



ÉQUIPE  
DE SOINS  
PRIMAIRES  
iNTÉGRÉS

*Descriptif de milieu*

# *CLSC-UMF de Parc-Extension*

janvier 2018

Damien Contandriopoulos  
Arnaud Duhoux  
Mélanie Perroux  
Karine Lachapelle  
Dominique Laroche  
Anne Lardeux

## Table des matières

Introduction et objectifs du rapport.....	3
Méthodologie.....	3
CLSC Parc-Extension .....	4
Origine et valeurs du CLSC Parc-Extension.....	4
Historique.....	4
Gouverne.....	4
Valeurs et culture d'organisation .....	6
Une ouverture aux changements limitée par le manque de monitoring.....	6
L'organisation centrée sur le patient .....	8
Profil des patients.....	9
Offre de soins et services .....	9
L'équipe de le CLSC Parc-Extension et les collaborateurs professionnels.....	10
Effectifs.....	10
Rôle et modèle de prise en charge au sein de l'équipe.....	11
Réceptionnistes et soutien clérical.....	11
Les infirmières cliniciennes (IC).....	12
Les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) .....	13
Médecins.....	15
Autres professionnels.....	16
Collaboration.....	17
Collaboration interne .....	17
Un groupe infirmier connecté.....	17
Profil des patients ESPI du CLC Parc-Extension .....	22

## Introduction et objectifs du rapport

Ce rapport est avant tout un outil de partage d'information entre l'équipe de recherche ESPI ([Équipe de Soins Primaires Intégrés](#)), financée par les Instituts de recherche en santé du Canada ([IRSC](#)), et l'équipe du CLSC Parc-Extension. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas d'une évaluation sommative, mais d'une première étape d'appréciation formative. Ce document a deux objectifs principaux. Le premier vise à documenter la nature du CLSC Parc-Extension, au temps 0 de notre recherche, comme modèle innovant de soins primaires, son mode de fonctionnement et son potentiel en regard des connaissances scientifiques disponibles. Le second objectif est d'offrir à l'équipe du CLSC Parc-Extension une rétroaction de la part de l'équipe de recherche ESPI. Cette rétroaction se veut le point de départ d'un dialogue et n'a pas la prétention d'être exhaustive ou parfaite.

Les opinions exprimées ici et les éventuelles erreurs ou omissions n'engagent que les auteurs du rapport.

## Méthodologie

Les données utilisées pour ce présent rapport sont issues de trois sources différentes :

1. des entrevues semi-dirigées individuelles et en groupes réalisées auprès de 8 différents informateurs clés choisis pour leur connaissance des origines, du fonctionnement et des services offerts par le CLSC Parc-Extension : médecins, infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL), infirmières cliniciennes (IC), gestionnaires locaux. Les entrevues ont eu lieu entre juillet et septembre 2015.
2. des données administratives ainsi que des informations de fonctionnement développées par le CLSC Parc-Extension notamment à partir du partage de documents de travail concernant des projets d'optimisation.
3. un questionnaire sur l'expérience de soins rempli par les patients ayant accepté de participer à la recherche. Ces patients ont été recrutés entre juin 2015 et mars 2016. Ce questionnaire porte sur l'utilisation des services ainsi que sur leurs perceptions en termes d'accessibilité, de continuité et de globalité des soins deux ans avant leur recrutement dans l'étude. Cette durée correspond selon les patients soit à un temps où ils n'étaient pas encore suivis par le CLSC Parc-Extension soit, à un temps qui précède les modifications majeures mises en place depuis par le CLSC Parc-Extension. Ce questionnaire permet aussi de documenter les besoins et l'état de santé des patients. Les résultats préliminaires portent sur l'échantillon de 328 patients qui l'ont rempli.

Toutes les données utilisées ont été collectées et traitées en conformité avec les procédures approuvées par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal et par le Comité d'éthique à la recherche du CSSS de la Montagne en tant que Comité central pour l'évaluation multicentrique.

## CLSC Parc-Extension

### Origine et valeurs du CLSC Parc-Extension

#### Historique

Suite à la réforme de 2004, le CLSC est intégré au CSSS, ce qui en plus de modifier la taille de la structure et le niveau de gouverne, implique l'adoption d'une approche verticale du travail des infirmières désormais organisé par programmes. En 2007, le CLSC déménage dans de nouveaux locaux. Progressivement, le nombre de médecins diminue (départ pour d'autres cliniques, retraite...) occasionnant des problèmes d'accessibilité. Des IPSPL sont alors implantées au début des années 2010 pour favoriser l'accès et maintenir le service sans rendez-vous. Depuis 2013 environ, le nombre de médecins est en hausse et cette augmentation va se renforcer en 2014, avec le passage du CLSC au statut d'UMF. La structure devient alors encore plus attrayante pour les médecins dont les effectifs augmentent en plus d'accueillir des résidents. Le CLSC est encore, au moment de la rédaction de ce rapport, en phase d'implantation de la structure et des processus liés à l'UMF. Pour le moment, tous les cliniciens ne participent pas au volet UMF, seuls quelques médecins et 2 infirmières-cliniciennes à temps partiel y travaillent et offrent des services courants. Plusieurs défis émergent cependant depuis cette transition tant au niveau de la répartition des rendez-vous, que de la définition des rôles de chacun et du modèle de suivi de la clientèle. En effet, les résidents sont régulièrement en stage à l'extérieur, ce qui implique de trouver des solutions pour assurer la continuité du suivi de leurs patients. Dans le même temps, un projet d'élargissement de la pratique des infirmières cliniciennes a été développé, afin qu'elles puissent plus facilement donner le congé aux patients lors du triage effectué pour le suivi des médecins de la même manière qu'elles le font pour le sans rendez-vous.

#### Gouverne

Le fait d'être un CLSC au sein d'un CSSS ne permet pas de disposer de moyens pour agir sur le plan macro de l'organisation de la structure : « *c'est Top-Down : c'est quelqu'un, le ministre nous dit : " Bon, vous allez avoir un programme pour ci... Implantez-le à Parc Extension. " Mais ils ne prennent pas en compte que peut-être on n'a pas assez de personnel, qu'on n'a pas les logiciels pour nous aider. Donc c'est des programmes qui viennent d'ailleurs et qu'on ne peut pas nécessairement adopter ici.* » (PX1). Un exemple de cette verticalité décisionnelle a été mis en évidence à l'occasion de la pénurie de médecins d'avant 2013 et l'absence de marge de manœuvre et de pouvoir dont a disposé le CLSC pour inverser la tendance. Les gestionnaires et les équipes cliniques ont toutefois réussi à développer des pratiques pour rendre le CLSC plus attractif pour les médecins. Il reste cependant encore difficile d'assurer une présence médicale au-delà de 16h.

Par ailleurs, des réformes telles que la Loi 10 ont fragilisé les équipes. Ainsi, la directrice des soins infirmiers du CSSS, qui était très impliquée au niveau stratégique dans l'implantation des IPSPL et le développement des rôles infirmiers, a quitté son poste suite à cette réforme :

*« (...) on travaillait le dossier conjointement. Je vais vous dire, elle faisait même l'effort, et elle n'a pas manqué beaucoup de rencontres, où elle venait aux rencontres que j'avais avec les IPS. Et de cette façon, les IPS se sentaient supportées. Ce n'est pas une coïncidence qu'on a été capables de recruter 11 IPS, c'est que le moment qu'on a commencé à avoir une petite équipe, on s'est rendu compte que d'avoir des IPS, c'était une valeur ajoutée pour les IPS qui voulaient venir chez nous parce qu'il y en avait d'autres qui étaient là. » (PX2).*

Une nouvelle DSI, en charge des 22 établissements du CIUSSS, a depuis été nommée, et s'implique dans le développement des rôles infirmiers du CLSC, qu'elle estime important.

Certains processus pourraient également être amenés à changer au sein d'une structure qui a elle-même subi de nombreuses modifications en une décennie :

*« Comme je vous dis : l'adaptation à quelque chose de nouveau, ça prend du temps et c'est toujours difficile. Comme le déménagement, ça a été difficile. Ensuite, s'adapter au nouvel environnement : au début, on n'entendait pas les appels ou... c'est trop loin de marcher, pour les patients âgés, les mamans avec des poussettes. Bon, toute cette adaptation-là, logistique également, la réception, ç'a changé : ils l'ont coupée en terme du nombre d'employés, etc. Les coupures aussi, ça n'a pas aidé. Et là, bon, la nouvelle façon de fonctionner pour tel programme, une autre façon pour tel programme. Ça fait que toute cette adaptation-là, au cours des années, ça a été très, très lourd pour tout le monde. Et après ça, bien, c'est la fusion : une autre adaptation à faire. Donc, les changements, changement sur changement, ça a été très difficile! Surtout pour les dinosaures comme nous, peut-être, je ne sais pas. Mais parce qu'il y avait des programmes qui étaient déjà installés, il y a eu des choses qui ont été faites et pour le meilleur, qui ont été défaites également. Des choses faites et défaites parce qu'on fusionne avec une nouvelle place, puis cette place-là fait affaire avec monsieur X et non pas avec madame Y, avec qui on faisait affaire. Ça fait que toutes ces années de collaboration : à l'eau. On recommence. Puis on recommence, mais on n'a rien. À zéro, les mains vides. » (PX9).*

