

Évaluation du projet « Intégration des infirmières cliniciennes au sein du mouvement de la pédiatrie sociale en communauté du Québec » de la Fondation du Dr Julien

Synthèse des travaux d'évaluation

Présenté à
Fondation du Dr Julien (FDJ)
Et
Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec



Août 2017

Équipe d'évaluation

Christian Dagenais, Ph. D., professeur, Université de Montréal. Chercheur principal de l'Équipe RENARD

Anne Guichard, Ph. D., professeure, Université Laval. Membre chercheuse de l'Équipe RENARD.

Isabelle Têtu, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Coopérative de solidarité SABSA, Québec

Didier Dupont, M.Sc, professionnel de recherche en sciences humaines et sociales. Consultant en design et suivi de projets de recherche qualitative

Lyann Portfilio-Mathieu, étudiante à la maîtrise, département de psychologie, Université de Montréal.

Composition du comité d'évaluation

Monsieur Claudel Guillemette, Directeur Adjoint des pratiques et de l'excellence en soins infirmiers, Direction de soins infirmiers, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est de l'Île de Montréal

Mme Nancy Boisvert, Conseillère cadre en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers (volet jeunesse et vaccination), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est de l'île de Montréal.

Madame Lina Vachon, ancienne infirmière et experte externe

Monsieur Christian Dagenais, évaluateur principal, directeur de l'équipe de recherche RENARD, Université de Montréal

Madame Anne Guichard, évaluatrice, faculté des soins infirmier de l'ULaval

Madame Isabelle Têtu, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Coopérative de solidarité SABSA, Québec

Madame Maude Julien, coordonnatrice clinique du projet et consultante (Fondation du Dr Julien)

Monsieur Diego Mena, directeur en transfert de connaissances (Fondation du Dr Julien)

Madame Myriam Hivon, chargé de transfert de connaissances (Fondation du Dr Julien)

Remerciements

L'équipe d'évaluation tient à remercier tous les membres des Centres de Pédiatrie sociale en communauté et de la Fondation du Dr Julien pour leur participation à l'étude. Nous devons un merci tout à fait particulier à Diego Mena et Claudia Hamelin pour leur aide pour l'organisation de l'évaluation, du recrutement des participants et de la collecte des données.

Citation suggérée

Dagenais, C., Guichard, A., Têtu, I., Dupont, D & Portfilio-Mathieu, L. (2017). Évaluation du projet « Intégration des infirmières cliniciennes au sein du mouvement de la pédiatrie sociale en communauté du Québec » de la Fondation du Dr Julien. Synthèse des travaux d'évaluation. Équipe RENARD. Université de Montréal. 73 pages.

Table matières

1. Introduction	7
2. Synthèse du Volet 1 de l'évaluation	8
3. Synthèse des Volets 2 et 3 de l'évaluation	9
4. Conclusion	11
ANNEXE 1 :Synthèse du plan d'évaluation	13
ANNEXE 2 : Rapport d'étape 1	15
1. Introduction	19
2. Collecte des données	20
2.1 Échantillon	20
2.2 Profil des répondants à l'étude	20
3. Appréciation générale du projet	20
3.1 Connaissance du contenu du projet.....	20
3.2 Réactions au projet.....	20
4. Pratiques des infirmières actuellement en poste	21
5. Plus-values perçues à l'intégration de l'infirmière en CPSC	22
5.1 Plus-values de l'intégration des infirmières dans les CPSC pour les enfants et leur famille.....	22
5.2 Plus-values de l'intégration des infirmières dans les CPSC pour l'équipe en place, pour le centre	24
L'infirmière épaulé le médecin.....	24
L'infirmière décharge la travailleuse sociale.....	25
L'infirmière enrichit et augmente la « vision» et la performance d'une équipe	25
6. Limites perçues à l'intégration de l'infirmière	26
7. Enjeux et défis	26
7.1 Préciser et encadrer le rôle de l'infirmière en CPSC.....	26
7.1 L'infirmière et la fonction d'adjointe clinique : un sujet sensible	27
7.3 L'intégration des infirmières en CPSC: une triple responsabilité... ..	28
7.4 Quel profil pour l'infirmière en CPSC ?.....	29
7.5 La formation et l'accompagnement	30
7.6 Sensibilisation auprès des CPSC sans infirmière	30
8. Discussion / Matières à réflexion	31
Le projet d'intégration des infirmières dans les CPSC : un accueil très favorable !	31
L'intégration d'une infirmière en CPSC : de flexibilité nécessaire à ambiguïté délétère	31
Clarifier les rôles (pas seulement ceux des infirmières) tout en respectant la philosophie de la pédiatrie sociale : une impasse?	32
En conclusion : pistes pour l'action	33
ANNEXE 3 : Rapport d'étape 2	36

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	39
Introduction	41
PREMIÈRE PARTIE : EFFETS DE LA FORMATION DES INFIRMIÈRES « EN PRÉSENTIEL ».....	41
1. Méthodologie.....	41
Échantillon	41
Déroulement des entretiens.....	42
Analyses	42
Précisions et limites de la recherche.....	42
2. Résultats.....	43
2.1. Motivation à participer aux formations.....	43
2.2. Format des cours.....	44
2.3. Appréciation des conférenciers et conférencières.....	44
La prestation des conférenciers : quelques commentaires et nuances.....	45
2.4. Constitution des groupes.....	45
2.5. Perceptions des contenus.....	46
Quelques frustrations des infirmières non intégrées en CPSC.....	47
Les frustrations des infirmières intégrées en CPSC.....	48
2.6. Effets de la formation : acquisition de connaissances et apports pour les interventions.....	48
Contexte	48
Effets globalement perçus de la formation.....	49
Effets de la formation par module.....	50
Module de formation du 13 novembre 2015 – « L’anxiété chez les enfants et les adolescents ».....	50
Module de formation du 22 juin 2016 – « Pédiatrie sociale en communauté et stress toxique : méthodes et stratégies d’intervention ».....	51
Module de formation du 9 septembre – « Troubles d’attention et troubles du comportement : comprendre pour mieux intervenir auprès des enfants en situation de grande vulnérabilité ».....	52
2.7. Prête à intégrer un CPSC.....	55
SECONDE PARTIE : RÉACTIONS À LA JOURNÉE DE SENSIBILISATION.....	58
1. Méthodologie.....	58
1.1 Profil de l’échantillon.....	58
1.2 Analyses.....	58
1.3 Limites de la recherche.....	58
2. Résultats.....	59
Satisfaction/Insatisfaction	59
Qu’avez-vous aimé le plus de votre journée ?.....	59
Qu’avez-vous aimé le moins de votre journée ?.....	59
Cette journée d’observation vous a-t-elle permis d’acquérir de nouvelles connaissances ?.....	60
Quelles connaissances cette journée vous a-t-elle permis d’acquérir ?.....	60
Pensez-vous être en mesure de mettre en application dans votre travail certaines des notions acquises lors de cette journée ?.....	61

Pourriez-vous nommer plus précisément quelles notions vous pensez être en mesure de mettre en application dans votre travail ?.....	61
Quelles particularités ou différences avez-vous notées entre l'approche de pédiatrie sociale en communauté et d'autres contextes d'intervention ?.....	61
Quelles particularités avez-vous notées à propos de la clientèle ?	64
À votre avis, quel est l'apport de l'infirmier et de l'infirmière en pédiatrie sociale en communauté ?	65
À votre avis, quelles sont les compétences requises pour un infirmier ou une infirmière qui souhaiterait travailler en pédiatrie sociale en communauté ?	67
Auriez-vous des suggestions pour améliorer cette journée d'observation?	68
Avez-vous des questions par rapport à ce que vous avez observé en clinique qui demeurent sans réponses ? Si oui, lesquelles ?.....	68
2.1 EN BREF.....	68
Annexe 1 : Plan d'évaluation	70
Annexe 2 : Grille d'entretien.....	72

1. Introduction

Ce bref rapport présente une synthèse des travaux d'évaluation réalisés dans le cadre du projet de formation et d'intégration d'infirmières cliniciennes au sein d'équipes de pédiatrie sociale en communauté (PSC). Ce projet s'inscrit dans la démarche d'acquisition et transfert de connaissances en PSC de la Fondation du Dr Julien. Il a été rendu possible grâce soutien financier de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. En mars 2016, la Fondation du Dr Julien confiait à notre équipe le mandat : « ... d'évaluer si le programme de formation fourni aux infirmières dans le cadre du projet permet réellement d'outiller et d'intégrer les infirmières au sein de l'équipe de PSC ... ». L'approche de recherche privilégiée pour la réalisation de ce projet repose sur le modèle d'évaluation développementale proposée par Patton (2011)¹.

Cette approche se différencie des approches plus traditionnelles d'évaluation. Elle est utilisée lors du développement d'une initiative innovante qui se déploie au fur et à mesure dans un environnement complexe et en constante évolution. Les rétroactions prévues dans cette approche permettent de guider le développement de l'initiative et ce, dès son stade initial (Gamble, 2008)². L'approche valorise la rétroaction immédiate et continue aux concepteurs des informations utiles qui permettent de transformer, structurer et améliorer l'initiative. Les résultats de l'évaluation peuvent donc être utilisés en temps réel et guident la prise de décisions des concepteurs sur les choix à faire concernant les façons de mieux adapter l'initiative au public cible. L'évaluation développementale doit reposer sur un partenariat de longue durée et une relation de confiance entre les évaluateurs et l'équipe de concepteurs. En bref, dans cette approche, « l'évaluateur fait partie d'une équipe où les membres collaborent pour conceptualiser, élaborer et tester de nouvelles approches dans un processus à long terme et constant d'amélioration continue, d'adaptation et de changement délibéré » (Patton, 2008)³. Bien que l'évaluateur s'investisse dans l'initiative, il doit s'assurer de garder une objectivité qui sera primordiale pour préserver la rigueur lors

¹ Patton, M. Q. (2011). *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. Guilford Press.

² Gamble, J. (2008). *Abc de l'évaluation évolutive*. The JW McConnell Family Foundation, Montreal.

³ Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation*. Sage publications.

de l'analyse des données. De plus, les utilisateurs ciblés par l'initiative doivent être inclus dans le processus de développement. Grâce à un partenariat de longue date entre l'Équipe RENARD et la FDJ, le projet de formation des infirmières représentait un contexte idéal pour appliquer les principes de ce type d'évaluation.

Dès le démarrage du projet, un comité d'évaluation composé de membres de la FDJ, de l'OIIQ, de l'équipe d'évaluation et une experte externe en soins infirmiers a été mis sur pied et un plan d'évaluation provisoire a été produit et soumis à ce comité pour s'assurer qu'il réponde aux principales préoccupations des parties prenantes. Ce plan provisoire a fait l'objet de plusieurs mises à jour et modifications lors des réunions du comité d'évaluation pour tenir compte de l'évolution du projet. La dernière version de ce plan (mars 2017) se trouve à l'annexe 1. Il présente les trois volets de l'évaluation, soit un premier sur 1) la valeur ajoutée et les défis liés à l'intégration des infirmières dans les CPSC, 2) un deuxième sur l'efficacité de la formation à développer et appliquer les compétences spécifiques à la PSC et 3) le troisième sur les réactions des infirmières ayant participé à la journée de sensibilisation prévue dans le projet.

2. Synthèse du Volet 1 de l'évaluation

Un rapport d'étape a été présenté en septembre 2016 concernant le **volet 1** de l'évaluation. Ce rapport se trouve à l'Annexe 2 de la présente synthèse.

Pour ce premier volet, des entrevues ont été conduites dans huit différents CPSC et au total, six infirmières cliniciennes, six médecins et trois travailleuses sociales ont participé à un entretien individuel. Les résultats montrent une appréciation du projet généralement favorable, même si la pertinence d'intégrer une infirmière dans leur centre n'est pas reconnue par tous. Beaucoup d'interrogations ont été soulevées concernant la place que les infirmières auront à prendre dans les CPSC versus la place qui leur sera laissée par l'équipe. Mais les infirmières rencontrées se disent profondément convaincues de la pertinence et de la plus-value de l'ajout d'une infirmière dans les CPSC et cette conviction est partagée par le plus grand nombre des personnes rencontrées. L'un des arguments les plus avancés par l'ensemble des intervenants au titre des plus-values concerne l'image positive que renvoie l'infirmière aux enfants et aux familles et plusieurs soulignent le fait qu'un suivi en santé

physique ou mentale est mieux perçu (moins menaçant) par la clientèle qu'un suivi psychosocial. Par ailleurs, de façon presque unanime, les répondants qui collaborent déjà avec une infirmière relèvent dans leur service une nette amélioration de la qualité et de la continuité des suivis médicaux. On rapporte aussi que les infirmières sont utiles pour collaborer avec le médecin dans les tâches liées à l'évaluation de la santé physique et mentale qui relèvent de leur compétence, pour épauler la travailleuse sociale et qu'elles contribuent au travail interdisciplinaire.

Ce premier volet de l'évaluation visait également à identifier les enjeux et défis liés à l'intégration des infirmières dans les CPSC. L'évaluation a permis de cerner six grands enjeux et défis liés à : 1) l'importance de définir les fonctions et le rôle de l'infirmière en pédiatrie sociale ; 2) la participation des infirmières aux rencontres cliniques ; 3) la place de l'infirmière dans le duo médecin/travailleuse sociale ; 4) la définition du profil de l'infirmière en PSC ; 5) la formation et à l'accompagnement et 6) la sensibilisation des CPSC où il n'y a pas d'infirmière.

Le rapport de ce premier volet d'évaluation propose en conclusion une série de 13 pistes d'action basées sur les résultats produits.

3. Synthèse des Volets 2 et 3 de l'évaluation

Un second rapport a été présenté à la Fondation de l'OIIQ et à la FDJ en mars 2017 (voir Annexe 3). Ce rapport se présente en deux parties. La première porte plus particulièrement sur les effets de la formation des infirmières formées en « présentiel » (volet 2) et la seconde sur les réactions des infirmières qui ont participé à la journée de sensibilisation (volet 3). Une troisième partie concernant la formation « en ligne » avait été prévue, mais au moment d'écrire le présent rapport, seulement trois infirmières avaient complété au moins un module de formation et cette question a dû être abandonnée.

La première partie repose sur les discours recueillis lors d'entretiens individuels auprès de huit infirmières ayant participé à la formation. Celles-ci se sont inscrites à ces formations par intérêt personnel et engagement citoyen pour la cause des familles vulnérables, pour la

richesse des contenus, par intérêt pour le secteur communautaire. La qualité des conférenciers et conférencières a fait l'unanimité au titre des aspects les plus appréciés par les participantes. Par contre, les infirmières d'expérience ont moins apprécié la diversité des profils de participants, peu propice à l'échange de pratiques. Les sujets abordés dans le cadre de ces journées de formation sont généralement jugés très pertinents, utiles et parfois novateurs. Mais ce qui a particulièrement « séduit » et intéressé l'ensemble des participantes est sans conteste la présentation de cas cliniques en pédiatrie sociale en communauté, lesquels sont venus soutenir et illustrer les explications théoriques. Ces cas permettent d'illustrer l'apport clinique de l'infirmière auprès des enfants en situation de vulnérabilité.

Les contenus des formations sont complexes et composés d'une multitude d'éléments dont l'importance relative est difficile à appréhender. Aussi, nous rapportons dans le rapport l'ensemble des informations livrées par les répondantes lors des entretiens dans des tableaux correspondants chacun à un module de formation.

Parmi les quatre infirmières non intégrées, deux d'entre elles disent ne pas se sentir tout à fait prêtes à entrer en CPSC et deux autres se disent tout à fait prêtes à intégrer un centre.

La seconde partie du rapport présente les résultats du troisième volet de l'évaluation. Il porte sur les réactions des infirmières suite à la journée de sensibilisation. Les données ont été collectées à l'aide d'un sondage en ligne soumis à 29 infirmières ayant assisté à la journée de sensibilisation dont 14 étudiant(e)s stagiaires et 15 infirmières professionnelles. Les résultats du sondage indiquent une appréciation très positive de cette journée de sensibilisation. Les participant(e)s ont été particulièrement sensibles au contact avec les familles et aux qualités personnelles des intervenants rencontrés, mais certaines déplorent ne pas avoir disposé de suffisamment de temps avec eux. Sur cette seule journée de sensibilisation, les participant(e)s témoignent déjà de l'acquisition de connaissances propres à l'approche globale et personnalisée des familles, aux valeurs et à l'esprit de la PSC, son mode de fonctionnement multidisciplinaire, mais aussi de connaissances spécifiques aux problématiques auxquelles font face la clientèle des CPSC.

4. Conclusion

Au terme de cette évaluation, la place de l'infirmière en PSC apparaît comme une évolution incontournable de la PSC dans la configuration actuelle de certains centres en région, des services à la petite enfance, la complexification des prises en charge et des besoins non comblés de la population visée. Si la volonté, la pertinence et la plus-value de l'ajout d'une infirmière dans les CPSC fait peu de doute, il s'agit incontestablement d'une pratique en émergence qui nécessitera, comme toute pratique naissante, d'être qualifiée et structurée (place, rôle⁴ et compétences) pour s'ajuster à un domaine d'intervention lui-même encore récent et en évolution constante.

Par ce projet, la FDJ témoigne d'une volonté affirmée de renouvellement du noyau professionnel des centres. Cette intégration ne manquera pas de venir bousculer les pratiques et professionnels en place et introduira des ajustements variables selon les modes de fonctionnement des centres, mais une intégration réussie de l'infirmière pourra contribuer au fonctionnement optimal de la nouvelle équipe.

Il s'agira notamment de :

- 1) continuer à faire connaître la pratique infirmière en PSC en poursuivant les journées de sensibilisation et en renforçant le contact avec les professionnels afin d'aider les éventuelles candidates à cerner leur aptitude et leur intérêt pour cette spécialité ;
- 2) définir un nouveau profil professionnel de coopération avec le médecin et la travailleuse sociale, et les autres professionnels sociosanitaires de proximité ;
- 3) d'asseoir ou de consolider cette pratique sur une formation et des temps d'échanges de pratiques adaptés aux compétences requises et à l'expérience des infirmières concernées. Le cadre et les contenus de cette formation initiale en présentiel existent et sont fort appréciés. Il restera à demeurer vigilant à l'adéquation de la formule en ligne et à développer des modules ou des espaces d'échange de pratique qui permettent aux

⁴ Le projet a permis d'élaborer un document décrivant les modalités d'intégration de l'infirmière en pédiatrie sociale en communauté et détaillant le rôle de celle-ci au sein de cette pratique.

infirmières plus expérimentées de cheminer dans leur carrière et de développer leur expertise en PSC.

4) Définir les modalités de reconnaissance de ces nouvelles fonctions. Si nous choisissons de conclure ce rapport sur ce point, c'est qu'il est d'importance du point de vue des personnes rencontrées. Il existe des irritants ou points de friction dans l'intégration de l'infirmière en PSC dont les résistances ressenties d'autres corps professionnels, notamment médical. Ainsi, la définition de modalités de reconnaissance et la valorisation du rôle et des fonctions infirmières en PSC constituent sans nul doute un des aspects les plus décisifs d'une intégration harmonieuse de l'infirmière au sein de l'organisation.

