



ÉQUIPE
DE SOINS
PRIMAIRES
iNTÉGRÉS

Rapport descriptif

L'UMF-GMF Notre Dame

28 mars 2017

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

Sommaire

Sommaire	2
Introduction et objectifs du rapport	3
Méthodologie	3
L'UMF-GMF de Notre-Dame	4
Origine et valeurs de l'UMF-GMF	4
Historique	4
Gouverne	7
Valeurs et culture d'organisation	8
Offre de soins et services	10
L'équipe de l'UMF-GMF Notre-Dame et les collaborateurs professionnels	11
Effectifs	11
Rôle et modèle de prise en charge au sein de l'équipe	12
Collaboration	19
Collaboration interne	19
Collaboration de l'équipe avec des partenaires	22
Profil des patients ESPI de l'UMF-GMF Notre-Dame	22
Références	27

Travail en cours

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 de l'UMF-GMF de Notre-Dame. 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 est de contribuer à documenter la nature de l'UMF-GMF de Notre-Dame, 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 de l'UMF-GMF de Notre-Dame 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) 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 l'UMF-GMF de Notre-Dame. Ces entrevues ont été réalisées entre le 14 juillet au 30 octobre 2015 auprès de médecins, infirmières cliniciennes (IC), infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL), travailleur social, psychologue.
- 2) Données administratives ainsi que d'autres informations de fonctionnement développées par l'UMF-GMF de Notre-Dame entre autres des documents de travail concernant des projets d'optimisation.
- 3) Données de questionnaires : 409 patients, recrutés entre le 22 juin 2015 et le 14 juin 2016, ont complété un questionnaire sur leur expérience de soins et sur leur état de santé. Ce questionnaire tient compte de trois situations différentes selon que l'UMF-GMF Notre-Dame :
 - a. est leur source habituelle de soins depuis moins de deux ans (situation 1, n=51),
 - b. est leur source habituelle de soins depuis plus de deux ans (situation 2, n=342),
 - c. n'est pas leur source habituelle de soins (situation 3, n=16).

Le questionnaire porte sur l'utilisation des services par les patients ainsi que sur leur perception en termes d'accessibilité, de continuité et de globalité des services de leur source habituelle de soins durant :

- a. les deux années avant que l'UMF-GMF Notre-Dame devienne leur source habituelle de soins (situation 1),

- b. les deux années précédant leur recrutement (situation 2 et 3).

Le même questionnaire sera de nouveau complété deux ans plus tard par ces patients, ce qui permettra d'évaluer si le suivi à l'UMF-GMF Notre-Dame correspond à une amélioration de l'accessibilité et de la globalité des soins et services et de leur continuité dans le temps.

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.

L'UMF-GMF de Notre-Dame

Origine et valeurs de l'UMF-GMF

Historique

Jusqu'en 2010, l'UMF-GMF Notre-Dame faisait partie intégrante du CHUM et dispensait à la fois des soins à la population de son territoire et aux autres personnes référées par le CHUM tout en formant des résidents et des stagiaires en sciences de la santé.

Par la suite, l'UMF-GMF a été intégré à l'ex-CSSS Jeanne-Mance (CIUSSS-Centre-Sud-de-Ile-de-Montréal). Ce transfert a amené l'équipe clinique à réévaluer son fonctionnement et ses modes opératoires pour faire reconnaître ses particularités UMF-GMF auprès du CSSS puis du CIUSSS.

Pendant les 3 premières années de la fusion, l'UMF-GMF a dû s'adapter aux nouveaux modes de fonctionnement des directions du CSSS responsables des affaires les concernant. Cependant, au fur et à mesure que la collaboration avec le CSSS s'est établie, des habitudes de travail avec certaines directions ou certaines personnes se sont développées, fluidifiant les interactions administratives et facilitant la mise en œuvre du travail d'optimisation de la pratique. Pour l'essentiel, l'UMF-GMF dépendait de la direction des affaires médicales du CSSS, mais la loi 10 est venue de nouveau brasser les cartes de la collaboration.

Entre 2012 et 2014, deux changements majeurs ont été mis en œuvre au sein de l'UMF-GMF et ont amené une redéfinition des rôles et des tâches de chacun : l'intégration de 2 IPSPL et la mise en place d'un algorithme d'orientation du patient lors de la prise de rendez-vous.

L'objectif visé par ces deux interventions était d'améliorer l'accessibilité aux soins des patients. Le but initial de la mise en place de cet algorithme était d'améliorer le processus de prise de rendez-vous, l'expérience du patient dans la prise de rendez-vous (seulement 65% des appels obtenaient une réponse) et l'accessibilité (réduction du temps d'attente pour un RDV de 3 mois

à 3 semaines)¹. Une subvention du MSSS a été octroyée à cette fin, en plus du soutien d'un expert. Trois phases étaient initialement prévues :

1. Amélioration de l'accès téléphonique de la clientèle au système de rendez-vous et déploiement de l'accès adapté.
2. Révision du processus d'organisation des horaires des résidents, médecins et autres professionnels.
3. Révision des processus cliniques et des rôles de chacun.

Finalement, les phases 1 et 3 ont été conduites simultanément en raison d'une pénurie non-anticipée de plages horaires pour les médecins. L'affectation d'un tiers des plages de rendez-vous en accès adapté (puis de deux tiers) a permis de gérer plus efficacement les rendez-vous grâce à l'amélioration de la collaboration pour le suivi des patients. Ultimement, ces phases ont abouti à une meilleure gestion de certaines tâches (les labos, etc.) et à la création d'un algorithme (figure 1) distribué aux réceptionnistes afin de mieux orienter le patient pour l'obtention d'un RDV rapide et efficace. Si le médecin n'est pas disponible, les réceptionnistes proposent au patient de rencontrer un autre professionnel ou de se présenter au sans RDV. Si le patient souhaite voir son médecin, un RDV lui est attribué avec des délais plus importants, étant donné que les plages horaires sont ouvertes pour 3 semaines. Initialement, l'algorithme était avant tout un processus formel *« fait pour réorganiser le travail clinique. Donc on faisait des réunions avec cliniciennes, médecins, etc. Puis on avait fait un algorithme qui est peut-être un peu moins à jour maintenant puisque ça fait trois ans, pour diviser le travail : qui fait quoi, les plaies, l'allaitement, etc. On avait travaillé ensemble à définir ça. C'est de là que c'est parti. Maintenant, c'est plutôt informel. »* (ND4).