Au niveau local, la gouvernance du CLSC est assurée par la DSI, en ce qui concerne les IPSPL, et par une cheffe de programmes et une coordonnatrice des services courants, toutes deux infirmières de formation et réparties sur plusieurs sites du CSSS et qui se partagent les dossiers. Elles sont soutenues par une agente administrative. Ces deux gestionnaires disent éprouver des difficultés, ce que soulèvent aussi les médecins, à évaluer la pratique des équipes, étant donné le peu de données de monitoring dont elles disposent. Elles se demandent si la pratique infirmière est si étendue que le CLSC le pense, et aimeraient connaître ses impacts réels au niveau de l'accessibilité, ce qui motive leur adhésion à cette recherche :

*« Est-ce qu'on a des données qui prouvent que ce qu'on fait est bon? Est-ce qu'on doit en faire plus ou est-ce qu'on doit en faire moins? Je ne sais pas. On espère qu'on fait du bien, mais on ne sait pas! Et avec les IPS, je crois qu'on peut au moins dire que la prise en charge*

*des patients a augmenté. Alors en quantité, oui, on fait mieux qu'avant, mais est-ce que la qualité s'améliore pour la santé de la population? Ça, je ne suis pas trop sûr. Je présume que oui, mais je n'ai pas de preuve » (PX1).*

Les gestionnaires ont une vision globale de la pratique infirmière qu'elles souhaiteraient élargir le plus possible et notamment pour les cliniciennes; cette vision est favorisée par leur mandat inter-sites : « *De façon générale, comme on est des infirmières qui gèrent, on a toujours poussé pour qu'elles aillent au maximum de leur rôle.* » (PX2), « *on doit être visionnaire et voir à long terme. (...) Les résidents qui font leur résidence actuellement, leur stage, ça va être les médecins du futur. Donc la question qu'on se pose, moi et les IPS, c'est qu'on doit déjà commencer à les entraîner, à leur expliquer déjà leur rôle. Et pas seulement leur expliquer. Moi, je ne pense pas que c'est suffisant d'expliquer. Moi je pense que tu dois le vivre, tu dois le pratiquer pour bien comprendre leur rôle.* » (PX6). Ces gestionnaires ont une approche des ressources humaines qui vise surtout à combler des besoins d'équipe plutôt qu'à se centrer sur les demandes personnelles des infirmières (horaires, clientèles suivies). La gestion est participative et les infirmières, surtout les IPSPL, sont très souvent sollicitées pour participer aux décisions concernant leur rôle au sein du CLSC ou les processus cliniques à mettre en place : « *tout le monde doit être au courant de ça, c'est très, très transparent (...) il y a une volonté aussi de tous les acteurs que chaque intervenant puisse faire son champ de pratique, puisse le faire à fond, qu'il ne soit pas restreint parce qu'un autre professionnel ne veut pas que l'autre le fasse, là.* » (PX4).

### Valeurs et culture d'organisation

#### *Une ouverture aux changements limitée par le manque de monitoring*

L'innovation est favorisée au sein de l'équipe comment étant une valeur importante, ce qui lui a permis, au cours du temps, de pouvoir répondre à un maximum de besoins populationnels malgré des effectifs restreints. Elle a ainsi été un des premiers milieux à intégrer des IPSPL au Québec et à pousser le principe de la dyade d'IPSPL-:

*« On est ouvert. On a toujours été, ici en tout cas, mais de façon générale, une équipe ouverte. Il y a un nouveau projet, il y a ci, il y a ça, il n'y a pas personne qui va dire : "Encore un nouveau projet!!!". Des fois, ils vont le dire, mais en même temps, ils aiment ça. Le projet de recherche, l'exemple, ça a sauté tout de suite en disant oui, t'sais! Sur le coup, je me disais : comment ça va réagir? Parce qu'on est en période de changement, c'est jamais des bons moments, là, on est d'accord? » (PX2).*

La pénurie de médecins a d'ailleurs amené une pratique infirmière élargie, qu'il s'agit maintenant d'arrimer en collaboration interdisciplinaire afin de ne pas créer de silo, ni de chevauchement des rôles, ce qui est le but du projet de triage infirmier avec congé.

Plusieurs formations ont été organisées à l'initiative des IC qui avaient repéré un manque de connaissances sur des domaines spécifiques, notamment au niveau des maladies chroniques.

Les IPSPL ont été des alliées utiles quant à la formation des IC à laquelle elles ont activement contribué pour certaines thématiques.

Comme dans beaucoup de milieux, les professionnels déplorent un manque de temps et de recul pour envisager des améliorations au niveau de la communication, la collaboration et les pratiques. Cependant, les gestionnaires et les médecins proposent régulièrement aux infirmières d'organiser des rencontres pour dresser un état des lieux et des pistes d'amélioration sur des thématiques données. C'est aussi pour ces raisons que l'intégration dans la recherche ESPI a été vue positivement. Certains regrettent qu'il n'y ait pas de révision de cas afin d'aller voir dans les dossiers si le traitement ou la prise en charge du patient auraient pu être améliorés. Ce type de discussion existe cependant en ce qui concerne les procédures de prise en charge des « codes » urgents qu'ils soient fictifs à visée d'entraînement ou qu'il y ait vraiment une urgence pour un patient.

Le développement récent de la partie UMF est perçu comme une nouvelle occasion d'optimiser les rôles de chacun de manière collégiale :

*« On est en train de mettre sur papier pour que tout le monde comprenne exactement, qu'il n'y ait pas de confusion dans les rôles parce qu'il y a plein de zones grises. Puis c'est pour ça qu'on veut s'en parler pour que tout le monde ait la même opinion, puis que ce soit cartes sur table, en fait. Puis pour les résidents, on veut qu'ils comprennent aussi qu'est-ce que ça peut être, là, de travailler avec une infirmière clinicienne contrairement à une infirmière praticienne. Donc éventuellement, on veut offrir le projet que peut-être les résidents aient des suivis conjoints, quelques suivis conjoints avec les infirmières praticiennes pour voir comment ça fonctionne. Ça fait que ça les exposerait à l'interdisciplinarité, ce qui ne serait pas une mauvaise chose, là. » (PX4).*

L'UMF est aussi un catalyseur de nouveaux modes de fonctionnement : *« Je pense que pour la plupart des gens, c'est [l'UMF] une bonne chose, ça apporte une atmosphère plus de curiosité académique, d'enseignement, donc il y a beaucoup de bénéfices. » (PX7).* Cependant, les capacités d'apprentissage liées aux nouveaux projets ou pratiques sont limitées par le fait que peu de données de monitoring ou d'évaluation sont collectées et transmises :

*« Je n'ai aucune façon de savoir si j'ai un impact positif sur la communauté. Par exemple, depuis qu'on a installé la clinique cardio-métabolique, je crois qu'ils ont accumulé certaines données pour voir est-ce qu'on voit moins de diabète, des personnes diabétiques avec leur diabète complètement débalancé dans le sans rendez-vous ? Ou dans les cliniques où il y a une prise en charge, est-ce qu'on voit une amélioration? Tout le counseling qu'on fait, est-ce qu'on commence à avoir un impact sur la condition du diabète? Même chose, on pourrait dire, pour la haute pression. Ça, c'est pour des maladies chroniques et fixes qui vont probablement se détériorer avec le temps. Mais on devrait avoir des données sur ça. C'est des données qui ne sont pas distribuées et partagées avec les autres professionnels. Alors on le sait par quelques commentaires, mais je crois qu'on*

*devrait mettre plus d'attention sur ça. Est-ce qu'il y a de la recherche ou est-ce qu'il y a des données, des statistiques qu'on peut voir pour déterminer si on fait bien notre travail? Si on ne le fait pas bien, qu'est-ce qu'on doit faire pour l'améliorer? Et pour les autres domaines comme la santé mentale, je crois que ça, c'est notre prochain grand défi parce qu'il y a beaucoup de problèmes d'adaptation, peut-être des problèmes de Post-traumatic Stress Disorder, des enfants qui s'adaptent mal à l'école et qui ont besoin de beaucoup de support à l'école... Est-ce qu'on pourrait améliorer notre offre de services au CLSC? Que ce soit par un médecin, un médecin qui travaille avec une IPS, ou une plus grande équipe. » (PX1).*

### ***L'organisation centrée sur le patient***

Tous les projets (ITSS, triage infirmier, UMF, etc.) sont orientés autour du patient. C'est un principe qui ressort souvent dans les entrevues, et qui semble organiser aussi bien le mode de prise en charge et de collaboration, les nouveaux services à développer pour répondre aux besoins ou les formations visant l'amélioration des services. Cette vision populationnelle des besoins que défend l'équipe apparaît, dans plusieurs entrevues, comme entrant en contradiction avec les réformes centralisatrices actuelles : « *Donc si on regarde les besoins de la population, et qu'on définit à partir de là nos démarches à faire, justement, en fonction de ces besoins-là, pour pouvoir mieux répondre aux besoins de la population [...]. Mais au fond, maintenant, je pense que la tendance, c'est : faire plus gros, donc peut-être que ça coûtera moins cher, mais on a oublié ce qui se passe en-dessous.* » (PX9). Les professionnels semblent d'autant plus conscients de l'importance de centrer les pratiques sur les besoins des patients que la clientèle du CLSC est vulnérable et présente des besoins importants non seulement sur le plan de la santé et mais aussi en termes de services sociaux.