ANNEXE 1 :Synthèse du plan d'évaluation

Synthèse du plan d'évaluation (17 03 2017)

Questions d'évaluation	Collecte des données			
	Participants	Méthodes	Échantillon	Échéancier
<p>Volet 1 : Intégration de l'infirmière en PSC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la valeur ajoutée d'intégrer une infirmière dans les CPSC? • À quels défis doit-on s'attendre? 	<p><u>Informateurs-clés</u> : Médecins, TS, infirmières dans 4 CPSC Et médecins et TS dans 3 CPSC où il n'y a pas d'infirmière Plus : un entretien dans un CSPS en émergence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens qualitatifs individuels 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 centres où il y a déjà des infirmières : Lévis; Hochelaga-Maisonneuve; Québec; St-Jean (n=12) • Et 4 autres où il n'y en a pas : Gatineau; Haute-Gaspésie; Grande-Baleine; futur centre à Thetford Mines (n=6) 	<p>Mai-juin 2016</p>
<p>Volet 2 : Formation pour l'infirmière en PSC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le programme de formation permet-il de développer et d'appliquer les compétences spécifiques à la PSC? • La formation produit-elle des changements de pratique chez les infirmières intégrées, celles qui vont intégrer et celles dans un CIUSSS? 	<p><u>Infirmières formées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Volet 2a : En présentiel • Volet 2b : En ligne 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire de réactions à la formation • Test de connaissances avant-après • Entretiens semi-structurés 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les infirmières formées en présentiel • Infirmières formées en ligne seulement • Les 2 infirmières intégrées; les 2 qui le seront; une sur deux pour les autres formées en présentiel 	<p>Février-mars 2017</p>
<p>Volet 3 : Formation sensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les réactions des infirmières à la journée de sensibilisation? 	<p><u>Infirmières participantes</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Survey Monkey préparé par l'équipe TC de la FDJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les infirmières ayant participé (n = 50-100) 	<p>En continu jusqu'à avril 2017</p>

ANNEXE 2 : Rapport d'étape 1

Évaluation du projet « Intégration des infirmières cliniciennes au sein du mouvement de la pédiatrie sociale en communauté du Québec » de la Fondation du Dr Julien

Rapport d'étape

Présenté à
Fondation du Dr Julien (FDJ)
Et
Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec



Septembre 2016

Équipe d'évaluation

Christian Dagenais, Ph. D., professeur, Université de Montréal. Chercheur principal de l'Équipe RENARD

Anne Guichard, Ph. D., professeure, Université Laval. Membre chercheuse de l'équipe Renard.

Isabelle Têtu

Didier Dupont, M.Sc, Professionnel de recherche en sciences humaines et sociales. Consultant en design et suivi de projets de recherche qualitative

Lyann Portfilio-Mathieu

Composition du comité d'évaluation

Monsieur Claudel Guillemette, Directeur Adjoint des pratiques et de l'excellence en soins infirmiers, Direction de soins infirmiers, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est de l'Île de Montréal

Madame Lina Vachon, ancienne infirmière et experte externe

Monsieur Christian Dagenais, évaluateur principal, directeur de l'équipe de recherche RENARD, Université de Montréal

Madame Anne Guichard, évaluatrice, faculté des soins infirmier de l'U. de Laval

Madame Isabelle Têtu, inf. évaluatrice, Faculté des soins infirmier de l'U. de Laval

Madame Maude Julien, coordonnatrice clinique du projet et consultante (Fondation du Dr Julien)

Monsieur Diego Mena, directeur en transfert de connaissances (Fondation du Dr Julien)

Madame Myriam Hivon, chargé de transfert de connaissances (Fondation du Dr Julien)

Remerciements

L'équipe d'évaluation tient à remercier tous les membres des Centres de Pédiatrie sociale en communauté et de la Fondation du Dr Julien pour leur participation à l'étude. Nous devons un merci tout à fait particulier à Diego Mena et Claudia Hamelin pour leur aide pour l'organisation de l'évaluation, du recrutement des participants et de la collecte des données.

Citation suggérée

Dagenais, C., Guichard, A., Têtu, I., Dupont, D & Portfilio-Mathieu, L. (2016). Évaluation du projet « Intégration des infirmières cliniciennes au sein du mouvement de la pédiatrie sociale en communauté du Québec » de la Fondation du Dr Julien. Rapport d'étape. Équipe RENARD. Université de Montréal. 23 pages.

Table matières

1. Introduction	19
2. Collecte des données	20
2.1 Échantillon.....	20
2.2 Profil des répondants à l'étude	20
3. Appréciation générale du projet	20
3.1 Connaissance du contenu du projet	20
3.2 Réactions au projet	20
4. Pratiques des infirmières actuellement en poste	21
5. Plus-values perçues à l'intégration de l'infirmière en CPSC	22
5.1 Plus-values de l'intégration des infirmières dans les CPSC pour les enfants et leur famille	22
5.2 Plus-values de l'intégration des infirmières dans les CPSC pour l'équipe en place, pour le centre	24
L'infirmière épaulé le médecin.....	24
L'infirmière décharge la travailleuse sociale.....	25
L'infirmière enrichit et augmente la « vision» et la performance d'une équipe	25
6. Limites perçues à l'intégration de l'infirmière	26
7. Enjeux et défis	26
7.1 Préciser et encadrer le rôle de l'infirmière en CPSC	26
7.1 L'infirmière et la fonction d'adjointe clinique : un sujet sensible	27
7.3 L'intégration des infirmières en CPSC: une triple responsabilité... ..	28
7.4 Quel profil pour l'infirmière en CPSC ?.....	29
7.5 La formation et l'accompagnement	30
7.6 Sensibilisation auprès des CPSC sans infirmière.....	30
8. Discussion / Matières à réflexion	31
Le projet d'intégration des infirmières dans les CPSC : un accueil très favorable !	31
L'intégration d'une infirmière en CPSC : de flexibilité nécessaire à ambiguïté délétère	31
Clarifier les rôles (pas seulement ceux des infirmières) tout en respectant la philosophie de la pédiatrie sociale : une impasse?.....	32
En conclusion : pistes pour l'action	33

1. Introduction

Ce rapport d'évaluation s'inscrit dans la démarche d'acquisition et transfert de connaissances en PSC de la Fondation du Dr Julien et concerne l'intégration d'infirmières cliniciennes au sein d'équipes de pédiatrie sociale en communauté (PSC). Le projet a obtenu une subvention de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le projet se présente en deux volets, soit : 1) former les infirmières cliniciennes à la pratique interdisciplinaire de la pédiatrie sociale en communauté et 2) intégrer des infirmières dans les équipes de pédiatrie sociale en communauté dans le cadre d'un projet pilote qui pourra servir au déploiement à d'autres centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC).

Ce rapport porte sur la toute première étape du projet qui visait à répondre à deux questions, soit :
Quelle est la valeur ajoutée d'intégrer une infirmière dans les CPSC et 2)

À quels défis doit-on s'attendre?

Note importante :

Dans l'ensemble des discours que nous avons collectés dans le cadre de cette évaluation, nous avons constaté que la question de la définition du rôle de l'infirmière était abondamment évoquée par l'ensemble des participants (un rôle non suffisamment défini, un flou qui a pu parfois incommoder certains participants, un rôle qu'il faudra absolument préciser, encadrer, etc.). Il nous paraît important de préciser ici que bien que la Fondation du Dr Julien a présenté le projet et ses différentes étapes (dont la création d'un profil) à l'ensemble des CPSC le 27 février 2015, durant la période où les entretiens ont été menés, seules quelques-unes des personnes rencontrées étaient informées de l'existence d'un profil en construction de l'infirmière en pédiatrie sociale.

La Fondation du D. Julien est donc activement impliquée, depuis le début du projet, en collaboration avec l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec et le CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal, dans la démarche de définition/clarification/officialisation du rôle de l'infirmière au sein des CPSC, simplement les fruits de ce travail, le document qui a été produit, n'avaient pas encore été partagés avec l'ensemble des intervenants des CPSC.

2. Collecte des données

2.1 Échantillon

Des entrevues ont été conduites dans huit différents CPSC, dont quatre où une infirmière est fait partie de l'équipe, soit les CPSC de Lévis, Hochelaga-Maisonneuve, Québec et Saint-Jean. Trois autres, soit les CPSC de Gatineau, Haute-Gaspésie et Grande-Baleine n'ont pas d'infirmière dans leur équipe. Un huitième entretien a été conduit avec un membre de l'équipe du futur CPSC de Thetford Mines, qui comprendra une infirmière à son ouverture.

Près de la moitié des répondants proviennent de grands centres urbains tels que Montréal et Québec, la plupart des autres sont affiliés aux CPSC provenant de villes de taille moyenne. Deux répondants proviennent de régions éloignées.

2.2 Profil des répondants à l'étude

Au total, six infirmières cliniciennes ont participé à l'étude. De ce nombre, cinq sont en service, l'une étant encore au stade de création d'un nouveau CPSC. La plupart d'entre elles sont en prêt de services venant du réseau de la santé, tel que le CLSC, SIPPE / CSSS, DPJ et CHUL Québec. L'une des infirmières est bénévole et une autre est directrice de son CPSC. Six médecins ont contribué à cette étude dont trois n'ayant pas collaboré avec une infirmière en CPSC. Finalement, trois travailleuses sociales ont été rejointes, dont une seule n'ayant pas d'expérience de travail avec une infirmière. En bref, quatre répondants sur un total de quinze n'ont pas côtoyé d'infirmière au sein de leur équipe actuelle.

3. Appréciation générale du projet

3.1 Connaissance du contenu du projet

Tous les participants interrogés ont entendu parler du projet d'intégration des infirmières, mais pas toujours de façon officielle ni approfondie. Les intervenants se faisaient donc une idée globale du projet, mais les connaissances des modalités et implications du projet demeuraient, dans la majorité des cas, très fragmentaires.

3.2 Réactions au projet

L'accueil du projet a été généralement favorable. Aucun répondant ne s'est ouvertement opposé à cette idée. Une minorité de participants a mis en doute la pertinence d'intégrer une infirmière dans leur centre respectif, que ce soit en raison d'une desserte médicale déjà adéquate par le CPSC ou par la collectivité, de la composition actuelle de leur équipe ou du contexte géographique particulier.

Toutefois, ces derniers n'étaient pas opposés au projet pour autant et croyaient que ce pourrait être approprié d'intégrer une infirmière dans les centres où leur présence était souhaitée.

Puisque plusieurs répondants ne détenaient qu'une représentation incomplète du projet, celui-ci a soulevé plusieurs questionnements. Du côté des infirmières, beaucoup ont mentionné leurs appréhensions face à la place qu'elles auront dans une structure d'équipe qui, jusqu'à présent, semble avoir comme noyau le médecin et la travailleuse sociale. Beaucoup d'interrogations ont été soulevées concernant la place que les infirmières auront à prendre dans les CPSC versus la place qui leur sera laissée par l'équipe.

La majorité des répondants a exprimé un besoin de clarification du rôle de l'infirmière en CPSC. Un regard est tourné vers les autres membres de l'équipe de chaque CPSC ainsi que vers la Fondation pour ces éclaircissements.

D'autres inquiétudes ont aussi été soulevées du côté des infirmières. Certaines expriment leur crainte d'être confinées à certaines tâches médicales, un rôle qui ne serait que trop similaire à une infirmière en CLSC. D'autres craignent de se voir considérées comme l'assistante du médecin et de la travailleuse sociale. Dans ces conditions, quelques-unes expriment leur inquiétude de ne pouvoir utiliser les compétences acquises au fil de leurs années d'expérience et de ne pouvoir se développer sur le plan professionnel, ce qui peut s'avérer démotivant pour certaines.

4. Pratiques des infirmières actuellement en poste

Plusieurs répondants considèrent que le travail de l'infirmière consiste à « épauler le médecin » et à « soulager la travailleuse sociale ». Par exemple, plusieurs ont spécifiquement nommé des tâches telles que filtrer et prioriser les familles à l'accueil du centre et effectuer un suivi médical à la suite d'un diagnostic ou d'une prescription de médication par le médecin.

Beaucoup ont décrit des fonctions ou des projets portés par l'infirmière tournés vers l'intervention en matière d'éducation et de prévention, que ce soit en lien avec l'hygiène, l'alimentation, la sexualité, etc. Plusieurs ont souligné le rôle pivot de l'infirmière, acteur privilégié pour faire le lien entre les familles et l'école ou entre les familles et le réseau de la santé. Certaines sont responsables des références en ergothérapie ou orthophonie. On retrouve par ailleurs différents niveaux d'implication de l'infirmière dans les rencontres cliniques ainsi que des différences marquées entre les centres dans l'accès à la fonction d'adjointe clinique.

Un point d'importance soulevé presque unanimement par les différents répondants est que le rôle de l'infirmière se définit surtout en fonction des besoins des enfants et des familles, du contexte local,

de l'historique du centre dans lequel elles sont impliquées, de la composition de l'équipe ainsi que de la situation géographique du centre.

Plusieurs répondants témoignent du processus d'apprentissage d'équipe ayant précédé ou accompagné la définition (ou la redéfinition) de repères pour un fonctionnement optimal et harmonieux de chacun des membres de l'équipe selon ses forces, connaissances et compétences. Cependant, les pratiques, rôles et attentes envers l'infirmière sont changeants d'un endroit à l'autre et suscitent toujours un grand nombre d'interrogations concernant les fonctions qui peuvent et ne peuvent pas être laissées à l'infirmière.

5. Plus-values perçues à l'intégration de l'infirmière en CPSC

Si l'on évoque tout d'abord la perception des intervenantes particulièrement concernées par ce projet, sans surprise, et en référence à l'expérience qu'elles ont acquise en CPSC ces dernières années, les six infirmières rencontrées se disent profondément convaincues de la pertinence et de la plus-value de l'ajout d'une infirmière dans les CPSC. La plupart des infirmières rencontrées sont en place depuis plusieurs années et ce sentiment d'être utile et d'avoir leur place dans les CPSC est unanime. Il est intéressant de constater que les arguments qu'elles avancent pour justifier leur adhésion à ce projet d'intégration, pour rendre compte de leur motivation ne se distinguent pas fondamentalement de ceux avancés par leurs collègues médecin et travailleuse sociale. Ces arguments, partagés par le plus grand nombre (des personnes rencontrées) sont décrits dans les pages qui suivent, et concernent l'apport important de leur présence (expertise, connaissances, attitudes, etc.) autant pour les enfants et leur famille, que pour les membres de l'équipe en place ou encore pour le centre, plus généralement.

5.1 Plus-values de l'intégration des infirmières dans les CPSC pour les enfants et leur famille

L'un des arguments les plus avancés par l'ensemble des intervenants au titre des plus-values concerne l'image positive que renvoie l'infirmière aux enfants et aux familles. Elle est généralement perçue comme une intervenante de première ligne ayant un contact privilégié avec les familles, permettant ainsi de renforcer les liens avec la clientèle. Cette « proximité » donne souvent la confiance nécessaire aux familles pour poser des questions qu'elles n'auraient pas osé poser à un autre intervenant du centre. Il en va de même pour les adolescents qui ont souvent des questionnements concernant la sexualité par exemple et qui peuvent être moins intimidés de se tourner vers une infirmière plutôt qu'un médecin pour obtenir des réponses.

Les familles utilisant les services des CPSC sont souvent vulnérables et ont parfois eu de mauvaises expériences avec les divers intervenants du système de la santé, des services sociaux et des services judiciaires. Il nous est dit par exemple que certaines familles craignent de se rendre au CLSC ou aux urgences par peur d'être signalées à la DPJ.

Plusieurs soulignent le fait qu'un suivi médical est mieux perçu (moins menaçant) par la clientèle qu'un suivi psychosocial. L'infirmière peut donc faire le pont entre les familles et les services psychosociaux offerts par le CPSC. De nombreux participants font donc valoir que l'infirmière est une professionnelle qui inspire la confiance des familles, ce qui a pour effet de rendre possible, parfois, et de bonifier grandement le contact avec les familles qui fréquentent les CPSC.

Par ailleurs, en présence d'une infirmière, beaucoup vont mettre en avant la possibilité qu'ont les familles d'être immédiatement conseillées, dirigées vers d'autres services ou traitées pour tous les soins mineurs qui relèvent d'une compétence infirmière. Cela a pour effet de ne pas retenir la famille trop longtemps si le médecin est absent et non disponible pendant plusieurs jours. Par la même occasion, au meilleur de leurs connaissances, l'infirmière sera en mesure de juger de la pertinence d'une consultation avec le médecin (fonction de filtrage).

En fait, plus généralement, et de façon presque unanime, les répondants qui collaborent déjà avec une infirmière relèvent dans leur service une nette amélioration de la qualité et de la continuité des suivis médicaux. À ce sujet, plusieurs soulignent par exemple le fait que la plupart des infirmières travaillant en CPSC ont une connaissance pointue du réseau de la santé, elles connaissent les partenaires qui collaborent habituellement avec le centre. Elles sont ainsi en bonne position pour guider et/ou accompagner les familles pour les démarches ou consultations qu'elles ont à faire dans ces différentes institutions. Certains voient aussi en l'infirmière une intervenante capable d'accompagner les familles pour la gestion des assurances maladie, les liens avec la pharmacie, etc.

Un autre type de plus-value très souvent invoqué par l'ensemble des participants à l'étude concerne l'importance du rôle de l'infirmière pour éventuellement « traduire » et/ou compléter les explications du médecin et ainsi s'assurer de leur bonne compréhension dans le contexte de situations médicales souvent très lourdes et complexes. Il s'agit aussi de « les écouter », « d'entendre leur stress », « de les rassurer » et ces habiletés sont des qualités généralement prêtées aux infirmières dans les propos des intervenants.

Ajoutons enfin qu'un bon nombre de répondants ont longuement insisté sur la grande compétence des infirmières à penser puis conduire des interventions éducatives ou préventives auprès des familles. Pour plusieurs, les infirmières sont des intervenantes tout à fait désignées pour mettre en

place, améliorer ou multiplier ce type de service dans les CPSC. Elles peuvent ainsi informer, éduquer les familles (les aider à lire des posologies, leur décrire quels pourraient être les effets secondaires de tel traitement, leur remettre en tête un rendez-vous pour le rappel d'un vaccin, etc.).

En fait, les aspects éducation et prévention (et presque leur condition d'existence) sont clairement associés à la présence des infirmières en CPSC. Plusieurs relatent des expériences ou projets de rencontres avec les familles en rapport avec des thèmes tels que les comportements de santé, l'alimentation et les troubles alimentaires, les notions de bases concernant l'hygiène, l'éducation sexuelle avec les plus âgés, etc.

Toujours au chapitre des interventions éducatives/préventives, beaucoup vont évoquer et mettre en avant l'expertise des infirmières avec les 0-5 ans laquelle constitue une importante plus-value pour les CPSC. Plusieurs interventions de ce type nous ont été décrites. Par exemple, des infirmières nous ont parlé de leur projet de proposer ou ont déjà proposé par le passé des activités pour informer les parents sur les étapes de développement d'un enfant, sur les liens d'attachement, sur la façon de tenir, nourrir ou coucher un enfant en bas âge, etc. Ce type d'offre de service en CPSC ouvre parfois la porte aux parents qui n'ont pas pu ou n'ont pas souhaité recevoir de services du réseau de la santé et des services sociaux (ex : CLSC/SIPPE).