¹ Document interne : Présentation Power Point « Les 12 travaux d'Astérix. Optimisation de nos processus de travail. » . Février 2013

INTERVENANTS SELON LE TYPE DE RENDEZ-VOUS							
Appel du patient	Infirmière mardi au vendredi	Infirmière abcédairaie vendredi	Infirmière GMF lundi au vendredi	Infirmière IPS lundi au vendredi	Médecin Traitant et résident traitant	Médecin disponible (dépannage)	Résident disponible
Rendez-vous planifiés							
Bilan annuel			2	3	1		
Test PAP/ examen gynéco			1	2	3		
Grossesse	Selon processus habituel						
Prescription				3	1	2	
Suivi d'examen	Par la personne ayant demandé l'examen (ou la personne désignée)						
Pédiatrie	Selon le protocole prévu au départ par la personne habituelle						
Suivi maladie chronique	Par la personne habituelle						
Formulaires				3	1	2	
Autres et ne veut pas répondre	Rendez-vous téléphonique de 10 min. avec une infirmière GMF ou l'infirmière technicienne entre 13h et 13h30						
Rendez-vous rapides							
ORL				3		1	2
Respiratoire				3		1	2
Mal de tête				3		1	2
Fatigue, étourdissement				3		1	2
Fièvre				3		1	2
Douleur				3		1	2
Musculo-squelettique/ articulaire				3		1	2
Douleur cardiovasculaire				3		1	2
Géno-urinaire				3		1	2
Gastro-intestinal				3		1	2
Yeux				3		1	2
Peau				3		1	2
Plaie	2		1	3			
Allaitement	1						
CSST				3		1	2
Problème grossesse (personne qui assure le suivi)			2			1	2

↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Suivi de l'épisode de soins peut être délégué au professionnel ayant la disponibilité et la compétence

Figure 1 : Algorithme de rendez-vous, version 2013.

À la fin de l'année 2016-2017, la majorité des intervenants envisage de réévaluer cet algorithme afin de le rapprocher de la réalité des prises en charge infirmières (voir paragraphe sur équipe) et d'intégrer aussi la prise en charge par les 2 nouvelles IPS prévues :

« On va ajouter la notion d'IPS traitante parce qu'il y a des patients qui sont juste à nous [les IPSPL]. Même si c'est écrit le nom d'un médecin, c'est nous qui les suivons. Sur le dossier, sur l'horaire, c'est notre nom qui va apparaître en premier, puis le nom du médecin. Comme ça, le patient sera référé plus rapidement. Tout est à peaufiner, mais l'idée de base est bonne. » (ND6)

« Souvent, ce que j'ai entendu dire des infirmières, c'est que celles qui travaillent beaucoup en collaboration avec des médecins, les patients les appellent et disent : "Ah, j'ai tel symptôme, tel symptôme, tel symptôme. J'aimerais avoir un rendez-vous avec le médecin". Et ça va beaucoup plus vite d'avoir un rendez-vous avec le médecin en appelant l'infirmière qu'en appelant la réception. Les rendez-vous sont beaucoup plus accessibles par l'infirmière qui peut les donner elle-même que par la réception. Ça, c'est un autre enjeu de cadre : comment les rendez-vous vont-ils être attribués? » (ND7)

Ce processus d'attribution des rendez-vous a permis de diminuer très fortement les temps d'attente avant l'obtention d'une consultation et dans la salle d'attente. Certains répondants se demandent si cette plus grande accessibilité ne risque pas d'augmenter l'absentéisme des patients ou la sur-consultation des patients.

Gouverne

Bien qu'il dépende administrativement du CISSS, l'UMF-GMF bénéficie d'une grande liberté concernant le modèle de prise en charge et les rôles de chaque professionnel :

« Avant, on était relié au CHUM, ensuite on a été relié au CSSS Jeanne-Mance, mais il n'y a pas grand-chose qui a changé [...]. On résiste beaucoup à certains changements qui nous sont proposés, et on va plus aller dans la direction à laquelle on croit : le groupe de médecins, le groupe de professionnels, infirmières comprises, qui sommes ici, on va aller dans la direction d'un projet auquel on croit. Un projet qui arrive de l'extérieur, un petit peu moins. Le concept d'équipe, je pense qu'il est quand même important, de sentir qu'on est à un endroit, on est une équipe, puis on a un pouvoir décisionnel par rapport à notre façon de travailler, puis par rapport à qui on va soigner, à qui on ouvre les portes, disons, et comment on va les ouvrir, puis qui va faire quoi. On veut pouvoir décider de ça dans notre équipe. » (ND1).

Étant un milieu de recherche et d'enseignement, l'équipe peut aussi déployer des projets dans des domaines spécifiques et organiser annuellement une évaluation des besoins des patients :

« C'est quoi, les besoins du patient? C'est quoi, les besoins de la clinique, en termes de soins infirmiers? On est en train de réorganiser l'obstétrique, puis après ça, la pédiatrie, on veut l'améliorer. Donc, on va se rencontrer, puis on va regarder ça. (...) Comme là, le maintien à domicile prend plus de temps qu'on pensait, donc on va peut-être le réorganiser pour laisser tant de jours au maintien à domicile. (...). Avant, on était 5 : c'était facile, mais là ils sont 8. Huit plus les patrons, ça commence à faire du monde! On va faire une pré-rencontre pour voir, parce que là, il faut engager. Il faut que je vois ça avec... Je ne sais jamais leur nom, mais la supérieure des infirmières, pas la DSI, mais la coordonnatrice en-dessous, pour voir comment je vais faire, comment on va faire les affichages, est-ce que ça se fait, ... Parce que j'ai un budget .J'en ai une qui est à 3 jours ½ par semaine, puis je voudrais mettre à temps plein. Mais à cause [du système] d'affichage, il est possible que je la perde. Elle est bien bonne, alors on veut la garder» (ND2).

