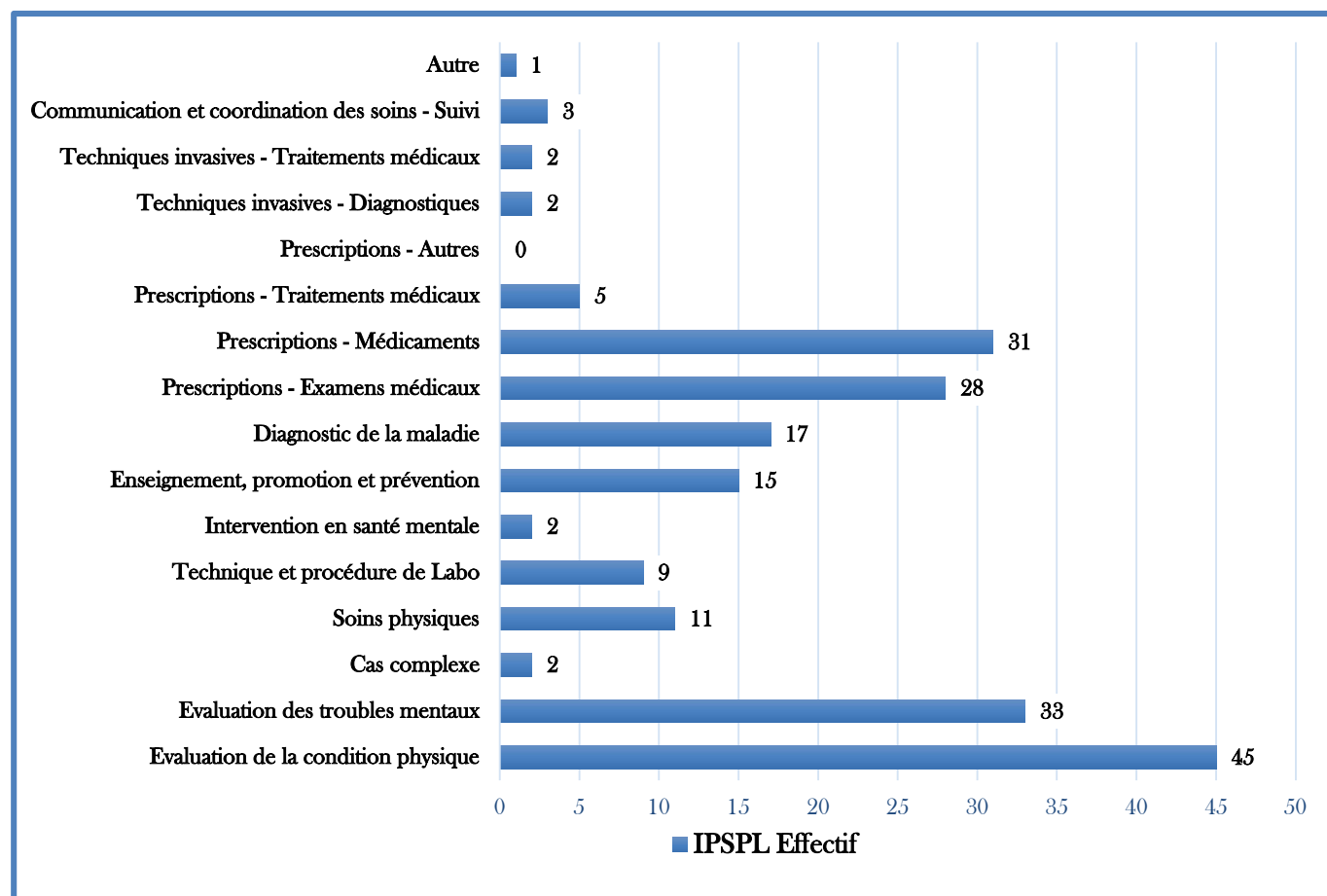


3.2 Interventions réalisées par les IPSPL et les médecins

La durée moyenne d'une consultation chez les IPSPL est estimée à 54,3 minutes, avec un minimum de 20 minutes et un maximum de 90 minutes. Par ailleurs, 50 % des consultations durent moins de 60 minutes.

Le graphique 12 montre que les interventions réalisées par les IPSPL les plus fréquentes sont : l'évaluation de la condition physique (n= 45 consultations), l'évaluation des troubles mentaux (n=33), le diagnostic de la maladie (n=17), de l'enseignement en prévention et promotion (n=15), les soins physiques (n=11) et les techniques et procédures de laboratoire (n=9). Elles font également beaucoup de prescriptions d'exams médicaux (n=28), de prescriptions de médicaments (n=31) et un peu moins de prescriptions de traitements médicaux (n=5). Aussi, les IPSPL font, à moins grande fréquence, des techniques invasives (n=2) des communications et coordinations des soins (n=3), des interventions en santé mentale (n=2) et des cas complexes (n=2).

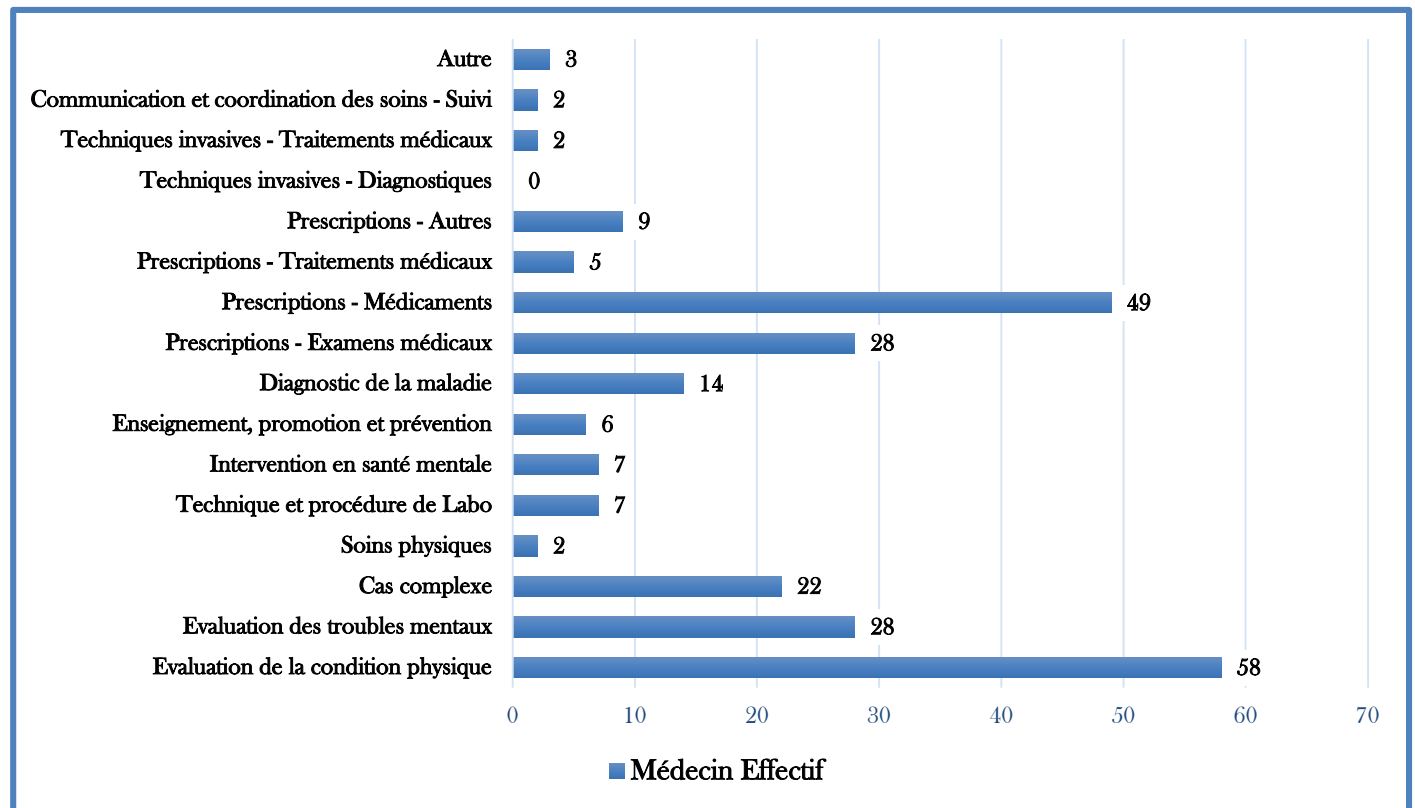
Graphique 12 : Distribution des interventions réalisées par les IPSPL



Le graphique 13 montre que les interventions réalisées par les médecins sont assez similaires à celles des IPSPL. Toutefois, ils et elles s'occupent plus fréquemment des cas complexes (22 consultations) et des interventions en santé mentale (7 consultations).

La durée moyenne des interventions chez les MD est de 54,4 minutes, avec un minimum de 15 minutes et un maximum de 90 minutes. Par ailleurs, la moitié des consultations sont réalisées en moins de 60 minutes.

Graphique 13 : Distribution des interventions réalisées par les MD



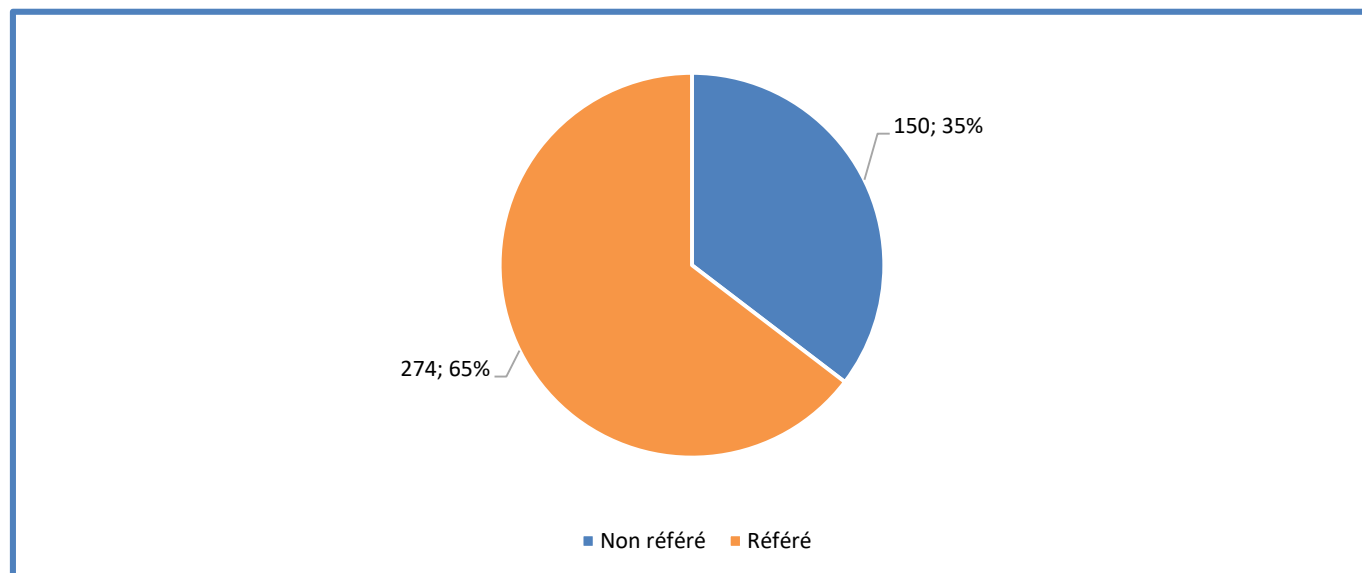
4. Références effectuées par les ICP, les IPSPL et les médecins

Dans cette section, nous présentons les références vers un tiers effectuées par les prestataires de soin au terme de chaque consultation, tel que des organismes communautaires, des institutions ou des professionnel·les de la santé et des services sociaux.

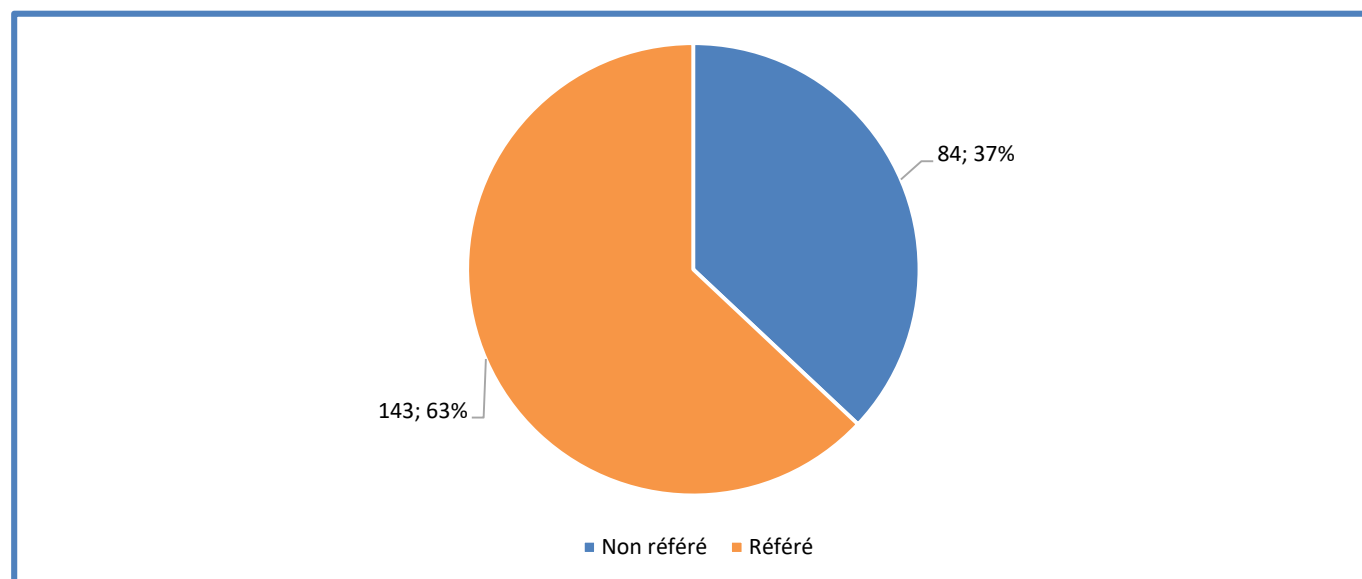
4.1 Références effectuées par les ICP

Sur l'ensemble des consultations faites par les ICP (n=424), 64,6 % ont donné lieu à une référence vers un tiers (contre 63 % des consultations des réfugié·es et DA) (cf. Graphiques 14 et 15). Ceci indique qu'une proportion non négligeable des consultations (35,4 % dans l'ensemble et 37 % chez les réfugiés et demandeurs d'asile) a été résolue par les ICP directement sans besoin de référence vers un tiers.