*«[les patients savent qu'] ils peuvent venir à pied, qu'on a des traducteurs, qu'on connaît aussi un peu leurs habitudes culturelles, qu'est-ce qu'ils sont, qu'est-ce qu'ils font, qu'est-ce qu'ils mangent et tout ça. [...] On dirait qu'on remet tout dans les hôpitaux, qu'on fait des grosses affaires. OK, dans certains quartiers, ça peut peut-être passer, mais dans des quartiers comme ici, là, c'est de la médecine sociale, en fait, qu'on fait, là. Ça [les nouvelles réformes] va juste coûter plus cher. Les gens vont aller partout, ils ne se feront pas comprendre... Je sais pas, c'est un peu décourageant. Ça fait que nous, on essaie de garder ça ici, de garder le fort, de se tenir en gang, de se tenir en famille peut-être, avec l'équipe ici, pour essayer que ces gens-là sentent la même chose, puis qu'ils sentent qu'ils sont pris en charge, puis qu'ils sont stimulés à faire partie de la société, à apprendre le français, puis l'anglais » (PX4).*

Il semble donc que CLSC Parc-Extension n'ait pas développé une approche médico-centrée forte : « *La culture ici a toujours été : les infirmières sont autonomes dans leur pratique, pas des travailleurs autonomes, mais ils sont autonomes dans leur pratique. Donc, ils n'ont pas besoin*



*des ordres du médecin. Ça a toujours été ici comme ça. Je suis rentrée en 2001, c'était comme ça » (PX2). Cette attitude découle des valeurs intrinsèques des CLSC mais est aussi une conséquence de la pénurie des médecins qui a poussé les professionnels à considérer la prise en charge des patients sous l'angle d'une équipe plutôt que d'un individu :*

*« Je trouve un peu poche que le système de santé soit centré sur le médecin. On donne des professionnels de la santé pour aider le médecin : non! Dans le milieu, c'est le patient, et on donne des professionnels de la santé autour du patient pour aider le patient. Puis ensuite, c'est le patient qui décide... ben, le patient qui décide... mais c'est la situation du patient qui décide quel professionnel il aurait le plus besoin. Je pense que tous les acteurs doivent comprendre ça et ne doivent pas comprendre que ça va tourner autour d'eux, mais autour du patient. On entend tout le temps parler « C'est mon patient. C'est mon patient. » C'est pas ton patient, c'est NOTRE patient. » (PX4).*

## Profil des patients

La clientèle du CLSC Parc-Extension est composée de nombreux enfants, de femmes et de personnes vulnérables : *« (...) des problèmes socio-économiques très importants, avec tous les problèmes psychologiques qui viennent avec, empêchent parfois les patients de bien contrôler leur condition de santé comme le diabète, la haute pression parce que pour eux, ça va être aussi important d'avoir de l'argent pour payer le loyer, l'électricité, que d'aller s'acheter un médicament ou de faire bien soigner leur maladie avec des médicaments. » (PX7). Les patients sont très souvent des immigrants et disposent parfois d'un faible niveau de littéracie dans les deux langues officielles. Pour atténuer la barrière linguistique, un partenariat avec un organisme de traduction par téléphone a été implanté mais les habitudes culturelles (respect des horaires, expression des besoins) et la honte de la pauvreté peuvent constituer des facteurs limitatifs : « Le non verbal, je trouve, des affects un peu plats, là. Ils ne sont pas nécessairement très expressifs. En tout cas. La communication est plus difficile. [...] Des fois ils ne vont pas dire la vérité parce qu'ils ont honte eux-mêmes peut-être aussi, t'sais, des fois de... leur situation » (PX8). Certains patients ont des problèmes de santé mentale (stress post-traumatique, etc.) et certains se montrent méfiants : « Le gars voulait être sûr que je mets l'étiquette sur le tube ce matin. Il n'est pas parti tant qu'il m'a pas vue mettre l'étiquette sur le tube. » (PX8). Les raisons de consultation peuvent être également plus graves et déborder l'offre de soins d'un CLSC, certains patients se présentant au CLSC comme si c'était les urgences d'un hôpital.*

## Offre de soins et services

Le CLSC assure un suivi des problèmes courants, de maladies chroniques selon les programmes habituels (diabète, hypertension... ) et de santé sexuelle, avec une offre de consultations avec et sans RDV pour ce qui est des ITSS. Il dispose aussi d'un service à domicile. L'équipe assure le

suivi pédiatrique et bénéficie du programme Enfance/Famille/Jeunesse<sup>1</sup>. Elle assure aussi le suivi de grossesse, bénéficiant en plus d'un échographe. Les cliniciens font du suivi de personnes ayant des problèmes de santé mentale, en lien avec l'équipe de santé mentale. Ils assurent aussi le suivi des patients atteints de tuberculose. La prévention et la promotion de la santé sont aussi mises de l'avant, notamment lors des consultations infirmières. La santé sexuelle et les dépistages sont aussi une part importante des services rendus.

Étant donné que la population du CLSC est majoritairement immigrante et que certaines personnes parlent peu l'une des deux langues officielles et pas du tout la seconde, les cliniciens développent une pratique de médecine sociale, orientant beaucoup les patients vers les services sociaux et les aidant à s'orienter dans le système de santé.

Le CLSC assure une offre de sans rendez-vous en journée pour tous les patients même ceux qui résident hors de Montréal. Après 16h, il n'y a ni médecin ni IPSPL au sans RDV, ce qui limite l'étendue et la complexité des besoins couverts par les IC, ainsi que le nombre de patients rencontrés : *«des fois, il n'y a personne dans la salle d'attente. Il y a une personne, deux personnes qui sont là. Mais les ressources physiques, matérielles pourraient mieux être utilisées, dans un sens. [...] Parce que pour mobiliser une infirmière trois heures de temps le soir, pour voir 3-4 patients, tu payes deux commis, puis ton infirmière et le travailleur social. Tu veux servir la clientèle, mais il y en a juste trois qui peuvent être vus. Donc est-ce qu'on sert vraiment la clientèle? [...] Si tu veux vraiment être ouvert jusqu'à 8 heures le soir, au moins, il faudrait avoir plus de ressources.»* (PX8).

## L'équipe de le CLSC Parc-Extension et les collaborateurs professionnels

### Effectifs

Équipe de soins généraux	Équipe de soutien
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmières cliniciennes: 6 ETP et 1 TTP</li> <li>• 2 IC-UMF à temps partiel</li> <li>• IPSPL : 3ETP</li> <li>• Médecins : 13 omnipraticiens pour env. 11,5 ETP</li> <li>• Nutritionniste</li> <li>• Kinésiologue</li> <li>• Travailleur social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secrétaires médicales/ réceptionnistes</li> <li>• Agente administrative</li> <li>• Coordinatrice</li> <li>• Cheffe de programme</li> </ul>

<sup>1</sup> Le programme Enfance/Famille/Jeunesse offre une gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne (prévention, services généraux et certains services spécifiques : psychologie, psychoéducation, ergothérapie, orthophonie...) destinés aux enfants de 0 à 17 ans et à leurs parents afin de favoriser leur santé, leur développement et leur intégration sociale.

<p>Autre programme dans le CLSC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatre</li> <li>• Psychologue</li> </ul>	
<p>Équipe étudiante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Env. 4 résidents, d'autres sont à venir.</li> </ul>	

L'équipe du CLSC est encore en construction, suite à l'arrivée de nouveaux médecins et de résidents, au développement du rôle des cliniciennes mais également du fait des coupures de postes imposées par les politiques budgétaires d'austérité : « *Pour vous dire, maintenant, les anciens médecins qui étaient là, de l'époque, on est juste trois versus 12 ou 11 médecins qu'on était avant. Donc c'est sûr qu'il y a un équilibre à refaire, à ce niveau-là.* » (PX9). Il est prévu que d'autres professionnels s'ajoutent aussi à l'équipe : une IPSPL et plusieurs résidents,

### Rôle et modèle de prise en charge au sein de l'équipe

#### Réceptionnistes et soutien clérical

Les effectifs du soutien clérical et des réceptionnistes sont limités : « (...) *pour avoir une bonne communication, on a besoin parfois de soutien technique ou plus de support clérical. Je ne sais pas si c'est la même chose dans d'autres établissements ou dans des cabinets privés, ou des gros GMF, mais ici, on n'a jamais été fort pour le support clérical. Tout dépend de combien d'argent il y a pour... Puis une réceptionniste ou une secrétaire, ici, il n'y a pas de fonds, il n'y a pas de poste. Et si on n'a pas de poste, on donne un service, mais c'est donné à 50 %, 60 % de ce que ça pourrait être.* » (PX1). Il n'est pas rare que les cliniciens demandent aux réceptionnistes de l'Accueil social d'intercéder pour faire avancer le dossier d'un patient ou pour trouver la bonne personne à contacter, surtout dans le domaine des services sociaux.