5.2 Plus-values de l'intégration des infirmières dans les CPSC pour l'équipe en place, pour le centre

L'infirmière épaulé le médecin

Il s'agit là d'un des bénéfices les plus évoqués au titre des plus-values « équipe ». Beaucoup s'entendent sur le fait que les infirmières sont particulièrement utiles pour assister le médecin dans les tâches médicales « moins pointues », des tâches qui relèvent de leur compétence et de leur droit à exercer. D'ailleurs, tous les médecins que nous avons rencontrés qui ont vécu cette expérience de collaboration avec une infirmière expriment leur grande satisfaction à l'égard de ce partage des tâches et de tout ce qui peut être simplifié, amélioré, augmenté, en termes de services.

Il a été dit par exemple que les infirmières peuvent peser et mesurer l'enfant, résumer les dossiers pour le médecin, faire l'évaluation des situations des familles avant la rencontre avec le médecin, remplir d'éventuels formulaires administratifs, etc. Cette implication de l'infirmière au moment des premières rencontres a pour effet de libérer le médecin de certaines tâches ce qui lui permettra d'accorder davantage d'attention à l'enfant.

Beaucoup de répondants mettent aussi en avant un gain considérable dans la circulation des informations. Les infirmières, généralement plus disponibles, plus présentes que ne peut l'être le

médecin, peuvent lui relayer toutes les informations, les demandes, les besoins concernant l'enfant ou la famille. Plusieurs médecins se disent ainsi très rassurés de la savoir en contact étroit avec les familles et ils ont désormais le sentiment que le lien n'est pas rompu et que les familles bénéficient d'un suivi de qualité et plus assidu. Ce sont bien des médecins qui s'exclament : « *on ne s'en passerait plus !* »

L'infirmière décharge la travailleuse sociale

Les travailleuses qui ont été rencontrées et qui ont vu leur équipe augmentée de la présence d'une infirmière expriment leur soulagement de voir les suivis médicaux effectués par une collègue ayant une expertise en santé, puisqu'auparavant c'est à elle qu'incombait parfois la tâche d'assumer des suivis de cette nature auprès des familles (surtout... relayer l'information au médecin, s'assurer de la prise des médicaments).

Avec une infirmière en fonction, « la TS peut faire son travail de TS ».

De plus, certaines ajoutent que l'infirmière peut leur apporter de l'aide parfois en prenant en charge les liens école, CPE, CLSC. Aussi, elles jouent parfois un rôle de pivot.

L'infirmière enrichit et augmente la « vision » et la performance d'une équipe

Nous l'avons vu, du côté des centres qui intègrent une infirmière, on note une perception très favorable de leur présence en CPSC notamment parce que l'expertise touche à la fois aux volets médical et social de l'intervention auprès des familles. Certains nous parlent d'une vision « large » ou « globale ». Il y a désormais davantage d'intervenants autour d'une famille ce qui rend « l'intervention optimale » et donne la possibilité de « couvrir plus large au niveau des besoins » et de « voir qui est le mieux placé pour intervenir auprès des familles ».

Plusieurs se réjouissent ainsi de la contribution de l'infirmière au travail multidisciplinaire. Fréquemment dans les entretiens, nous avons entendu des arguments tels que « elle consolide l'équipe », « l'équipe est plus complète », « c'est un professionnel qui nous manquait ». Certains parleront d'une « belle complémentarité » des professionnels en présence dans un CPSC.

Ce travail multidisciplinaire permet de « se soutenir entre collègues », de potentialiser la force d'action et ainsi couvrir plus largement et efficacement les besoins des familles.

En fait, et bien que par ailleurs la question de la définition des rôles soit interrogée, voire problématisée, la presque totalité des personnes rencontrées nous disent aussi n'avoir aucun problème avec le fait que les rôles des divers intervenants se « chevauchent » parfois, dans la mesure où tous ont bien conscience que c'est là l'un des fondements de la pédiatrie sociale, du principe de « co-

construction ». Un des répondants conçoit ainsi l'équipe comme « une communauté de pratiques professionnelles qui se construisent et s'enrichissent mutuellement ».

Enfin, nous l'avons déjà mentionné, grâce à leurs connaissances médicales, les infirmières peuvent juger de l'importance de faire appel ou non au médecin et ainsi faire la part entre ce qui relève de l'urgence ou pas. Au besoin, l'infirmière pourra dispenser quelques soins mineurs qui relèvent de sa compétence. Les services s'en trouvent ainsi désengorgés, ce qui permet, disent certains, d'augmenter le volume de patients pris en charge.

6. Limites perçues à l'intégration de l'infirmière

Peu de répondants voient des limites à l'intégration des infirmières et quand c'est le cas, le plus souvent, ils évoquent le risque de voir trop d'intervenants en présence autour d'une famille lors des rencontres cliniques. Mais à ce propos, nous avons aussi entendu un médecin qui disait ne pas voir cette situation comme étant particulièrement dérangeante. Il suffirait simplement d'expliquer aux familles pourquoi autant d'intervenants sont en présence, et leur montrer tout le bénéfice qu'elles pourront tirer de cet environnement multidisciplinaire.

Une minorité de répondants sont d'avis que leur centre n'a pas besoin d'infirmière, que ce soit parce que les services médicaux sont déjà amplement couverts par les médecins en place ou à cause du faible volume de clients. De plus, certains mentionnent que l'ajout d'une infirmière à leur équipe pourrait avoir pour conséquence un dédoublement des services avec ceux déjà offerts dans leur collectivité.

7. Enjeux et défis

7.1 Préciser et encadrer le rôle de l'infirmière en CPSC

Dans la plupart des entretiens les répondants considère qu'un défi important sera de définir les fonctions et le rôle de l'infirmière en pédiatrie sociale, qui sera certainement très différent de celui de l'infirmière en CLSC. Cela demande de délimiter les frontières entre les professions, mais aussi, et surtout, les lieux communs d'interventions entre les différents acteurs.

À un moment ou un autre de la rencontre, la totalité des infirmières (même celles ayant une longue expérience, même celles impliquées de près ou de loin dans la fondation d'un CPSC) qui ont été rencontrées ont exprimé le souhait de voir le rôle des infirmières davantage précisé, défini par les membres de leurs équipes ou/et par la Fondation.

Un grand nombre de répondants mentionnent qu'il est important pour l'infirmière de « prendre sa place », mais quelques-uns ajoutent qu'il est tout autant important pour l'équipe de préparer et « faire une place » à l'infirmière, sans que soit transgressés pour autant les grands principes de l'intervention en pédiatrie sociale.

Un des enjeux parfois soulevés renvoie à ce que les répondants qualifient de « manque d'ouverture » que pourraient manifester certains médecins à l'égard des infirmières. On affirme, souvent par expérience, que certains médecins se montrent réticents à collaborer avec l'infirmière ou encore peuvent se sentir menacés par sa présence. Dans notre échantillon, un seul des médecins rencontrés précise qu'il a simplement besoin d'acquiescer une confiance envers l'infirmière avant de lui déléguer des tâches. Certains répondants pensent ainsi que le fait de systématiser la place de l'infirmière en CPSC pourrait faire contrepoids à un éventuel manque de collaboration du médecin. Plusieurs sont d'avis qu'une complémentarité doit se développer entre les deux intervenants pour que les patients bénéficient pleinement de leurs expertises.

7.1 L'infirmière et la fonction d'adjointe clinique : un sujet sensible

Lors de la récente publication du document de certification et de codification, il a été établi que le rôle d'adjointe clinique serait prioritairement (mais non obligatoirement) attribué à la travailleuse sociale. Cette clarification a inquiété, voire irrité des infirmières qui occupaient cette fonction depuis plusieurs années, ce choix n'ayant soulevé aucun problème, aucune question par le passé. Et en effet, dans certains centres, des infirmières ont été amenées à tenir le rôle d'adjointe clinique, que ce soit par choix ou à cause d'un trop grand volume de clientèle ou tout simplement parce que l'infirmière avait participé activement à la création du centre lui-même et donc à la prise en charge des familles en duo avec le médecin dès le début.

Quelques infirmières ont ainsi exprimé la crainte d'être tout simplement écartées des fonctions cliniques et de tout ce qui s'en rapproche. Certaines d'entre elles se disent déçues, puisque cette fonction leur permet d'avoir une relation privilégiée avec les familles et de se sentir plus impliquées dans les suivis et le partage d'informations. D'ailleurs, il a été mentionné à plusieurs reprises que sans implication de leur part dans la fonction clinique, l'infirmière ne peut pas faire son travail adéquatement. Celle-ci a besoin de connaître une famille pour s'assurer de répondre à ses besoins et pour pouvoir répondre à ses questions. Comme les infirmières recevront une formation axée sur les aspects psychosociaux de la pratique en CPSC, ces dernières ne voient pas pourquoi elles n'auraient pas les qualifications pour remplir le rôle d'adjointe clinique. Selon certains répondants, la

participation de l'infirmière en rencontre clinique ajoute un regard plus global à la discussion, puisque l'infirmière est formée pour faire le lien entre les composantes médicales et sociales de la santé.

Certains suggèrent qu'il s'agirait de trouver une façon d'impliquer l'infirmière dans le rôle clinique, tout en respectant les actes qu'elle peut et ne peut pas poser. Aussi, quelques répondants (toutes fonctions confondues), s'avancent sur une voie de compromis concernant la présence systématique de l'infirmière aux rencontres cliniques, considérant que dans certains cas les situations ne requièrent pas nécessairement une expertise infirmière.

Il nous paraît important de préciser ici que la plupart des infirmières interrogées sont plutôt d'accord avec le fait de nommer la travailleuse sociale au titre d'adjointe clinique, pour une bonne partie des familles qui se présentent en CPSC (ne serait-ce que du point de vue de son expertise psychosociale), à l'exception de cas pour lesquels la prise en charge santé serait particulièrement importante. Cette position qui pourrait sembler contradictoire avec ce qui a été écrit plus tôt, tend à nous faire comprendre que c'est peut-être surtout la question de leur présence dans les rencontres cliniques qu'elles défendent et considèrent essentiel dans leur pratique.

7.3 L'intégration des infirmières en CPSC: une triple responsabilité...

Plusieurs infirmières ont expliqué qu'il peut être difficile de faire sa place en pédiatrie sociale, puisque le modèle de base repose d'abord sur le duo médecin et travailleur social. Une infirmière témoigne notamment de la difficulté qu'elle a pu rencontrer au moment de trouver un interlocuteur dans son équipe pour échanger, partager, essayer de préciser collectivement quel serait son rôle, quelle était sa place.

Pour cette raison, plusieurs ont proposé que les équipes voulant ajouter une infirmière à leur centre doivent tout d'abord se questionner sur leurs besoins au sein du centre, le rôle et les fonctions à couvrir par l'infirmière. Selon plusieurs, les infirmières doivent avoir un mandat clair et concret avec lequel les autres intervenants du centre seront en accord et en harmonie. De plus, ce mandat devra être défini d'une part dans le respect de sa fonction d'infirmière (et de toute l'expertise qu'elle est en mesure de déployer) ET d'autre part dans le respect d'une philosophie propre à la pédiatrie sociale (qui se veut distincte de celle privilégiée dans le reste du réseau de la santé et des services sociaux). Ensuite, certains participants ont souligné l'importance d'inclure l'infirmière dans les dossiers dans lesquels elle est concernée, et ce, dès le début de la prise en charge de la famille. Ces répondants ajoutent qu'il est essentiel de ne pas laisser l'infirmière trouver sa place elle-même, mais de lui en donner une et lui faire sentir qu'elle est partie prenante de l'équipe. Cette implication considérable de

l'infirmière facilitera son intégration autant à l'équipe, à la clientèle, qu'à la philosophie de la pédiatrie sociale.

Pour finir, plusieurs expriment leur souhait de voir de la Fondation exposer clairement ses attentes envers l'infirmière en CPSC.

7.4 Quel profil pour l'infirmière en CPSC ?

À de nombreuses reprises, les participants ont évoqué la difficulté de trouver les bonnes personnes pour travailler en pédiatrie sociale et cela nous a été souvent présenté comme un enjeu majeur. En effet, travailler en CPSC demande d'être à l'aise de jouer son rôle malgré les frontières parfois floues entre les professions et donc, pour la répartition des tâches. De plus, il faut avoir l'aptitude de fonctionner au travers de pratiques et processus qui ne sont pas toujours établis, formels, et donc se montrer flexible, souple, créatif, déterminé, « entrepreneur » puisque c'est ainsi que fonctionne la pédiatrie sociale.

Ensuite, une forte majorité des intervenants ont précisé qu'une infirmière devait avoir beaucoup d'expérience de travail, de connaissances concernant le réseau de la santé et préférablement de l'expérience avec la clientèle desservie par les centres. En effet, une expérience préalable solide avec les enfants est considérée comme étant nécessaire par certains, puisque les enfants vus en CPSC ont de nombreuses carences développementales et/ou des troubles de l'attachement. Ce profil « type » de l'infirmière en CPSC est donc de fait majoritairement associé à des infirmières expérimentées (« *Une infirmière qui sort de l'école, qui n'a aucun vécu, aucune expérience, ce n'est pas sa place en pédiatrie sociale* » Répondant).

À une reprise seulement il a été suggéré qu'une jeune infirmière serait mieux placée pour travailler en CPSC, puisqu'elle est encore « malléable » et qu'elle peut donc s'adapter plus facilement à la philosophie particulière de la pédiatrie sociale, sans avoir été préalablement influencée par des pratiques, des façons de faire ou de penser qui ne sont pas endossées par la Fondation.

Finalement, il a été souvent mentionné qu'il n'était pas souhaitable en PSC que les professionnels se cantonnent dans des rôles ou fonctions trop spécialisés ou restrictifs, du fait de la grande variété des interventions, des problématiques, des clientèles (âge, origine ethnique, etc.) qui fréquentent les centres de pédiatrie sociale.

7.5 La formation et l'accompagnement

La plupart des infirmières déjà présentes en CPSC font l'objet de prêts de services d'établissements du réseau de la santé. Beaucoup de répondants expliquent que c'est un changement de culture en profondeur que subiront les infirmières venant du réseau pour travailler dans les centres.

Pour surmonter ce défi, plusieurs intervenants estiment nécessaire de s'assurer de la motivation des infirmières ciblées pour travailler en CPSC (par exemple en demandant une lettre d'intentions). De plus, la plupart insistent sur la nécessité pour les postulantes de suivre une formation solide en pédiatrie sociale, laquelle leur fournira tous les outils nécessaires pour apprivoiser le caractère spécifique d'une pratique en CPSC.

Par contre, pour certains, recevoir une formation en pédiatrie sociale n'est pas en soi suffisant si par ailleurs les infirmières n'ont pas déjà un profil personnel et professionnel adapté à cette philosophie que soutient la Fondation.

Nous l'avons déjà abordé, la question de l'accompagnement par l'équipe a aussi été soulevée par quelques participants. S'engager dans un centre de pédiatrie sociale peut représenter un choc culturel important et donc, l'infirmière aura sans doute besoin de support de la part des membres de l'équipe, mais aura aussi besoin de voir les autres membres de l'équipe adapter leur pratique et les conceptions de leur rôle à la présence de cette nouvelle venue.

7.6 Sensibilisation auprès des CPSC sans infirmière

Nous l'avons vu, quelques infirmières ont mentionné combien il était difficile de faire valoir leur présence dans une structure où il n'y a pas encore de place précise pour elles (là où penser à elles n'est pas encore « un réflexe »). Dans les centres qui ne collaborent pas encore avec une infirmière, il sera nécessaire pour certains de leur donner des exemples concrets de l'aide précieuse que peut apporter l'infirmière en CPSC.

De plus, plusieurs estiment que dans ce contexte particulier, il sera important de clarifier leur compréhension de ce possible – et réalisable - partage des rôles et cette cohabitation des champs professionnels, sans pour autant établir des frontières rigides et infranchissables.

Enfin, selon les répondants, il faudra profiter des centres qui ont une expérience des interventions avec les infirmières pour outiller efficacement les autres qui voudront en intégrer une dans leur équipe.

8. Discussion / Matières à réflexion

Le projet d'intégration des infirmières dans les CPSC : un accueil très favorable !

A quelques très rares exceptions près, l'intérêt et la pertinence de l'infirmière en pédiatrie sociale apparaît comme une évidence pour les répondants issus de centres ayant déjà intégré des infirmières et expérimenté sa plus-value : « L'essayer c'est l'adopter ». Ce discours domine particulièrement dans les centres qui ont intégré une infirmière dès leur ouverture ou plus tard dans leur histoire.

Le projet est bien accueilli par la très grande majorité des répondants donc, seule une minorité peine à concevoir sa pertinence dans leur contexte local et/ou si l'on considère le mode de fonctionnement ou la composition des équipes en place. Leurs discours témoignent pour beaucoup d'incertitudes et de questions liées à la méconnaissance plus que de rejet ou de réelles réticences. Les questions soulevées renvoient à la pertinence non encore établie de l'ajout d'une fonction au sein d'une équipe qui pense avoir trouvé un mode de fonctionnement harmonieux et équilibré tant à l'interne qu'avec les familles ou ressources du contexte local.

L'intégration d'une infirmière en CPSC : de flexibilité nécessaire à ambiguïté délétère

Au-delà de la souplesse et de la flexibilité attendues de tous professionnels exerçant en CPSC, il ressort des pratiques infirmières une grande variabilité d'un contexte à l'autre (géographique, culturel, etc.) et variabilité en fonction des équipes, des personnels et personnalités en présence. À ce stade de l'histoire des CPSC, cette fonction d'infirmière et le spectre des rôles qui y sont associés - ou pas - apparaissent être en perpétuelle redéfinition, le plus souvent de façon tacite, non clairement explicitée donc, non tout à fait formalisée, et non toujours verbalisée au sein même des équipes. Plusieurs se posent des questions, doutent, s'inquiètent (apprécieraient parfois que cette inquiétude soit entendue), cherchent des repères – et non pas nécessairement des cadres fixes, rigides et rassurants – et en viennent à tourner un regard interrogatif vers leurs collègues médecin ou TS, vers la Fondation.

Au sein des CPSC, ni le rôle de la travailleuse sociale, ni celui du médecin ne sont sujets à autant de « vacillement » et de fragilité, d'indétermination.

Nous avons appris des personnes interrogées qu'il y avait risque à cela. Ce risque, à considérer sérieusement, nous semble-t-il, est étroitement lié au fait que le rôle de l'infirmière nous apparaît être fortement tributaire des choix, des modes de fonctionnement et des personnalités en présence dans une équipe déjà en place.

Au-delà de la définition de compétences de la pratique infirmière en PDS, il existe un risque réel de cantonner l'infirmière à un rôle de second plan (assistante du médecin Et de la TS) qui limiterait sa

capacité à déployer tout à fait son expertise, ses compétences et la somme de ses expériences professionnelles, eussent-elles été acquises en dehors des CPSC.