La technicienne en administration travaille à l'interne de l'UMF-GMF et est le pivot avec le CISSS. La gestion quotidienne du personnel dépend du médecin responsable qui bénéficie du soutien du CISSS si nécessaire. Une des grandes frustrations toutefois reste la lourdeur des processus administratifs du CISSS; en particulier, ceux concernant les ressources humaines. Ces processus sont longs et inadéquats au regard des besoins de l'UMF-GMF et entravent le fonctionnement clinique. La direction de l'UMF-GMF ne peut sélectionner le personnel qui leur est envoyé et n'a aucun levier pour retenir du personnel formé. Ceci est un réel problème considérant, par exemple, la place importante des réceptionnistes dans le processus de prise en charge des patients. Le problème est similaire avec les infirmières, peu importe leurs postes, les liens avec la direction des soins infirmiers étant plus ténus : « *En fait, je suis un peu mal pris ici parce que c'est pas moi qui peux regarder la productivité des infirmières, c'est dans la cour des infirmières, là. Mais on se parle beaucoup.* » (ND2). De la même façon, les formations cliniques sont gérées par le CISSS, et les délais très longs. Mais les infirmières ne demandent finalement que peu de formation ou de participation à des congrès, soit qu'elles se forment entre elles soit qu'elles sont formées par les médecins. Cette déconnexion entre les supérieurs hiérarchiques et professionnels non-médecins est particulièrement mal vécue par les infirmières et les IPSPL qui ressentent peu d'encouragement de ces supérieurs hiérarchiques et peu d'engagement envers leur pratique.

Valeurs et culture d'organisation

L'adaptabilité comme support à l'innovation

L'histoire de l'UMF-GMF a amené l'équipe à cultiver une culture du changement et d'adaptation : « *Il faut être capable de s'adapter aux changements, ici! C'est d'ailleurs ce qu'on demande aux gens quand ils arrivent: " Si vous pensez que votre travail va être le même dans 2 ans, c'est pas la place! "* . *C'est un peu [l'esprit de] la clinique* » (ND2). Cette particularité permet à l'équipe de réfléchir régulièrement à des nouveaux projets : « *Ici, c'est la machine à rêves.* » (ND5). Cette caractéristique, ajoutée à la composante d'enseignement présente à la clinique,

créé une dynamique d'ouverture à l'amélioration. « À chaque fois qu'il y a un besoin, ça se manifeste, et on est toujours prêt à réagir, à faire quelque chose. » (ND3).

Cette composante d'enseignement est également favorable au développement de relations non-hiérarchiques : les résidents qui ont moins d'expérience que les infirmières, sont amenés à les solliciter souvent : « on a à peu près une vingtaine de résidents formés chaque année. Donc c'est sûr qu'à l'arrivée, c'est clairement énoncé que nous ne sommes pas hiérarchisé du tout. Ici, qu'on soit secrétaire à l'accueil, secrétaire médicale, infirmière, médecin : pour nous, c'est du pareil au même. C'est le service aux patients. C'est vraiment clairement énoncé » (ND5).

Par ailleurs, l'intégration de résidents dans l'équipe favorise une meilleure définition des rôles, notamment celui des infirmières, à la fois au niveau de la dispensation des soins en lien avec l'algorithme des rendez-vous mais aussi au niveau de l'enseignement puisque les supervisions d'étudiants sont croisées et non pas disciplinaires : « Même les étudiants, ils voient le rôle de l'infirmière dans la collaboration des suivis » (ND5). Enfin, la culture de l'enseignement favorise une curiosité en réduisant l'insécurité et augmentant le sentiment de capacité; cela soutient autant une envie d'apprendre qu'un désir d'enseigner :

« (...) plus ils nous montrent des choses, plus on va valider ce qu'on connaît, bien, plus on rend notre rôle encore plus autonome, puis on ne va pas redemander la même chose si c'est statué, puis qu'on a l'information puis les connaissances. (...) Comme ce sont des médecins enseignants – parce que tous les médecins sont des enseignants pour les résidents – ils nous ont beaucoup enseigné à nous aussi. » (ND3).

Cette volonté d'innovation est aussi véhiculée par les médecins gestionnaires de la clinique :

« (...) il y a aussi le fait que le leadership, les chefs sont très visionnaires. Je pense qu'on a la chance d'avoir des médecins qui le transmettent en réunion. Il y a une ouverture, puis vouloir développer [la pratique]. Je pense que si on n'avait pas ces types de chefs-là, types de personnalités... Je pense que ça un gros impact au niveau des plus jeunes qui rentrent, puis qui voient ces personnalités » (ND3).

Cependant, ils ressentent le manque d'évaluation de leur modèle de prise en charge :

« La question que je me pose à date – on est en train de faire des statistiques – c'est : est-ce que c'est vraiment efficace? (...) On a quand même beaucoup d'infirmières. Je ne suis pas sûre qu'on a augmenté tant que ça nos nombres de visites. (...) En tout cas, chose certaine, je pense [que les patients] sont plus contents. On a augmenté globalement notre nombre de patients. Mais je pense qu'on a augmenté le nombre de médecins aussi. Sur le nombre, si on est calculé par nombre, je ne suis pas sûre qu'on soit capable de justifier tout le personnel qu'on a. Quoi qu'on a augmenté de 800 patients par année dans les 4 dernières années. On est passé de 6000 à 12 000 en fait, en 6 ans. » (ND2).

Une organisation centrée sur le patient

Que ce soit lors de la délivrance des soins ou à l'occasion de réflexions menées pour l'amélioration de la clinique, l'équipe clinique considère que c'est le patient qui doit être le point d'ancrage des discussions entre tous les professionnels et vient teinter les priorités telles que la redéfinition des rôles :

« Je les sens [les médecins] vraiment partenaires. C'est un milieu avec une belle humilité médicale. On est là pour le patient. C'est patient-centré. Donc ils [les médecins] vont vraiment venir nous interpeler : " J'ai vu que tu l'avais vu avant. Qu'est-ce que tu en penses? " » (ND3).

« L'idée, je pense, c'est de ne pas faire de préjudice au patient. Donc je pense au patient, je ne pense pas à moi. » (ND4).