Concernant la prise de rendez-vous, le développement de l'UMF est venu compliquer la tâche des réceptionnistes. Il est difficile de savoir à quelle plage horaire mettre le patient quand une infirmière est partagée entre un rôle au service courant et un rôle à l'UMF ou encore à qui envoyer le patient quand le résident n'est pas là puisque ce sont aux IC de faire le suivi mais que la raison de consultation pourrait sortir de leur champ de pratique.

L'agente administrative aide à répartir les patients orphelins auprès des professionnels afin d'augmenter l'accessibilité : « *ce qu'elle fait, c'est qu'elle dit : " Bien... les médecins n'ont pas de place pour le prendre, mais le résident peut commencer pendant quelques mois de le voir, puis après ça, le médecin embarque " . Ça fait qu'on a quand même un petit jeu, si on veut que quelqu'un soit vu vite, vite, vite.* » (PX8).

### *Les infirmières cliniciennes (IC)*

De manière générale, toutes les IC traitent une large étendue de besoins mais ont aussi des cliniques spécialisées (maladies chroniques, ITSS ou soutien à l'UMF) où elles assurent « l'enseignement, l'éducation, pour le [le patient] rendre autonome au niveau de sa prise en charge » en lien avec les autres professionnels : « (...) toutes les infirmières sont polyvalentes. Mais en même temps, on a des infirmières spécialisées. On ne peut pas former tout le monde en ITSS. [...] Tout le monde a une formation de base [pour les maladies chroniques], mais j'ai deux, trois filles de plus spécialisées. [...] Trop semer, quand c'est des sujets très, très, très pointus, les filles ne peuvent pas approfondir. Donc, on va beaucoup avec les intérêts » (PX2).

Les IC assurent aussi seules le sans rendez-vous après 16h, au cours duquel elles peuvent orienter le patient (cliniques médicales sans RDV, urgences) ou lui donner son congé.

Depuis le début de l'année 2015, les IC font le triage pour les médecins, et depuis le milieu de l'année 2015, elles ont la possibilité de donner le congé aux patients du triage qui entrent dans leur champ de pratique :

*« Si tu peux donner congé, tu passes plus de temps. Mais si tu vois qu'il va passer au médecin, tu passes pas autant de temps! Mais c'est ce côté-là qui est encore en train de se faire... parce que là, les filles disent : " Oui, mais pourquoi j'irais pas au bout? ". Parce que tu sais qu'il va voir un autre professionnel après. [...] Il y a des cas où tu vas le savoir tout de suite. C'est un renouvellement de pilules? Tu le sais qu'il va voir le médecin. Tu ne peux pas le faire, ton renouvellement de pilules. C'est une douleur abdominale? OK. Oui, il faut que tu poses plus de questions [...] Mais un renouvellement de médicaments, non. Un papier de CSST, non. Les filles n'ont pas encore cette habitude-là de jauger [...]. Le triage, ici avant [...], comme il n'y avait pas de médecin, ils allaient à fond pour tous les cas. Donc là, c'est de s'habituer à ça qui n'est pas facile. Et bien sûr, elles ont la pression des médecins en disant : " Je veux voir des clients. " Donc les filles essaient de rouler, puis des fois, elles font le coin rond en disant : " J'aurais peut-être pu aller plus loin, mais j'ai un médecin qui attend, qui ne fait rien. Donc... je vais lui donner tout de suite ". On est encore en train de s'habituer. » (PX2). Pour donner le congé aux patients, elles peuvent aussi demander conseil aux IPSPL ou leur demander une prescription. [...] Si au bout de l'intervention, on a besoin d'un support médical ou d'une praticienne, on l'a. T'sais, on n'est pas obligé de dire au client : " Non". Non, regarde, on le sait, ça s'en va là. "Je vous évalue, je vous fais votre feuille de liaison, il faut aller dans une clinique avec un sans rendez-vous ". [...] Tu fais éviter beaucoup de monde qui vont aller à l'urgence pour rien parce que ils auraient pu être vus. » (PX8).*

Au niveau des maladies chroniques, les infirmières cliniciennes, grâce à leur expérience et les ordonnances collectives, sont capables d'alerter les médecins quand une prescription n'est plus adéquate, d'en proposer une meilleure et d'assurer le suivi après en avoir informé le médecin. Elles sont aussi en lien avec certains pharmaciens afin de permettre le renouvellement de

médication en attendant que le patient puisse voir son médecin. Cependant, plusieurs aimeraient augmenter les ordonnances collectives afin d'élargir encore plus le rôle au niveau des maladies chroniques. Au-delà des programmes, les IC pensent qu'elles pourraient avoir une pratique plus élargie mais notent un double frein : les médecins ne connaissent pas suffisamment leur champ de pratique et les gestionnaires ne placent pas ce sujet en priorité par manque de temps.

Les gestionnaires ont toujours fait pression pour avoir des bacheliers plutôt que des IT. En effet, les bacheliers peuvent encadrer des étudiants et faire que le milieu soit un terrain de stage. De plus, la formation au baccalauréat assure une vision plus globale et communautaire de la santé pour répondre aux besoins sociaux de leur population. Au sein de l'UMF, les IC sont un soutien à l'enseignement du patient (prévention et promotion), de l'apprentissage de techniques pour le résident et du soutien pour remplir les notes. Elles assurent aussi la prise en charge des patients lorsque les résidents sont en stage à l'extérieur, dans la mesure de leur champ de pratique. C'est l'Assistante Supérieure Immédiate (ASI) qui répartit les infirmières le matin entre les programmes, les services courants ou le triage pour les médecins. Elle aide à référer les patients orphelins auprès du bon professionnel (IPSPL, résident ou médecin) afin qu'ils puissent bénéficier d'un suivi minimal si nécessaire.

### *Les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL)*

Après avoir initialement assuré une prise en charge conjointe, les IPSPL ont maintenant leurs propres patients et assument, dans la majorité des cas, une prise en charge consultative avec les médecins partenaires pour les cas qui dépassent leur champ de compétence :

*« Finalement, la majorité de mon rôle, ce serait des rendez-vous cédulés pour faire des examens périodiques d'enfants [sauf RDV 9 et 18mois], donc de nouveau-nés, entre 0 et 5 ans [...]. J'ai aussi commencé l'obstétrique [en alternance avec le médecin], ici, avec ma collègue IPS et deux médecins accoucheurs. Ça fait deux ans seulement que c'est commencé ici, au CLSC Parc-Extension – même pas : un an et demi. Donc, il y a l'obstétrique, un tout petit peu de gériatrie et beaucoup de maladies chroniques : MPOC... asthme... Et il y a aussi le sans rendez-vous ici, auquel on participe, à chaque matin. Un matin à trois par semaine à peu près, je fais du sans rendez-vous. Donc, tous les problèmes de santé courants. Toutes les otites, bronchites... Des problèmes, finalement, ponctuels de la population. » (PX3).*

Les IPSPL profitent de chaque consultation pour faire le point sur les besoins non-couverts et la nécessité ou non d'une prise en charge. À l'occasion, elles vont collaborer avec le médecin de leur choix pour établir un diagnostic et un plan de traitement initial.

Pour établir leur *caseload*, outre les patients rencontrés au sans rendez-vous, des nouveau-nés vulnérables sans médecin leur sont aussi référés par le programme Enfance/Famille/Jeunesse, qu'elles pourront suivre jusqu'à 9 mois avant d'alterner les consultations avec un médecin

partenaire du CLSC. Les médecins demandent par un formulaire une prise en charge IPSPL pour leurs patients stables ou moins complexes mais ce sont elles qui se redistribuent les dossiers en fonction de leur intérêt ou disponibilité. Leur principale limite en termes de prise en charge d'un plus grand nombre de patients est la législation inadéquate qui stipule qu'un patient doit être inscrit auprès d'un médecin alors que ceux-ci sont déjà surchargés. Toutefois, certains répondants trouvent qu'elles sont déjà saturées en nombre de patients suivis :

*« Et maintenant, on a trois IPS, et on voit qu'on a rapidement saturé leur disponibilité. Alors ils vont avoir beaucoup de défis et je crois que c'est là qu'on va devoir trouver des solutions à améliorer la communication, utiliser les autres infirmières, les infirmières cliniciennes, et s'il y a des nouveaux programmes qui vont s'ajouter, de s'assurer que la communication est bonne et que tout le monde fait une partie du travail, et de ne pas doubler le travail. Et dans tout ça, il y a aussi le patient. Il ne faut pas oublier le patient, qui lui aussi va être confus : [...] " C'est qui... ? Avec qui... ? Qui est dans mon équipe ? Est-ce qu'il y a un médecin, une IPS, une infirmière, une nutritionniste ? ". À la longue, eux aussi, ils doivent comprendre comment accéder aux soins pour avoir un bon résultat. On ne peut pas oublier le patient. » (PX1).*

En attendant qu'ils se trouvent un médecin, les IPSPL font le suivi des patients orphelins, via le système du sans RDV. Plus ponctuellement, les IPSPL se font référer des patients par des médecins pour régler des besoins techniques mais dont elles n'assureront pas le suivi. Les IPSPL réfèrent elles-mêmes auprès des IC et aux autres professionnels pour ce qui concerne l'enseignement du patient avec des maladies chroniques, la vaccination ou pour la santé mentale bien que le changement des habitudes de vie sont un pan important de leurs consultations : *« ils ne quittent jamais la salle de consultation sans une leçon d'éducation concernant une habitude de vie à modifier. "L'empowerment" est la fondation de notre rôle d'infirmière praticienne. Plus le patient développe des savoirs concernant leur santé et plus ils sont autonomes dans la gestion de leur santé. Et ils apprécient ça, pas tous mais une grande majorité qui peuvent comprendre le principe. [...] J'organise mes rendez-vous toutes les 45 min et à l'intérieur de ce temps, il y a 15 minutes d'éducation et de promotion. C'est fondamental pour moi. Fondamental pour les rôles infirmiers, puisque les infirmières sont des individus autonomes, non? » (PX5).*

Les IPSPL sont également superviseurs de candidates, participent à l'enseignement et à des projets de recherche. Elles sont aussi régulièrement invitées par les gestionnaires pour les conseiller sur les changements possibles dans le travail des infirmières et forment les IC si nécessaire.