Nous avons vu qu'il a pu, parfois, en résulter un sentiment d'instrumentalisation, de démotivation ou de malaise plus ou moins important lié à la difficulté de se réaliser pleinement en tant qu'infirmière, et aussi l'impression parfois de devoir conquérir sa place plutôt que de tout simplement, exercer son métier pleinement ET en toute affinité avec les grands fondements de la pédiatrie sociale en communauté. En substance, certaines nous disent que ce n'est pas que des infirmières flexibles et attentives aux besoins de leurs collègues médecin et travailleuse sociale qu'il s'agit d'accueillir et intégrer, c'est aussi une profession.

Cette confusion des rôles et le malaise qui en résulte parfois seraient à distinguer, du point de vue des infirmières, que nous partageons, de l'état d'esprit attendu des professionnels exerçant en CPSC appelant souplesse, créativité, adaptabilité, principes auxquels il nous est apparu qu'elles adhéraient et qu'elles « défendaient » en connaissance de cause (et de philosophie) dans une très large mesure. Pour la plupart des infirmières qui se sont exprimées dans le cadre de cette évaluation, cette question posée, cette situation parfois inconfortable, cette tension prennent pour support et se cristallisent d'une part autour des discours attachés à la fonction d'adjointe clinique (et donc aux craintes d'en être éventuellement écartées au profit de la travailleuse sociale), et d'autre part, et peut-être surtout, autour des discours qui soutiennent la pertinence et l'importance (ne serait-ce que) de leur présence dans les rencontres cliniques : être là, avec médecin et travailleuse sociale (et non pas entre eux), quand il le faut, s'il le faut, de la première à la dernière des rencontres avec les familles...

Clarifier les rôles (pas seulement ceux des infirmières) tout en respectant la philosophie de la pédiatrie sociale : une impasse?

La plupart des répondants, y compris les infirmières, même s'ils énoncent un désir de voir les rôles clarifiés, expriment par ailleurs le souci de ne pas strictement figer la définition de ces rôles et les tâches imparties à chacun des intervenants en CPSC. En effet, la pédiatrie sociale maintient des frontières volontairement diffuses entre les disciplines, elle se concentre d'abord sur les besoins des enfants, des familles, ce qui exige une grande capacité de collaboration en équipe ainsi qu'une grande habileté à s'adapter, innover. Par conséquent, une définition rigide du rôle joué par les infirmières porterait atteinte aux principes fondamentaux des CPSC, puisque les intervenants y sont généralement libres d'effectuer les interventions à leur façon. D'un autre côté, un cadre est nécessaire pour délimiter la place que l'infirmière pourra prendre dans son centre, un besoin maintes fois évoqué lors des entretiens.

Clarifier de façon « indicative », non tout à fait prescriptive mais néanmoins encadrée légalement, des rôles de chacun, inviter TS et médecins à réfléchir aux conditions d'accueil de nouvelles infirmières, à s'interroger eux-mêmes et réviser au besoin la conception qu'ils ont de leur propre rôle, à s'assurer qu'ils ont compris bien et considèrent l'entièreté des actes que peut poser une infirmière, et à se considérer partie prenante et donc aussi responsable de la qualité de l'accueil ou de la collaboration avec une infirmière... tout cela, selon nous, ne compromet aucunement et donc peut se concevoir, se « réfléchir », se vivre en accord et dans le respect des fondements de la pédiatrie sociale.

Il y a fort à penser que le fruit des réflexions entamées il y a plusieurs mois par la FDJ, en collaboration avec la Fondation de l'Ordre, qui ont donné lieu à l'édition d'un document de référence délimitant le cadre d'exercice des infirmières en CLSC pourra bientôt aider les intervenants des CPSC à placer dans le décor quelques repères un peu plus tangibles en ce qui a trait à la délimitation, voire au chevauchement des rôles. À tout le moins, ce document de référence permettra aux équipes d'entamer une réflexion ou encore, aux différentes CPSC d'échanger davantage entre elles.

En conclusion : pistes pour l'action

Cette recherche évaluative avait d'abord pour objectif de faire entendre et mieux comprendre la parole d'intervenants clés au sujet de l'intégration des infirmières en CPSC, donc rendre compte rigoureusement de ce qui nous a été dit (être fidèle aux discours, loyal envers les répondants) et finalement informer et alimenter la réflexion des intervenants de la Fondation, de l'Ordre des infirmières et de quelques autres partenaires. Notre mandat consistait donc bien à produire des résultats descriptifs mais non pas tant prescriptifs.

Cela dit, il sera aisé de comprendre qu'au fil des semaines, à écouter encore et encore tous ces discours, à filtrer et comparer contenus (ex : comparaisons des perceptions entre fonctions), à discuter de tout cela si souvent en équipe, à augmenter ainsi de jour en jour la compréhension de notre sujet, des idées ne pouvaient que naître et émerger de tout cela, des idées qui concerneraient notamment les actions et stratégies qu'il pourrait être bon de privilégier s'il s'agit de bonifier et optimiser les conditions d'implantation de ce projet d'intégration d'infirmières dans certains CPSC.

Bien que nous ne disposions pas de suffisamment de temps pour nous assurer de la « robustesse » (validité scientifique) de cette série de propositions, il nous paraît toutefois approprié et, espérons-le, utile et productif de partager ici le fruit de ces réflexions.

1. À côté du référentiel de compétence en PDSC en cours de définition par la Fondation, il demeure un besoin fortement exprimé par tous les répondants (infirmières, médecins, TS) d'une clarification des rôles, **compétences et rôles étant bien différenciés** dans le discours des répondants.
2. Définir un minimum de repères concernant les rôles, fonctions, et compétences de la pratique infirmière en PDS partagés par les acteurs de la PSC (Fondation et centres) qui permettraient aux infirmières de trouver une place « juste et légitime » entre MD et TS
3. Par ailleurs, ne serait-il pas intéressant et surtout aidant de réfléchir AUSSI aux formes, aux scénarios possibles, et peut-être davantage aux limites (les nommer, les partager) à ne pas dépasser dans le contexte de ces « espaces de liberté et de création » entre fonctions (chevauchement des rôles)? Dit autrement, il est devenu opportun et nécessaire de « préciser » et littéralement officialiser la définition des rôles des différents acteurs engagés dans les CPSC, mais tout en préservant absolument ce principe de souplesse, de liberté dans le jeu des possibles. Alors, dans la pratique de chacun des CPSC, à quoi ressemble déjà ce jeu, à quoi encore il pourrait ressembler ? Il s'agirait de parler davantage, écrire davantage, à propos de cette flexibilité et de ses limites, flexibilité qu'il est si important de préserver à la frontière des professions (par exemple, recenser dans chacun des CPSC quelques expériences créatives de chevauchement des rôles et les faire connaître de tous (en discuter la pertinence et le bon droit éventuellement). Nous sommes bien ici dans le domaine du « autant que faire se peut ! », nous avons bien conscience que les cas et les situations qui se présentent dans les CPSC sont fondamentalement diversifiés, complexes, et uniques.
4. Promouvoir une responsabilité partagée (Fondation et centres) de l'intégration de l'infirmière qui positionnerait, à côté des choix des centres, les référentiels « métiers » de la Fondation comme de véritables documents de référence, ce qui ne semble pas toujours être le cas.
5. Reconsidérer le rôle de la Fondation en faveur d'un leadership renforcé sur les modalités de l'intégration de l'infirmière en CPSC (Formations à la PSC, sensibilisation des centres aux bénéficiaires d'intégrer une infirmière dans les équipes, accompagnement et soutien spécifiques aux centres s'engageant dans cette démarche).
6. Inciter les centres désireux de recruter une infirmière à entamer une réflexion d'équipe au sujet de leurs attentes et de leurs besoins qui tiendrait compte des contextes locaux (composition de l'équipe, répartition des rôles, desserte médicale et autres ressources, contexte géographique, etc)
7. Clarifier la fonction d'adjointe clinique, et considérer sérieusement la pertinence de lui réserver cette fonction pour les cas jugés pertinents
8. Si moindrement, une problématique « santé » est identifiée dans un cas (prévention, éducation, évaluation, actes et suivis santé) pertinence d'impliquer l'infirmière au tout début de la prise en charge, dès les premières rencontres cliniques.

9. Réfléchir à la mise en place d'un espace de dialogue entre l'infirmière et l'équipe à son arrivée, répété dans les premiers mois de son intégration qui permettrait, au besoin, de parvenir à une sorte de « contractualisation » (ouverte, souple et adaptative) des rôles de chacun
10. Identifier / respecter / les spécificités locales. Répartition des rôles dans le respect des cadres d'exercice professionnels ET tenant compte du contexte local (éloignement, disponibilité ou pas des ressources locales, etc.) avec toujours pour objectif prioritaire : répondre aux besoins des enfants et familles.
11. Recrutement des infirmières : Pertinence d'exiger une lettre de motivation (sauf si prêt de service, n'ont pas le choix) / Pertinence d'établir une période d'essai pendant laquelle il pourra être pertinent et (distinguer les faiblesses, ratages de la postulante qui relèvent de cette situation d'adaptation / Formation /
12. Recrutement infirmière (suite) : s'assurer de l'adéquation des affinités entre les membres de cette équipe à naître (affinités personnelles, professionnelles, éthiques).
13. Recrutement infirmière (suite) : nous avons demandé à l'ensemble des participants quelles étaient selon eux les qualités requises pour une infirmière qui souhaiterait intégrer un CPSC. Un critère est évoqué presque unanimement, soit la personnalité de la postulante : une personnalité forte, un profil « entrepreneur » , une personne capable de « faire face à un médecin », une infirmière qui va « faire sa place ». Ce critère nous apparaît être effectivement très important, mais d'aucune manière exclusif ou autosuffisant, si l'on considère les arguments développés dans la partie « intégration des infirmières, une triple responsabilité » (infirmière, équipe/centre ; Fondation).

ANNEXE 3 : Rapport d'étape 2

Évaluation du projet « Intégration des infirmières cliniciennes au sein du mouvement de la pédiatrie sociale en communauté du Québec » de la Fondation du Dr Julien

Rapport d'étape 2

Mars 2017

Présenté à
Fondation du Dr Julien (FDJ)
Et
Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec



Mars 2017

Équipe d'évaluation

Christian Dagenais, Ph. D., professeur, Université de Montréal. Chercheur principal de l'Équipe RENARD

Anne Guichard, Ph. D., professeure, Université Laval. Membre chercheuse de l'Équipe RENARD

Didier Dupont, M. Sc., professionnel de recherche en sciences humaines et sociales. Consultant en design et suivi de projets de recherche qualitative

Lyann Porfilio-Mathieu, étudiante au baccalauréat en psychologie (Université de Montréal)

Composition du comité d'évaluation

Monsieur Claudel Guillemette, directeur adjoint des pratiques et de l'excellence en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Madame Lina Vachon, infirmière retraitée et experte externe

Monsieur Christian Dagenais, évaluateur principal, chercheur principal, équipe de recherche RENARD, Université de Montréal

Madame Anne Guichard, évaluatrice, Faculté des soins infirmiers de l'Université Laval

Madame Maude Julien, coordonnatrice clinique du projet et consultante (Fondation du Dr Julien)

Monsieur Diego Mena, directeur en transfert de connaissances (Fondation du Dr Julien)

Madame Myriam Hivon, chargée de transfert de connaissances (Fondation du Dr Julien)

Rapport d'étape 2

Projet de formation et d'intégration des infirmières en pédiatrie sociale en communauté

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Ce rapport d'évaluation s'inscrit dans la démarche d'acquisition et de transfert de connaissances en PSC de la Fondation du Dr Julien et concerne l'intégration d'infirmières cliniciennes au sein d'équipes de pédiatrie sociale en communauté (PSC). Le présent rapport se présente en deux parties. La première porte plus particulièrement sur les effets de la formation sur les infirmières formées en « présentiel » et la seconde sur les réactions des infirmières qui ont participé à la journée de sensibilisation.

Le premier volet de l'évaluation repose sur les discours recueillis lors d'entretiens individuels auprès de huit infirmières ayant participé à la formation. En premier lieu, c'est leur intérêt à l'égard de la PSC qui a motivé la plupart des infirmières à s'inscrire à cette formation. Elles expliquent qu'elles se sont inscrites à ces formations par intérêt personnel et engagement citoyen pour la cause des familles vulnérables, pour la richesse des contenus, par intérêt pour le secteur communautaire (qui s'est développé à la suite d'un stage d'études en santé scolaire) ou encore pour la portée, le rythme, la possibilité d'action pour l'infirmière, l'autonomie et le fait qu'elles considèrent l'approche plus complète comparativement à celle du milieu hospitalier. Plusieurs d'entre elles mentionnent que leur participation à la journée de sensibilisation a été un déclencheur et les a convaincues de s'inscrire aux formations.

La qualité des conférenciers et conférencières fait l'unanimité au titre des aspects les plus appréciés par les participantes. C'est notamment leur expertise, leur compétence et leurs connaissances appuyées par la science qui sont souvent mises en avant par les infirmières en présence. L'ancrage et la mise en application des données probantes, tirées de l'expérience concrète de travail de ces spécialistes avec des enfants et des familles, ont été fortement soulignés par toutes les personnes rencontrées.

Contrairement à ce que nous anticipions, on note un léger clivage non seulement entre infirmières intégrées en centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) et non intégrées, mais aussi entre les infirmières qui ont une longue expérience et les moins expérimentées. De façon générale, les infirmières d'expérience (intégrées ou non dans un centre) ont moins apprécié la diversité des profils de participants, peu propice à l'échange de pratiques. Cette frustration est ressentie plus fortement parmi les infirmières ayant une expérience plus longue dans le suivi enfance-famille, dont plusieurs d'entre-elles ont interrogé le choix de la Fondation de regrouper des intervenants de plusieurs horizons. À l'inverse, le caractère hétérogène des groupes n'a pas posé problème, pour la grande majorité des infirmières ayant

moins d'expérience professionnelle. La plupart d'entre elles ont au contraire trouvé enrichissant le fait de côtoyer pour l'occasion des acteurs aux profils différents. Les sujets abordés dans le cadre de ces journées de formation sont généralement jugés très pertinents, utiles et parfois novateurs. Plusieurs affirmeront que jamais l'occasion ne leur avait été donnée d'en apprendre autant à propos de ces différentes problématiques durant leur cursus universitaire. Mais ce qui a particulièrement « séduit » et intéressé l'ensemble des participantes est sans conteste la présentation de cas cliniques, lesquels sont venus soutenir et illustrer les explications théoriques. Cependant, certaines souhaiteraient voir les contenus adaptés au contexte de travail, à la réalité, à la disponibilité, aux outils et moyens accessibles des professionnels « hors CPSC » et soulignent la difficulté à mettre en pratique certains éléments de la formation dans ce contexte. Aussi, les infirmières en CPSC ont moins appris de ces formations qu'elles ne l'espéraient et certaines ont parfois eu l'impression de « retourner à la base ».

La plupart des participantes nous disent avoir acquis une compréhension enrichie des problématiques liées au TDAH, aux troubles anxieux et au stress toxique dans le cadre des formations auxquelles elles ont assisté et qu'elles se sentent mieux outillées pour repérer et identifier certains symptômes ou signes de souffrance psychologique chez l'enfant. Les contenus des formations sont complexes et composés d'une multitude d'éléments dont l'importance relative est difficile à appréhender. Aussi, nous rapportons dans la version longue du rapport l'ensemble des informations livrées par les répondantes lors des entretiens dans des tableaux correspondants chacun à un module de formation. Les informations ainsi consignées dans les tableaux correspondent aux réponses données à la question : « *Est-ce que ça a changé quelque chose pour vous de participer à cette formation? En rapport avec le module 1 : stress toxique / avec le module 2 : troubles d'attention / avec le module 3 : troubles anxieux* ». Parmi les quatre infirmières non intégrées, deux d'entre elles disent ne pas se sentir tout à fait prêtes à entrer en CPSC et deux autres se disent tout à fait prêtes à intégrer un centre. Mais encore une fois, les avis des deux infirmières qui interviennent déjà dans un CPSC divergent quelque peu.

La seconde partie du rapport porte sur les réactions des infirmières suite à la journée de sensibilisation. Les données ont été collectées à l'aide d'un sondage en ligne soumis à 29 infirmières ayant assisté à la journée de sensibilisation dont 14 étudiant(e)s stagiaires et 15 infirmières professionnelles. Les résultats du sondage indiquent une appréciation très positive de cette journée de sensibilisation. Les participants ont été particulièrement sensibles au contact avec les familles et aux qualités personnelles des intervenants rencontrés, mais certaines déplorent ne pas avoir disposé de suffisamment de temps avec eux. Sur cette seule journée de sensibilisation, les participantes témoignent déjà de l'acquisition de connaissances propres à l'approche globale et personnalisée des familles, aux valeurs et à l'esprit de la PSC, son mode de fonctionnement multidisciplinaire, mais aussi de connaissances spécifiques aux problématiques auxquelles font face la clientèle des CPSC.

Introduction

Ce rapport d'évaluation s'inscrit dans la démarche d'acquisition et de transfert de connaissances en PSC de la Fondation du Dr Julien et concerne l'intégration d'infirmières cliniciennes au sein d'équipes de pédiatrie sociale en communauté (PSC). Le projet, qui a obtenu une subvention de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, vise deux objectifs, soit : 1) la formation d'infirmières cliniciennes à la pratique interdisciplinaire de la pédiatrie sociale en communauté et 2) l'intégration d'infirmières dans les équipes de pédiatrie sociale en communauté dans le cadre d'un projet pilote qui pourra servir au déploiement d'autres centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC).

Un processus d'évaluation développementale en trois volets (voir le plan d'évaluation en annexe 1) a été mis en place pour soutenir le projet à ses différentes étapes. Le présent rapport se présente en deux parties. La première porte plus particulièrement sur le volet 2a, soit les effets de la formation sur les infirmières formées en « **présentiel** », puisque les formations « **en ligne** » n'ont pas encore été complétées⁵. La seconde partie du rapport porte sur le troisième volet de l'évaluation, soit les réactions des infirmières qui ont participé à la journée de sensibilisation.

PREMIÈRE PARTIE : EFFETS DE LA FORMATION DES INFIRMIÈRES « EN PRÉSENTIEL »

Ce volet de l'évaluation vise à répondre à deux questions : 1) Le programme de formation permet-il de développer et d'appliquer les compétences spécifiques à la PSC ? Et 2) La formation produit-elle des changements de pratique chez les infirmières déjà intégrées dans un centre, chez celles qui vont en intégrer un et celles qui travaillent dans un CIUSSS ?

1. Méthodologie

Échantillon.

L'invitation à participer à cette recherche a été envoyée par courriel à 13 infirmières⁶. Huit (8) infirmières ont manifesté leur intérêt à participer à cette recherche, puis ont été contactées pour planifier un entretien téléphonique enregistré. La durée moyenne des entretiens a été de 35 minutes.