Graphique 14 : Proportion des références effectuées par les ICP pour l'ensemble des consultations



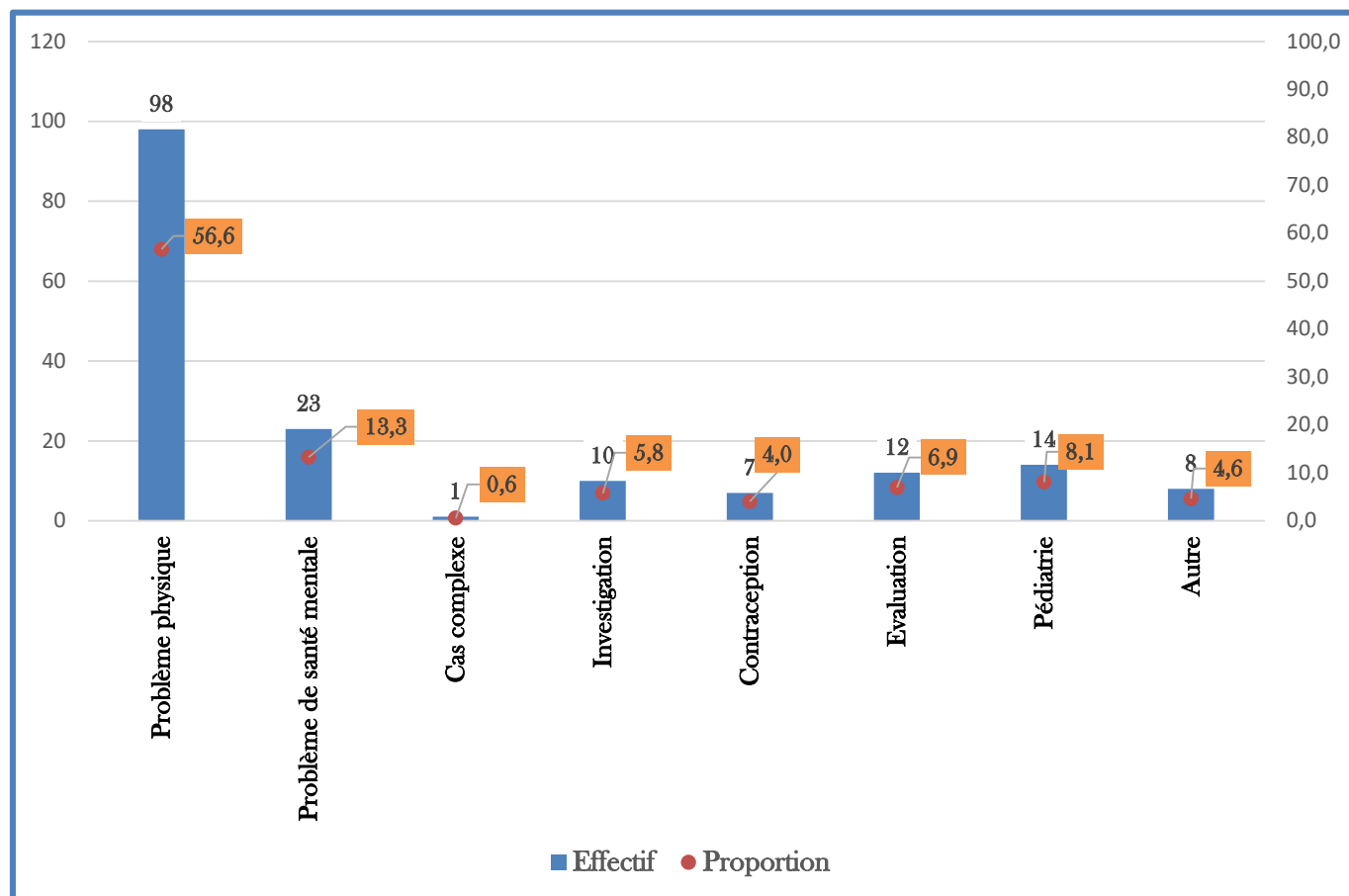
Graphique 15 : Proportion des références effectuées par l'ICP pour les usager·ères réfugié·es et DA



Raisons des références effectuées par les ICP

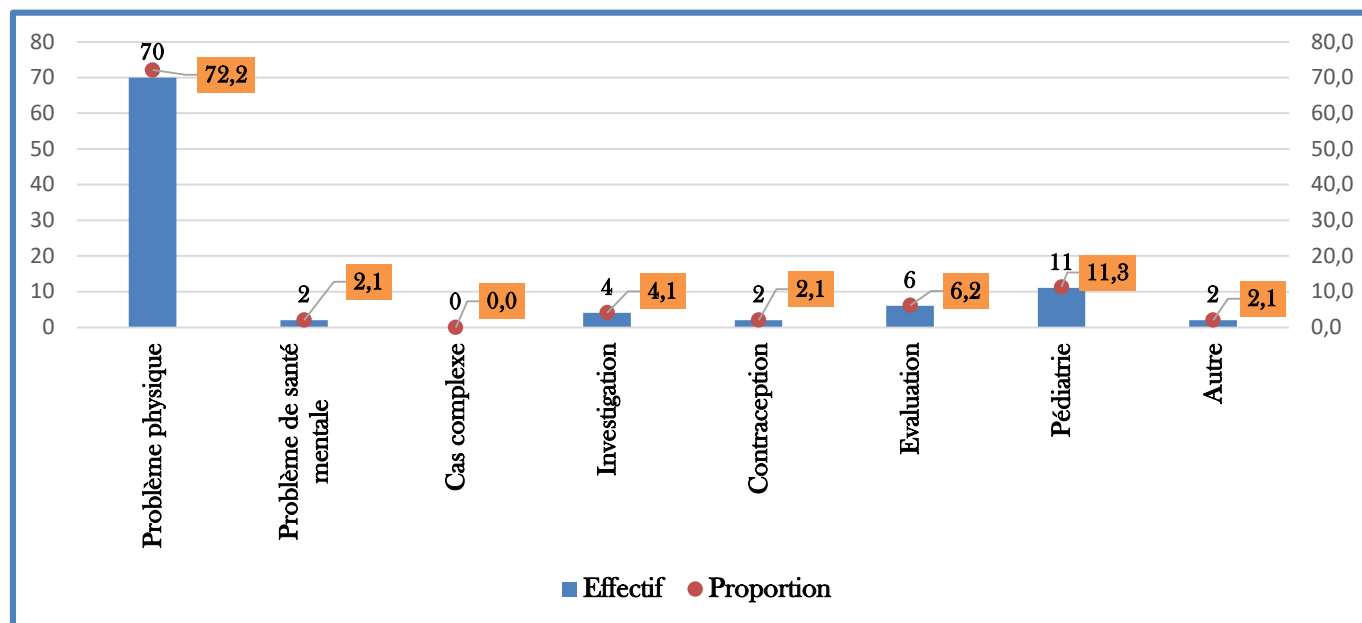
Parmi l'ensemble des 274 consultations référées, nous avons les réponses valides sur les raisons des références pour 173 d'entre elles. Les références sont effectuées pour plus de la moitié d'entre elles en raison d'un problème physique (56,6 %). Puis, en raison d'un problème de santé mentale (13,3 %), de pédiatrie (8,1 %), pour évaluation (6,9 %) et pour investigation (5,8 %) (cf. Graphique 16)

Graphique 16 : Raisons des références effectuées par les ICP



S'agissant des 100 consultations d'usager·ères réfugié·es et DA ayant fait l'objet d'une référence, plus de 70 % sont faites en raison d'un problème physique, ensuite suit la pédiatrie (11,3 %) et pour investigation (4,1 %).

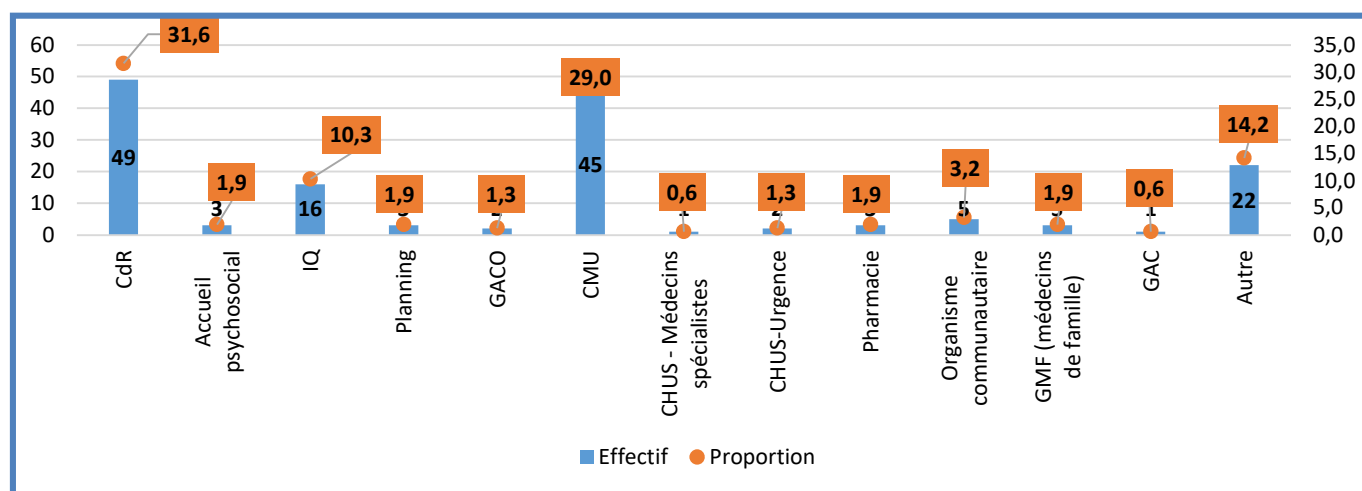
Graphique 17 : Raisons des références des réfugié·es et DA effectuées par les ICP



Organismes ou institutions vers lesquels les références ont été effectuées par les ICP

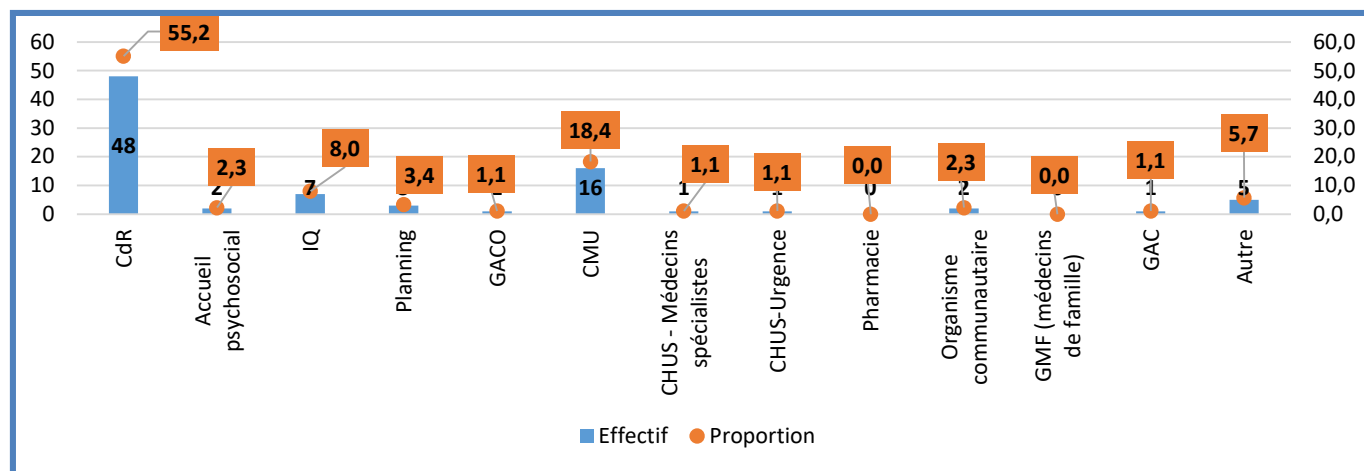
Sur les 173 consultations référées pour lesquelles nous avons l'information valide sur les lieux de référence effectuées par les ICP (soit pour 109 individus), un peu moins du tiers de ces consultations sont référées à la Clinique des réfugiés (CdR) (31,6 %), ce qui correspond à une proportion de 55,2 % des consultations des personnes réfugiées et DA.