À l'automne 2015, les IPSPL ne participaient pas à la formation des résidents de l'UMF, mais c'était en discussion, à la fois pour permettre à ces derniers de mieux connaître le rôle IPSPL mais aussi pour permettre une meilleure continuité du suivi de leurs patients : *« comment ça pourrait être arrimé avec l'exercice de la fonction des IPS? On ne veut pas que les IPS deviennent*

*aussi les bouche-trous des résidents [...] à cause de X, Y raisons au niveau de l'organisation du travail. Et en même temps, on veut assurer une continuité pour le client. » (PX6).*

Les IPSPL répondent donc dans une certaine mesure aux besoins pour améliorer l'accessibilité, l'élargissement des rôles et la formation des infirmières, l'augmentation de la prévention-promotion de la santé, la continuité pour les patients non-inscrits :

*« On dirait que les patients que je prends en charge, avant je les voyais qui allaient de clinique en clinique parce qu'ils n'avaient pas quelqu'un stable. Tandis que là, je les vois qui reviennent, comme de plus en plus, ils vont au sans rendez-vous, ils savent qu'ils ont accès à moi ou à leur médecin de famille aussi. Ou des fois, ils ont accès à leur médecin de famille via moi parce que moi, je parle au médecin de famille. Ça fait que je ne sais pas, on dirait qu'une stabilité d'un professionnel dans une équipe, autant que ce soit moi, une IPS, qu'une infirmière en cardio métabolique ou la nutritionniste, on dirait qu'ils viennent ici comme point de services premier... Oui, comme point de services pour avoir accès aux soins. Puis ensuite, on les "dispatche" au professionnel qu'il a besoin. » (PX4).*

### **Médecins**

Depuis 2015, l'équipe de médecins accueille maintenant de nombreux jeunes médecins, en plus des résidents liés à l'UMF. Les nouveaux médecins prennent de nouveaux patients. Les anciens médecins, quant à eux, réfèrent les patients stables aux IPS afin d'augmenter l'accessibilité, ce qui toutefois pose un problème de continuité relationnelle autant aux praticiens qu'aux patients. Lors des suivis conjoints avec les IPSPL, les médecins voient les patients au moins une fois par an. Toutefois, un médecin remarque que si l'accessibilité populationnelle a augmenté, en se basant sur les plaintes de ses patients, il n'est pas sûr d'avoir augmenté l'accessibilité individuelle d'autant plus que les soignants ne sont pas directement accessibles pour les patients par téléphone ou courriel. Plusieurs médecins sont aussi partis à la retraite ou pratiquent ailleurs, ce sont donc les collègues qui ont assuré la prise en charge de la plupart des patients du quartier. Certains médecins sont attribués aux programmes Enfance/Jeunesse/Famille, UMF ou clinique ITSS, selon leur intérêt ou les conditions de leur embauche, mais suivent toutefois une clientèle généraliste la plupart de leur temps de bureau. Les médecins participent aussi au sans rendez-vous de jour.

En ce qui a trait à la collaboration, les médecins collaborent peu entre eux mais certains travaillent régulièrement avec les IPSPL et tous bénéficient du triage par les IC. Initialement, la définition de ce que devait recouvrir le triage ne faisait pas consensus entre les professionnels, (doit-on le limiter à un simple prise de signes vitaux ou l'étendre à la possibilité de donner le congé); mais tous les médecins s'entendent désormais pour que le rôle des IC soit étendu à l'évaluation pour leur permettre de donner le congé, comme l'explique l'un d'entre eux : *« il y a deux titres d'emploi qui ont le droit d'évaluer, selon le Code des professions, autant les clients symptomatiques qu'asymptomatiques. Il n'y a que deux titres : les médecins et les infirmières. Ils peuvent donner des congés. » (PX2).* Cependant, le ratio 1 d'IC au triage pour 3 médecins ne

semble pas satisfaisant en termes de rapidité de prise en charge et certains médecins ont parfois du temps d'attente entre leurs patients ou vont directement prendre un patient dans la salle d'attente.

### **Autres professionnels**

#### **Équipe santé mentale**

Les médecins et les infirmières bénéficient du soutien d'une équipe de santé mentale composée de travailleurs sociaux, psychologue et psychiatre. Majoritairement, ces intervenants en santé mentale sont sollicités pour soutenir les médecins ou les infirmières soit via un formulaire ou en discutant directement. Toutefois, en cas d'urgence, les intervenants en santé mentale vont intervenir directement. L'équipe de santé mentale fait aussi du soutien pour les référencement vers l'extérieur. Il n'y a pas de réunion commune régulière organisée, mais les professionnels de l'équipe de santé mentale viennent occasionnellement se joindre aux réunions des infirmières et des médecins pour faire des points informatifs. À l'automne 2015, des réunions mensuelles avec le psychiatre étaient en préparation afin de discuter des cas suivis par l'équipe clinique.

#### **Autres programmes**

La plupart des autres professionnels travaillent dans leurs programmes respectifs et reçoivent des patients de l'équipe soignante via des références. Ils sont aussi disponibles pour des besoins ponctuels lors des rencontres en services courants ou du sans rendez-vous. Dans le cadre du programme cardiométabolique, les autres professionnels, nutritionnistes et travailleurs sociaux, voient le patient en alternance avec les IC ou en mode consultatif lorsque les prescriptions sont à modifier. Il y a aussi un inhalothérapeute présent au CLSC pour des spirométries mais peu de références sont reçues. Le service d'accueil en travail social est très apprécié par les soignants puisqu'il permet de réduire les temps d'attente et d'être plus efficace dans les procédures en cas d'urgence, ce qui, considérant le profil de la clientèle, semble arriver régulièrement.

Il n'y a pas de réunions communes hors des programmes bien qu'en ce qui concerne le programme cardiométabolique, tous les professionnels sont amenés à faire de l'enseignement au patient : « (...) en cardiométabolique, ils ont des réunions de plan d'intervention deux fois par mois pour parler des clients entre nutritionnistes, puis... infirmières et ils invitent des travailleurs sociaux au besoin. » (PX8). Par contre, les professionnels s'échangent beaucoup d'informations sur les patients, par exemple le kinésiologue qui doit suivre une personne n'ayant pas les moyens financiers pour obtenir ces services au privé, sera informé de la situation psycho-sociale de la personne.



## Collaboration

### Collaboration interne

#### *Un groupe infirmier connecté*

Les relations entre les infirmières cliniciennes et les infirmières praticiennes spécialisées au sein du CLSC de Parc Extension sont très développées ; elles se rapportent à du référencement de patients pour l'éducation ou consistent en soutien à la pratique pour les actes en dehors du champ de pratique des IC :

*« Quand ils font un triage toute la journée, alors soit ils [IC] vont venir aussi nous voir s'il y a quelque chose. Puis souvent, j'ai l'impression qu'ils viennent nous voir avant de voir les médecins. Je pense qu'ils nous sentent probablement plus ouvertes? Ou je ne sais pas... Parce qu'on travaille plus proche? » (PX3).* Cette proximité est renforcée par le partage des bureaux à aire ouverte : *« Bien, les infirmières, c'est pas compliqué : on partage le même bureau. C'est ça qui est extrêmement facilitant parce qu'on est à côté, on est tout le temps là, ou on est dans nos salles de traitement, comme aujourd'hui. Mais, on fait partie de la grande... l'aire commune, ça fait que ça aide beaucoup. Il y a de la discussion, puis des fois, nous, on embarque en plus dans leurs cas, s'ils discutent un cas ensemble, bien moi, je peux embarquer : " Ah oui, mais, essayez d'évaluer telle, telle, telle affaire." » (PX4).*

Les IC sont satisfaites d'avoir ce soutien sans devoir déranger les médecins et de pouvoir ainsi offrir des alternatives rapides aux patients orphelins.