Au final, nous avons recueilli les commentaires de quatre infirmières qui ne faisaient pas partie d'un CPSC et de quatre infirmières intégrées dans une équipe de pédiatrie sociale en communauté. Il convient toutefois de préciser ici que parmi ces dernières, deux sont intégrées depuis plus de trois ans et deux l'ont été tout récemment, soit moins de six mois avant la rencontre. De ce fait, ces deux nouvelles infirmières en CPSC ont participé à la journée de sensibilisation et à la plupart des modules de formation à un moment où elles n'étaient pas encore intégrées dans un centre. Parmi les huit (8) personnes rencontrées, sept ont une expérience d'intervention enfance-famille de plus de trois ans. Notons que compte tenu de la

⁵ Un rapport distinct sera présenté à la fin du printemps en ce qui concerne les effets de la formation en ligne.

⁶ Compte tenu de la très grande représentation des femmes dans notre échantillon, le féminin sera privilégié dans le texte.

taille de cet échantillon, l'identification à la catégorie de répondante dans la présentation d'extraits d'entretiens, qui est une procédure courante en recherche qualitative, a été écartée afin de respecter notre engagement face à l'anonymat des répondantes.

Déroulement des entretiens

Au jour de la rencontre (téléphonique), les objectifs de l'évaluation ont été présentés aux participantes et nous les avons informées des conditions liées au respect de la confidentialité et leur avons demandé formellement leur consentement à participer et si elles acceptaient d'être enregistrées. Devant l'hésitation de l'une d'entre elles, il a été décidé de s'en tenir à une simple prise de notes (soumises, corrigées, enrichies et validées par la répondante, dans les jours qui ont suivi la rencontre). La grille d'entretien se trouve à l'annexe 2 du présent rapport.

Analyses

Les entretiens enregistrés ont été transcrits partiellement puis découpés et classifiés sur la base d'une découpe thématique inductive (qui valorise l'émergence des sens et des catégories).

Pour chacun des thèmes, une synthèse a été rédigée et, au besoin, les contenus ont été revus sous un éclairage comparatif (*ex. : les infirmières intégrées ont-elles les mêmes perceptions que celles qui ne le sont pas ? Ou encore, est-ce que les infirmières qui ont affirmé ceci évoquent aussi cela ? Etc.*).

Précisions et limites de la recherche

La taille de l'échantillon étant relativement faible, les résultats doivent être appréhendés avec une certaine prudence. Mais si cela s'avérait utile, certains des résultats pourraient faire l'objet d'investigations analytiques plus « poussées », mais celles-ci devraient alors faire l'objet d'une collecte de données ultérieure auprès des infirmières qui ont participé à la formation en présentiel et qui n'ont pas été rejointes.

Dans le cours des rencontres, nous avons réalisé combien il était difficile pour plusieurs des répondantes de se remettre en mémoire certains détails, certaines impressions concernant leur participation à la journée de sensibilisation ou aux différents modules de formation en raison des délais s'étant écoulés depuis. D'ailleurs, cette observation nous a conduits à renoncer à interroger plus précisément les participantes au sujet des principaux objectifs de chacun des modules de formation. Tenter de le faire a eu pour effet d'incommoder les répondantes (sentiment d'être soumise à un test de connaissance, etc.).

Lors des rencontres téléphoniques, la plupart des infirmières ont parlé des modules de formation de façon générale, mais en intégrant aussi des commentaires au sujet de leur participation à la journée de sensibilisation (stage clinique). Pour beaucoup d'entre elles cette expérience de sensibilisation/formation est appréhendée comme un tout. De ce point de vue, il n'a pas toujours été aisé pour nous de « faire la part des choses » et de distinguer nettement les commentaires qui concernaient l'une ou l'autre de ces expériences.

Enfin, compte tenu de la nature des contenus, et pour la cohérence et la précision des analyses, nous avons été amenés – seulement pour certains thèmes abordés – à considérer les deux infirmières nouvellement intégrées dans un CPSC au même titre que les infirmières non-intégrées, notamment en ce qui a trait à leur niveau de connaissance de la pédiatrie sociale. Ceci s'explique par le fait que celles-ci avaient suivi la plupart des modules de formation au moment où elles n'étaient pas encore en poste en CPSC.

2. Résultats

2.1. Motivation à participer aux formations

En premier lieu, c'est leur intérêt, parfois de longue date, à l'égard de la PSC qui a motivé la plupart des infirmières à s'inscrire à ces modules de formation. Certaines diront qu'elles avaient déjà lu abondamment sur le sujet ou encore qu'elles avaient eu l'occasion de collaborer avec un CPSC dans le cadre de leur emploi actuel.

Les participantes expliquent qu'elles se sont inscrites à ces formations par intérêt personnel et engagement citoyen pour la cause des familles vulnérables, pour la richesse des contenus, par intérêt pour le secteur communautaire (qui s'est développé à la suite d'un stage d'études en santé scolaire) ou encore pour la portée, le rythme, la possibilité d'action pour l'infirmière, l'autonomie et le fait qu'elles considèrent l'approche plus complète comparativement à celle du milieu hospitalier : « *la pédiatrie sociale a mille et une avenues d'interventions et d'approches* »

En fait, plusieurs d'entre elles mentionnent que leur première immersion concrète dans le domaine de la pédiatrie sociale (participation à la journée de sensibilisation) a été un déclencheur et les a convaincues de s'inscrire par la suite à l'une ou l'autre ou à l'ensemble des formations proposées par la Fondation. L'une d'entre elle parlera d'un « coup de cœur » pour décrire l'expérience vécue lors de sa participation au stage clinique⁷. Une autre ajoute qu'elle espérait aussi que ce serait pour elle l'occasion d'en apprendre davantage sur le rôle des infirmières en CPSC.

J'avais le goût de m'impliquer, d'aller voir... de prendre le pouls de... J'avais des attentes sur le rôle de l'infirmière et tout.

Rappelons ici qu'au cours de l'année 2016, la Fondation a entrepris une démarche de clarification des rôles de l'infirmière en CPSC. Cette question de la place à prendre entre médecin et travailleuse sociale se posait pour plusieurs d'entre elles déjà intégrées en CPSC (pour plus d'information à ce sujet, voir le rapport déposé à la FDJ et à l'OIIQ en septembre 2016).

Ajoutons qu'une infirmière s'est dite particulièrement intéressée par ces formations, qu'elle considérait comme une véritable « porte d'entrée à la PSC », puisqu'elle entretenait déjà le projet d'intégrer un centre avant même d'entrer en contact avec la Fondation du Dr Julien. Une autre ajoutera à l'ensemble de ces arguments que la notoriété du Dr Julien y a été aussi pour quelque chose.

En plus de décrire la nature de leur motivation (cf. exemples plus haut), deux infirmières précisent qu'elles ont été tirées au sort parmi d'autres volontaires suite à l'invitation générale faite à toutes les équipes par leur employeur. Une troisième participante dit avoir été invitée directement par son employeur à participer à ces événements.

Trois répondantes justifient le fait qu'elles n'ont pas pu assister à tous les modules de formation, soit parce qu'elles avaient déjà participé à une formation similaire, soit par manque de temps, par manque d'information, ou en raison d'un déplacement à l'extérieur du pays. D'autres plus expérimentées considérait que certains thèmes abordés dans ces formations leur apporteraient peu.

⁷ Précisons que 6 des 8 infirmières que nous avons rencontrées ont préalablement participé à la journée de sensibilisation (cet événement ne s'adressait pas aux infirmières déjà en poste dans un CPSC).

2.2. Format des cours

On relève peu de commentaires sur le format des modules de formations. De manière générale, la dimension interactive a été appréciée, ainsi que l'alternance de périodes d'enseignement magistral et de périodes de réflexion en petits groupes. La durée des formations semble aussi convenir à la majorité.

2.3. Appréciation des conférenciers et conférencières

Très nettement, la qualité des conférenciers et conférencières fait l'unanimité au titre des aspects les plus appréciés par les participantes, et ce, quelles que soient leur origine ou leur ancienneté professionnelle. Nous verrons plus loin que certaines ont émis quelques nuances mais toutes s'entendent pour dire que « *le choix des conférenciers, c'est un grand bonus pour ces formations !* ».

C'est notamment leur expertise, leur compétence et leurs connaissances appuyées par la science qui sont souvent mises en avant par les infirmières en présence. Plusieurs ont en effet exprimé l'importance d'avoir accès à des données probantes et que leur pratique soit régulièrement « alimentée » par ce type d'information. À cet égard donc, clairement, les spécialistes invitées à donner ces cours semblent avoir pleinement satisfait les participantes.

Ce que j'ai vraiment apprécié, c'est d'avoir eu une présentation d'une chercheuse spécialisée en stress toxique qui a présenté des données vraiment probantes sur l'impact du stress toxique. Des sources ont été mentionnées, des études, des recherches... Il y avait beaucoup d'exemples et tout.

La conférencière a redéfini le TDAH du point de vue de la dernière édition du DSM.

L'ancrage et la mise en application des données probantes, tirées de l'expérience concrète de travail de ces spécialistes avec des enfants et des familles, ont été fortement soulignés par toutes les personnes rencontrées. Pour l'ensemble des présentations, des mises en situation étaient souvent proposées aux participantes, des cas leur étaient présentés pour être ensuite discutés de façon collégiale.

Les cas cliniques présentés lors des formations sont des exemples concrets qui permettent de faire le lien entre la théorie et la réalité quotidienne. Le fait d'avoir un cas clinique démontre la complexité et les nuances qu'il faut apporter à la théorie.

Les liens étaient plus faciles à faire et il y avait une logique. (...) L'aspect « recherche » était bien vulgarisé, ils transmettaient bien le contenu.

Cette stratégie d'enseignement ainsi que les compétences pédagogiques des conférenciers et conférencières, leur renommée, leur enthousiasme et les occasions d'échanges et de partage ont été fortement appréciés par la plupart des personnes inscrites aux cours.

Les conférencières étaient éloquentes, passionnées et connaissaient leur sujet. Des gens qui ont le côté scientifique très développé, mais qui sont assez expressifs pour transmettre le message.

Je me souviens être sortie de cette formation et être portée par le sentiment que je n'étais pas dans le champ de trouver ça lourd, et que ce n'est pas tout de donner une médication pour le traitement des TDAH, parce qu'il y a souvent plein d'autres affaires dans la famille. Je le savais là, mais de me le faire dire par quelqu'un, par une sommité... c'est aidant!

La prestation des conférenciers : quelques commentaires et nuances...

Une participante a trouvé difficile de voir en quoi les exemples présentés par les formatrices et formateurs pouvaient s'appliquer à son travail, puisqu'elle intervient souvent seule alors que les professionnels en CPSC sont en équipe. Elle croit que les formations pourraient être construites sur un mode plus généraliste pour s'adresser à différents milieux.

Un autre commentaire porte sur un présentateur qui parlait d'un programme de compétences parentales « *comme si c'était une nouveauté, alors qu'un tel programme est en place dans mon CLSC, mais aucune mention n'en a été faite* ». Elle aurait aimé qu'il demande à ceux qui connaissent ce genre de programme de parler de leur expérience, car le concept de « compétences parentales », n'est pas une innovation, mais quelque chose qui existe déjà dans d'autres milieux.

Cela revient au fait que les formations sont surtout axées sur « l'interne » des CPSC, qui prend le point de vue des CPSC sans aller voir ou sans connaître ce qui se fait ailleurs. Les professionnels des CPSC disent œuvrer pour les clientèles vulnérables, mais c'est aussi exactement ce que font les professionnels du programme SIPPE, qui existe depuis longtemps. Il y a une complémentarité à avoir. Ils (les CPSC) n'ont pas la science ou le secret !

Une autre participante exprime aussi son inconfort à l'égard de certaines perceptions pas tout à fait conformes à la réalité, véhiculées à quelques reprises dans ces modules de formation, à l'égard notamment des pratiques et performances des services offerts ailleurs que dans les CPSC, notamment dans les CLSC. Elle mentionne avoir eu le sentiment que d'une façon générale les intervenants croyaient qu'il y avait toujours une liste d'attente interminable au niveau des CLSC, ce qui n'est pas nécessairement le cas.

2.4. Constitution des groupes

Ici, contrairement à ce que nous anticipions, on note un léger clivage non seulement entre infirmière intégrées et non intégrées, mais aussi entre les infirmières qui ont une longue expérience et les moins expérimentées. De façon générale, les infirmières d'expérience (intégrées ou non dans un centre) ont moins apprécié la diversité des profils de participants, peu propice à l'échange de pratiques.

À l'inverse, le caractère hétérogène des groupes n'a pas posé problème, pour la grande majorité des infirmières ayant moins d'expérience professionnelle. La plupart d'entre elles ont, au contraire, trouvé enrichissant le fait de côtoyer pour l'occasion des acteurs aux profils différents.

J'ai apprécié l'ambiance générale et le fait que les gens étaient intéressés et impliqués, qu'ils posaient des questions. C'était stimulant, interactif et apportait le cheminement plus loin. Le fait qu'il y avait des participants venant de différentes régions géographiques enrichissait les discussions. Les discussions se poursuivaient même sur l'heure du midi.

Et si cette rencontre n'a pas eu lieu, s'il n'y a pas eu d'occasion d'échanger, cela peut être vécu comme une frustration.

Comme les invités aux formations venaient de divers milieux, j'ai trouvé dommage de ne pas pouvoir vraiment échanger avec eux. « On s'y rend, il y a une formation, les gens ne se parlent pas beaucoup, puis on repart. Je trouve ça dommage, j'aurais aimé pouvoir parler avec les gens travaillant en CPSC et faire des échanges plus concrets entre nous (...) et bénéficier de leur expertise !

Cette frustration est ressentie plus fortement parmi les infirmières ayant une expérience plus longue dans le suivi enfance-famille, dont plusieurs d'entre-elles ont interrogé le choix de la Fondation de regrouper des intervenants de plusieurs horizons. Décrivant ce qui la motivait à participer à ces modules de formation, une infirmière d'un CPSC a entre autres évoqué son désir de rencontrer des pairs, des infirmières qui travaillent comme elle, « *pour voir comment ça fonctionne de l'autre côté !* ». Une autre justifiait le fait de ne pas assister à l'un des modules de formation en disant qu'elle avait eu connaissance que les participantes à ces modules n'étaient pas nécessairement des infirmières en PSC, et elle craignait donc que cela lui apporte peu compte tenu de son expérience plus grande sur le terrain.

Je trouvais ça moins riche d'être avec du monde qui ne travaille pas vraiment en CPSC. (...) C'est sûr que c'était moins riche pour moi. Ça m'apporte moins que si j'avais pu échanger avec d'autres infirmières comme moi (en CPSC), parler de comment elles s'impliquent en CPSC, comment vous faites vous-autres ?

De fait, plusieurs participantes ont déploré le caractère disparate des groupes, lequel impliquait une grande différence de niveaux de connaissance et d'expérience. Certaines espèrent que dans le futur, quand il y aura davantage d'infirmières impliquées dans les CPSC, les formations incluront les adjointes cliniques et les médecins, et que l'occasion leur sera donnée de partager avec les autres infirmières à propos de ce qu'elles ont mis en place, comment elles ont développé leur pratique, comment elles se sont intégrées dans l'équipe, quelle place elles prennent dans les rencontres cliniques, etc.

2.5. Perceptions des contenus

Aucune des personnes rencontrées ne remet en question le choix des thèmes abordés dans le cadre de ces journées de formation. Les sujets sont généralement jugés très pertinents, utiles et parfois novateurs. Plusieurs affirmeront que jamais l'occasion ne leur avait été donnée d'en apprendre autant à propos de ces différentes problématiques durant leur cursus universitaire.

Nous l'avons vu plus tôt, le caractère scientifique des présentations a fortement retenu l'attention de la plupart des participantes. La notion de « données probantes » est fréquemment évoquée et plusieurs soulignent le fait que les différentes recherches ou études sur lesquelles elles reposent sont récentes, actualisées et on évoquait vers quelles questions devaient se tourner les futures recherches. Les notions sont clairement présentées et aucune mention n'est faite au sujet d'éventuels problèmes de compréhension.

Mais ce qui a particulièrement « séduit » et intéressé l'ensemble des participantes est sans conteste la présentation de cas cliniques, lesquels sont venus soutenir et illustrer les explications théoriques. Cet arrimage de faits scientifiques avec des cas cliniques « *rendait la chose tellement pertinente* » et beaucoup vont insister sur le caractère « concret » des situations qui ont été présentées dans le cours de ces journées. Ce sont des exemples « *qui*

permettent de faire le lien entre la théorie et la réalité quotidienne », des contenus « réalistes et collés aux enfants, aux familles, au travail en CPSC ». Aussi, plusieurs disent avoir beaucoup apprécié et appris des échanges et des interactions que ces situations, ancrées dans le réel, ont pu susciter.

Pour certains, nous avons aussi à nous prononcer : pensez-vous qu'il y en a un ou pas (de TDAH)? Et donc, l'occasion nous était donnée de pratiquer notre perception (diagnostic) à partir de cas concrets et pas juste en référence avec les critères du DSM.

Une des participantes remarque par ailleurs que « *le fait d'avoir un cas clinique démontre la complexité et les nuances qu'il faut apporter à la théorie* ». En fait, les seuls reproches formulés à ce sujet concernent justement le fait de n'en avoir pas vu assez ou ne pas avoir disposé de suffisamment de temps pour ces exercices.

Quelques frustrations des infirmières non intégrées en CPSC

Une répondante exprime le souhait de voir non seulement les contenus adaptés au profil d'une clientèle partagée/connue/familière pour les participantes (conviées par la Fondation à participer à ces événements) mais aussi adaptés au contexte de travail, à la réalité, à la disponibilité, aux outils et moyens accessibles de ces « autres » professionnels participants. D'autres ne critiquent pas tant les contenus des formations mais expriment plutôt leur frustration de ne pouvoir mettre en pratique les connaissances acquises. Par exemple, dans un CLSC, il est souvent difficile non seulement d'entrer en contact avec un médecin (disponibilité, opportunité de rencontre, etc.) et de le mobiliser, mais on rapporte aussi ne pas toujours savoir comment décrire certains troubles (par ex. : TDAH) avec eux.

J'aurais aimé savoir quels sont les arguments avec lesquels je peux aller voir un médecin lorsqu'il y a des signes de TDAH chez un enfant.

Ou encore, bien que la formation soit considérée très enrichissante, plusieurs éléments ne peuvent être mis en pratique en dehors des CPSC.

Nous sentons que pour cette approche (en CPSC), il faudrait nécessairement y être pleinement pour pouvoir l'exercer pleinement. Cela (les formations) m'enrichit énormément, mais je ne peux pas mettre en pratique intégralement tout cela parce que je n'ai pas le temps pour le faire, donc c'est certain qu'il y a une part de frustration aussi. Oui, c'est ultra enrichissant et oui, cela me donne un regard différent que je ne n'avais pas avant d'avoir fait ces formations .

Je me sentais un peu comme si j'étais spectatrice de ce que je pourrais avoir, mais que je n'ai pas. (...) Les formations pourraient être construites de façon à ce qu'elles soient plus générales et destinées à tous les milieux.