Graphique 18 : Proportion de références faites par l'ICP vers un organisme ou institution

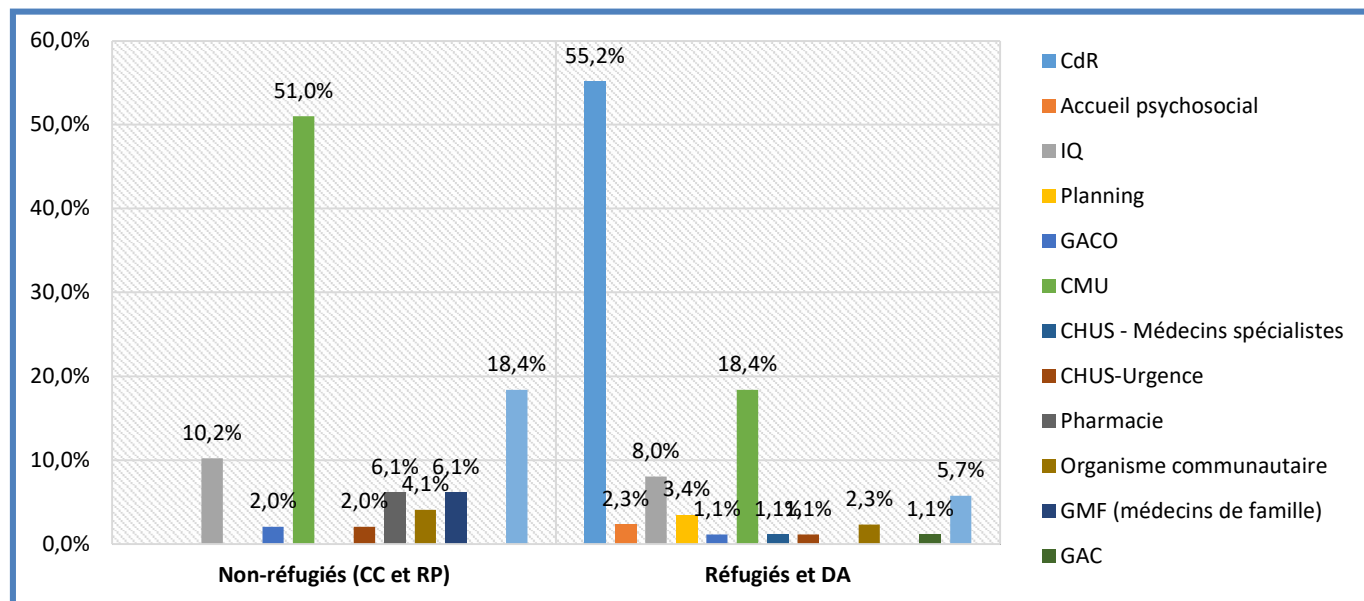


Les autres références sont effectuées vers un service du CIUSSS (Accueil social au CLSC, Guichet de la clientèle orpheline [GACO] ou Clinique médicale d'urgence [CMU]) pour 32,2 % de l'ensemble des consultations (comparativement à 21,8 % des consultations des personnes réfugiées et DA), et à l'intérieur de l'Intervention de quartier (IQ) directement pour 10,3 % de l'ensemble (comparativement à 8 % des consultations des personnes réfugiées et DA) (cf. Graphique 18 et 19).

Graphique 19 : Proportion de références des personnes réfugiées et DA effectuées par les ICP vers un organisme ou institution



Graphique 20 : Proportion de références par les ICP vers un organisme ou institution, selon le statut d'immigration



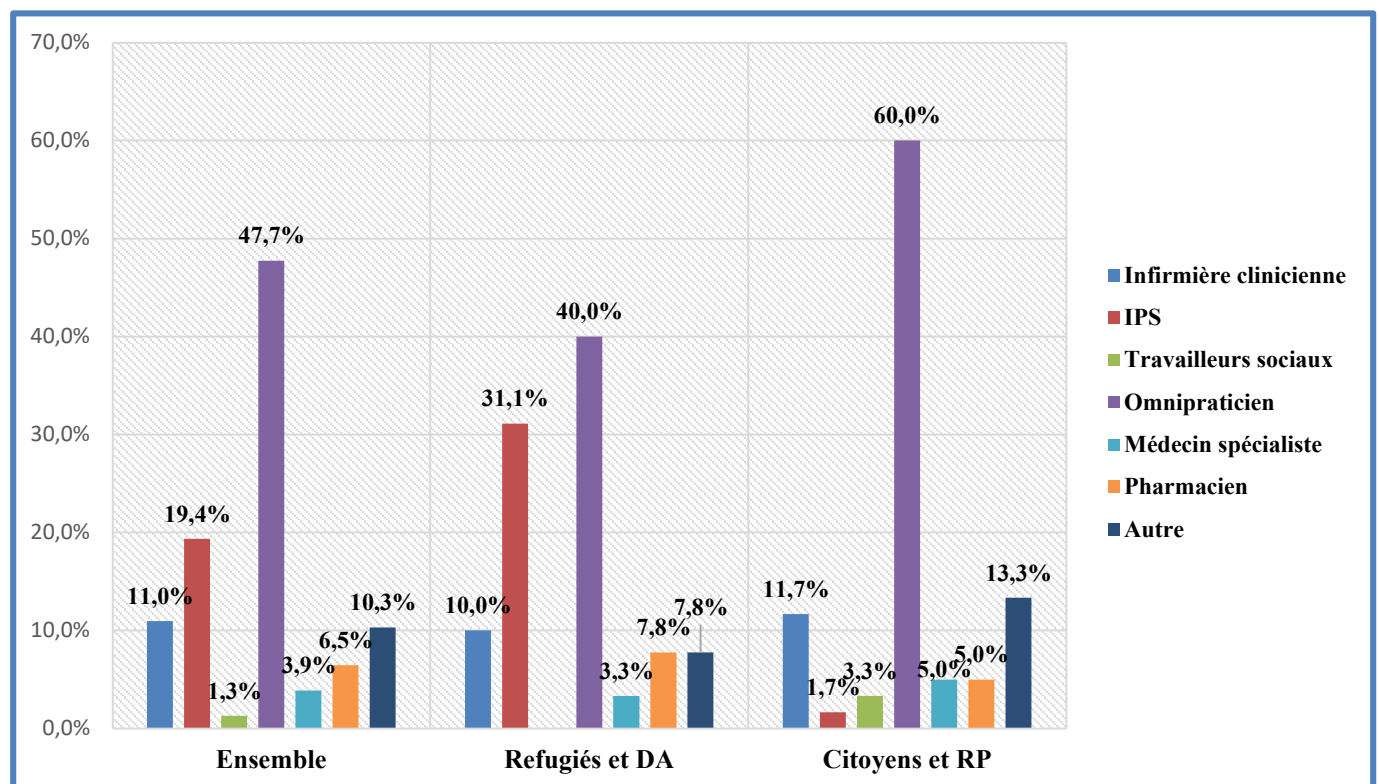
D'après le graphique 20, les personnes réfugiées et DA sont majoritairement référées à la CdR (55,2 %) alors que les personnes citoyennes canadiennes et les RP sont majoritairement référées en CMU (51 %).

Professionnel.les vers lequel.les les références ont été effectuées par les ICP

Parmi les références effectuées par les ICP, 47,7 % d'entre elles ont été effectuées vers des médecins omnipraticiens, 19,4 % vers des IPSPL, 11 % vers des infirmières cliniciennes et 10,3 % vers d'autres professionnel.les. Plus marginalement, les ICP ont effectué des références vers des pharmaciens (6,5 %), des médecins spécialistes (3,9 %) et des travailleurs sociaux (1,3 %).

Cependant, des différences sont à relever selon les statuts d'immigration. Les personnes réfugiées et DA ont été référées vers les médecins omnipraticiens (40 %), les IPSPL (31,1 %) et les infirmières cliniciennes (10 %), tandis que les citoyen.nes canadien.nes et les RP ont majoritairement été référés vers les médecins omnipraticiens (60 %).

Graphique 21 : Proportion de références par les ICP vers d'autres professionnel.les



4.2 Références effectuées par les IPSPL et les médecins

Sur les 45 consultations, les IPSPL ont effectué 14 références. Les médecins, quant à eux, ont effectué 49 références sur les 70 consultations.

Raisons des références, lieux et professionnel.les vers lequel.les les références sont effectuées par les IPSPL et les médecins

Selon le tableau 2, les IPSPL ont effectué des références pour des raisons de problème physique (19 consultations), d'investigations (11 consultations) et de cas complexe (1 seule consultation). Dans la plupart des cas, ces références sont destinées aux médecins spécialistes et aux physiothérapeutes au CHUS.

Les médecins effectuent des références majoritairement à la fois pour des raisons de santé mentale et de santé physique. En ce qui concerne plus spécifiquement les raisons de santé mentale (n=18), les références sont envoyées aux psychologues, psychiatres, médecins spécialistes, omnipraticiens et aux TS de la CdR. Quant aux problèmes de santé physique (n=42), les références sont effectuées vers les médecins spécialistes (10) du CHUS, les physiothérapeutes (8) au CHUS, les omnipraticiens (8) et les IPSPL de la CdR. D'autres références sont envoyées aux nutritionnistes de la CdR.

Tableau 2 : Raisons, lieux et professionnel·les des références effectuées par les IPSPL et les médecins

Professionnel·les	Raisons de la référence	Nombre de références	Vers quels professionnel·les	Vers quels lieux
IPSPL	Problème physique (N=19)	16	Médecins spécialistes	CHUS-Médecins spécialistes, CHUS-Investigation
		1	IPS	Accueil psychosocial
		2	Physiothérapeute	Accueil psychosocial
	Cas complexe (N=1)	1		CHUS-Urgence
	Investigation (N=11)	4	Médecins spécialistes	CHUS-Médecins spécialistes
		1		CHUS-Urgence
Médecins	Problème physique (N=42)	1	IPS	CdR
		8	Omnipraticien	CdR
		10	Médecins spécialistes	CHUS-Médecins spécialistes
		1	Pharmacien	Pharmacie
		1	Nutritionniste	CdR
		8	Physiothérapeute	CHUS-Médecins spécialistes
		4	Psychologue	CHUS-Médecins spécialistes
		4		Clinique du sommeil
	Problème de santé mentale (N=18)	1	TS	CdR
		4	Omnipraticien	CdR
		6	Médecins spécialistes	CHUS-Médecins spécialistes, CdR
		8	Psychologue	CdR
		1	Psychiatre	CdR
	Cas complexe (N=6)	2	Omnipraticiens	CdR
		1	Médecins spécialistes	CHUS-Médecins spécialistes
		2	Psychologues	CdR
	Investigation (N=5)	3	Médecins spécialistes	CHUS-Médecins spécialistes
		1	Psychologue	CdR
	Évaluation (N=1)	1	Médecin spécialiste	CHUS-Médecins spécialistes

DEUXIÈME PARTIE : Déploiement optimal de la pratique des ICP et IPSPL et complémentarité des rôles

Cette partie repose principalement sur les analyses thématiques qualitatives du projet, complétées par des analyses descriptives quantitatives des masques de saisie.

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

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

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

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

Notons que les cas de santé mentale pour les personnes réfugiées et demandeuses d'asile sont uniquement traités par les médecins de la CdR – ne faisant pas partie du champ de pratiques des IPSPL.

2. Les caractéristiques de la pratique des ICP

Plusieurs éléments permettent de caractériser le travail de l'ICP : la clarté de son rôle, les compétences et les qualités, le lieu de l'intervention et les moyens de communication utilisés. Certains éléments contribuent à favoriser le déploiement de la pratique infirmière, il s'agit notamment des formations et documentations

d'informations reçues quant au rôle de proximité et du soutien de la part des autres acteurs et actrices du réseau intersectoriel.

2.1 La clarté du rôle de l'ICP

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

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

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

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

« J'ai personne d'autre à qui me référer et après, je fais... je suis comme seule pour évaluer et pour prendre mes décisions de ce que je vais faire avec cette personne-là. Est-ce que c'est correct, on fait juste un enseignement, et je vais la suivre et je place mes rendez-vous moi-même ? OK, je vais te revoir dans

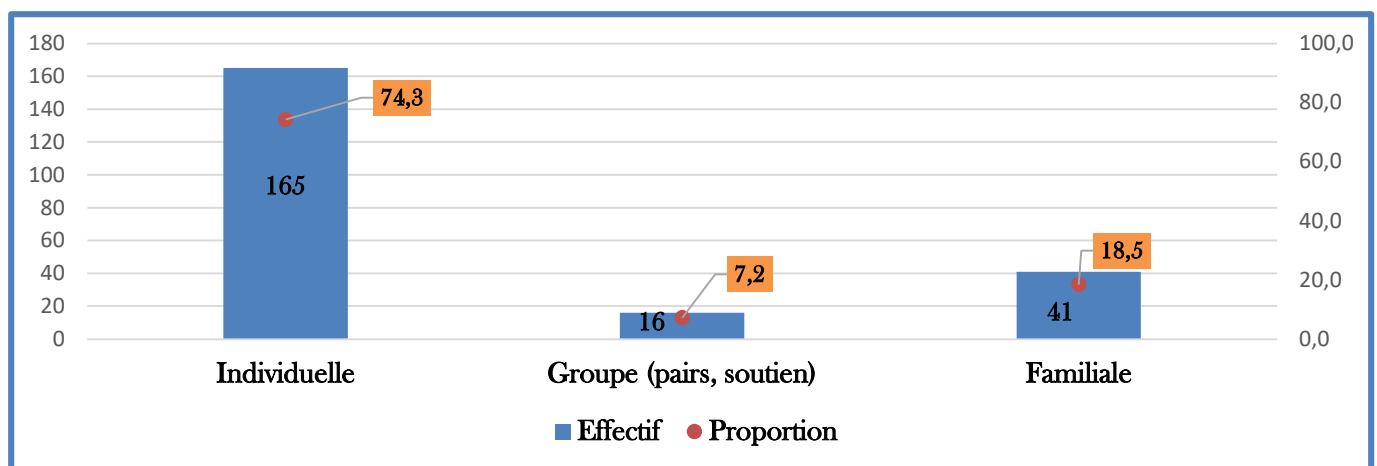
deux semaines, je te rappelle, on va regarder ça ensemble. Je fais des suivis, j'ai pas à demander l'avis à personne vraiment » (ICP).