Ces relations se sont construites au fil du temps et ont nécessité des ajustements :

*« Les infirmières d'Enfance/Famille, on a vu qu'elles venaient nous consulter pour des cas qu'elles étaient capables de gérer. On a établi un mécanisme : on leur a demandé de faire, en fait, le triage de ces enfants-là. On les a formées, mais on les supporte encore si elles ont besoin, mais on a vu qu'elles en prennent de plus en plus en charge. Ça fait que t'sais, on dirait que cette communication-là, c'est rendu à un autre niveau. Ce n'est plus rendu comme une communication de : " Ah, bien là, je ne sais pas quoi faire avec le patient. Je ne l'ai pas évalué. Je veux te le pitcher. ", à : " OK. Je l'ai évalué. C'est ça qui se passe. Voilà. " Puis ils viennent chercher ton expertise. Ça fait que ça, c'est un changement positif, en fait, dans la communication. » (PX4).*

Les IPS se considèrent comme des éléments majeurs dans le développement de la pratique infirmière et sont donc très présentes pour soutenir et former les autres infirmières si elles y voient un gain pour les rôles infirmiers et pour les patients : *« [...] on voulait que leur potentiel d'évaluation du client soit justifié, puis soit démontré. Donc on leur a demandé de faire une feuille de triage, et depuis ce temps-là, on a beaucoup moins d'[infirmières] qui viennent cogner à notre porte pour qu'on voit des patients comme ça on the spot parce qu'ils ont appris à faire le*

*triage, puis on les a formés aussi avec l'examen physique du nouveau-né. [Rehausser les rôles infirmiers ] fait partie de notre rôle, puis de la collaboration. » (PX4).*

### **Facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle dans l'équipe**

Il y a plusieurs formes de collaboration au CLSC de Parc extension. Les références de patients sont plutôt formalisées, surtout avec les programmes de santé et des services sociaux, afin de déterminer les fréquences, l'alternance (si nécessaire) et la durée du suivi de chaque intervenant. Mais il y a aussi une collaboration très organique entre les professionnels en ce qui concerne l'organisation de la pratique, le suivi des patients référés, les demandes de conseils, la formation et l'information concernant les nouveautés de prise en charge, que cela soit entre les professionnels de soins mais aussi au niveau des programmes : « [...] *en même temps, tout le monde apprend, tout le monde travaille ensemble. Il y a beaucoup plus d'échanges qu'au lieu d'autres places où les services courants et l'UMF sont complètement séparés, puis ça ne se parle pas beaucoup. [...] Je pense qu'on collabore très bien avec les médecins, les IPS, travailleur social, les kinésithérapeutes, notre centre d'éducation à la santé, au cardiométabolique... Le patient peut toucher à tous ces programmes.* » (PX8). La confiance entre les professionnels est aussi forte de l'expérience du travail en commun, qui continue à se renforcer au fil des améliorations organisationnelles : « *Au niveau du partage interprofessionnel, je pense que le triage, a aidé beaucoup aussi parce qu'on travaille vraiment plus près des médecins. [...] On pouvait aller les revoir, dire : " Ah, tel que je t'ai envoyé, qu'est-ce qu'il est arrivé? ". Ça fait que ça amène des interactions qu'on n'avait pas avant. [...] En discutant de cas avec eux, ils savent comment tu travailles. Ils commencent à te faire plus confiance. Parce que c'est comme ça que ça va développer la confiance : c'est à force de travailler ensemble »* (PX8).

Au CLSC, tout le monde est facilement joignable, en personne, par téléphone, par message texte ou par courriel. Le côté organique permet une certaine congruence dans l'équipe : un rapprochement des professionnels qui pensent ou agissent de la même manière. Qui plus est, la division hiérarchique au sein des professionnels est faible : « *La collaboration aussi, c'est qu'ils reconnaissent notre expertise. Certains jeunes médecins viennent nous demander : " Qu'est-ce que tu penses de ça? Pourrais-tu venir voir ça? ". Ça fait que t'sais, on fait vraiment bien partie de l'équipe. Puis notre savoir particulier comme IPS est vraiment reconnu, autant le médical que le nursing, puis nos expériences passées [...] ils les prennent en considération.* » (PX4).

De plus, la collaboration entre les différents types de professionnels peut mener à une plus grande accessibilité pour les patients notamment pour le programme cardio-métabolique :

*« Alors ça fait trois joueurs [médecin, IPS et IC] pour un patient. Je crois que c'est quand même une bonne idée qu'il y ait une équipe pour une maladie qui va être chronique et parfois difficile à contrôler, surtout si le patient ne vient pas à ses rendez-vous. Ça fait trois personnes qui vont chasser après lui. Alors à un moment, on va avoir la réponse pourquoi la personne ne vient pas à ses rendez-vous ou pourquoi est-ce que son diabète n'est pas bien contrôlé. Mais ça complique aussi le suivi parce que ça prend beaucoup de*

*communication entre les trois joueurs pour dire : " Monsieur X n'est pas venu voir Dr [nom du médecin]. Ça veut dire que maintenant on va envoyer la balle à l'IPS. ". Si elle non plus, elle n'est pas capable de voir le patient, c'est le cardio-métabolique qui va prendre la balle pour continuer le relais [...]. Et ça, ça va prendre, je crois, beaucoup plus de ressources, plus de communication et je crois que là, il va falloir qu'on ait une plateforme électronique ou un logiciel pour faciliter la communication.» (PX7).*

De plus, bien que les patients soient inscrits auprès d'un professionnel en particulier, les équipes de travail ne sont quant à elles pas formalisées : les infirmières et IPS peuvent travailler avec n'importe quel médecin et développer par le fait même différentes façons de pratiquer. Si le développement de l'UMF a amené les équipes à clarifier et redéfinir les rôles de chacun, le CLSC a permis, quant à lui et au fil du temps, de développer les connaissances de chacun concernant les champs de pratiques des professionnels et également de développer la confiance entre les professionnels qui partagent les mêmes locaux, malgré un *turn-over* parfois important : « *et si on a une question et on le croise dans le couloir, on peut juste lui demander : " Qu'est-ce qu'il arrive avec ce patient? " ou " Je suis inquiète de ce patient. Est-ce que tu l'as vu? " Ou avec une nouvelle consultation, on peut juste aller en haut et trouver quelqu'un. Donc c'est aussi que ce n'est pas super grand, le CLSC : donc on peut toujours faire ça ici. » (PX7). Certaines informations ou mise-à-jour d'une situation d'un patient sont transmises par écrit et/ou par courriel. Cependant, l'augmentation récente de l'équipe fait que plusieurs répondants souhaiteraient plus de formalisation dans les processus de collaboration : « *Je pense plus à un système entre nous, entre le partnership, entre le co-follow. Mais peut-être plus un système comme... quelque chose comme avec les enfants, où il y a une visite ponctuelle prévue. » (PX7). D'autres déplorent au contraire une trop grande formalisation de la prise en charge au sein de l'UMF, ce qui provoque un casse-tête d'attribution de patients et d'horaires : « *le matin, mettons, je fais du triage, puis l'après-midi je fais l'UMF, qu'ils ont réussi, dans les budgets, à gagner une fille comme ça. Mais ça des pour et des contre : [...] on peut-tu mettre des rendez-vous quand c'est du UMF de nos clients réguliers? Parce que là, moi je fais des clients réguliers, mais je fais des clients UMF. » (PX8).***

Au niveau des réunions, on observe une fois de plus plusieurs processus parallèles. Les discussions liées à la pratique clinique se font majoritairement entre même rôle professionnel alors que les discussions liées à l'organisation du CLSC, à l'administration et les formations internes sont interdisciplinaires et impliquent surtout les IPS et les médecins : « *Bien en fait, on en parle dans nos réunions. Chacune des équipes en parle dans nos réunions et là surgissent les idées. Et on retient les meilleures idées. Et là, les représentants de chaque groupe se réunissent pour mettre à l'œuvre un protocole [d'intervention] ou quelque chose qui a du sens. Et là, on représente le tout à différentes équipes, les mêmes équipes, et si le tout est bien, à ce moment-là, on accepte le protocole et on le passe, à ce moment-là » (PX9). Cependant, il existe des rencontres où des cas fictifs d'urgence sont révisés de manière interdisciplinaire.*

La cheffe de programme et l'ASI ont un rôle ressource en cas de conflits et un rôle pivot entre professionnels cliniques et réceptionnistes, ces dernières se voyant souvent reprocher des problèmes d'horaires ou d'aiguillage de patients, situation accentuée par leur *turn-over* ou leur manque de connaissances de la structure. Ces deux gestionnaires sont considérées comme membre à part entière de l'équipe qui s'inquiète que les bouleversements dans le réseau puissent avoir des conséquences majeures pour leurs collègues gestionnaires. De plus, les gestionnaires sont aussi invité-e-s dans les activités sociales : « *J'ai été invitée au barbecue moi aussi! [...] Donc on voit que c'est cette image-là, c'est de dire : on ne veut pas faire nous/eux. C'est nous autres, la gang au complet.* (PX2)

Avant 2005, l'équipe était organique, avec un côté familial, puis ses effectifs ont diminué et elle s'est structurée autour d'un principe d'intégration verticale des soins. L'équipe s'est de nouveau agrandie ces dernières années et son organisation des soins est devenue plus horizontale. Les médecins nouvellement arrivés sont majoritairement jeunes, ce qui apporte beaucoup de dynamisme et de partage. Afin de préserver le mode de travail collaboratif, « familial » et non hiérarchique à travers ces bouleversements, l'accueil des nouveaux professionnels est un temps fort dont tout le monde bénéficie, quel que soit son statut et son expérience. Le CLSC a négocié auprès du syndicat pour que les pauses de 15min soient supprimées et récupérées lors de la pause de dîner, ce qui permet aux infirmières d'avoir plus de temps de rencontre commune. Plusieurs activités sociales sont également organisées au CLSC. Suite aux multiples fusions dans le système, il semble que le sentiment d'équipe se soit circonscrit au CLSC, les professionnels étant peu nombreux à assister aux activités sociales organisées au niveau du CSSS.