Par ailleurs, une certaine confusion entourant les cibles et la visée de ces formations a été rapportée par quelques-unes des infirmières rencontrées. Celles-ci se demandent notamment si ce « rapprochement » avec les infirmières du programme SIPPE (CLSC) aurait pour but de créer un nouveau « corridor de services ».

Les frustrations des infirmières intégrées en CPSC

Les infirmières en CPSC ont moins appris de ces formations qu'elles ne l'espéraient et certaines ont parfois eu l'impression de « retourner à la base ». Il est arrivé qu'on s'abstienne de s'inscrire à un atelier pour lequel on avait l'impression que les contenus ne seraient pas d'un niveau adapté à son expérience. Des attentes sont clairement exprimées à l'effet de pouvoir rencontrer et échanger avec d'autres infirmières en CPSC, pour que leur soit donnée la possibilité d'entendre, intégrer, et mettre en œuvre ces connaissances/contenus, en tenant compte du contexte, des conditions et de leur expérience d'infirmières en CPSC.

J'aurais trouvé plus riche d'avoir ce type d'échanges avec des personnes qui sont en PSC, même si ça ne fait pas longtemps... Des gens qui interviennent avec les mêmes ressources, plutôt qu'avec des gens qui sont en CLSC ou ailleurs. Donc, ça m'a un peu moins apporté. [...] J'espère que dans le futur, quand il y aura davantage d'infirmières impliquées dans les CPSC, les formations ressembleront plus à celles auxquelles j'ai assisté avec les adjointes cliniques et les médecins... et qu'il me sera donné de partager avec les autres infirmières à propos de ce qu'elles ont créé, comment elles ont développé leur pratique, comment elles se sont intégrées dans l'équipe, quelle place elles prennent dans les rencontres cliniques parce que parmi les infirmières déjà en fonction dans les CPSC... il n'est pas clair de savoir quelle est leur place, leur fonction (c'est pas égal partout), donc t'sais, je trouve qu'il reste des choses à réfléchir entre nous autres, et ça va être le fun d'avoir un espace pour le faire... savoir comment s'intégrer dans les centres!.

Enfin, les commentaires émis par trois répondantes soulèvent la question de l'objectif même de la formation, qui n'était pas clair pour elles. L'extrait qui suit illustre bien ces commentaires :

(...) [l'infirmière en CPSC] c'est un rôle en développement, donc c'est sûr que comme tout le monde j'aurais peut-être voulu avoir quelque chose d'un petit peu plus concret, des rôles définis, noir sur blanc, sur qu'est-ce qu'une infirmière pourrait faire en PSC. C'est un rôle que je découvre un petit peu tous les jours avec mes médecins... Mais c'est sûr que si moi j'avais été une infirmière dans un cadre scolaire, ou GMF ou CLSC, j'aurais voulu avoir des précisions... Je ne sais pas c'est quoi le but des formations. Est-ce que c'est de préciser le rôle des infirmières en PSC, si c'est le cas, ben moi je pense qu'il y avait un petit manquement au niveau du rôle défini des infirmières. Si c'est d'informer les infirmières de c'est quoi la PSC, ben là à ce moment-là les formations ont bien rempli leur rôle parce que on avait eu des présentateurs de qualité, avec des bonnes journées, bien chargées en contenus.

2.6. Effets de la formation : acquisition de connaissances et apports pour les interventions

Contexte

Il convient de préciser ici qu'au moment d'aborder cette partie de notre grille d'entretien, la plupart des participantes semblent avoir été parfois un peu incommodées par l'exercice de mémoire qui leur était demandé. Clairement, elles ne s'attendaient pas à devoir se montrer

aussi précises et, en quelque sorte, à « rendre compte » de ce dont elles se souvenaient de cette expérience. Compte tenu du temps qui s'était écoulé depuis la tenue de ces événements, il est entendu que l'intervieweur n'a jugé ni pertinent ni respectueux de trop insister et risquer ainsi d'augmenter encore l'inconfort de ses interlocutrices. Il nous faut donc rappeler ces conditions et l'importance d'en tenir compte dans les interprétations des résultats rapportés ici.

Dans cette partie du rapport, nous présentons d'abord le point de vue général des participantes quant aux effets de la formation incluant les trois modules en termes d'apports sur la pratique et les interventions. La seconde partie présente les effets de chacun des modules sur l'acquisition de connaissances et sur les pratiques.

Effets globalement perçus de la formation

La plupart des participantes nous disent avoir acquis une compréhension enrichie des problématiques liées au TDAH, aux troubles anxieux et au stress toxique dans le cadre des formations auxquelles elles ont assisté. Elles ajoutent qu'elles se sentent mieux outillées pour repérer et identifier certains symptômes/signes de souffrance psychologique chez l'enfant.

Avec la clientèle jeune adulte particulièrement, on peut voir la vulnérabilité de développer différents problèmes de santé mentale et l'on peut donc intervenir de façon précoce.

Et plusieurs témoignent d'une certaine prise de conscience quant à l'importance de faire preuve de prudence et de discernement au moment de se livrer à une opération de dépistage.

Je me souviens que la pédopsychiatre avait fait le lien entre l'anxiété et le TDAH. Puisque les symptômes peuvent se ressembler, il faut déterminer lequel des deux est la problématique principale puisque cela aura un impact sur l'intervention. Donc bien cibler ce qui cause les symptômes

Il faut s'assurer d'avoir écarté les autres options qui peuvent être similaires.

Au titre des gains tirés de leur participation à ces activités, certaines mentionnent qu'elles sont plus équipées pour établir des liens entre les problématiques et les comportements des enfants et que cela a eu pour effet d'influencer et de bonifier leurs interventions. En substance, plusieurs disent avoir réalisé l'impact que certains troubles pouvaient avoir sur toutes les sphères de la vie de la personne.

Avant la formation, je me posais ces questions de façon plus instinctive, alors que maintenant, mon approche est plus systématique puisque j'ai appris le lien entre les événements de vie et le développement de certains troubles.

Par ailleurs, une participante mentionne que ces formations lui ont « donné le goût » de suivre d'autres formations et de s'impliquer davantage dans des projets de recherche et, dans le même ordre d'idée, que ces formations ajoutent à leur motivation.

Une autre infirmière affirme que ces formations l'ont aidé à mieux appréhender la PSC et à se sentir en meilleure position pour la présenter à d'éventuels partenaires.

Et ces formations m'ont donné des outils pour convaincre des partenaires. J'ai été amenée à rencontrer des partenaires, des entreprises et organisations et je dois parfois établir des partenariats. C'est sûr que ces formations-là nous outillent bien au niveau de la compréhension de la PSC et puis de la vulgarisation ... Ça m'a beaucoup aidé à vulgariser la PSC.

Soulignons enfin que l'on observe quelques différences dans le contenu des réponses données par les infirmières non intégrées, nouvellement intégrées ou intégrées depuis quelques années. D'abord, nous l'avons vu, des infirmières non intégrées vont davantage signaler qu'elles ne sont pas toujours en mesure d'exploiter les gains tirés de leur participation à ces formations, les contextes ou façons de faire de leur milieu de travail ne s'y prêtent tout simplement pas. Ensuite, il peut être utile et pertinent de signaler ici que ce sont bien les infirmières qui ont récemment intégré un CPSC qui énoncent le plus grand nombre de bénéfices liés à ces enseignements. Clairement, elles considèrent que ces cours les ont considérablement aidés à s'intégrer dans leur nouveau lieu de travail.

Définitivement, ces formations ont été ma porte d'entrée dans la PSC. Ces modules ont été pour moi une introduction à la PSC, à cette approche, et ils m'ont permis de mieux comprendre le fonctionnement de la PSC d'un point de vue concret.

Enfin, sans trop de surprise, les infirmières intégrées depuis plusieurs années en CPSC sont celles qui nous disent avoir le moins profité et appris de ces modules de formation.

Ben... pas énormément d'apports (suite à ces formations). Pas tant de nouveauté, j'ai une grande expérience en CPSC. Mais au moins, ces cours ont eu l'avantage de me confirmer que je n'étais pas dans le champ !

Celles-ci précisent que si ces cours leur ont apporté si peu, c'est aussi en raison du caractère hétérogène des participants. Clairement, elles auraient préféré vivre cette expérience avec leurs collègues infirmières qui sont impliquées dans d'autres CPSC ou à tout le moins, avec un groupe familial avec leur clientèle (familles vulnérables).

Effets de la formation par module

Les contenus des formations sont complexes et composés d'une multitude d'éléments dont l'importance relative est difficile à appréhender. Aussi, nous proposons de rapporter ici l'ensemble des informations livrées par les répondantes lors des entretiens dans des tableaux correspondants chacun à un module de formation. Les informations ainsi consignées dans les tableaux présentés plus bas correspondent aux réponses données à la question : « *Est-ce que ça a changé quelque chose pour vous de participer à cette formation? En rapport avec le module 1 : stress toxique / avec le module 2 : troubles d'attention / avec le module 3 : troubles anxieux* ». Notons que les apports pratiques énoncés en lien avec les deux premiers modules sont assez peu documentés, ce qui pourrait s'expliquer par de délai entre les activités de formation et l'entretien. C'est le module TDAH qui a généré le plus de discours au chapitre des apports pour la pratique et la qualité des interventions.

Module de formation du 13 novembre 2015 – « L'anxiété chez les enfants et les adolescents »

Il s'agit donc ici du module le plus éloigné dans le temps, au moment de la rencontre, et c'est aussi celui qui a été le moins commenté par les infirmières. Il a été suivi par 4 des 8 répondantes⁸.

⁸ Les numéros des répondantes dans les trois tableaux qui suivent sont attribués au hasard afin d'éviter que les répondantes puissent être identifiées. Ceci veut dire que le no 1 dans le tableau 1 n'a pas nécessairement le même numéro dans les autres tableaux.

Répondante	Connaissances	Pratique / intervention⁹
1.	Elle a beaucoup appris en lien avec les troubles anxieux, puisqu'elle possédait surtout des connaissances concernant les adultes plutôt que les enfants.	Elle a pu partager les informations qu'elle a apprises à son équipe. Elle y a gagné des connaissances. D'un autre côté, elle ne peut pas vraiment les appliquer dans sa pratique vu les différences entre les milieux.
2.	Elle a apprécié en apprendre davantage sur les répercussions de l'anxiété de l'enfant sur, bien plus tard, ce que deviendront l'adolescent et même l'adulte. Elle affirme aussi avoir réalisé combien « tout arrivait plus tôt » chez les personnes ayant souffert d'anxiété (adolescence, première relation, etc.).	
3.	Les troubles anxieux peuvent être développés par le biais de vulnérabilités héréditaires mais aussi par le stress toxique vécu par l'enfant. Lors d'un diagnostic d'un trouble anxieux, il faut s'assurer d'avoir écarté les autres options qui peuvent être similaires. Avant de donner de la médication, il faut d'abord voir s'il n'y a pas de thérapies qui peuvent être données à l'enfant ou même apporter de l'aide aux parents.	
4.	Dans cette formation on leur a montré différents outils qui peuvent diminuer dans l'immédiat l'anxiété pédiatrique. On leur a donné des trucs avec des objets (des toutous). On leur a montré comment approcher les enfants. Il y avait aussi la clinique, les symptômes, l'approche auprès des parents... Ils ont donc vu l'approche et la mobilisation des différents acteurs, de la famille. Donc des choses très intéressantes et nouvelles pour elle.	La première formation sur l'anxiété pédiatrique lui est apparue très utile au niveau de la pratique, très pertinente pour quelqu'un qui œuvre auprès des enfants.

Module de formation du 22 juin 2016 – « Pédiatrie sociale en communauté et stress toxique : méthodes et stratégies d'intervention »

Ce module a été suivi par 7 des 8 répondantes.

Répondante	Connaissances	Pratique / intervention
1.	Les événements de vie négatifs dans l'enfance et l'adolescence et le risque de développement de trouble de santé mentale / Approche plus systématique du lien entre événements de vie et développement de certains troubles « <i>Cela nous éclaire beaucoup. Après cela, on comprend mieux les symptômes chez ces personnes et la façon dont leur personnalité s'est formée</i> ». Avant la formation, elle posait ces questions de façon	Elle retient que les événements négatifs ne condamnent pas une personne à certaines conditions, mais simplement qu'il faut en tenir compte lors de l'intervention / L'importance de l'intervention précoce / Quand elle fait des entrevues d'évaluation dans ses milieux de travail, elle essaie de savoir à quel moment dans la vie de ses patients les problèmes ont commencé, s'il y a eu

	plus instinctive, alors que maintenant son approche est plus systématique puisqu'elle y a appris le lien entre les événements de vie et le développement de certains troubles.	un élément déclencheur.
2.	Donne des informations sur le profil des participantes et sur la taille du groupe, et non pas sur les contenus.	
3.	Elle retient que les stress peuvent modifier certains paramètres du cerveau d'un enfant et réduire les chances de développement adéquat.	Par contre, une intervention professionnelle peut avoir un impact important pour contrer les dégâts de ces stressseurs.
4.	La répondante a mieux compris les relations entre les différentes parties du cerveau.	
5.	Donne des informations sur la conférencière et sur « la forme », mais pas sur les contenus.	
6.	Elle a appris que ce stress pouvait avoir un impact important sur un enfant. Une étude a démontré que le stress toxique causait un « trauma pour le cerveau » et qu'à l'âge adulte, il y avait plus de chances de souffrir de dépression, de troubles cardiaques, d'abus physiques. Elle ne savait pas qu'un tel stress pouvait avoir un impact sur l'espérance de vie. Elle explique qu'un enfant qui a vécu un trauma peut bien aller en surface, mais qu'une vulnérabilité biologique peut malgré tout exister chez celui-ci, comme un niveau plus élevé de cortisol dans le sang. Il faut adresser, minimiser et tenir compte du stress toxique dans la vie de l'enfant.	Elle a retenu comment tenir compte de ce facteur de vulnérabilité chez l'enfant. Une collaboration entre les professionnels pour dépister cela est possible.
7.	Donne des informations sur le profil des participantes et sur la taille du groupe, mais pas sur les contenus.	

Module de formation du 9 septembre – « Troubles d'attention et troubles du comportement : comprendre pour mieux intervenir auprès des enfants en situation de grande vulnérabilité »

C'est le module offert le plus récemment, soit en septembre 2016. Sept des huit répondantes ont participé à cette formation.

Répondante	Connaissances	Pratique / intervention
1.	Elle a retenu qu'un programme de coaching parental existe pour les parents ayant un enfant atteint de Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou de Trouble oppositionnel avec provocation (TOP). « <i>C'est une opportunité incroyable qui devrait être mise en place</i> ». Elle a aussi apprécié que malgré le fait que la conférencière était médecin, elle avait tout de même un propos nuancé concernant la médication. La conférencière a parlé autant de « surdiagnostic » et surconsommation de médication que du risque de ne pas traiter	Cela lui a donné le goût de suivre la formation pour pouvoir faire du coaching auprès des parents. Elle croit à l'importance que la communauté se prenne en main elle-même, que des personnes autre que les médecins et les infirmières puissent donner cette formation aux parents. Elle aime que ce soit une approche de santé communautaire, santé publique et <i>empowerment</i> . « <i>Cela enrichit ma pratique</i> ». Elle se souvient que la pédopsychiatre

	<p>un enfant qui devrait l'être. Apprendre les théories, par exemple sur les évènements de vie négatifs, donne une perspective intéressante dans le domaine de la santé mentale. « <i>Avec la clientèle jeune adulte particulièrement, on peut voir la vulnérabilité de développer différents problèmes de santé mentale et l'on peut donc intervenir de façon précoce</i> ». Le lien entre les troubles d'attention ainsi que le stress toxique avec le développement de troubles de santé mentale étaient très pertinents pour elle.</p>	<p>avait fait le lien entre l'anxiété et le TDAH. Puisque les symptômes peuvent se ressembler, il faut déterminer lequel des deux est la problématique principale puisque cela aura un impact sur l'intervention. Donc bien cibler ce qui cause les symptômes.</p>
2.	<p>Concernant la formation sur le TDAH. Elle a retenu que ce trouble se manifeste physiquement. Que c'est un diagnostic faisant partie du DSM-V. D'autres troubles peuvent y être associés tel que le trouble de l'opposition, trouble de la conduite. Ce trouble demande beaucoup de soutien, de support autant pour la personne atteinte que pour les proches (parents, personnel en garderie, personnel au niveau scolaire, etc.). Le trouble a un impact sur toutes les sphères de la vie de la personne. Elle a appris qu'il y a une diminution avec l'âge de certains facteurs associés au TDAH, autant au niveau comportemental qu'au niveau biologique; que le cerveau de l'enfant est plus malléable et qu'il se module beaucoup plus que celui de l'adulte.</p>	
3.	<p>Concernant le module sur les troubles d'attention, c'est un module qui a été pour elle très utile puisque les cas de TDAH sont de plus en plus répandus. « <i>Surtout chez les parents, nous rencontrons beaucoup de gens atteints de TDAH qui ne sont pas médicamenteux ou décelés.</i> » Elle aurait aimé que les cas de parents ayant eux-mêmes un TDAH soient plus abordés, plutôt que d'uniquement se concentrer sur les enfants. Elle aurait aussi aimé savoir à partir de quel âge un diagnostic de TDAH peut être donné. « <i>'en ai appris, mais j'aurais peut-être aimé entendre parler de plus d'aspects qui n'ont pas été abordés</i> ».</p>	<p>C'est une formation qui l'a beaucoup aidée dans sa pratique. Elle y a trouvé des méthodes pour aborder le sujet. Elle explique qu'en CPSC, lorsqu'un diagnostic de TDAH est soupçonné chez un enfant, les professionnels peuvent se tourner vers le médecin ou même vers un spécialiste en TDAH. Elle aurait aimé savoir ce que les gens en CLSC peuvent faire, eux qui n'ont pas si facilement quelqu'un vers qui se tourner. Elle aurait aimé savoir quels sont les arguments avec lesquels elle peut aller voir un médecin lorsqu'il y a des signes de TDAH chez un enfant. Aussi, à partir de quel âge un diagnostic peut-il être posé? Faut-il attendre que l'enfant entre à l'école ou est-il mieux de consulter le plus tôt possible? Finalement, elle aurait aimé avoir de l'information sur l'intervention adéquate auprès de parents ayant des signes de TDAH. Elle est capable d'aborder plus facilement les parents étant atteints de TDAH. Elle peut les informer concernant les impacts d'un TDAH non-traité sur</p>