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

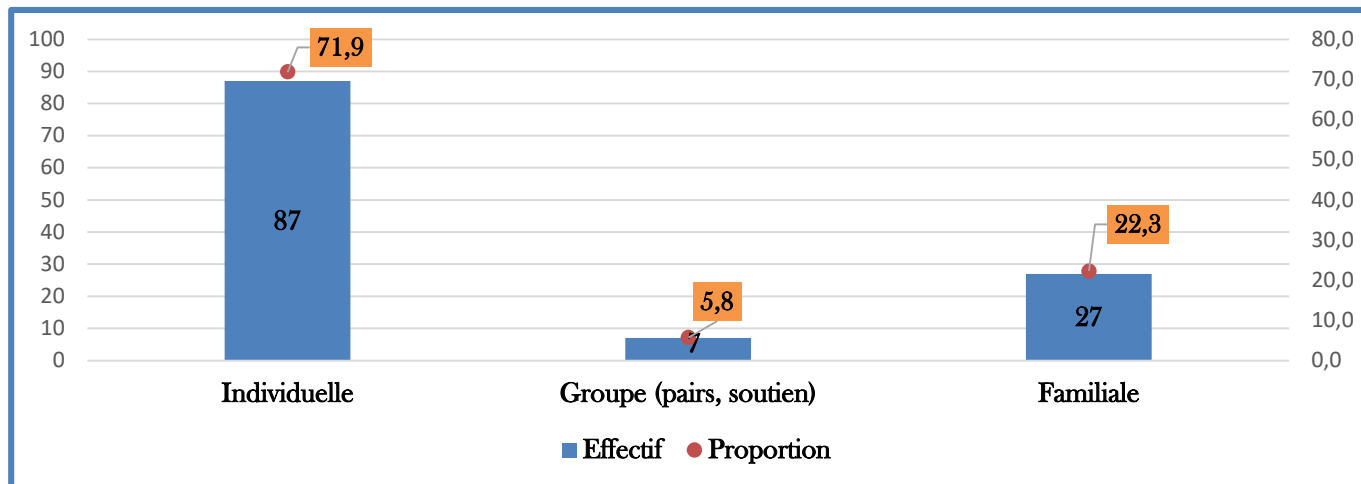
2.3 Type de rencontre et moyens de communication utilisés par les ICP

Pour ce qui est du type de rencontre (N=222), les graphiques 22 et 23 montrent qu'à peu près trois quarts des consultations auprès des ICP sont des consultations individuelles dans l'ensemble des usagers (74,3 %) et représente 71,9 % chez les usager-ères réfugié-es et DA. Les autres consultations sont soit familiales (18,5 % dans l'ensemble, comparativement à 22,3 % chez les usager-ères réfugié-es et DA) soit de groupe (7,2 % dans l'ensemble, comparativement à 5,8 % chez les usager-ères réfugié-es et DA).

Graphique 22 : Type de rencontre des ICP avec l'ensemble des usager-ères

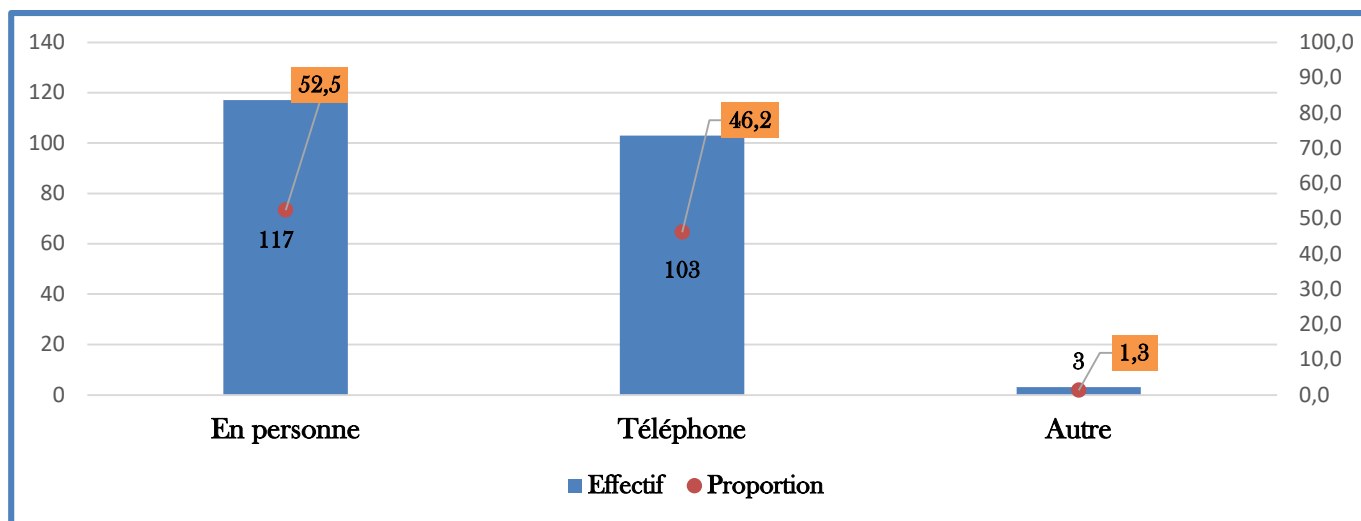


Graphique 23 : Type de rencontre des ICP avec les usager·ères réfugié·es et DA

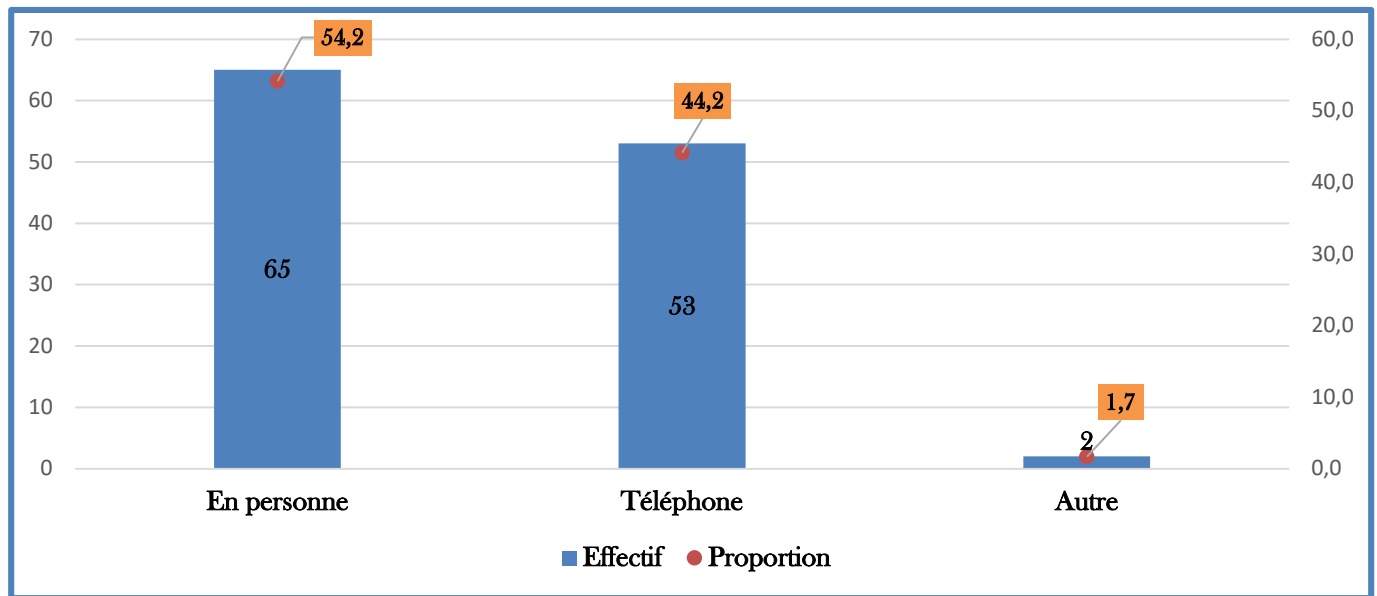


En ce qui concerne le moyen de communication pour ces consultations (N=223), les interventions se font majoritairement en personne (52,5 % dans l'ensemble, comparativement à 54,2 % chez les personnes réfugiées et DA) et par conversation téléphonique (46,2 % dans l'ensemble, comparativement à 44,2 % chez les personnes réfugiées et DA) (cf. Graphiques 24 et 25). Mentionnons que les consultations par téléphone ont été mises en place dans le contexte de la pandémie dès avril 2020. Elles permettaient à l'ICP de réaliser les interventions ne nécessitant pas un examen physique (par exemple, une inquiétude par rapport à l'utilisation d'une méthode contraceptive).

Graphique 24 : Moyen de communication utilisé par les ICP



Graphique 25 : Moyen de communication utilisé par les ICP avec les usager·ères réfugié·es et DA



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

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

Les formations et la documentation

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

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

(ICP)

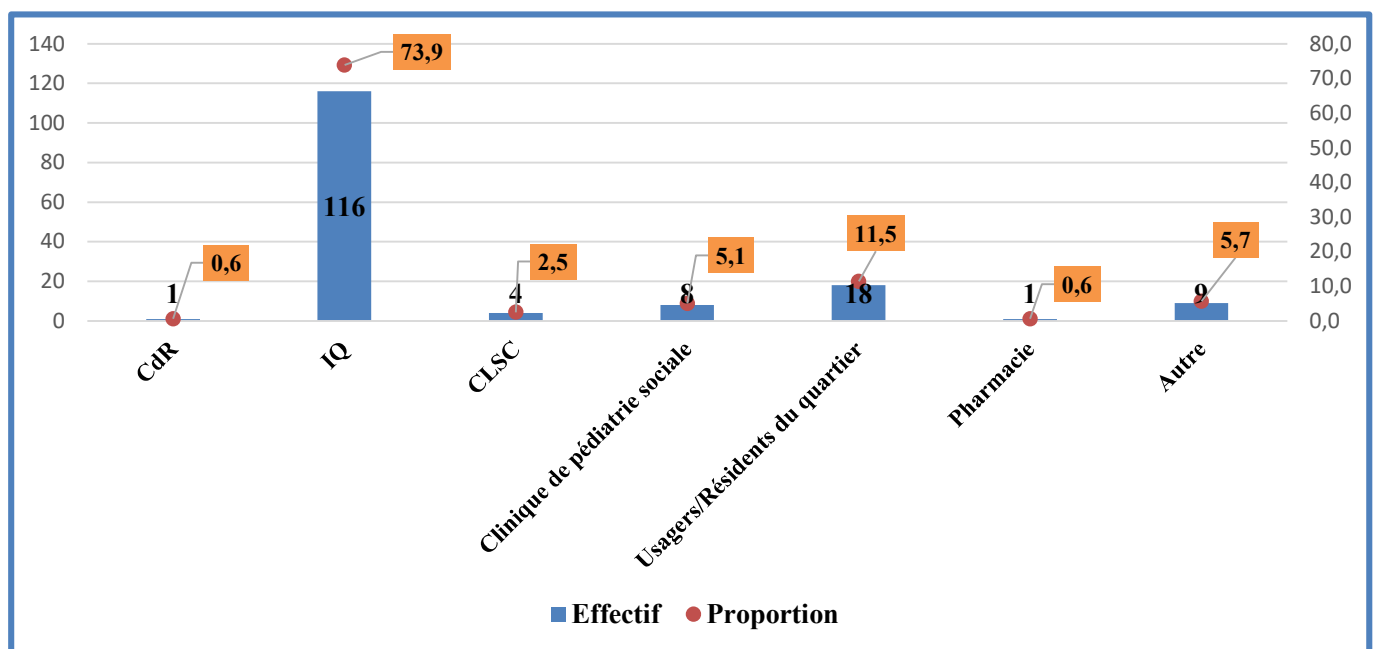
Elles ont également reçu des formations en adaptations des interventions, en contraception, en arrêt tabagique et en dépistage et traitement des ITSS. La seconde ICP a reçu un ensemble de documents regroupant l'information générale préparée par la première. Néanmoins, elles auraient souhaité recevoir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

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

Le RSSS de la Ville de Sherbrooke compte deux IQ, implantées et bien ancrées depuis une quinzaine d'années. Les deux IQ ont largement facilité le déploiement de la pratique infirmière qu'elles ont intégrée en leur sein. Les données montrent que 73 % des personnes reçues par les ICP ont été référées par une institution ou un organisme⁵. Parmi ces personnes (n=157 consultations, soit 106 usager·ères), 73,9 % ont été référées par les IQ vers l'ICP.

On remarque également que les usager·ères sont référés par d'autres usager·ères ou résident·es du quartier (11,5 %). D'autres références proviennent de la clinique de pédiatrie sociale (5,1 %), des établissements du CIUSSS (2,5 %), dont le CLSC et le centre hospitalier (CHUS) par exemple (Graphique 26). La catégorie « autre » est constituée d'organismes du milieu éducatif et de formation pour les adultes et du milieu communautaire.

Graphique 26 : Provenance de la référence des usager·ères (Organismes et Institutions)

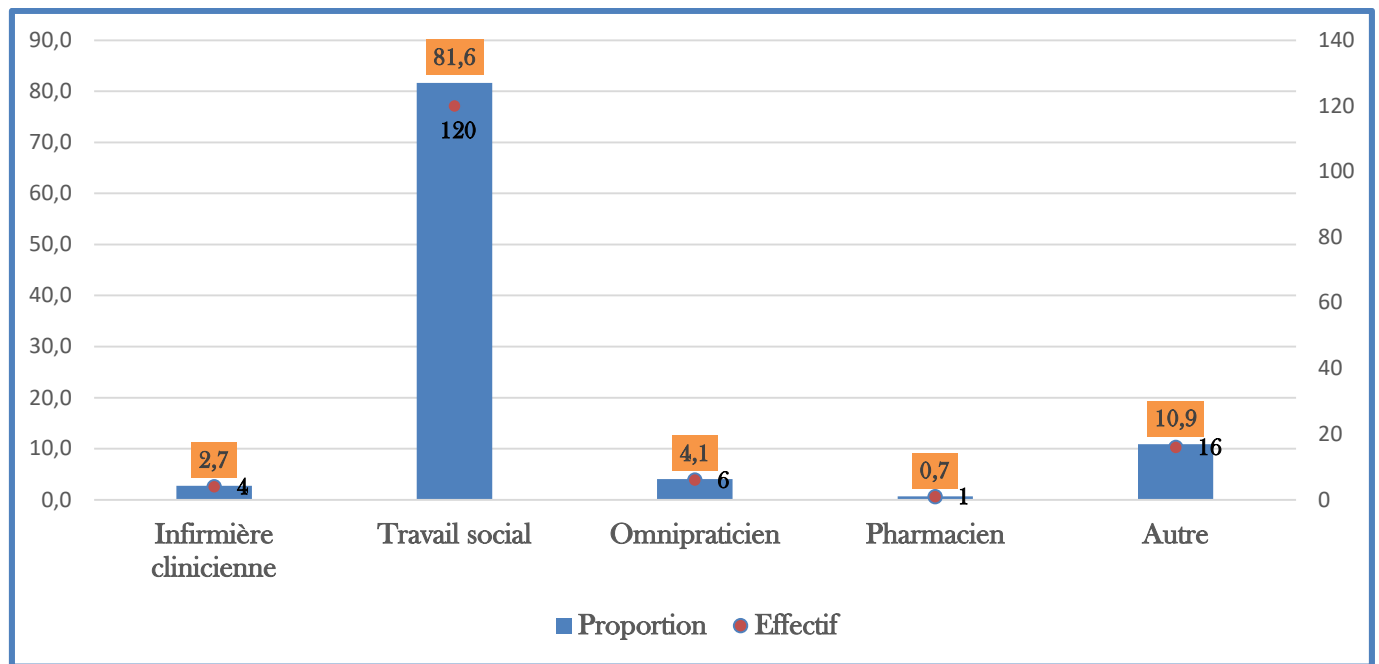


⁵ Les autres ont connu le service par eux-mêmes (10%) ou les interventions constituaient un suivi (17%).