### **Barrières à la collaboration interprofessionnelle dans l'équipe**

Plusieurs intervenants notent des difficultés de collaboration qui pourraient avoir un impact sur la continuité des soins. Les causes se rapportent soit à un manque de formalisation des processus, soit à l'absence d'un système de communication commun, tel un dossier patient informatique qui permettrait d'accéder aux notes des consultations précédentes et de faire un suivi de la prise en charge, comme le rappel de quel professionnel doit assurer la consultation suivante : « *La prise en charge, c'est facile à faire, mais c'est la continuité des soins qui est plus complexe. Ça, on n'en parle pas beaucoup dans les médias, mais c'est qu'on a besoin d'un support clérical. Non seulement les médecins, mais aussi l'IPS pour bien faire son travail et pour n'oublier personne. Mais on n'a pas les logiciels qui nous font des rappels électroniques pour nous dire : « Ah, Dr n'a pas vu monsieur ou madame X en 18 mois. C'est le temps de le voir. » Alors ça, ce n'est pas un manque d'IPS ou de médecins, mais c'est qu'on n'a pas assez de soutien [de secrétariat pour aider au suivi des rendez-vous] pour faire marcher le partenariat au maximum* ». (PX1). Cette difficulté est ressentie d'autant plus fortement que ni les médecins ni les résidents ne sont présents à temps plein, que les équipes (surtout des programmes) peuvent changer ou augmenter rapidement, et que les professionnels sont répartis sur plusieurs étages entre équipes de soins et programmes psycho-sociaux. La surcharge de travail des professionnels influence aussi la collaboration puisque moins de temps est disponible.

L'absence de discussions interprofessionnelles autour des cas se ressent surtout au moment des prises en charge conjointes entre IPSPL et médecins, qui ont des pratiques différentes quant aux traitements (médicaments prescrits, dosage, etc.) ou encore dans des situations nécessitant l'envoi du patient aux urgences. Il peut arriver que les IPSPL voient en sans rendez-vous des patients par ailleurs suivis par des médecins du CLSC. La difficulté d'arrimage des pratiques et de transmission de l'information, devient alors un défi pour assurer la continuité entre la consultation au sans rendez-vous et le suivi régulier du patient. Cependant, si une problématique est réellement considérée comme majeure par un médecin, il est possible d'organiser une réunion extraordinaire sur ce sujet.

Le fait d'intégrer des résidents est venu bouleverser la collaboration existante avec les IPSPL, ces deux rôles se chevauchant beaucoup au niveau de l'étendue des besoins couverts mais aussi de la complexité des soins qu'ils fournissent. Les IPSPL se sont senties menacées étant donné qu'elles ne sont pas réellement intégrées dans la partie UMF et son processus d'implantation : « *nous devons nous assurer que nous maintenons un caseload suffisant pour être bien occupées, puisque des cas vont nous être pris et être donné aux résidents [ou aux nouveaux médecins].* »(PX5).

Avec les fusions de la loi 10, la collaboration avec des équipes non cliniques est plus difficile :

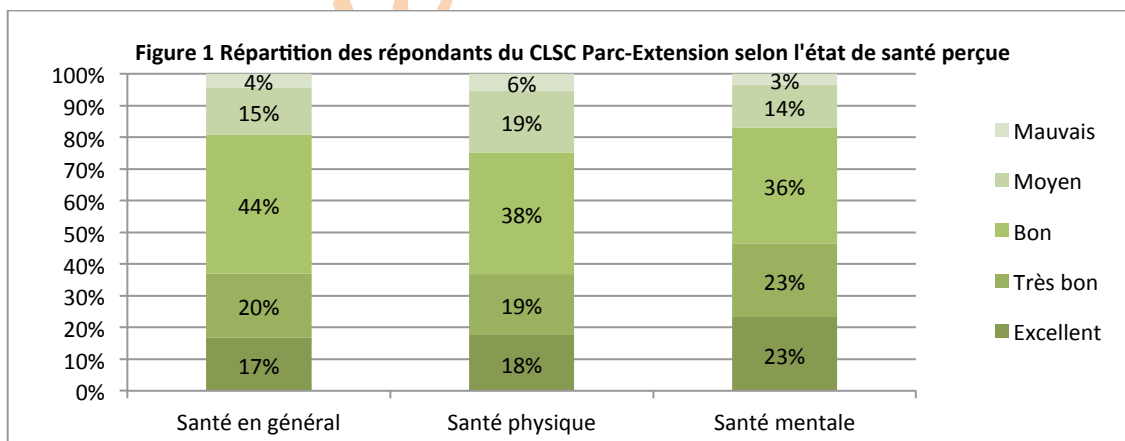
*« Il y a eu fusions de différents CLSC pour faire un tout. Donc, c'est sûr que les règlements internes ont changé. Maintenant, pour une référence interne, etc., il faut passer par différents intervenants. Plus c'est gros, plus c'est long. [...] Maintenant, le papier, il faut que ça passe dans tel casier : il n'a pas le temps de trier encore. Il y a une liste d'attente. Etc. Ça fait que ça prend plus de temps et aussi, ils ont des critères de sélection : des fois, le patient est refusé. Des fois, c'est une petite question de deux secondes ou cinq minutes de rencontre avec le patient, puis on peut régler ça aussi. Mais... On a quand même, au service courant, un service d'accueil en travail social et ça, ça nous aide beaucoup parce que si on a des urgences, au lieu d'attendre, de passer le papier à travers les différentes étapes, ils ont pu aller directement consulter la personne qui est à l'accueil, qui peut nous aider temporairement à résoudre le problème s'il y a une urgence. Mais c'est ça : si c'est un cas urgent, des fois on peut appeler aussi le chef de programme, à qui on peut adresser la demande également, puis parler de l'urgence. Puis parfois, il peut aussi accélérer le processus ou la demande. » (PX9).*

## Profil des patients ESPI du CLSC Parc-Extension

Pour le projet ESPI, 328 patients du CLSC Parc-Extension, recrutés entre le 15 juin 2015 et le 31 mars 2016, ont complété un questionnaire portant sur leur expérience de soins perçue (en termes d’accessibilité, de continuité et de globalité) au cours des deux dernières années ou au cours des deux ans avant de fréquenter le CLSC Parc-Extension, leurs besoins non comblés, leur état de santé et leurs caractéristiques sociodémographiques. Les données recueillies lors de ce premier temps de mesure permettent de dresser un portrait de notre échantillon.

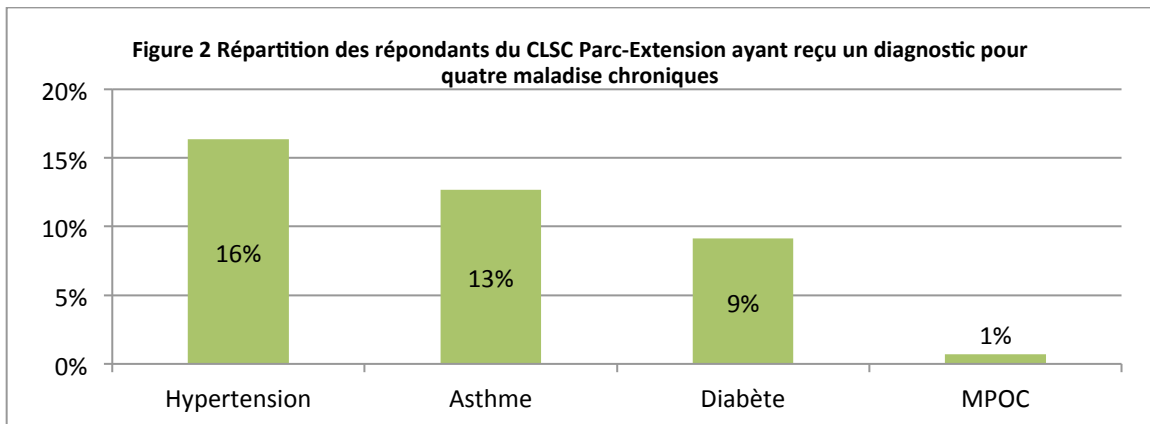
**Caractéristiques sociodémographiques.** L’échantillon est composé majoritairement de femmes (66%) et l’âge moyen des répondants est de 34 ans. Plus de la moitié des répondants sont conjoints de fait, vivent en union libre ou sont mariés (58%). Un peu moins de la moitié des répondants ont un diplôme universitaire (42%) et travaillent à temps plein (38%) ou à temps partiel (8%). Plus des deux tiers des répondants sont nés à l’extérieur du Canada (70%) et près de la moitié parlent une autre langue que le français ou l’anglais à la maison (46%). Par ailleurs, près des deux tiers des répondants se considèrent à l’aise financièrement ou avec des revenus suffisants (64%) bien que 63% des répondants ont un revenu annuel du ménage avant impôt de 25 000 \$ et moins<sup>2</sup> [1]. Enfin, moins de la moitié des répondants rapportent avoir un régime d’assurance privé ou collectif qui rembourse en partie ou en totalité les médicaments (43%) et, en proportion plus faible, les soins dentaires (21%) ou des services complémentaires comme de la physiothérapie ou des examens diagnostiques (21%).