		leur quotidien. Elle a même réussi à faire traiter certains de ses patients qui se trouvent dans les familles à sa charge. En ce qui concerne le stress toxique et les troubles anxieux, <i>« j'arrive à mieux les déceler chez les enfants et je suis capable de mieux nommer l'anxiété ou le stress vécu »</i> . L'identification de ces troubles est donc plus facile.
4.	Infirmière qui n'est pas concernée par cette problématique dans son environnement professionnel. Cela dit, elle a apprécié être davantage en mesure de différencier le trouble de l'hyperactivité du TDAH.	
5.	Concernant le module sur les troubles d'attention, elle s'intéresse particulièrement au TDAH. Elle a beaucoup profité des connaissances de la psychiatre et de la formation en général. Elle a appris beaucoup au niveau des troubles de comportement (TOP) puisqu'elle en connaissait très peu sur le sujet. Elle a récemment eu à faire le résumé de ce module à ses collègues de travail. Elle retient de la formation que les troubles d'attention sont souvent sous-traités. Elle aurait aimé en entendre davantage sur la médication pour ces diagnostics. Selon elle, les connaissances des participants étaient variées donc plusieurs en auraient bénéficié. La conférencière a parlé des troubles « disruptifs » qu'elle ne connaissait pas. Elle a aimé le fait que la conférencière ait redéfini le TDAH selon le nouveau DSM-V, qui focus sur trois symptômes principaux pour ce diagnostic, soit : l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité. Ses collègues ont été très intéressés par les altérations du fonctionnement lorsqu'il y a un diagnostic de TDAH, comme le risque de grossesses à l'adolescence. C'était donc très intéressant pour elle.	Les professionnels se sentent limités devant les enfants atteints de troubles de comportements et de TDAH. Grâce au fait qu'elle puisse partager les informations qu'elle a reçues lors des formations, elle peut ainsi sensibiliser ses collègues. Elle trouve cela formidable que la pratique en pédiatrie sociale existe. Les formations ont eu une grande portée dans sa pratique, puisqu'elle avait une famille en tête qui l'inquiétait particulièrement et elle a décidé de diriger cette famille vers un spécialiste. <i>« C'était comme une nouvelle façon de comprendre le TDAH et les troubles du comportement »</i> . Avec des enfants faisant preuve de grandes difficultés causées par le TDAH, elle utilisera désormais les techniques qu'elle a apprises pendant sa formation. <i>« Grâce à cela, j'ai une pratique qui prend un chemin nouveau »</i> .
6.	Elle précise que depuis longtemps elle est préoccupée par la distinction entre un enfant TDAH « pur, neurologique », (...) <i>« que c'est vraiment à cause de son TDAH neurologique qu'il ne va pas bien, ce qui est très peu la clientèle que je côtoie, et pourquoi moi, la clientèle démunie avec laquelle je travaille depuis une trentaine d'années... y en a donc beaucoup qui ont des TDAH, donc t'sais de le regarder d'un point... t'sais c'est pas un hasard, ça veut dire les troubles d'attachement, ça veut dire les stress posttraumatiques, toute ça, ça donne des comportements de TDAH! »</i> . Et dans son souvenir c'est un peu cela qu'elle expliquait	La formation lui a permis de réaliser que ses interventions (passées) étaient assez pertinentes, qu'elle avait bien compris la problématique et la complexité, <i>« qu'elle n'était pas dans le champ! »</i> . Autre élément que la répondante dit avoir apprécié... Parle d'une histoire de cas présentée par la conférencière, laquelle a évoqué des critères qui aident à se faire une idée diagnostique. Parle aussi de présentations de cas pour lesquels les participants avaient à se prononcer : pensez-vous qu'il y en a un ou pas (de TDAH)? Et donc, l'occasion leur était donnée de pratiquer leur

	(la conférencière) et qu'elle validait, « <i>et finalement, c'est vrai que c'est compliqué, il faut regarder ça plus large...</i> ». Elle se souvient être sortie de cette formation et être portée par le sentiment qu'elle n'était pas dans le champ de trouver ça lourd, et que ce n'est pas tout de donner une médication pour le traitement des TDAH, parce qu'il y a souvent plein d'autres affaires dans la famille. « <i>Je le savais là, mais de me le faire dire par quelqu'un, par une sommité... c'est aidant!</i> ». Elle s'interroge sur comment dans le concret elle va continuer à regarder ça.	perception (diagnostique) à partir de cas concrets et pas juste en référence avec les critères DSM. « <i>Mais dans le pratico-pratique, rapidement, si ce n'est (le fait) de m'avoir validée en me disant (que) vraiment, il ne faut pas oublier les autres dimensions du TDAH, puis observer plein de choses... ça un peu oui, mais pas tant, parce qu'il aurait fallu que je prenne plus de temps pour les relire et les remettre en pratique!</i> »
7.		Les formations ont-elles influencé sa pratique? Oui, mais pas un gros pourcentage de sa pratique parce que ça fait longtemps qu'elle accompagne le médecin dans les suivis TDAH. Mais elle a apprécié quand même avoir plus de bagage pour démêler tous les problèmes de santé mentale chez l'enfant, devenir plus experte. Ces contenus lui permettent de parler le même langage que le médecin.

2.7. Prête à intégrer un CPSC

La question de savoir si, après avoir suivi ces formations, l'infirmière rencontrée se sentirait prête à intégrer un CPSC a été posée à l'ensemble des infirmières non intégrées dans un centre et a été plutôt lue pour avis aux quatre infirmières déjà en poste dans un centre de pédiatrie.

Parmi les quatre infirmières non intégrées deux d'entre elles disent ne pas se sentir tout à fait prêtes à entrer en PSC. Toutes deux précisent que ce n'est pas faute d'intérêt, mais l'une considère qu'elle manque encore d'expertise en clinique (jeune infirmière tout juste diplômée), l'autre croit qu'il lui manquerait certaines connaissances puisque « *la pédiatrie sociale est une façon très distincte de travailler* ».

Pour vraiment me sentir prête, j'aurais besoin de plus de formations traitant de thèmes différents. Il pourrait être très utile qu'il y ait des stages d'observations en CPSC, mais cette fois-ci aux côtés d'une infirmière plutôt qu'auprès d'un médecin et de son équipe. Je voudrais voir comment l'infirmière s'incorpore aux rencontres « multi » et comment elle exerce son travail avec les clients. Si cela est possible, il pourrait être vraiment intéressant qu'une université développe un programme de certificat en pédiatrie sociale spécifiquement. Cela pourrait même être des cours de fin de semaine (formation continue).

Clairement, les deux autres infirmières non intégrées en CPSC se disent tout à fait prêtes à intégrer un centre de pédiatrie. Précisons que celles-ci ont ceci en commun qu'elles travaillent dans un CLSC dans le cadre du programme SIPPE. Mais c'est surtout leur expérience dans un milieu et pour une clientèle proche de celle des CPSC qui leur procure cette assurance. L'une

d'entre elle précise nommément que ce ne sont donc pas seulement les modules de formation qui lui donnent ce sentiment d'être prête.

Je pense avoir une bonne connaissance de la population qui fréquente les centres de pédiatrie, je connais bien les problématiques liées à la pauvreté et à la répétition de patterns et je ne crains pas d'être confrontée aux situations qui pourraient s'y présenter.

Pour les deux infirmières nouvellement en poste dans un CPSC, il est clair que ces trois formations sont de bons outils, et un préalable, pour l'entrée en pédiatrie sociale. Enfin, les avis des deux infirmières qui interviennent déjà dans un CPSC divergent quelque peu. L'une d'entre elles croit que si elle était « *neuve* » et n'avait pas d'expérience dans le domaine, et bien cette formation l'aurait beaucoup aidée, parce que les contenus sont très « *réalistes et collés aux familles démunies, des enfants, du travail en PSC* ». La seconde mentionne que, pour ce qu'elle a vu, « *ce ne sont pas des petites formations comme ça qui vont rendre une infirmière prête à intervenir en CPSC* ». Pour elle, ça prend du monde du même calibre, et « *puis que ceux qui veulent vraiment s'engager et reçoivent de la formation, la reçoivent ensemble* ».

3. PISTES DE RÉFLEXIONS ET D'ACTION :

3.1 Défis et enjeux d'un virage « en ligne »

Considérant que la perception de la pertinence de la formation et le fort niveau de satisfaction des participantes reposent en grande partie sur 1) l'ancrage de la théorie dans la pratique via la présentation de cas/mises en situation et 2) les opportunités d'interactions avec les conférenciers et les autres participantes, le défi consistera à maintenir ce cadre dans un format en ligne.

Pour pallier cet aspect d'importance et maintenir l'intérêt pour ces formations, il conviendrait de porter attention :

- à des façons de prendre en compte ce besoin d'espaces interactifs et d'envisager des stratégies alternatives comme la création de blogues, de forum de discussion ou de webinaires, de visionner les formations en ligne en équipe et lancer des discussions, etc.
- à la possibilité de laisser aux participantes le choix du format de formation en présentiel ou en ligne.

3.2- Le besoin essentiel d'opportunités de rencontres et de partage d'expériences

Un besoin de disposer d'espaces d'échanges, d'interactions et de réseautage en lien avec la pratique infirmière en pédiatrie sociale a été clairement exprimé par toutes les participantes. La nature de ces besoins semble varier en fonction du profil des participantes : (a) intégrées/non intégrées mais souhaitant l'être et b) non intégrées et ne souhaitant pas l'être.

À la lumière des discours des participantes, pour combler ce besoin, il serait intéressant de réfléchir à certains ajustements aux contenus de la formation, par exemple :

- créer un espace d'échanges et de réseautage sur les pratiques en PSC et les arrimages avec le réseau pour les infirmières non intégrées et ne souhaitant pas l'être. Il s'agirait ici de favoriser les échanges entre professionnels qui interviennent avec le même type de clientèle et de dresser les passerelles avec le réseau.

- créer un espace d'échanges d'expériences propre à la pratique infirmière en PSC pour les infirmières en poste ou en voie de l'être et qui participerait du même coup à faciliter leur intégration dans les centres et les équipes de PSC, point d'attention déjà soulevé dans le rapport de septembre 2016. Il semble en effet important pour les répondantes concernées de respecter ce qu'on peut assimiler à une *identité de groupe* (appartenance, proximité, complicité, expériences partagées, etc.) avec ses particularismes.

3.3- Clarification des attentes, des objectifs et des contenus pour les différents publics visés par la formation

En lien avec le point précédent, on constate des besoins de formation différents en fonction du profil des infirmières (intégrées/non intégrées mais souhaitant l'être ; non intégrées et ne souhaitant pas l'être), du niveau de connaissance, d'expérience, de pratique et de provenance, qui interrogent la composition de groupes hétérogènes et le besoin de clarifier les objectifs visés par ces modules (et donc les finalités de la Fondation).

Dans ce contexte, il pourrait être envisagé la possibilité de formater des contenus de formation pour des groupes plus homogènes au regard des attentes et des activités spécifiques répondant à des objectifs de façon à faire progresser, développer et potentialiser le rôle de chaque participante.

On pourrait par exemple penser à :

- un niveau de type sensibilisation à visée d'intégration et d'ouverture aux principes et pratiques de la PSC autour des fondements en PSC ;
- un niveau avancé à visée de perfectionnement pour les infirmières déjà intégrées avec actualisation des connaissances, réseautage et échanges de pratiques et qui pourrait concerner autant leurs interventions, les problématiques de la clientèle, que les conditions de leur pratique en CPSC, leur rôle, leurs attentes, leurs craintes, leurs doutes, etc.

Pour les infirmières du réseau non désireuses d'intégrer un CPSC, il semble important d'intégrer à la formule actuelle une réflexion sur les arrimages avec la 1^{ère} ligne (voir point suivant).

3.4- Développer l'arrimage avec la 1^{ère} ligne

À l'avenir et à des fins de bonification de la formation en elle-même, de diffusion de la PSC dans les milieux de pratique et de formation des infirmières en général, il pourrait être bénéfique d'intégrer à la formule actuelle une réflexion sur les arrimages avec la 1^{ère} ligne.

En misant sur des formations prenant plus en compte les possibilités/espaces de « collaboration » ou de « partenariat » (entre professionnels, entre organismes, par exemple) avec la 1^{ère} ligne, on travaillerait du même coup à véhiculer un esprit d'ouverture à des pratiques collaboratives au bénéfice de la clientèle.

SECONDE PARTIE : RÉACTIONS À LA JOURNÉE DE SENSIBILISATION

Cette seconde partie du rapport porte sur la troisième question d'évaluation, soit sur les réactions des infirmières suite à la journée de sensibilisation. Elle vise à répondre à la question suivante : Quelles sont les réactions des infirmières à la journée de sensibilisation ?

1. Méthodologie

1.1 Profil de l'échantillon

Questionnaire en ligne soumis à 29 infirmières ayant assisté à la journée de sensibilisation dont 14 étudiant(e)s stagiaires et 15 infirmières professionnelles.

1.2 Analyses

Les données issues de cette consultation ont été importées dans le logiciel d'analyse de données qualitative NVivo11. Pour chacune des questions posées, les réponses données par les participantes ont été regroupées par rubrique, en prenant garde toutefois de demeurer précis et de ne pas « forcer » la création de ces amalgames sémantiques. À cet égard, soulignons que cette volonté de respecter les « nuances » des contenus a eu pour effet d'augmenter parfois considérablement le nombre de rubriques présentées dans les tableaux des résultats. Aussi, il nous semblait important de faire apparaître la totalité des réponses données aux questions, même si celles-ci n'avaient été énoncées qu'une seule fois.

Précisons encore que le relevé des occurrences pour chacune des rubriques identifiées correspond au nombre de fois où l'argument a été évoqué au total pour cette question (étant entendu qu'un argument ne pouvait être comptabilisé qu'une fois par participante, même si celle-ci l'avait évoqué à plusieurs reprises, en insistant sur le sujet, par exemple).

Dans le présent rapport, les rubriques seront présentées par ordre décroissant (des plus évoquées au moins évoquées).

1.3 Limites de la recherche

L'équipe d'évaluation souhaite recommander au lecteur la plus grande prudence au sujet de l'interprétation des **données essentiellement descriptives** présentées dans ce rapport. Il convient en effet de garder à l'esprit la petite taille de l'échantillon ($n=29$), le manque de données pour certaines questions et le faible nombre parfois d'occurrences pour un type d'argument donné (ex. : $n=2$). Étant donné la taille de l'échantillon, il ne nous est pas permis ici de statuer sur des différences entre étudiantes et infirmières. Aussi, la plupart du temps, on précisera dans le rapport la répartition des réponses par type de répondantes (ex. : dont 5 infirmières et 2 étudiantes) sans toutefois s'exprimer sur le caractère remarquable ou pas de la différence observée.

D'autre part, comme on ne connaît pas le lieu de travail, ni le parcours professionnel des 15 infirmières (sont-elles familières avec ce type de clientèle ?), pas plus que l'on ne connaît la trajectoire et l'éventuelle spécialisation des étudiantes, il conviendra de demeurer prudent et faire preuve de rigueur au moment d'interpréter certains des résultats, commentaires ou réactions des

participantes concernant le profil de la clientèle des CPSC ou la nature des interventions des équipes CPSC.

Ex. : le fait qu'une infirmière se dise impressionnée par le profil vulnérable de la clientèle (milieu défavorisé, problèmes complexes, etc.) ou encore par la proximité des intervenants avec les enfants et familles... n'impliquera pas la même chose si c'est une infirmière tout juste diplômée qui n'a jamais été en contact avec ce type de clientèle qui s'exprime ou s'il s'agit plutôt d'une infirmière qui a une longue expérience dans les interventions SIPPE et qui bénéficie donc d'une grande expérience pour ce type de clientèle.

2. Résultats

Satisfaction/Insatisfaction

Clairement, la grande majorité des participantes ont exprimé leur grande satisfaction (n=20) ou leur satisfaction (n=7) suite à leur participation à cette journée d'observation. Peu, donc, se disent plus ou moins satisfaites (n=2). Nous n'observons ici pas de clivage entre les infirmières et les étudiantes en présence.

Qu'avez-vous aimé le plus de votre journée ?

À cette question, ce sont les qualités des intervenants qui sont le plus invoquées (n=10 dont 7 étudiantes et 3 infirmières). D'une part l'intégrité, les valeurs, l'approche humaine, l'écoute et l'absence de jugement sont soulignés (n=6), mais c'est aussi la qualité de la relation aux familles, le degré de confiance établi avec celles-ci qui semblent avoir davantage marqué les participantes (n=4) lors de cette journée.

Ensuite, un bon nombre de participantes ont apprécié rencontrer les familles, sans toutefois en préciser les raisons (n=6 ; autant d'infirmières que d'étudiantes).

Un certain nombre d'aspects ont été évoqués à deux reprises (toujours dans la proportion 1 infirmière, 1 étudiante) concernant « le travail en équipe multidisciplinaire » ; « l'approche globale centrée sur les besoins » ; « la confiance des intervenants en leur capacité d'aider les familles » ; « les observations cliniques » et « la quantité des ressources disponibles pour aider ces enfants ». Enfin, mentionnons que plusieurs arguments n'ont été évoqués qu'une seule fois au chapitre des choses « aimées » : « la disponibilité des intervenants » ; « la motivation des équipes » ; « l'expertise du médecin lors des entrevues avec les familles » ; « faire la différence pour les enfants issus de milieux défavorisés » ; « les activités avec les familles » ; « la générosité des commanditaires » ; « l'accueil chaleureux des stagiaires » ; « côtoyer le Dr Julien ».

Qu'avez-vous aimé le moins de votre journée ?

Quand il s'agit de décrire ce qu'ils ont moins aimé de leur journée, cinq (5) participantes disent ne pas avoir disposé de suffisamment de temps pour rencontrer les intervenants en place (3 infirmières, 2 étudiantes). Trois (3) participantes disent ne rien avoir à déplorer de cette journée. Deux ont trouvé la journée un peu longue ou éprouvé de l'inconfort physique et une perte d'attention.

D'autres aspects ont été moins appréciés mais ne sont évoqués qu'à une seule reprise : « sentiment d'impuissance avec certaines familles » ; « matinée rapide et difficulté à comprendre comment les rencontres se déroulaient au début » ; « la redondance des cas observés » ; « trop de personnes en présence lors de la rencontre avec la famille » ; « une famille a refusé la présence des étudiants » ; « confrontation à la souffrance des gens » ; « on ne m'a pas fait visiter l'endroit ! » ; « aurait aimé être préparée pour mesurer signes vitaux des enfants, car je suis plutôt habituée à intervenir avec les personnes âgées ».

Cette journée d'observation vous a-t-elle permis d'acquérir de nouvelles connaissances ?

Oui, et nettement (25 sur 29). Mais cela est moins vrai pour trois (3) infirmières et (1) étudiante.

Quelles connaissances cette journée vous a-t-elle permis d'acquérir ?

En premier lieu, des informations sur l'approche enfant-famille (n=10). Cette dimension a donc été évoquée par près d'un tiers des participantes, autant par les infirmières que par les étudiantes. La fréquence de mots (« nuage de mots ») tirée de l'analyse du thème « *Acquérir de nouvelles connaissances/Approche famille* » est particulièrement explicite.



Fréquence de mots dans le nœud NVivo (pour le thème) « Acquérir de nouvelles connaissances/Approche famille »

Viennent ensuite les connaissances concernant les pathologies ou les problématiques de santé mentale (n=7). Ici, aucune tendance ne se dégage, les réponses étant très diversifiées.



Fréquence de mots dans le nœud NVivo (pour le thème) « Acquérir de nouvelles connaissances/Connaissances concernant pathologies ou problématiques de santé mentale »

Pour un peu moins d'un tiers des participantes, cette journée de sensibilisation a permis d'acquérir des connaissances sur le fonctionnement d'équipe et le travail en co-intervention (n=8, autant d'infirmières que d'étudiantes). C'est notamment la qualité et l'efficacité de la collaboration TS/Médecin qui sont mises en avant, mais aussi les forces de l'intervention multidisciplinaire.