Ce sont principalement les TS qui interagissent de manière systématique avec les ICP. Les ICP considèrent les TS des IQ comme étant « *leurs plus proches partenaires* ». Ils et elles ont en effet référés 81,6 % des usager·ères vers les ICP (Graphique 27).

« *Les travailleurs sociaux, ça facilite beaucoup. Moi j'adore travailler avec eux. Et dans les deux quartiers, il y a (prénom TS_1) ici [à Ascot], il y a (prénom TS_2) dans Jardins Fleuris, ça fait 10 ans ; ça fait plusieurs années qu'ils font ça, ils connaissent le quartier, ils connaissent toutes les ressources du quartier.* » (ICP)

Graphique 27 : Provenance des références (intervenant·es en charge)



3. Les caractéristiques de la pratique des IPSPL

Plusieurs éléments permettent de caractériser le travail des IPSPL au sein du projet tel qu'implanté : la clarté de leur rôle et leurs compétences et qualités. Certains éléments contribuent à favoriser le déploiement de la pratique infirmière spécialisée, tels que les formations et documentations d'informations reçues quant à leur rôle dans le projet pilote et le soutien de la part des autres acteurs et actrices du réseau intersectoriel.

3.1 La clarté du rôle des IPSPL

Alors que le rôle de l'ICP est décrit comme clairement défini par les personnes l'endossant, il semble persister une confusion quant aux rôles des IPSPL chez les autres professionnel·les, notamment en ce qui concerne l'étendue de leur pratique par rapport à celle de l'ICP :

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

3.2 Les qualités et les compétences/connaissances des IPSPL

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

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

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

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

Formations et documentations reçues

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

« En plus, il y a plein d'outils, on a vraiment un guide super, une sorte de guide clinique qui a été fait par les médecins de la Clinique des Réfugiés, qui dans quel cas, par exemple, d'un résultat d'hépatite B et tout

ça que bon, on a telle affaire, telle, telle particularité, ok, bien là on fait ça. Alors ça clarifie vraiment et ça fait aussi qu'on a une conduite tout le monde similaire, que tout le monde on fonctionne de la même manière : OK, pour ces cas-là, on réfère à lui. Et on a vraiment identifié des spécialistes cibles, ce qui fait qu'il n'y a pas mille approches après ça. » (IPSPL)

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

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

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

Quant aux acteurs du réseau de la santé, les IPSPL collaboraient principalement avec les médecins de la CdR, les autres professionnel·les de la CdR tels que les TS et les psychologues et finalement les médecins spécialistes.

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

4. Liens collaboratifs entre les ICP et les IPSPL

Les liens entre les ICP et les IPSPL sont assez fréquents, mais semblent unidirectionnels, c'est-à-dire que les ICP réfèrent aux IPSPL et aux médecins, mais la situation inverse ne se produit que très rarement. Les ICP ont mentionné avoir effectué plusieurs références des usager·ères directement aux IPSPL (19,4 % de leurs références) et aux médecins de la CdR. Les IPSPL réfèrent majoritairement aux médecins spécialistes et aux physiothérapeutes au sein du CHUS. Les médecins, quant à eux, réfèrent aux médecins spécialistes, aux psychologues, à d'autres médecins et physiothérapeutes. Les retours vers les ICP à la suite d'une référence vers les IPSPL et les médecins sont très rares.

Lors des entrevues, les ICP ont souligné que la procédure de référence est clairement définie et connue aussi bien par les ICP que les IPSPL. Au début du projet, le moyen de communication entre l'ICP et l'IPSPL étaient principalement le formulaire de référence pour la CdR. Ce formulaire était rempli par l'ICP et indiquait un

résumé de la problématique de l'usager·ère ainsi que les attentes envers l'IPSPL. Le rendez-vous était octroyé par l'agente administrative de la CdR. Il n'y avait pas de contacts directs entre les deux professionnelles. Mais, les IPSPL et les ICP ont soulevé quelques enjeux dans le processus.

Les ICP ont souligné que la communication était peu fluide avec les IPSPL et les médecins de la CdR, puisqu'elles n'avaient pas de rencontres de suivi régulières. Elles ont également soulevé que la distance géographique entre les lieux de l'IQ et la CdR pouvait avoir entravé cette communication. Les IPSPL ont soulevé les mêmes enjeux de communications. Le contexte pandémique a également accentué ces difficultés. Ces remarques ont été entendues par l'équipe projet et les gestionnaires responsables de l'arrimage entre les différentes équipes ont ainsi pu arranger ce dysfonctionnement pour permettre à l'ICP et aux IPSPL de communiquer plus facilement, rapidement et régulièrement. Ce fut aussi l'un des avantages de travailler en mode projet : la clinique, la gestion et la recherche travaillaient de concert en communication constante et efficace. En outre, l'arrivée d'une nouvelle assistante au supérieur immédiat (ASI) en 2021 a permis de créer des ponts d'informations entre les ICP et les IPSPL.

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

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

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

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

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

TROISIÈME PARTIE : Retombées et Implications de l'implantation des nouveaux rôles ICP et IPSPL

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

1. Les usagères et usagers

1.1 Réponse aux besoins et satisfaction des usagers et usagères

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Une meilleure prise en compte des problèmes de santé mentale

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

« Quand même, il y a eu quelques cas – plusieurs en fait – que la demande initiale était une demande santé, les classiques : un mal de dos, mal de tête, difficulté à dormir, qui était dans le fond simplement une petite porte pour ouvrir sur toutes sortes de problématiques plus soit psychosociales, des problématiques de santé mentale, et donc [l’ICP] devenait une alliée indispensable pour avancer dans une situation qui était parfois hermétique, qui était difficile à aborder, qui était trop difficile à aborder en fait directement avec l’angle psychosocial, donc elle pouvait faire un petit bout de chemin et travailler ça. » (TS)

2. Le réseau de la santé et des services sociaux

2.1 Diminution des consultations à l’urgence

Le nombre de références à l’urgence est quasi nul aussi bien chez les personnes réfugiées et demandeuses d’asile que chez les citoyen·nes canadien·nes et les RP. Seules quatre (4) personnes (trois personnes réfugiées ou DA et une citoyenne ou RP) ont été référées à l’urgence sur toute la durée du projet. Ces données ont été confirmées par les acteur·trices lors des entrevues, qui estiment que la mise en place de

l'intervention de soins de proximité a permis de réduire et d'éviter les consultations à l'urgence non urgentes :

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

2.2 Le bon service au bon endroit au bon moment

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

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

2.3 Les médecins ont plus de disponibilités pour les cas de santé mentale

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

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

3. Le réseau intersectoriel de proximité

L'implantation du projet a contribué à structurer et à renforcer un réseau intersectoriel de proximité réunissant les acteurs des milieux communautaire, municipal et institutionnel, ainsi que les services du CIUSSS de l'Estrie—CHUS et la Clinique des réfugiés (CdR).

3.1 Un réseau déjà présent, mais fragmenté avant le projet

Avant le projet, les collaborations existaient, mais demeuraient fragmentées, ce qui se traduisait par des trajectoires de soins peu fluides pour les personnes réfugiées. L'intégration de l'infirmière clinicienne de proximité (ICP) au sein des Interventions de quartier (IQ) a agi comme un point d'ancrage facilitant, permettant d'articuler de façon plus cohérente les actions des différents partenaires autour des besoins des usager·ères.

3.2 Un rôle pivot joué par les Interventions de quartier (IQ)

Les données recueillies montrent que les IQ ont joué un rôle central dans l'activation et l'orientation du réseau : 73,9 % des références vers l'ICP proviennent directement des travailleuses et travailleurs sociaux des IQ, confirmant leur rôle de partenaires privilégiés et de relais entre les habitantes et habitants et les services de santé. Parallèlement, la CdR est devenue un pôle de référence majeur pour les personnes réfugiées et demandeuses d'asile : 55,2 % des références émises par l'ICP à l'égard de cette clientèle ont été dirigées vers la clinique, ce qui témoigne d'une trajectoire de soins plus lisible et plus stable pour les populations concernées.

3.3 Des collaborations diversifiées et cohérentes : les espaces communautaires comme catalyseurs relationnels

Au-delà des institutions, les espaces communautaires (fêtes de quartier, activités saisonnières, rencontres informelles) ont consolidé les liens entre les usagers, les ICP et les autres partenaires. Ces lieux ont favorisé des boucles de rétroaction positive : une présence accrue des ICP augmente la confiance, ce qui augmente les demandes, renforce les collaborations et améliore l'ajustement du réseau.

Le réseau intersectoriel devient ainsi sensible aux signaux faibles du terrain — une caractéristique clé des systèmes adaptatifs complexes — car les ICP et TS détectent rapidement les enjeux émergents (isolement,

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

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

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

3.4 Des retombées systémiques sur le réseau intersectoriel

L'ensemble de ces dynamiques correspond aux caractéristiques des systèmes adaptatifs complexes telles que décrites dans la littérature (15-18). Le réseau intersectoriel fonctionne en effet comme un système composé d'acteurs interdépendants, dont les interactions répétées génèrent des ajustements continus, tant sur les pratiques que sur les corridors de services. Les partenaires adaptent leurs actions en fonction des besoins rencontrés, créent des boucles de rétroaction favorisant un apprentissage collectif et développent des réponses adaptées à la réalité des quartiers. Les IQ jouent ici un rôle de nœud central facilitant l'émergence de solutions locales, tandis que le rôle de l'ICP agit comme interface entre les secteurs, contribuant à la cohésion du système dans son ensemble.

« Je vois l'infirmière de proximité un peu comme un accueil GAC⁶ je dirais, un 8-1-1 3D [...] qui travaille en collaboration avec les TS, alors c'est comme si elle, elle était le guichet d'accès santé, avec le plus d'être en présentiel, de travailler avec les organismes communautaires, avec les TS qui sont tout à côté

⁶ Le GAC fait référence au GACO, le Guichet d'accès à la clientèle orpheline. Celui-ci a été remplacé depuis par le GAP, le Guichet d'accès à la première ligne.

[...] Alors [l'infirmière de proximité], avec toutes ses connaissances, c'est comme un guichet, c'est comme si dans le quartier il y avait un accueil psychosocial et il y avait un accueil santé directement dans les quartiers. Donc c'est merveilleux, ça facilite l'accès, les gens se retrouvent au bon endroit sur les bonnes listes d'attente. Et puis si besoin d'une accessibilité médecin, elle connaît toutes les trajectoires [...] On a vraiment une ressource extraordinaire ; avec les TS aussi. Alors c'est vraiment deux accueils en proximité. Je pense que ça, c'est vraiment inspirant [...] Alors c'est pas juste positif pour la clientèle, mais aussi après ça pour les gens à qui on... quand on reçoit les demandes, on sait que les gens sont référés au bon endroit, on a la bonne information qui est ciblée, donc c'est gagnant pour tout le monde ; autant pour le réseau que pour les clients. » (gestionnaire)

Malgré ces avancées, certaines contraintes limitent encore le plein déploiement du réseau. Le manque d'accès partagé aux systèmes d'information cliniques, les échanges parfois unidirectionnels entre la CdR et les ICP, ainsi que la persistance de mécanismes de communication non intégrés (ex. formulaires transmis par courriel ou télécopieur) constituent des obstacles à une circulation fluide de l'information.

Ces limites rappellent l'importance, dans une perspective systémique, de soutenir les infrastructures qui permettent la coordination, la transparence et la continuité entre les acteurs et actrices.

RECOMMANDATIONS

Cette section présente des recommandations selon les cinq objectifs ultimes établit par le comité de projet à la suite de la réalisation du modèle logique de l'intervention (Annexe 1). Cela établit finalement une cohérence entre les objectifs ultimes de l'intervention développée et les résultats pouvant alimenter les prises de décisions quant à la pérennité de cette intervention et sa possible mise à l'échelle dans d'autres territoires.

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

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

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

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

3. Utilisation des nouveaux services par les populations ciblées (quartier et personnes réfugiées)

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

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

- ✓ Réévaluer la fréquence de réalisation des interventions réalisées par les ICP selon les besoins de la clientèle et de l'évolution de l'opérationnalisation des rôles des différents prestataires de soins dans une perspective de complémentarité optimale.

- ✓ Mettre en place des espaces d'échanges formels et informels entre les prestataires de soins afin de briser les silos entre les pratiques et de favoriser la complémentarité de leur rôle sur une base régulière selon les besoins évolutifs des patients et des ressources professionnelles disponibles.
- ✓ Favoriser l'utilisation de dossier médical informatique unique pour l'ensemble des intervenants du réseau afin de faciliter les communications, le partage d'information et de permettre des interventions cliniques adaptées à la situation de l'usager·ère.
- ✓ Privilégier le recours à la technologie pour faciliter les échanges virtuels entre professionnel·les.
- ✓ Augmenter le nombre de secteurs de soins de proximité où la triade (ICP-IPSPL-MD) travaillerait en étroite complémentarité afin que chacune des ressources professionnelles puisse mettre en œuvre sa pratique de manière optimale et par le fait même, éviter le gaspillage des ressources ou les multiples consultations auprès des différents professionnel·les.