Le projet d'algorithme pour le sans- rendez-vous ainsi que l'accès adapté a d'ailleurs été adopté dans ce but : « *On a une espèce de culture : on ne veut pas que les patients attendent. Puis on le dit aux résidents : " Essayez d'être à l'heure parce que les gens qui viennent, ils ont une heure, puis ils ont une heure. Puis là, on s'excuse si on est 10 minutes en retard. " » (ND2).*

Enfin, les praticiens essaient de pratiquer la médecine familiale au sens littéral : ils prennent en charge le frère, la mère ou l'enfant de leurs patients, ce qui explique que peu de patients sont issus du GACO.

Offre de soins et services

L'UMF-GMF offre une gamme de soins complète en première ligne, bien que les professionnels puissent se concentrer sur des thématiques ou des patients en particulier :

- Soins courants pour les adultes
- Clientèle gériatrique
- Pédiatrie
- Suivi de grossesse et obstétrique
- Service à domicile
- Santé mentale
- Suivi des maladies chroniques
- Services spécialisés : cardiologie, dépistage et suivi locomoteur...

Le sans RDV

Le sans RDV est ouvert pour les patients déjà inscrits à l'UMF-GMF et le GMF des Faubourgs (les soirs de semaine uniquement). Le sans RDV sert à des épisodes de soins aigus, mais aussi à des suivis pour des patients dont le médecin n'est pas disponible. Il n'y a pas de triage des patients, bien que les professionnels se partagent les dossiers en fonction de la raison de consultation. Lors d'un épisode de soins aigus, si un patient est vu par une IPSPL mais qu'un suivi est

nécessaire, ce suivi va être assuré dans la majorité des cas par cette IPSPL jusqu’à la conclusion de l’épisode de soins aigus sauf si le champ de pratique infirmier est dépassé. Ceci permet d’améliorer la continuité qui est bien souvent faible pour les consultations sans rendez-vous caractérisées par l’approche « un problème par visite ». L’arrimage des visites sans RDV est facilité par la collaboration et l’échange d’informations dans l’équipe comme nous le verrons plus tard. Le sans RDV est assuré par des médecins et des IPSPL soutenus par les infirmières auxiliaires. Étant un GMF, l’offre de sans-RDV en soirée est obligatoire et peut amener entre 12 et 20 patients par soir en hiver. Cette offre est également accessible en été, mais devant la diminution du nombre de consultations, les plages horaires libres peuvent servir à des suivis téléphoniques ou à des tâches administratives.

Développement de l’offre

Plusieurs idées de développement de l’offre de soins et de services sont actuellement en évaluation, le volet prise en charge et suivi dans la communauté de personnes en situation de toxicologie est le plus avancé :

« Parce qu’il y a beaucoup [de situations] de première ligne qu’on voit en deuxième ligne : il faut les ramener à la première ligne. (...) je vois quelques-uns de ces patients-là, parce que je travaille avec le médecin qui travaille en toxico à [nom d’établissement], puis je vois les problématiques que ces patients-là ont. Mais je fais le suivi plus en parallèle des maladies chroniques qui ne sont pas associées aux problèmes toxico. Mais je vois quels types de patients : des patients qui sont dans le besoin, qui peuvent devenir fonctionnels, autonomes. Le but est que ces patients-là soient le mieux possible et le plus stables possible, puis fonctionnels. Puis je pense qu’il n’est pas nécessaire qu’ils soient tous en deuxième ligne. (...) On travaille beaucoup au niveau de la santé mentale. Je pense que tout ce volet-là est à extrapoler parce que c’est un réel problème. » (ND3).

Ce projet se développe en partenariat avec le Centre des toxicomanies de Montréal qui regroupe plusieurs établissements différents et pourrait apporter un soutien aux cliniciens ainsi qu’avec la clinique de toxicomanie de l’hôpital Saint-Luc qui alloue un médecin une fois par semaine. D’autres idées émergent afin d’assurer une meilleure continuité pour les enfants qui ont été suivis en pédiatrie et qui arrivent à l’âge adulte, ou encore pour assurer la coordination des soins du patient à l’intérieur du système de santé. La prise de rendez-vous par internet est aussi une solution discutée. Dans tous les cas, l’équipe reste vigilante pour maintenir l’équilibre entre l’augmentation de l’accessibilité populationnelle et la qualité des soins et le mandat d’enseignement de l’UMF.

L’équipe de l’UMF-GMF Notre-Dame et les collaborateurs professionnels

Effectifs

<p>Équipe soins généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmière clinicienne : 4 • IPS : 2 ETP • Infirmière-auxiliaire : 1,5 ETP 	<p>Équipe de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secrétaires médicales : 2 • Accueil, archives : 4,5 ETP • Agentes administratives : 2
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Médecin : 31 omnis pour env. 10 ETP • Spécialistes : (Pédiatre, cardiologue, endocrinologue, ...) • Pharmacienne : 0,5 ETP à venir <p>Équipe santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychologue : 0,6 ETP • Travailleuse sociale : 2 jours/semaine • Psychiatre : 3h/semaine (répondant du CSSS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Technicienne en administration : 1 ETP
<p>Équipe étudiante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Env. 24 résidents, stagiaires en sciences infirmières et IPS, internes 	

La composition de l'équipe reflète une grande interdisciplinarité : « On a autant d'équivalents infirmiers temps plein que de médecins, ce qui veut dire qu'on travaille en équipe parce qu'on est tous bookés pas mal. » (ND4).

D'après l'un des informateurs, l'UMF-GMF a atteint une taille optimale pour une équipe de première ligne : ils sont assez nombreux pour pallier aux gardes de soir et de la fin de semaine ainsi qu'aux imprévus (absence, congé maternité...); ils disposent de réceptionnistes et ont développé suffisamment de rôles infirmiers. D'ailleurs, ils ne peuvent plus augmenter leurs ressources humaines du fait d'un manque de bureau. Un défaut qui est souvent soulevé est lié au fait d'être une équipe aussi grande, ce qui engendre un manque de continuité relationnelle et de collaboration entre les personnes et peut conduire à une perte d'information. Dans le cas de l'UMF-GMF Notre Dame, ces risques sont atténués grâce au principe des micro-équipes qui permet qu'un patient soit suivi par une sous-équipe et non par n'importe quel soignant de l'UMF-GMF; cette approche est facilitée par l'usage du dossier électronique.