**État de santé.** Plus du tiers des répondants du CLSC Parc-Extension considèrent avoir une très bonne ou une excellente santé en général (37%) (figure 1). En comparaison, cette proportion est de 58,6% dans la population québécoise [2]. Plus précisément, 37% des répondants considèrent avoir une très bonne ou excellente santé physique et 46% rapportent avoir une très bonne ou excellente santé mentale (47% vs 74% dans la population québécoise [3]).

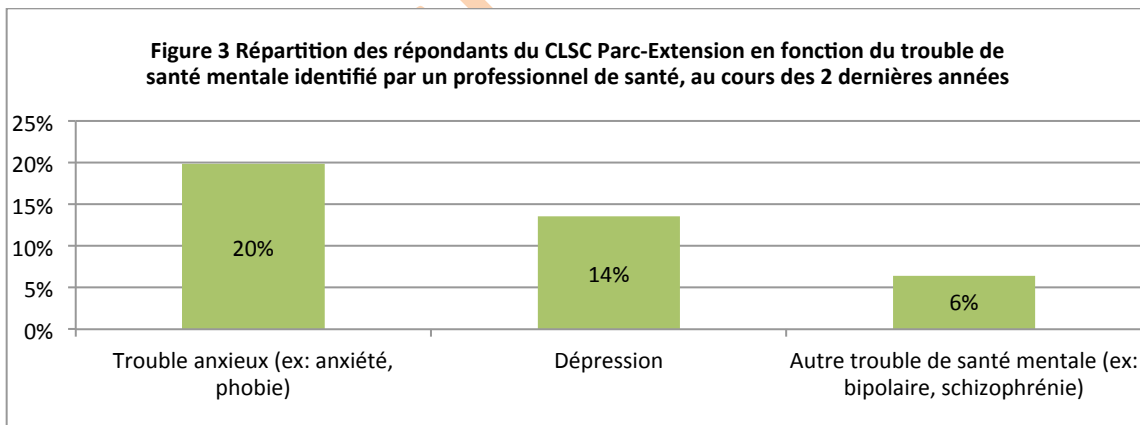


<sup>2</sup> Selon la mesure de faible revenu (MFR) de l’Institut de la statistique du Québec, le seuil du faible revenu en 2013 pour une personne vivant seule était de 21583\$ par année et de 30522\$ pour un ménage de 2 personnes.

En ce qui concerne les maladies chroniques (figure 2), les données montrent que 9% des répondants de l'échantillon ont reçu un diagnostic de diabète et 13% un diagnostic d'asthme, soit des proportions légèrement plus élevées que ce que l'on retrouve dans la population québécoise (6,7% et 9,1%) [4, 5]. Les taux d'hypertension (16%) et de MPOC (1%) chez les répondants sont légèrement moins élevés que ceux que l'on retrouve dans la population québécoise (17,4% et 4,5%) [6, 7].



Plus du quart (27%) des répondants ont déclaré avoir reçu, au cours des 2 dernières années, un diagnostic pour un trouble de santé mentale. Plus précisément, 20% des répondants auraient reçu un diagnostic de trouble anxieux, 14% de dépression et 6% d'un autre trouble (ex. : trouble bipolaire ou schizophrénie) (figure 3)<sup>3</sup>.



**Besoins non comblés<sup>4</sup>.** Chez les répondants pour lesquels la source habituelle de soins est le CLSC Parc-Extension depuis plus de deux ans, 33% des ont rapporté avoir ressenti le besoin de

<sup>3</sup> À titre indicatif, les taux de prévalence au cours de la vie dans la population générale du Québec sont de 9,4% pour les troubles anxieux et de 12% pour la dépression[8].

<sup>4</sup> Le concept de besoin non comblé (BNC) correspond à la différence entre les services de santé jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus[9]. Une personne ayant perçu le besoin de recevoir des services de santé mais ne les ayant pas obtenus au moment où il en sentait le besoin présente donc un besoin non comblé de services de santé.

consulter un médecin ou un professionnel de la santé sans en avoir vu un au cours des deux dernière années. À titre indicatif, les résultats obtenus dans les autres milieux ESPI comparables varient entre 23 et 33%. Sur les 33% ayant déclaré avoir des besoins non comblés, moins de la moitié (45%) voulaient consulter pour un problème urgent et 60% avaient déjà obtenu un rendez-vous et rencontré un professionnel de la santé pour ce problème au moment de compléter le questionnaire.

Travail en cours

---

La question utilisée dans le questionnaire pour mesurer les BNC est la suivante : *Au cours des 2 dernières années, avez-vous ressenti le besoin de consulter un médecin ou un professionnel de santé sans en avoir vu un?* Cette mesure reflète partiellement le non accès aux services de santé[9].



Annexe

Tableau Caractéristiques sociodémographiques des répondants <sup>ab</sup> (N=328)					
Sexe	Homme	34%	Langue parlée à la maison	Français	36%
	Femme	66%		Anglais	18%
Groupe d'âge	moins de 18 ans	11%	Occupation principale (+18 ans)	Autre	46%
	18-24 ans	17%		Travailleur temps plein	38%
	25-34 ans	28%		Travailleur temps partiel	8%
	35-44 ans	20%		Prestataire aide social	6%
	45-54 ans	10%		Étudiant	20%
	55-64 ans	9%		À la maison	16%
	65 ans et plus	4%		Retraité	5%
Statut matrimonial (+18 ans)	Célibataire	32%	Perception situation socio-économique	Congé temporaire du travail	3%
	Conjoint de fait, union libre ou marié(e)	59%		Autre	4%
	Divorcé(e) ou séparé(e)	7%		À l'aise ou revenu suffisant	64%
	Veuf(ve)	2%		Pauvre ou très pauvre	36%
Lieu de naissance	Canada	30%	Revenu du ménage avant impôt	Moins de 15 000 \$	35%
	Extérieur du Canada	70%		15 à 25 000 \$	28%
Temps vécu au Canada	Moins de 15 ans	70%	Assurances privées ou collectives <sup>c</sup>	25 à 35 000 \$	14%
	15 ans et plus	30%		35 à 55 000 \$	11%
Niveau de scolarité (+18 ans)	Secondaire non complété	8%	Médicaments	55 000 à 75 000 \$	6%
	Secondaire complété	22%		75 000 à 100 000 \$	4%
	Diplôme d'étude professionnel	9%		100 000 \$ et plus	3%
	Collégial	18%		Soins dentaires	43%
	Universitaire	42%		Services complémentaires -ex: examens diagnostiques, psychologue, physiothérapeute	21%
	Autre	0%			21%

<sup>a</sup> Seules les réponses valides sont présentées.

<sup>b</sup> En raison des arrondissements, il se peut que le total des pourcentages dans certaines figures soit légèrement inférieur ou supérieur à 100%.

<sup>c</sup> Catégories non exclusives.

## Références

1. Institut de la Statistique du Québec, *Seuils du faible revenu, MFR-seuils avant impôt, selon la taille du ménage*. 2012-2013, Gouvernement du Québec: Québec. *Lien vers le document*: [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/faible-revenu/seuilsufr\\_qcavi\\_.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/faible-revenu/seuilsufr_qcavi_.htm)
2. Statistique Canada, *Santé perçue, selon le sexe, par province et territoire*. 2011-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. *Lien vers le document* : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health109b-fra.htm>
3. Statistique Canada, *Santé mentale perçue selon le sexe, par province et territoire*. 2011-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. *Lien vers le document* : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health111b-fra.htm>
4. Statistique Canada, *Diabète, selon le sexe, provinces et les territoires*. 2009-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. *Lien vers le document* : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health54b-fra.htm>
5. Statistique Canada, *Asthme 2014*. 2001-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. *Lien vers le document* : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14179-fra.htm>
6. Statistique Canada, *Maladie pulmonaire obstructive chronique, selon le sexe, par province et territoire* 2012-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. *Lien vers le document* : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health105b-fra.htm>
7. Statistique Canada, *Hypertension, selon le sexe, et par province et territoire* 2010-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. *Lien vers le document*: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health70b-fra.htm>
8. Baraldi, R., K. Joubert, and M. Bordeleau, *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*. 2015, Institut de la statistique du Québec - Gouvernement du Québec : Québec. *Lien vers le document*: [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR\\_portrait\\_sante\\_mentale2015H00F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf)
9. Levesque, J.-F., et al., *Les besoins non comblés de services médicaux: un reflet de l'accessibilité des services de première ligne ?* 2007, Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal, Institut National de Santé Publique du Québec: Montréal. *Lien vers le document* : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709\\_cahier\\_thematique\\_bnc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709_cahier_thematique_bnc.pdf)  
<http://dx.doi.org/978-2-550-51103-8>

**Contact**

Dominique Laroche

[dominique.laroche.1@umontreal.ca](mailto:dominique.laroche.1@umontreal.ca)

Professionnelle de recherche, Projet ESPI

Faculté des Sciences infirmières,

Université de Montréal

Pour citer ce rapport

Contandriopoulos D., Duhoux A., Perroux M., Lachapelle K., Laroche D. & Lardeux A. (2017, v1).  
CLSC de Parc-Extension, Descriptif de milieu. Projet de recherche ESPI. Montréal

Travail en cours