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

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

RÉFÉRENCES

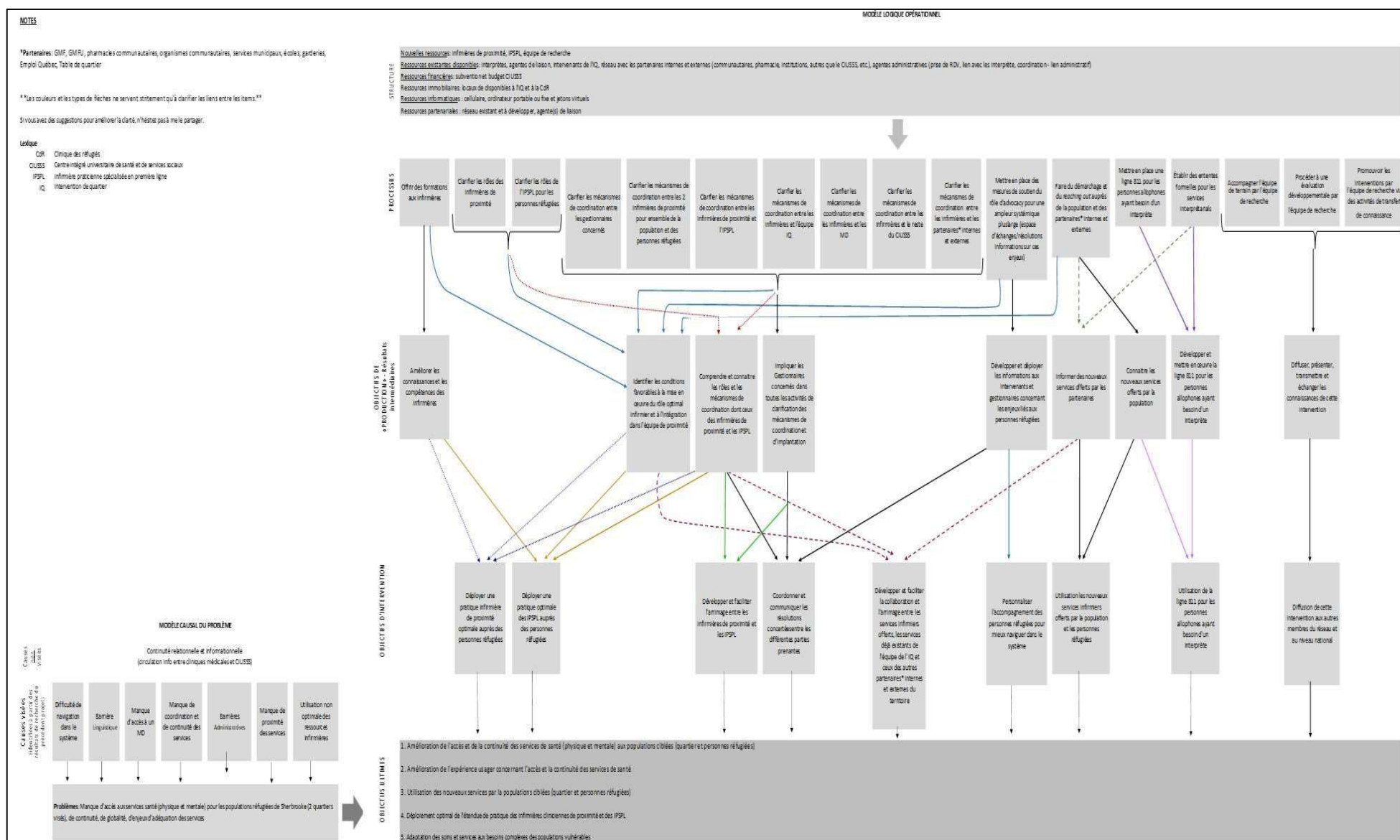
1. Newbold KB, Cho J, McKeary M. Access to health care: the experiences of refugee and refugee claimant women in Hamilton. Ontario J Immigrant Refugee Stud. 2013 ; 11.
2. Santé Canada. « Certaines circonstances » : Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées. 2001.
3. Méthodologie et description de la population visée [Internet]. 2013. Available from: <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2275673>.
4. Maillet L, Manceau LM, Desjardins F, Gagnon S, Naraziah L, Abou Malham S. Research through action: research protocol on the implementation of an integrated place-based primary intervention in a multicultural context. 2022.
5. Maillet L, Desjardins F, Manceau L-M, Charpentier C, Robert E, Laliberté G, et al. La recherche par l'action : mise en oeuvre d'interventions de proximité intégrées de première ligne en contexte multiculturel. la Journée annuelle du Réseau -1 Québec - Réseau de connaissances en services et soins de santé intégré de première ligne ; Québec 2018.
6. Robert E, Maillet L, Desjardins F, Charpentier C, Allaire J-F. Réunir les communautés pour améliorer l'accès des réfugiés au Réseau des soins et services sociaux à Sherbrooke. Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke ; 2019.
7. Déry J, Clarke SP, D'Amour D, Blais R. Scope of nursing practice in pediatric setting : factors of influence and impact on nurses' satisfaction. Journal of Nursing Scholarship. 2018;50(1):56-64.
8. Déry J, D'Amour D, Blais R, Clarke SP. Influences on and outcomes of enacted scope of nursing practice: a new model. Advances in Nursing Science. 2015;38(2):136-43.
9. Maillet L, Champagne G, Déry J, Goudet A, Charest S, Abou-Malham S, et al. Implementation of an intersectoral outreach and community nursing care intervention with refugees in Quebec: A protocol study. Journal of Advanced Nursing. 2021;77(11):4586-97.
10. Patton MQ. Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use. New York, NY : Guilford Press; 2011.
11. Graham ID, Logan J. Innovations in knowledge transfer and continuity of care. The Canadian journal of nursing research= Revue canadienne de recherche en sciences infirmières. 2004 ; 36(2) : 89-103.
12. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. Méthodes en sciences humaines (2nd ed.). Bruxelles : De Boeck ; 2003.
13. Duhoux A, Contandriopoulos D, Roy B, Laroche D, Mattman S. La Coopérative de solidarité SABSA. Rapport préliminaire. Mise à jour - année 2015. Projet de recherche ESPI. 2016.
14. D'Amour D, Dubois C-A, Déry J, Clarke S, Tchouaket É, Blais R, et al. Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. Journal of Nursing Administration. 2012 ; 45(5) : 248-55.
15. Maillet L, Thiebaut G-C, Goudet A, Marchand J-S. Promoting Coevolution Between Healthcare Organizations and Communities as Part of Social and Health Pathways Management in Quebec: Contributions of the Complex Adaptive Systems Approach. Health Services Insights. 2025;18:11786329251332797.
16. CSBE. La contribution de l'approche de santé populationnelle au développement d'un système de santé et de services sociaux. 2025.

17. Belrhiti Z, Bigdeli M, Lakhal A, Kaoutar D, Zbiri S, Belabbes S. Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: a scoping review. *Health Policy and Planning*. 2024;39(4):412-28.
18. Carroll A, Collins C, McKenzie J, Stokes D, Darley A. Application of complexity theory in health and social care research: a scoping review. *BMJ Open*. 2023;13(3):e069180.

ANNEXES

1. Modèle logique de l'intervention innovante développée et implantée en soins infirmiers de proximité auprès de personnes réfugiées
2. Exemple de Grille d'entrevue utilisée auprès des infirmières cliniciennes de proximité et IPSPL
3. Extrait d'un masque de saisie remplie par les ICP, IPSPL et les MD
4. Certificat éthique du CER du CIUSSS Estrie CHUS (renouvellement 2021-2022)

ANNEXE 1 - Figure Modèle logique de l'intervention par Maillet, Déry, Charest et al. 2020



**IMPLANTATION D’UNE INTERVENTION DE SOINS INFIRMIERS DE PROXIMITÉ INNOVANTE AUPRÈS
DE PERSONNES RÉFUGIÉES**

RÔLE : _____ (1)

PARTICIPANT (Code) : _____ (2)

DATE : _____ (3)

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

Grille d’entrevue individuelle

Entretien avec une infirmière de proximité ou l’IPSPL

Préalables :

1. Présentation des interviewers

Nous vous remercions d’avoir accepté de participer à ce projet de recherche. L’objectif est d’étudier le processus et les effets de l’implantation d’un réseau intersectoriel de proximité, centré sur les rôles des infirmières de proximité et des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL), afin d’assurer la continuité des trajectoires de soins et de services des personnes réfugiées à Sherbrooke. Prenez tout le temps qu’il vous faut pour réfléchir et répondre aux questions. Il n’y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. En cours d’entrevue, n’hésitez pas à nous indiquer si vous souhaitez des clarifications concernant nos questions. Vous pouvez revenir sur une question antérieure à tout moment. Nous vous rappelons que ce que vous nous direz restera donc confidentiel et dura au maximum 60 minutes. Conformément aux règles d’éthique, je dois vous rappeler les modalités de consentement avant de débiter l’entrevue (voir formulaire de consentement – consentement et retrait).

2. Présentation du formulaire de consentement/réponse aux questions

3. Départ de l'enregistrement

A. Caractéristiques de la répondante

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

B. Arrivée dans le projet

- Quelle est votre propre compréhension du projet d'implantation de l'intervention de soins infirmiers de proximité auprès de personnes réfugiées ?
- Pouvez-vous me raconter comment s'est passée la transition entre le départ de INF_1 et votre arrivée dans le projet (intégration, etc.) ?

C. Rôle et étendue de pratique des infirmières

- Comment expliquer à quelqu'un hors du milieu de la santé la différence entre l'infirmière clinicienne de proximité et l'IPSPL ?
 - **Relance** : comment décririez-vous cette différence ? S'agit-il selon vous d'une complémentarité ?
- En général, quels sont les **types d'interventions** que vous exercez le plus dans le cadre de ce projet ?
 - **Relance** : À discuter durant l'entrevue :
 - Évaluation de la condition physique
 - Évaluation de la condition mentale
 - Soins physiques
 - Technique et procédure de labo
 - Intervention en santé mentale (écoute empathique, enseignement des bonnes habitudes de vie)
 - Enseignement - Promotion et prévention
 - Prescription autonome
 - Ordonnances collectives d'investigation
 - Communication et coordination des soins-Suivi
- À quel point les types d'interventions que vous exercez présentement sont-ils différents de ceux que vous exercez dans vos milieux de travail précédents ?
- Lesquelles de vos compétences sont particulièrement mises à contribution dans votre travail [au sein des IQ] ?
 - **Relance** : Ces types d'interventions sollicitent-ils plus ou moins l'ensemble du champ de pratique infirmière ?
- Parmi vos compétences, lesquelles pourraient être davantage mobilisées à leur plein potentiel ?

- Comment vous êtes-vous outillée toute seule pour remplir au mieux votre fonction dans ce contexte (pratique communautaire, de proximité) ?
- Pouvez-vous nous parler des outils et des ressources mis à votre disposition pour vous aider à offrir des soins et des services sociaux et/ou de santé de première ligne à des personnes réfugiées ?
 - Au niveau documentaire : guides, rapports, brochures, etc. ?
 - Au niveau relationnel : Acteurs aidants (employeur, autres intervenant-es du réseau) ? Collaborations ? Formations ?
- Comment décririez-vous le niveau d'utilité de ces outils dans votre pratique ?

D. Spécificités de travail auprès des personnes réfugiées

- Selon vous, quels sont les besoins spécifiques des personnes réfugiées ?
- Selon vous, quelles interventions infirmières devraient être mises en œuvre pour mieux répondre aux besoins spécifiques de ces personnes ?
- Comment adaptez-vous vos interventions en fonction des besoins spécifiques de ces personnes ?
- Comment adaptez-vous vos interventions en fonction des spécificités culturelles variées de ces personnes ?
- Selon vous, quels sont les facteurs qui facilitent et qui entravent votre travail auprès des personnes réfugiées ?
 - **Relance** : au niveau de l'organisation, de la gestion, de la clinique, du réseau, etc.

E. Interactions entre les infirmières cliniciennes de proximité et les IPSPL

- Dans le cadre de ce projet, comment décririez-vous les liens de collaboration entre l'infirmière clinicienne et les IPSPL ?
- Quels sont les obstacles que vous rencontrez pour assurer la fluidité de la trajectoire entre vous et l'IPSPL/l'infirmière de proximité (à adapter) ?
- Quels mécanismes avez-vous mis en place pour favoriser une pratique complémentaire et la fluidité de la trajectoire des patients (par ex. des demandes de références par l'infirmière clinicienne de proximité à l'IPSPL, l'évaluation par l'IPSPL, le suivi par l'infirmière clinicienne de proximité, etc.) ?
- Quels éléments permettraient d'améliorer cette collaboration ?

F. Réseau intersectoriel de proximité

Ensemble des acteurs

- Quels sont vos plus proches partenaires ?
- Selon vous, quelles sont les interactions entre l'ensemble des acteurs ?
- Selon vous, comment s'est développé la collaboration entre l'ensemble des acteurs depuis votre arrivée ?
 - Selon vous, quels sont les enjeux autour de la collaboration entre différents acteurs/partenaires dans une telle initiative ?
 - Dans quelle mesure, êtes-vous satisfaite par la collaboration entre les différents acteurs concernés par ce projet ?
 - Qu'est-ce qui pourrait améliorer ces collaborations ?

Collaborateurs internes

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

Acteurs médicaux de première ligne

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

Acteurs intersectoriels

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

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

G. Effets perçus des interventions

- Selon vous, quels sont les impacts de votre présence et de vos interventions sur personnes réfugiées ? Avez-vous des exemples concrets à nous donner ?
- Pouvez-vous nous nommer les impacts de votre présence et de vos interventions sur le travail d'équipe de l'IQ ? Avez-vous des exemples concrets à nous donner ?
- Pouvez-vous nous nommer les impacts de votre présence et de vos interventions sur le réseau de la santé et les autres secteurs (communautaire, municipale, etc.) ? Avez-vous des exemples concrets à nous donner ?