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

Les réceptionnistes

Comme vu précédemment, un algorithme a été développé initialement pour que les réceptionnistes puissent orienter les patients à la fois vers le bon professionnel, mais aussi vers celui qui sera libre le plus rapidement. Le nombre de réceptionnistes, formées spécifiquement à cette orientation, a été réévalué afin de diminuer l'attente des patients. Par exemple, si le médecin d'un patient n'est pas disponible, ou selon la raison de consultation, ce sont les IC, les IPS ou les résidents qui vont être sollicités. Des collaborations informelles se sont développées entre les infirmières et les réceptionnistes :

« Puis on parlait du rôle de collaboration : des fois, les secrétaires ont des requêtes ou des choses qu'elles ne comprennent pas, puis elles nous appellent : " J'ai un patient, ce n'est pas ton patient, mais pourrais-tu juste m'expliquer deux minutes voir c'est quoi ? Parce que moi, je ne comprends pas. " C'est un rôle de collaboration avec eux. Ça va être apprécié, apprécié d'elles aussi. Elles n'ont pas l'impression de laisser partir un patient qui

n'a pas compris du tout ce qu'il est venu chercher. En même temps, elles n'ont pas l'impression que le patient sera frustré contre elles parce qu'elles n'ont pas pu leur donner l'information pour laquelle elles ne sont pas formées à la base. » (ND4).

Le défi provient maintenant du roulement des secrétaires et des agents d'accueil ainsi que le peu de pouvoir dont dispose l'UMF-GMF pour sélectionner le profil de la personne envoyée par le CIUSSS.

Infirmières auxiliaires (IA)

Les IA font les pansements, les examens de laboratoire et la prise des signes vitaux lors du sans-RDV. En pédiatrie et en obstétrique, elles font aussi les pesées. Elles assurent la vaccination.

Les infirmières cliniciennes (IC)

Les infirmières cliniciennes généralistes travaillent chacune avec 3 ou 4 médecins différents. Leurs tâches ainsi que leur contribution à la prise en charge des patients qu'elles voient sont, de ce fait, dépendantes de la clientèle suivie par les médecins et par les spécialités de ces derniers (pédiatrie, gériatrie...). Dans le cas d'un nouveau patient, les IC font le premier rendez-vous : la prise d'antécédents, la mise à jour des vaccins ou des tests Pap ou autres dépistage. Par la suite, les notes sont lues ou discutées avec le médecin qui va déterminer s'il est nécessaire de prévoir une consultation immédiate, dans 3 ou 6 mois ou selon les besoins. Ils déterminent ensuite ensemble la fréquence et/ou l'alternance des rencontres : les IC font des suivis conjoints (maladies chroniques, hypertension, diabète, hypercholestérolémie, test de routine, bilan de santé...) pour adulte en bonne santé incluant la prévention, les suivis de grossesse une visite sur 2 jusqu'à 32 semaines, les références au centre métabolique...). Les IC seront incluses dans le projet de soutien aux personnes toxicomanes (voir la partie Offre de soins). Les IC peuvent aussi voir seules certains patients : par exemple, un patient diabétique peut consulter directement l'infirmière pour tout besoin lié à cette problématique.

Les IC soutiennent les médecins dans le suivi des patients ayant des problématiques de santé mentale étant donné que la plupart ont déjà des formations et de l'expérience auprès de personnes avec un trouble de santé mentale (anxiété, risque suicidaire ou démence) :

« Pour les patients avec des troubles dépressifs, par exemple, aigus qu'on veut suivre plus régulièrement. Par exemple, je peux demander à mon infirmière [IC], si je débute une médication, de faire un suivi téléphonique ou un suivi clinique la semaine d'après pour voir comment la médication [agit], s'il y a des effets secondaires, si la médication est bien tolérée, de faire un suivi des symptômes aussi. Donc si le patient va moins bien, ça va me permettre de pouvoir le revoir plus rapidement, selon le besoin. Au contraire, si ça va bien, à ce moment-là, je vais distancer les rendez-vous pour voir des patients qui en ont plus besoin, tout en m'assurant qu'il y ait quand même un lien qui est maintenu avec l'infirmière. » (ND5).

Elles ont aussi accès à l'équipe de santé mentale pour obtenir des conseils ou des référencement vers des ressources extérieures et peuvent accéder, à travers une communauté de pratique d'Infirmière-GMF, à des formations ou des webinaires sur le sujet.

Plus précisément, à chaque début de journée, l'IC et son médecin regardent les dossiers et les raisons de consultation et se partagent alors les patients. Selon le fonctionnement des médecins, un patient vu par une IC pourra quand même être vu par son médecin en fin de consultation. Les patients ont de plus en plus pris l'habitude de prendre RDV avec l'IC directement s'ils savent que celle-ci va pouvoir résoudre leur problème sans le médecin. Elles présentent et expliquent les examens à venir ; elles font aussi de l'éducation du patient et de la prévention telle que l'évaluation des fonctions cognitives, des aides à la vie quotidienne (AVQ) et de la vie domestique (AVD) à domicile :

« [les médecins] sont des partenaires, ils me font confiance que je vais dire [les résultats d'examens] comme il faut. Mais moi je sais qu'il faut aussi que je sois confortable pour le faire. (...) C'est le défi [mettre] des limites [...] Mais on fait tellement de la pratique avancée, puis le lien, des fois, est tellement bon avec le patient que c'est correct que je lui dise. Un patient que je ne connais pas : " Appelle-le donc pour lui dire ", je trouve ça ordinaire. » (ND3).

Le fait d'avoir réduit le nombre de médecins partenaires avec lesquels chaque infirmière collabore de 10 à 3 ou 4 a favorisé la délégation : « *on s'est réparti trois, quatre médecins par équipe, ce qui fait qu'on travaille beaucoup plus à proximité avec nos médecins, beaucoup plus de délégations de travail* » (ND3).