Fréquence de mots dans le nœud NVivo (pour le thème) « Acquérir de nouvelles connaissances/Fonctionnement d'équipe et travail en co-intervention »

Aussi, sans surprise, plusieurs reconnaissent avoir appris beaucoup sur le mouvement de la pédiatrie sociale (n=5). Des connaissances ont été acquises au sujet de l'approche globale et personnalisée des familles (n=3), au sujet des ressources disponibles pour les familles (n=3) ou encore au sujet d'autres disciplines (n=2).

Les arguments qui suivent n'ont été évoqués qu'à une seule reprise : « j'ai du revoir mon rôle infirmier de A à Z » ; « j'ai exploré un nouvel environnement de santé » ; « connaissances sur médicaments » ; « je crois que le rôle de l'infirmière pourrait être davantage mis de l'avant » ; « ce qu'est le CPSC et son fonctionnement » ; « les outils cliniques ».

Pensez-vous être en mesure de mettre en application dans votre travail certaines des notions acquises lors de cette journée ?

Une assez grande proportion de participantes (n=23) pense l'être. Pour les six (6) personnes qui ne partagent pas ce sentiment, cinq d'entre elles sont des infirmières.

Pourriez-vous nommer plus précisément quelles notions vous pensez être en mesure de mettre en application dans votre travail ?

Ici, c'est l'approche globale qui est évoquée par le plus grand nombre de participantes (n=5 dont 3 infirmières et 2 étudiantes). Viennent ensuite des arguments qui concernent l'intervention en équipe multidisciplinaire (n=4 dont 3 infirmières, 1 étudiante), ceux associés à l'utilisation des ressources pour cette clientèle, à la valorisation de ses forces, et à l'identification de ses besoins (chacun mentionné à 3 reprises). Deux fois il a été question des façons d'approcher enfants et familles, d'en apprendre davantage sur cette clientèle, ou encore de mettre en application tout ce qui avait été abordé durant cette journée (sans en préciser les contenus). De façon très marginale (n=1), il est question de « tout l'aspect de la diversité culturelle » ; « des connaissances sur l'art thérapie » ; « des critères TDAH » ; « de l'approche clinique de l'anxiété ».

Quelles particularités ou différences avez-vous notées entre l'approche de pédiatrie sociale en communauté et d'autres contextes d'intervention ?

La particularité la plus fréquemment nommée dans les réponses au questionnaire concerne le caractère multidisciplinaire de l'approche (n=14 dont 9 infirmières et 5 étudiantes). Plus de la moitié des répondantes ont donc fait allusion à cette dimension pour cette rubrique.



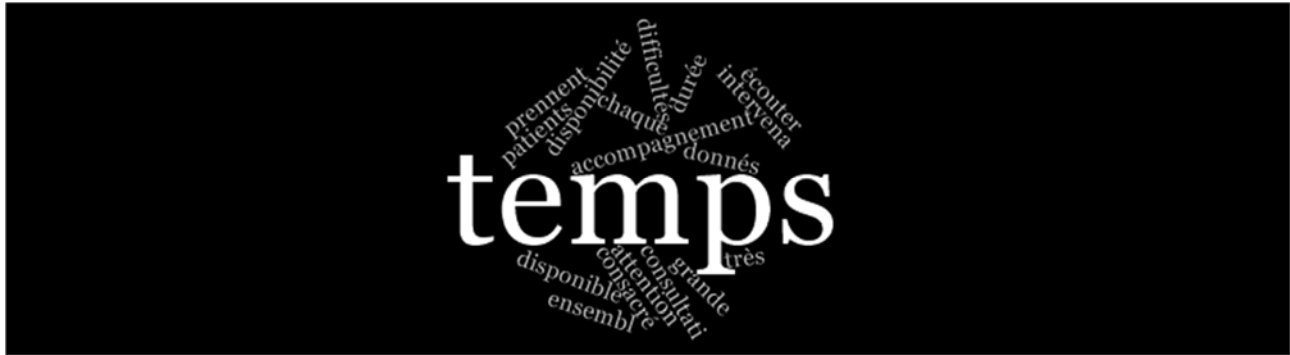
Fréquence de mots dans le nœud NVivo (pour le thème) « Différences notées entre PSC et autres contextes d'intervention/Approche multidisciplinaire »

Ensuite, toujours au titre des spécificités de la PSC, plus du tiers des participantes (n=11 dont 5 étudiantes et 6 infirmières) ont nommé des arguments généralement associés à l'approche personnalisée ancrée dans la réalité des familles.



Fréquence de mots dans le nœud NVivo (pour le thème) « Différences notées entre PSC et autres contextes d'intervention/Approche personnalisée et ancrée dans la réalité des familles »

D'autres arguments entourant la disponibilité des intervenants et le temps consacrés aux familles ont été nommés par 5 infirmières et 2 étudiantes (n=7).



Fréquence de mots dans le nœud NVivo (pour le thème) « Différences notées entre PSC et autres contextes d'intervention/Disponibilité des intervenants et temps consacré aux familles »

Aussi, les qualités liées à l'approche patient, à l'écoute, à l'authenticité des intervenants ont souvent été mentionnées (n=7 dont 4 infirmières et 3 étudiantes).



Fréquence de mots dans le nœud NVivo (pour le thème) « Différences notées entre PSC et autres contextes d'intervention/Qualités liées à l'approche patient, à l'écoute, à l'authenticité des intervenants, au lien de confiance établi avec les familles »

Des arguments entourant les notions qui suivent ont été nommés à 4 ou 5 reprises par les participantes : « l'approche globale » ; « l'attitude et la présence des médecins » (évoqués seulement par les infirmières de métier) ; « l'absence de jugement à l'égard de la clientèle » ; « les encouragements dispensés aux familles quant à leur implication (empowerment) ». Le critère « accès aux services et partenaires » a été mentionné à trois reprises et l'ensemble des particularités qui suivent ne l'ont été qu'à une ou deux reprises : « lien de confiance établi avec les familles » ; « offre de service et ressources en CPSC » ; « accès ressources gratuites » ; « beaucoup de mouvement ».

Sur cette question, précisons que les éléments sur lesquels les participantes se basent pour comparer les deux « programmes » ne sont pas connus, ce qui limite la portée de l'interprétation. En effet, on ignore tout du parcours professionnel des participantes et il est

Fréquence de mots dans le nœud NVivo (pour le thème) « Particularités de la clientèle CPSC/Familles aux besoins multiples, complexes et problématiques »

C'est aussi la confiance qu'accordent ces familles à l'égard des intervenants en CPSC qui a attiré l'attention des participantes (n=7 donc 4 infirmières et 3 étudiantes).



Fréquence de mots dans le nœud NVivo (pour le thème) « Particularités de la clientèle CPSC/Confiance que les familles accordent à l'équipe PSC »

Ensuite, et dans une moindre mesure, des critères associés au « caractère résilient des familles, à leur volonté de s'en sortir », aux « difficultés vécues au niveau de l'éducation des enfants » ou encore à la « fréquence de conflits dans les couples » ont été respectivement nommés à 4, 3 et 2 reprises.

À votre avis, quel est l'apport de l'infirmier et de l'infirmière en pédiatrie sociale en communauté ?

Nous précisons ici qu'un très grand nombre d'arguments, particulièrement diversifiés, ont été avancés par les participantes en lien avec l'apport des infirmières en PSC. Nous avons entrepris de regrouper ces nombreux arguments par rubrique (assemblage par proximité) mais il demeure que, par souci de précision, nous n'avons pu faire autrement que de créer de nombreuses rubriques. Soulignons néanmoins que dans une très grande proportion (un peu plus de la moitié des participantes) ce sont les fonctions attachées à l'évaluation et au dépistage d'une part (n=15), et celles attachées à la prévention, l'enseignement et la promotion de la santé d'autre part (n=14), qui sont les plus citées au titre de l'apport des infirmières en CPSC.

A. Les fonctions d'évaluation et de dépistage

À votre avis, quel est l'apport de l'infirmier et de l'infirmière en pédiatrie sociale en communauté?	Infirmières TOUTES n=29	Étudiantes stagiaires n=14	Infirmières professionnels(les) n=15
1 : Évaluation - Dépistage	15	8	7
2 : Prévention - Enseignement - Promotion santé	14	5	8
3 : Pertinence infirmière dans CPSC dans les activités cliniques	5	1	4
4 : Soins - Actes médicaux	5	2	3
5 : Collaboration médecin	5	2	3
6 : Qualité approche famille - Écoute	5	5	0
7 : Rôle de Pivot - Liens entre professionnels	5	2	3
8 : Continuité des soins - Suivis	5	3	2
9 : Diriger et faciliter accès services et ressources	3	3	0
10 : Répondre questions santé pour familles qui n'ont pas à rencontrer médecin - Triage	3	3	0

Dans ce tableau, nous remarquons que ce sont seulement les infirmières étudiantes qui mettent en avant les capacités d'écoute et la qualité de l'approche famille (n=5) au titre des apports pour les CPSC. Aussi, ce sont plutôt les infirmières professionnelles qui voient un avantage à la présence des infirmières dans les cliniques (4 infirmières et 1 étudiante).

Les arguments associés par les répondantes de près ou de loin à un rôle de soutien au médecin pour les infirmières en CPSC cumulent 18 occurrences (« répondre aux questions santé pour les familles qui n'ont pas à rencontrer de médecin » ; « continuité des soins et suivis » ; « collaboration avec le médecin » ; « soins et actes médicaux autorisés »).

À votre avis, quelles sont les compétences requises pour un infirmier ou une infirmière qui souhaiterait travailler en pédiatrie sociale en communauté ¹¹?

À votre avis, quelles sont les compétences requises pour un infirmier ou une infirmière qui souhaiterait travailler en pédiatrie sociale en communauté?	Infirmiers(ères) TOUTES n=29	Étudiant(es) stagiaires n=14	Infirmier(ères) professionnels(les) n=15
1 : Faire preuve d'ouverture d'esprit Capacité d'adaptation – Flexibilité professionnelle	19	8	11
2 : Volonté-Capacité travail en collaboration - Multi et interdisciplinarité	12	4	8
3 : Regard sans jugement - Accepter les différences	12	5	7

¹¹ Nous avons conservé uniquement les items mentionnés plus de 2 fois.

4 : Discernement - Bon jugement – Intuition - Compréhension	11	5	6
5 : Être empathique	10	3	7
6 : Être à l'écoute	9	5	4
7 : Attitude positive - Confiance - Empowerment - Forces familles - Patience	8	5	3
8 : Créativité - Innovation - Débrouillardise - Autonomie	6	3	3
9 : Respect - Authenticité	6	4	2
10 : Connaissance et expérience du milieu et de la clientèle	4	1	3
11 : Connaissance - Collaboration - Ressources du milieu	4	3	1
12 : Qualité approche famille - Lien de confiance	4	2	2
13 : Implication - Faire plus	3	1	2
14 : Avoir affinités avec enfants et familles en CPSC	3	2	1
15 : S'intéresser à la réalité de l'autre - Curieux	3	2	1

Auriez-vous des suggestions pour améliorer cette journée d'observation?

Soulignons d'abord que 10 participantes n'ont pas répondu à cette question tandis que 2 infirmières ont inscrit la mention « non applicable ». Six (6) infirmières ont répondu « non » à cette question (5 étudiantes, 1 infirmière professionnelle). Au total, 12 répondantes ont suggéré une amélioration pour le contenu ou l'organisation de cette journée de sensibilisation.

Six (6) infirmières (2 étudiantes, 4 infirmières professionnelles) ont indiqué qu'elles auraient souhaité avoir l'opportunité de rencontrer les intervenants en place et échanger avec eux.

Les autres arguments n'ont été évoqués qu'à une seule reprise : « *Manque infos premier matin* »; « *Laisser infirmières engager l'évaluation du développement pour qu'elles s'habituent* »; « *Prévenir familles présence étudiants pendant rencontres* »; « *Avertir les étudiantes de relire les valeurs cibles des signes vitaux chez les enfants* »; « *La possibilité de voir différents ateliers* »; « *Faire une petite visite guidée des locaux et un survol de tous les services offerts par la clinique* ».

Avez-vous des questions par rapport à ce que vous avez observé en clinique qui demeurent sans réponses ? Si oui, lesquelles ?

Pour cette question, 23 participantes n'ont pas fourni de réponse et 3 ont répondu « non » ou « rien qui viennent à l'idée » (1 infirmière stagiaire, 2 infirmières professionnelles).

Deux (2) participantes (1 étudiante, 1 infirmière professionnelle) ont répondu « *Clarifier le rôle de l'infirmière en CPSC* » et « *L'infirmière est-elle utilisée à son plein potentiel ?* ».

Une infirmière a posé la question « *J'aimerais savoir si le CSSSPDI va se munir d'une clinique de pédiatrie sociale ?* ».

2.1 EN BREF

Les résultats du sondage indiquent une appréciation très positive de cette journée de sensibilisation. Les participantes ont été particulièrement sensibles au contact avec les familles et aux qualités personnelles des intervenants rencontrés même s'ils déplorent ne pas avoir disposé de suffisamment

de temps avec eux. Et c'est probablement cet aspect qui a été jugé le plus négativement. Sur cette seule journée de sensibilisation, les participantes témoignent déjà de l'acquisition de connaissances propres à l'approche globale et personnalisée des familles, aux valeurs et à l'esprit de la PSC, son mode de fonctionnement multidisciplinaire, mais aussi de connaissances spécifiques aux pathologies et aux problématiques de santé mentale fréquemment rencontrées parmi la clientèle des CPSC. La vulnérabilité des familles et la complexité des situations rencontrées en PSC sont bien assimilées par les répondantes à l'issue de cette journée. L'apport et le rôle de l'infirmière en pédiatrie sociale en communauté regroupent un large éventail de contributions mais ce sont les fonctions attachées à l'évaluation et au dépistage et celles attachées à la prévention, l'enseignement et la promotion de la santé qui sont les plus citées. Parmi toutes les compétences perçues comme indispensables pour travailler en PSC, la capacité de travailler en équipe, l'ouverture d'esprit, la capacité d'adaptation et la flexibilité professionnelle ressortent comme des compétences de tout premier ordre.

Annexe 1 : Plan d'évaluation

Synthèse du plan d'évaluation (17 03 2017)

Questions d'évaluation	Collecte des données			
	Participants	Méthodes	Échantillon	Échéancier
<p>Volet 1 : Intégration de l'infirmière en PSC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la valeur ajoutée d'intégrer une infirmière dans les CPSC? • À quels défis doit-on s'attendre? 	<p><u>Informateurs-clés</u> : Médecins, TS, infirmières dans 4 CPSC Et médecins et TS dans 3 CPSC où il n'y a pas d'infirmière Plus : un entretien dans un CSPS en émergence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens qualitatifs individuels 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 centres où il y a déjà des infirmières : Lévis; Hochelaga-Maisonneuve; Québec; St-Jean (n=12) • Et 4 autres où il n'y en a pas : Gatineau; Haute-Gaspésie; Grande-Baleine; futur centre à Thetford Mines (n=6) 	<p>Mai-juin 2016</p>
<p>Volet 2 : Formation pour l'infirmière en PSC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le programme de formation permet-il de développer et d'appliquer les compétences spécifiques à la PSC? • La formation produit-elle des changements de pratique chez les infirmières déjà dans un centre, celles qui vont en intégrer un et celles qui travaillent dans un CIUSSS? 	<p><u>Infirmières formées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Volet 2a : En présentiel • Volet 2b : En ligne 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire de réactions à la formation • Test de connaissances avant-après • Entretiens semi-structurés 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les infirmières formées en présentiel • Infirmières formées en ligne seulement • Les 2 infirmières intégrées; les 2 qui le seront; une sur deux pour les autres formées en présentiel 	<p>Février-mars 2017</p>
<p>Volet 3 : Formation sensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les réactions des infirmières à la journée de sensibilisation? 	<p><u>Infirmières participantes</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Survey Monkey préparé par l'équipe TC de la FDJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les infirmières ayant participé (n = 50-100) 	<p>En continu jusqu'à avril 2017</p>

Annexe 2 : Grille d'entretien

Projet d'intégration des infirmières dans les CPSC GRILLE D'ENTRETIENS D'ÉVALUATION DES FORMATIONS

Préambule...

1. Présentation de l'équipe de recherche
2. Rappel des objectifs de recherche
3. Confidentialité et consentement à participer et à l'enregistrement de la rencontre
 - *Votre participation à cette étude est tout à fait confidentielle. Tous les détails susceptibles de vous identifier, vous-même ou votre établissement, seront supprimés ou rendus anonymes (fictifs).*
 - *Vous êtes libre de renoncer à ce consentement à tout moment, et mettre un terme à votre participation à cette recherche, et ce, sans en subir de conséquences.*
 - *Les données recueillies au cours de cet entretien pourraient être utilisées dans le cadre de publications scientifiques.*
 - *L'entretien devrait durer 30 à 45 minutes.*
 - **Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?**

Grille d'entretien

1. Pouvez-vous SVP me décrire votre rôle et vos fonctions au sein de votre organisation ?
2. Depuis combien de temps travaillez-vous dans un domaine lié à l'intervention enfance-famille (combien de temps dans le CPSC pour les 2 intégrées) ?
3. Qu'est-ce qui a motivé votre participation à la formation en PSC ?
4. Avant de participer à la journée de sensibilisation, puis aux différents modules de formation, avez-vous consulté et trouvé utile le module d'introduction et les outils de préparation qui vous ont été communiqués par la Fondation ?
5. Quelle est votre appréciation générale de ces différentes formations ?
6. Quels sont les aspects que vous avez le plus appréciés ?
7. Y a-t-il des choses que vous avez moins appréciées ?

Nous allons maintenant nous arrêter au contenu de chacun des trois modules un à un (les plus, les moins, à améliorer)

8. Quels sont les éléments les plus importants que vous avez retenus de chacun des trois modules ?
9. Quels sont, selon vous, les points forts et les éléments qui pourraient être améliorés pour chacun des trois modules (*faire individuellement chacun des trois modules*) ?

- Module 1 : stress toxique
- Module 2 : troubles d'attention
- Module 3 : troubles anxieux

10. Est-ce que ça a changé quelque chose pour vous de participer à cette formation ?

- Module 1 : stress toxique
- Module 2 : troubles d'attention
- Module 3 : troubles anxieux

11. La formation a-t-elle influencé vos pratiques ? Pouvez-vous nous donner des exemples ? (couvrir ce qui touche les familles, les collègues, le fonctionnement de l'organisation)

12. Si vous aviez à intégrer une CPSC, vous sentiriez-vous prête ?

Que faudrait-il de plus pour que vous le soyez ?

Avec les infirmières à intégrer :

- Vous sentez-vous prête ?
- Si non, de quoi auriez-vous besoin ?

13. Y a-t-il d'autres éléments dont nous n'avons pas parlé que vous souhaiteriez aborder ?