H. Suggestions d'amélioration du projet

- Avez-vous des suggestions à apporter pour faciliter :
 - Votre intégration au sein de l'équipe ?
 - La collaboration au sein du réseau intersectoriel ?
 - L'utilisation pleine et entière de vos compétences ?
 - L'accessibilité et la continuité aux soins de la population réfugiée ?
- Selon vous, quels éléments pourraient participer à la pérennisation de ce projet ?

I. Autres commentaires

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

Merci beaucoup !

ANNEXE 3 - Extrait d'un masque de saisie remplie par les ICP, IPSPL et les MD

Informations sur l'usager	Nom de l'intervenant: _____ Date: _____ (JJ-MM-AAAA) NAM: _____ Nom: _____ Date de naissance: _____ (JJ-MM-AAAA) Sexe: 1 Homme 2 Femme 3 Autre		Langue: 1 Français 2 Anglais 3 Autres: _____ Interprète: 1 Famille/proches 2 Banque 3 Aucun Pays de naissance: _____ Statut migratoire au Canada: 1 Non-réfugié (citoyen et résident permanent) 2 Réfugiés- p. publique 3 Réfugiés- p. privé 5 Demandeur d'asile 6 Tourisme 7 Sans statut Date d'arrivée au pays: _____ (JJ-MM-AAAA) Statut d'emploi: 0 N/A 1 Oui 2 Non 3 Autre (ex: bénévolé): _____ A un médecin de famille: 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas	
	A PROVENANCE 1 Par lui-même (sans référence) 2 Référence (répondre à B et C) 3 Suivi 4 Autre: _____		B RÉFÉRENCE par qui 1 CoR 2 IQ Ascot 3 Jardins-Fleurs 4 CHUS 5 CLSC 6 Clinique de pédiatrie sociale 7 Usagers/Résidents du quartier 8 Pharmacien 9 Autre: _____ C Par quels intervenants 1 infirmière clinicienne 2 IPS 3 Travail social 4 Omnipraticien 5 Médecin spécialiste 6 Pharmacien 7 Autre: _____	
RENCONTRE INDIVIDUELLE AVEC USAGERS	D1 Raison initiale de la consultation: _____ D2 Raisons additionnelles: _____ D3 Délai d'attente: _____ N/A			
	INTERVENTIONS F Type de rencontre 1 Individuelle 2 Groupe (pairs, soutien) 3 Familiale G Moyens pour rejoindre l'usager 1 En personne 2 Téléphone 3 via la famille 4 via l'AET 5 via le SANC 6 Autre: _____ H Lieu de l'intervention 1 IQ - Ascot 2 IQ - Jardins-Fleurs 3 CoR 4 Autre: _____ I Durée intervention avec patient: _____ Minutes		J Types d'interventions 1 Évaluation de la condition physique 2 Évaluation de la condition mentale 3 Soins physiques 4 Technique et procédure de labo 5 Interventions en santé mentale (avec empathique, enseignement des bonnes habitudes de vie) 6 Enseignement- Promotion et prévention 7 Prescription autonome I Contraceptif II Dépistage et test de contrôle des ITSS III Acide folique IV Arrêt tabagique V Piedicure VI Analyses de laboratoire (albumine, pré-albumine ou culture de plaie) VII Analyse labo autre (PAS albumine, pré-albumine, culture de plaie) VIII Autre: _____ 8 Ordonnances collectives d'investigation 9 Ordonnance collective de prescription 10 Communication et coordination des soins-suivi 11 Autre: _____	
	K Nombre de référence: _____ L Raison(s) de la référence (peut y avoir plusieurs réponses) 1 Problème physique Préciser: _____ 2 Problème santé mentale ou psychosociaux Préciser: _____ 3 Cas complexe Préciser: _____ 4 Investigation Préciser: _____ 5 Contraception Préciser: _____ 6 Évaluation Préciser: _____ 7 Autre: _____			
	MILIEU M1 Vers quels milieux la référence est-elle la plus appropriée? 1 CoR 2 Accueil psychosocial 3 IQ 4 Planning 5 GACO 6 CMU 7 CHUS 8 Médecins spécialistes 9 Labos 10 Investigations 11 Pharmacie 12 Autre, précisez: _____ M2 Vers quels intervenants avez-vous référé le ou la patiente? 1 CoR 2 Accueil psychosocial 3 IQ 4 Planning 5 GACO 6 CMU 7 CHUS 8 Médecins spécialistes 9 Labos 10 Investigations 11 Pharmacie 12 Autre, précisez: _____ 13 Ne sait pas M3 Si M1 est différente de M2, Indiquez la raison de la référence alternative: 1 Accessibilité des services 2 Délais 3 Disponibilité des ressources 4 Autre: _____ 5 Ne sait pas			
AUTRES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES	INTERVENANTS N1 Vers quels intervenants la référence est-elle la plus appropriée? 1 infirmière clinicienne 2 IPS 3 Travail social 4 Omnipraticien 5 Médecin spécialiste 6 Pharmacien 7 Autre: _____ N2 Vers quels intervenants avez-vous référé le ou la patiente? 1 infirmière clinicienne 2 IPS 3 Travail social 4 Omnipraticien 5 Médecin spécialiste 6 Pharmacien 7 Autre: _____ 8 Ne sait pas N3 Si N1 est différente de N2, Indiquez la raison de la référence alternative: 1 Accessibilité des services 2 Délais 3 Disponibilité des ressources 4 Autre: _____ 5 Ne sait pas			
	ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES (autre que l'intervention individuelle auprès de l'usager) O Activités 1 Tenue de dossier et monitoring 2 Vaccination de masse (COVID) 3 Vaccination de masse (NON-COVID) 4 Réunion d'équipe IQ 5 (toutes réunion au CIUSSS - excluant discussion de cas) 6 Communication (counsel, tel collègue/partenaire/citoyen - excluant discussion de cas) 7 Comité clinique de quartier/co-développement 8 Reaching out partenaires communautaires 9 Activité en lien avec la COVID-19 (sauf la vaccination) 10 Formation / supervision clinique 11 Autre: _____ P Lieu: _____ Q Avec quels professionnels: _____ R Avec quel organisme: _____ S Durée de l'activité: _____ Minutes		DISCUSSION DE CAS (informel) T Moyen pour entrer en contact 1 En personne 2 Téléphone, fax, courriel 3 En virtuel (ex Team, Zoom) 4 Autre: _____ U Avec quel intervenant 1 infirmière clinicienne 2 IPS 3 TS 4 Omniprat 5 Médecin spécialiste 6 Pharmacien 7 Autre: _____ V De quel milieu 1 Clinique de réfugiés 2 IQ 3 CLSC 4 Hors CLSC 5 Autre: _____	

ANNEXE 4 - Certificat éthique du CER du CIUSSS Estrie CHUS (renouvellement 2021-2022)



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

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

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

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

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

Numéro(s) de projet : **2020-3323**

Statut du formulaire : **Approuvé**

Déposé par : **Champagne, Geneviève**

Identifiant Nagano : **Réfugiés_OIIQ_2019-21**

Formulaire : **F9H-37746**

Suivi du Bureau d'autorisation des projets de recherche (BAPR)

1. Décision et commentaires :

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

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

Pandémie CoVID-19

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

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

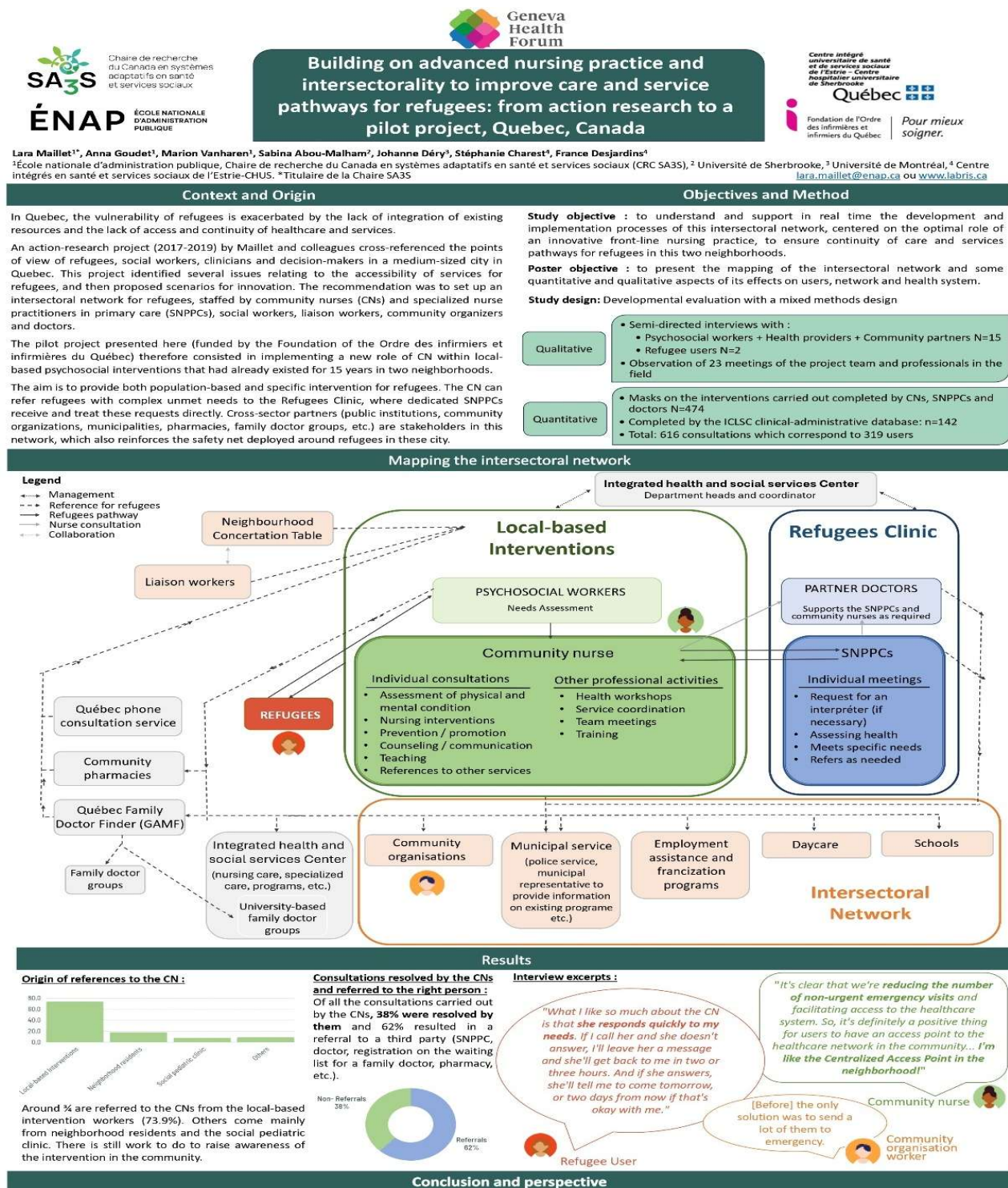
- ☒ 1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
- ☒ 2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques.
- ☒ 3. Ce comité d'éthique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

NAGANO
www.nagano.ca

F9H-37746: Formulaire de demande de renouvellement annuel de l'approbation d'un projet de recherche
2020-3323 - Réfugiés_OIIQ_2019-21
2021-07-15 09:20

1 / 5

ANNEXE 5 – Cartographie du réseau intersectoriel (Affiche présentée dans le cadre du Geneva Heath Forum 2024)



Conclusion and perspective

To sum up, this intervention helps to **meet the needs of refugees in terms of access to healthcare** for a variety of reasons (relevance, less anxiety, reasonable waiting time), it enables local services to **complement each other within the intersectoral network**, and it **facilitates care and service pathways** within the health and social services network (fewer non-urgent consultations in emergency departments, rapid referral to the right healthcare professional).

Nevertheless, there is still work to be done to make this intervention **better known in the community** and thus respond more widely to the needs of this clientele. Lastly, the **sustainability of this intervention** following the research project is currently in doubt, notably for human resources reasons.

References : Mailliet, L., Manceau, L., M., Desjardins, F., Gagnon, et al. (2022). *Research through action: research protocol on the implementation of an integrated place-based primary intervention in a multicultural context. Research Square pre-print, study protocol.* ; Mailliet, L., Champagne, G., Déry, J., Goudet, A., Charest, S., Abou-Malham, S., Desjardins, F., et al., (2021). *Implementation of an intersectoral outreach and community nursing care intervention with refugees in Quebec: A protocol study. Journal of Advanced Nursing*, 77(11), pp.4586-4597. ; Robert, F., Mailliet, L., Desjardins, F., Charpentier, C., & Allaire, J.-F. (2019). *Réunir les communautés pour améliorer l'accès des réfugiés au Réseau des soins et services sociaux à Sherbrooke. Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.*

**La recherche par l'action: mise en œuvre d'interventions de proximité
intégrées de 1re ligne en contexte multiculturel**

Lara Maillet, PhD ; France Desjardins, MD ; Luiza Maria Manceau, MSc ; Claude Charpentier, PhD ; Émilie Robert, PhD ; Geneviève Laliberté, PsyD ; Mathieu Roy, PhD ; Marlyse Benoit, PhD ; Dre. Geneviève Baron ; Dre. Geneviève Beaulieu ; Dre. Marie-Claude Beaulieu ; Mylaine Breton, PhD ; Dre Suzanne Gagnon ; Dr. Daniel Guimarães ; Julie Lane, PhD ; Christine Loignon, PhD ; Sabina Abou Malham, PhD ; Paul Morin, PhD ; Dre. Lavanyah Narasiah ; Pernelle Smits, PhD ; Nasser Touati, PhD ; Safa Ben Saad, citoyenne partenaire ; Moqadessa Adel, citoyenne partenaire ; Daouda Camara Kanku, citoyen partenaire

Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Direction de la recherche, CHUSSE de l'Estrie – CHUS

Contact : lara.maillet@enap.ca

- Origine du projet : « Perceptions de certains intervenants, cliniciens et décideurs du territoire en ce qui a trait au manque de coordination, d'intégration et de continuité entre les acteurs des différents secteurs impliqués ou aux barrières à l'implantation d'actions intersectorielles nécessaires à une prise en charge globale et efficace des personnes réfugiées »
- Évidences scientifiques comme des fondements du projet : 1) Approche active basée sur les besoins locaux pour accompagner, soutenir et implanter des services conçus par, pour et avec les personnes concernées (Baxter et coll., 2002; Fielding et Teutsch 2009; Touati et coll., 2001; Khanavos et coll., 2016); 2) Stratégies basées sur une offre et des services coordonnés et continus pour améliorer les interventions de première ligne et favoriser l'intégration (Shiomu et coll., 2016); 3) Fondements de la santé communautaire : l'importance du lien entre les services de santé, sociaux et les communautés (Bellefleur et al. Wisener 2011)

Mettre en œuvre une «innovation de maillage» pour améliorer la prise en charge de personnes réfugiées au sein d'un continuum de services de première ligne et faciliter l'empowerment de ces personnes au sein d'une communauté.