Plusieurs répondants aimeraient augmenter encore le rôle des IC : « *En fait, le désir du chef médical ça serait qu'on soit des infirmières généralistes. Je pense qu'elle veut qu'on soit [...] des infirmières de famille.* » (ND3). Cependant, certaines limites sont présentes : « *La RAMQ fait en sorte qu'on est obligé d'attirer absolument un médecin à un patient. Je pense qu'il y a quand même une logique. (...) De connaître des patients complexes, c'est quand même un gros plus d'avoir quelqu'un qui connaît la personne. Mais pour la majorité des problématiques aiguës, il n'y a pas besoin d'être vu par son médecin. On a besoin d'être vu par un médecin ou par un professionnel qui va régler notre problème.* » (ND3). Les infirmières bénéficient des ordonnances collectives nationales et de plusieurs locales mais ces outils sont peu développés étant donné la facilité à obtenir une prescription d'un des médecins de l'équipe. Toutefois une certaine spécialisation s'est créée au fil du temps, surtout concernant les maladies chroniques. Il y a aussi une infirmière spécialisée dans le suivi en pédiatrie. La pédiatre essaye d'ailleurs de lui faire prendre en charge la majeure partie des enfants non complexes afin de se concentrer sur ceux rencontrant des problématiques plus lourdes.

Les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL)

La collaboration entre les IPSPL et leurs médecins partenaires fonctionne de manière similaire à celle mise en place pour les IC. Le modèle de prise en charge est mixte², mais plus le binôme IPSPL-médecin est ancien, plus la prise en charge devient consultative. Le ratio entre les patients suivis conjointement et les patients suivis en mode consultatif va dépendre des médecins. Aussi, bien que les patients soient obligatoirement inscrits au nom du médecin, les IPSPL peuvent voir de manière autonome les patients qu'elles suivent :

« Quand je regarde sa liste, je vois beaucoup de mes patients, puis elle m'en parle quand il y a des consultations, quand il y a des prescriptions, quand elle n'est pas sûre, quand elle veut que je les vois, mais finalement, on a moins d'interrelations qu'avant. Je trouve ça un peu plate. On s'est dit qu'il faudrait qu'on révise comment on [pratique], mais ça se passe bien pareil. Parce que dans le fond, j'en vois moins. Elle les voit ! [Rires] Mais je ne m'en rends pas compte. » (ND2).

Les IPSPL voient entre 5 à 10 patients par jour. Globalement, et étant donné leur champ de pratique élargi, elles font plus de prise en charge globale et de problèmes de santé courants que les IC qui sont plus axées sur les maladies chroniques. L'une d'entre elles assure aussi le suivi des patients anxieux et est en lien avec la famille du patient afin d'assurer un suivi plus réactif :

« Les gens peuvent avoir accès rapidement. C'est rassurant pour ces gens-là. Ils consultent vite, puis ça évite qu'ils consultent à l'urgence ou au sans rendez-vous. Ils consultent toujours la même personne, donc on garde un petit peu toujours le même cadre. On ne va pas embarquer dans des investigations incroyables parce qu'on les connaît. On sait comment les rassurer. On s'assure qu'on va faire un suivi, donc si j'ai des patients, je vais dire : " Oui, oui, les résultats, je vais vous appeler dans deux jours. " Puis tu sais, je respecte ça. Donc, je leur mets un cadre sécuritaire qui permet de calmer cette anxiété-là, et évite de consommer des soins ailleurs, je pense. C'est souvent des patients que je suis conjointement avec les autres médecins. Donc le patient vient me voir parce que je suis plus accessible et que je le connais. » (ND6).

Le fait d'avoir entre 3 et 4 médecins partenaires implique que selon les spécialisations des médecins, une même IPSPL peut faire de la gériatrie et de la pédiatrie. Les IPSPL font du suivi de grossesse jusqu'à 32 semaines, du suivi de patients anxieux surtout pour réassurance, du suivi des maladies chroniques et de la santé des femmes. L'une d'entre elle est d'ailleurs la référente des résidents pour la pose de stérilets. Elles ont aussi un rôle conseil au niveau des soins infirmiers dont les ordonnances collectives locales, participent à l'élaboration de nouveaux projets ainsi qu'à des projets de recherche.

² Il est possible de distinguer deux grands types de modèles de suivi de la clientèle dans les équipes interprofessionnelles : le modèle de suivi conjoint et le modèle de suivi consultatif. Un modèle est dit conjoint quand les professionnels impliqués prennent conjointement en charge les mêmes patients. À l'inverse, un modèle est dit consultatif quand les professionnels impliqués suivent chacun un groupe de patients et où le médecin, par exemple, est consulté de manière ad hoc quand nécessaire. Source : <http://ipspl.info/clientele.html>

Les IPSPL font du sans RDV de fin de journée ou en journée lorsque le médecin d'un patient n'est pas disponible dans les 72h. Lors du sans RDV de fin de journée, les cas sont triés selon la raison de consultation, ce qui permet que les demandes CSST soient directement orientées vers le médecin par exemple. Ce travail en sans RDV permet aux IPSPL de travailler avec des médecins qui ne sont pas leur médecin partenaire.

Les médecins s'appuient régulièrement sur les IPSPL et sollicitent leur avis, d'autant plus qu'elles ont développé naturellement un rôle pivot dans l'équipe.

« Par exemple, mon médecin qui travaille surtout en gériatrie, les problèmes gynéco, obstétriques, lui ce n'est vraiment pas sa tasse. Donc des fois, pour une de ses patientes, je vais demander conseil à l'autre de mes médecins qui, elle, travaille en gynéco-obstétrique. Souvent, je suis un peu comme un pivot ou en tout cas, une courroie de transmission d'informations. C'est apprécié aussi. Ils n'iront pas nécessairement demander l'information directement à l'autre, mais moi, vu que je suis déjà en relation pratiquement quotidienne ou en tout cas, à chaque semaine avec ce médecin-là, ça se fait naturellement, puis ça s'intègre à l'intérieur de l'espace de collaboration qui est déjà présent. Ça devient facilitant aussi pour les quatre. Ils sont un petit peu malgré eux en relation [...] Même chose pour les médecins spécialistes : on a des spécialistes qui viennent. Puis comme on est là tout le temps, on les croise, on les voit, on leur parle. Comme il y a des médecins qui ne sont jamais là les mêmes jours que ces spécialistes, ils ne les connaissent pas. Des fois, justement, le médecin me demande : " Pourrais-tu aller poser une question à [nom d'un spécialiste]" C'est comme ça que ça marche, la proximité. » (ND4).