- Identifier les liens d'intégration manquants entre les trajectoires de services (santé et sociaux) et les besoins des personnes réfugiées, notamment en termes d'accessibilité, et d'adaptation des services.
- Cibler des stratégies d'intégration permettant une prise en charge efficace allant à la fois le milieu de la santé, du social et du communautaire.
- Mettre en œuvre une innovation de maillage.
- Recueillir les perceptions de personnes réfugiées et d'intervenants quant aux changements apportés ou non par l'innovation de maillage implantée.
- Documenter, tout au long du projet, le processus de développement et d'implantation de l'innovation de maillage afin d'alimenter un Guide de mise en œuvre.

Recherche-action

« Pratique méthodologique centrée sur la résolution d'un problème concret vécu dans une situation réelle dans le but d'y apporter des changements bénéfiques, de contribuer au développement professionnel des personnes qui y ont part et d'améliorer les connaissances sur cette situation »

Guay, M.-H. et Prud'homme, L. (2011)

Méthodes de collecte : Analyse documentaire, Focus Group (n=7), Entrevues semi-dirigées (n=59)

Populations ciblées : Personnes réfugiées (n=19), Acteurs de la communauté de divers secteurs (n=11), Professionnels et intervenants (n=9), Gestionnaires (n=10) et Acteurs stratégiques (n=10) du réseau et d'organismes d'accueil

Innovation de maillage

intervention intégrée pérenne et basée sur les besoins de la communauté d'un quartier de Sherbrooke afin d'améliorer la prise en charge de personnes réfugiées au sein d'un continuum de services de première ligne.

[illegible]

```

graph TD
    A[Méconnaissance et incompréhension des services disponibles] --> B[Langue]
    B --> C[Demande de services quand l'état de la personne est aggravé]
    C --> D[Décalage entre les besoins perçus et les moyens proposés pour prendre soin de soi]
    D --> E[Personnes réfugiées peu ou pas mises en action]
    E --> F[Communautés d'accueil peu ou pas accompagnées]
    F --> G[• Besoins partiellement répondus  
• Besoins non comblés]
  
```

Le diagramme illustre un processus en six étapes, où chaque étape est contenue dans une boîte rectangulaire et reliée à la suivante par une flèche descendante. Les étapes sont :

- Méconnaissance et incompréhension des services disponibles
- Langue
- Demande de services quand l'état de la personne est aggravé
- Décalage entre les besoins perçus et les moyens proposés pour prendre soin de soi
- Personnes réfugiées peu ou pas mises en action
- Communautés d'accueil peu ou pas accompagnées

À la fin du processus, une boîte arrondie résume les conséquences :

- Besoins partiellement répondus
- Besoins non comblés

Le diagramme est divisé en deux parties. La partie de gauche est une liste de défis, présentée sous forme de bulles connectées par une ligne ondulée. La partie de droite est un diagramme de processus circulaire à quatre étapes, illustrant les facteurs qui influencent l'accès aux services.

Challenges (Gauche) :

- Accès aux services sociaux limité et services peu adaptés
- Accès aux services de santé très difficile
- Accès médical très difficile
- Soutien dans l'attente perçu insuffisant ou absent
- Ressources en place +/- à l'aise à intervenir en interculturel

Processus (Droite) :

Le processus est représenté par quatre cercles gris reliés par des flèches dans un cycle :

- Services offerts sont perçus inadéquats
- Difficultés associées à la barrière de la langue et à la présence d'un interprète
- Perceptions des difficultés associées à l'engagement de la personne
- Attitude et capacité à travailler en interculturel variable

Des flèches supplémentaires relient les défis de la gauche aux étapes du processus de la droite :

- Un trait de pointillé relie "Accès aux services sociaux limité et services peu adaptés" à "Services offerts sont perçus inadéquats".
- Un trait de pointillé relie "Accès aux services de santé très difficile" à "Difficultés associées à la barrière de la langue et à la présence d'un interprète".
- Un trait de pointillé relie "Accès médical très difficile" à "Perceptions des difficultés associées à l'engagement de la personne".
- Un trait de pointillé relie "Soutien dans l'attente perçu insuffisant ou absent" à "Attitude et capacité à travailler en interculturel variable".

- Besoins mal connus
- Réponse aux besoins complexe

- Acteurs se connaissent peu et ont une compréhension limitée du rôle de chacun (ce que chacun fait)
- Reconnaissance des compétences des acteurs hors réseau santé/social (valeur)
- Conditions pour faciliter les concertations intersectorielles difficiles ou absentes
- Communautés d'accueil peu ou pas accompagnées

- Ponts/liens entre directions, services et programmes concernés insuffisants ou inexistant dans certains cas
- Ponts/liens entre les intervenants concernés inexistant, insuffisants ou fragiles lorsqu'ils existent

- Réponse à la clientèle réfugiée n'est pas jugée comme une priorité
- Besoins et adaptations nécessaires méconnus, voire même parfois inconnus
- Mécanismes de coordination difficiles: communications entre les directions, les services et les organisations
- Peu ou pas de représentations des personnes réfugiées sur les comités

- Non-adaptation de manière systémique à la prise en charge de populations réfugiées dans une vision trajectoire de soins et services

Catégorie enjeux	STRATÉGIES	Exemples
1 : PERSONNES RÉFUGIÉES	METTRE EN ACTION	- Assurer une représentation de ce groupe - Créer des opportunités de participation exécutives sur les forces (ex : agent de liaison) - Renforcer le réseau de citoyens (ex : créer un lieu de rassemblement)
2 : OFFRE de services	CONSOLIDER et BONIFIER	- Reconnaître la vulnérabilité - Identifier les portes d'entrées - Mettre à contribution les structures en place - Favoriser l'accompagnement de cas complexes - Dédier une ressource santé/social de proximité pour répondre à des urgences mineures
3 : INTERVENTIONS	ADAPTER	- Adapter les contenus - Reconnaître le rôle de l'accompagnement - Former les intervenants et/ou partenaire - Gérer/faciliter transfert de données - Optimiser et animer les services offerts et l'interprétation/médiation culturelle
4 : ARRIMAGE intersectoriel (acteurs et organisations)	FORGIR et RENFORCER les liens	- Documenter/canifier « Qui fait quoi » - Créer partenariats (structure, ressources, canaux de communication) - Instaurer des conditions favorables à la coll. et la coopération (reconnaissance, espace) - Poursuivre les actions de développement des communautés
5 : ARRIMAGE interne (réseau santé-social)	FORGIR et RENFORCER les liens	- Se connaître, s'inscrire - Mettre en place mécanismes de collaboration et de communication
6 : GOUVERNER	POSITIONNER	- Identifier un/des porteurs et ses mandats - Assurer une représentation (comités) - Préciser les orientations organisationnelles - Documenter les besoins/Regrouper les données sur les profils et l'utilisation des services - Faire des liens avec l'animation des trajectoires - Reconnaître et considérer les limites

"Qatra qatra darya mesha" Goutte par goutte se forme la rivière:
Réunir les communautés pour améliorer l'accès au réseau des soins et services sociaux des réfugiés à Sherbrooke

Concours 2018 – Fonds de démarrage de projets du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (Centre d'expertise

Répondants de la recherche-action

Réseau-1 Québec

Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPSSS)

Intervention de Quartier

Banque d'interprètes du Service d'aide aux Néo-Canadiens à Sherbrooke (S.A.N.C.)

Comité Consultatif Communautés Culturelles Immigrantes du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et ses groupes de travail

Équipe de recherche



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

Québec



ANNEXE 7 – Trajectoires des personnes réfugiées et demandeuses d’asile dans les Cliniques pour réfugiés au Québec (Affiche présentée dans le cadre du 23rd International Conference on Integrated Care, 2023)



Profiles and care pathways in situations of vulnerability: what we learn from the journey of refugees and asylum seekers within the refugee clinics (RC) in Quebec

Maillet, L.^{1,3,5,*}, Tchango, Ngale, G.^{2,3}, Goudet, A.^{2,3}, Godbout, I.^{2,3}, Déry, J.², Charest, S.², Abou Malham, S.⁴, Dre Desjardins, F.³, Angarita Varela G. L.³, Boulianne C.³ and Dre Labrie C.³
 1) National School of Public Administration (ENAP); 2) University of Montreal; 3) Integrated University Health and Social Services Center of Estrie (IUPLSSS); 4) University of Sherbrooke; 5) Canadian Research Chair Adaptive System in social and health services (CRC Sa3S) *Holder

BACKGROUND

Currently, there is no centralized database in the province of Quebec to document the health of refugees and their pathways in the health and social services network. However, data have been collected by refugee clinics (RCs) since 2012 via the iCLSC : clinical-administrative database. These data can be useful in determining the profiles and care pathways of refugee and asylum seeker populations.

OBJECTIVES

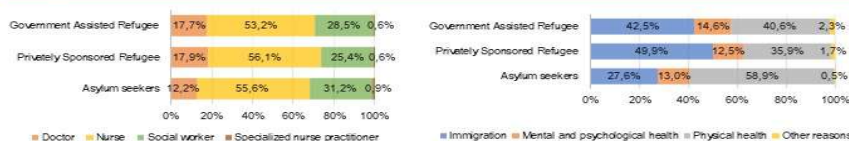
Describe and analyze profiles and care pathways of refugees and asylum seekers populations both in terms of healthcare professionals consulted and reasons for consultation.

METHOD

- Date base: Clinical-administrative data base (iCLSC) 2012-2021.
- Quantitative approach : 3 methods of analysis :
 1. **Descriptive analysis** to associate socio-demographic characteristics of refugees and asylum seekers with two indicators : healthcare professionals consulted and reasons for consultations;
 2. **Sequences analysis** to describe and identify profiles of care pathways;
 3. **Multinomial regression analysis** to identify the factors associated with the different profiles of care pathways.



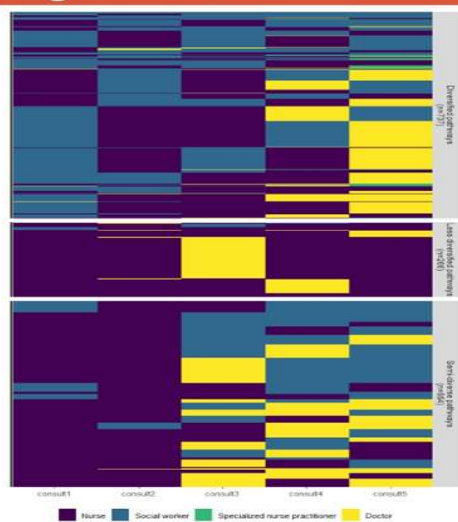
Consultations by immigration status according to healthcare professionals and the reasons for consultation



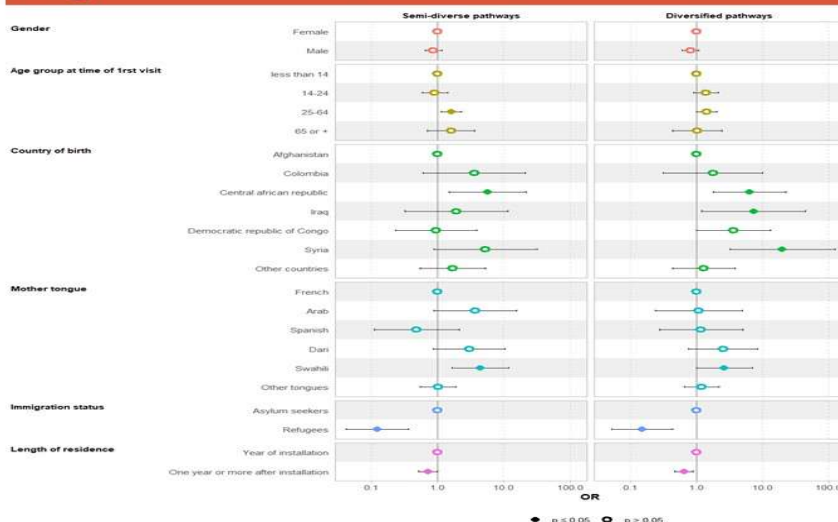
Consultations by healthcare professionals according to reason for consultation



Typology of care pathways



Associate factors with the typology of care pathways



Analysis show 3 pathways :

- **“Less diversified pathways”** (14% of the sub-sample) : people who almost exclusively consult nurses and doctors;
- **“Semi-diversified pathways”** (40%) : people who consult nurses in the vast majority during their first two consultations, then whose pathways diversify during the following three consultations;
- **“Diversified pathways”** (44%) : people whom majority consult nurses, social workers and doctors at least once.

The logistic regression model shows that all socio-demographic characteristics (except gender) have a significant effect on the types of care pathways. So, refugees are both less likely to have a semi-diversified and diversified pathways than a less diversified pathway compared to asylum seekers.

These preliminary findings illustrate that no standardized care pathways are planned for asylum seekers. Rather than invisibilizing them, it would be appropriate and equitable to have more systematic and adapted care pathways for asylum seekers.

These analyses are part of a research program to better understand and improve care and service pathways of people in vulnerable situations, including refugees and asylum seekers.

For more information: lara.maillet@enap.ca
 @lara_maillet



Chaire de recherche
du Canada en systèmes
adaptatifs en santé
et services sociaux

LabRIS

Laboratoire de
recherche et
interventions
systémiques
en santé

www.labris.ca