Le travail horizontal entre les IC et les IPSPL est peu fréquent étant donné leur arrimage vertical avec leur médecin partenaire. Les IPSPL réfèrent des patients pour certaines prises en charge comme l'éducation du patient pour le diabète ou auprès de l'infirmière abécédaire pour les enfants. Leur collaboration est plus intense lorsque les médecins partenaires ne sont pas présents, puisque les IPSPL peuvent aider à la prescription. Enfin, ces dernières se placent comme formatrices, soit auprès des IC mais aussi des IA. Pour les IA, elles leur réfèrent les cas de vaccination, mais donne une rétroaction suite au triage afin qu'elles fassent un lien entre les symptômes et le diagnostic.

Médecins

Suite au développement de la place des IC mais surtout suite à l'intégration des IPSPL, les pratiques des médecins ont évolué : « Il y a eu une coche aussi avec l'arrivée des IPS. Quand je faisais ma résidence, il n'y avait pas d'IPS. Elles sont arrivées après. Je pense que [prénom de l'IPSPL] est arrivée après que j'aie un an de pratique. Elles peuvent faire beaucoup plus de choses, et ça a vraiment aidé pour l'interdisciplinarité. » (ND1). Certains ont fait le choix d'augmenter leur panel de patients. D'autres se concentrent alors sur les cas de santé mentale, en lien avec

l'équipe spécialisée de santé mentale, ou les patients ayant une multimorbidité, les patients plus âgés : *« chacun [fait] un peu ce pour quoi il est le meilleur. (...) Par exemple, pour faire le diagnostic, établir les plans de traitement, c'est sûr que je vais solliciter l'avis de l'infirmière, mais je pense que c'est un travail surtout médical. Pour faire le suivi après ça, faire le counseling pour les habitudes de vie, donner des conseils, etc., je vais en donner un peu, parce que je veux avoir une bonne relation avec mon patient, puis je pense que les patients s'attendent à ça aussi de leur médecin, mais c'est quelque chose qui peut être fait en multidisciplinarité » (ND1).*

Tel que mentionné précédemment, les médecins omnipraticiens concentrent leur pratique sur une population ou une problématique de santé en particulier. Certains voient jusqu'à 40% de patients en santé mentale ayant des problématiques plus complexes et dans ce cas, font les consultations de santé mentale et laissent les consultations santé physique à l'IC. *« Souvent, la particularité c'est que je suis aussi le médecin de famille des patients. On n'est pas là pour régler le problème de santé mentale, puis un coup que ce sera réglé, la personne retournera... Il y a des patients que je suis pendant des périodes de peut-être trois, quatre, cinq, six mois aux deux semaines ou aux trois semaines pour leur problème de santé mentale. Après ça, ils vont mieux puis je les vois à chaque année. Je continue à être leur médecin de famille. D'où l'importance, je pense, de la relation. » (ND7).*

C'est d'ailleurs cette thématique qui permet le plus d'interdisciplinarité, en lien avec l'équipe de santé mentale : *« Quand il y a des besoins plus particuliers, je peux suivre certains patients conjointement avec la travailleuse sociale, dont des cas de contexte social difficile. Des fois, ça va être des suivis conjoints de dépression ou de trouble anxio-dépressif dans un contexte psychosocial particulier. Ou quand il y a une dynamique familiale problématique, des fois, ça va être plus en partenariat avec la travailleuse sociale ou avec la psychologue » (ND5).*

Équipe santé mentale

Pour les patients qui ont des problèmes de santé mentale plus lourds, l'UMF compte une équipe plus spécialisée. L'équipe est essentiellement composée d'une psychologue, d'une travailleuse sociale, de deux omnipraticiens ayant une clientèle nombreuse en santé mentale et d'un psychiatre répondant. Ce dernier est présent les jeudis après-midi, jour de leur réunion de discussion de cas à laquelle tous les cliniciens de l'UMF-GMF peuvent participer mais qui a surtout un but de formation des stagiaires et résidents :

« Les patients, habituellement, sont rencontrés en entrevue avec une caméra, puis le psychiatre, [et les autres professionnels] sont dans une autre salle, et ils observent l'entrevue. On peut assister à ces rencontres-là, on peut participer aux échanges. Des fois, ça peut nous aiguiller dans notre plan clinique : pour ce patient-là, mettre des stratégies en place. C'est un peu informel, selon les besoins qu'on a. C'est quand même assez libre.

Les autres moyens : c'est sûr qu'on collabore avec les autres comme la travailleuse sociale, des fois, à qui on réfère des cas. » (ND4).

« Parce que c'est une équipe : je leur présente le cas, où je suis rendue, quelles sont mes attentes. Tu sais, est-ce que j'ai besoin de savoir le diagnostic? Est-ce que je veux des options pour les médicaments? Qu'est-ce que vous suggérez comme thérapie? Vraiment cibler mon besoin. Ils évaluent le patient, puis ils reviennent avec la réponse. » (ND6).

Cependant, lorsque le cas d'un patient nécessite une discussion avec l'équipe de santé mentale, le cas est souvent porté par un médecin ou l'IPSPL plutôt qu'une IC étant donné la complexité.

Les médecins et les IPSPL utilisent régulièrement les conseils de l'équipe de santé mentale, même s'ils manquent de temps pour participer aux rencontres du jeudi. La psychologue et la travailleuse sociale font quelques suivis conjoints de patients référés par les médecins ou les IPSPL; ils agissent principalement comme soutien aux autres professionnels. « *J'ai beaucoup appris à force de travailler avec, justement, la psychologue, la travailleuse sociale. Je suis devenu un meilleur médecin parce que je me suis un peu approprié un autre point de vue où je peux penser autrement.* » (ND1).

L'équipe santé mentale fait peu de prise en charge de patients qui sont alors référés vers le CLSC. L'équipe de santé mentale peut offrir ses conseils également dans le cas de référencement des patients vers des ressources extérieures si cela apparaît nécessaire :

« Je vous dirais qu'en général, quand on réfère un patient à la travailleuse sociale ou à la psychologue, c'est rare qu'on ne leur en parle pas de vive voix. Des fois, elles vont nous suggérer, par exemple, d'autres ressources qui vont être plus des ressources locales, en fait, via le CLSC, par exemple, parce que nos patients ne sont pas tous du secteur. Il y a des patients qui viennent d'ailleurs, pour qui, par exemple, le transport est problématique. Elles vont nous aider, elles vont nous diriger vers les ressources appropriées. Elles ne les verront pas tous systématiquement, mais elles vont nous aider à les diriger aux bons endroits, finalement. Puis si nécessaire, elles vont les voir aussi puis elles vont faire des suivis conjoints, le temps nécessaire. » (ND5).

Les corridors de services entre la première et deuxième ligne semblent plutôt efficaces et ce grâce au travail de certains médecins dans ces structures les jours hors UMF-GMF. L'équipe de santé mentale est aussi très présente pour l'enseignement et prend de nombreux stagiaires et résidents et montent des projets de recherche. Cependant, et bien qu'elles suivent toutes des patients ayant des problématiques de santé mentale, les infirmières ne sont pas représentées dans l'équipe attachée à ces problématiques étant donné qu'elles ne sont pas spécialisées en santé mentale et un informateur s'interroge sur la pertinence de changer cette situation.

Les résidents

Du fait de sa mission d'UMF, l'enseignement joue un rôle important. L'équipe de l'UMF-GMF encadre et forme les étudiants. En début de pratique, les résidents prennent de 2 à 3 patients à l'automne puis, à la fin de l'année, ils en ont de 6 à 7 par demi-journée. Les résidents (R2) donnent leurs consultations avec des infirmières comme référents concernant majoritairement dans le cadre de maladies chroniques afin d'arrimer les actes pouvant être délégués : « (...) ça fait partie aussi de leur évaluation d'être capable de collaborer avec tout le monde de façon unanime, disons. » (ND5). Ils participent au sans-RDV de journée si le médecin d'un patient n'a pas de plage horaire disponible.

Collaboration

Collaboration interne

Facilitateurs

La collaboration interne entre les cliniciens de différentes disciplines de l'UMF-GMF Notre-Dame a été développée dans le but d'augmenter l'accessibilité, résultat que beaucoup de cliniciens perçoivent. « Ça fait 3 ans que je travaille ici. Au début, tu veux faire un peu tout. Puis après, de déléguer les choses qui peuvent être déléguées ou d'aller vers d'autres formules là où je peux gagner un peu de temps, parce que j'ai de plus en plus de patients aussi, bien, c'est le genre de formule que je pense que je vais adopter » (ND1). La composition des micro-équipes IC-MD et IPSPL-MD ont été déterminées principalement selon l'ordre d'arrivée dans l'équipe et ont évolué au moment du passage de 10 médecins partenaires à 3 ou 4 par infirmières. Au-delà de l'accessibilité, c'est la qualité des soins qui est visée puisque : « Des fois, de travailler à deux cerveaux, c'est plus efficace, puis des fois, c'est ce qu'on recherche aussi. Il y a certains cas complexes où avant de prendre une décision finale par rapport à un certain plan ou des interventions, on va se concerter d'emblée. » (ND4). Le fait de se référencer des patients au sein de l'équipe de l'UMF-GMF permet d'augmenter les rétroactions et les conseils.

La collaboration va au-delà de la prise en charge, puisque tous les professionnels sont consultés lors d'une réunion mensuelle. Ils participent aussi au comité pédagogique et au comité de gestion. Cependant, la collaboration quotidienne est très informelle. Les cliniciens se parlent régulièrement des patients, sans passer par l'écrit ; ils dînent tous ensemble, personnel clérical compris et l'ambiance est bonne et non hiérarchique :

« Puis les portes sont ouvertes ici. On se promène dans le corridor, si la porte est ouverte, c'est comme un signal : " Je peux aller te parler ". Puis ils nous le disent : " Venez me déranger. Porte ouverte, il n'y a pas de problème ". Dans le fond, ce que je dis, c'est que ça fonctionne mieux quand les gens se connaissent parce qu'ils [les gestionnaires] disent : " Là, tu vas travailler en interdisciplinarité ", mais avec la personne qui est au CLSC à côté, que t'as jamais vue de ta vie. Tu vas faire de l'interdisciplinarité avec le département de psychiatrie de l'Hôpital [nom de l'hôpital] ou du monde que je ne connais pas, des places

où je n'ai jamais mis les pieds : il n'y en aura pas, d'interdisciplinarité, il n'y a pas d'équipe. (...) Quand on parle de travail en équipe, tant qu'à moi c'est avec du monde que je connais. Puis présentement, avec toutes ces réformes dans le système de santé, c'est : « l'interdisciplinarité, ça fonctionne bien, on va faire travailler le monde, on va élargir les équipes. » Mais à un moment donné, tu ne peux pas comme élargir les équipes, ça prend une cohésion. (...) Quand on nous demande de travailler en équipe avec du monde qu'on va croiser une fois par mois dans des réunions, puis s'écrire des emails, moi, je n'y crois pas ! Je n'y crois pas. C'est vraiment une limite, un défi. » (ND1).

La collaboration avec les agents d'accueil et les secrétaires est primordiale puisque la satisfaction des patients, l'augmentation de l'accessibilité et la trajectoire optimale du patient au sein de l'équipe dépendent de la qualité de leur travail. C'est pourquoi, dès l'intégration des nouvelles personnes, le mode opératoire organique concernant la communication est décrit, et assumé comme un élément à conserver et porteur d'une « culture » d'organisation. La collaboration a été intégrée comme critère d'évaluation des résidents ; le fait d'être un milieu d'enseignement amène ceux-ci à collaborer avec beaucoup de professionnels différents.

Obstacles

Concernant la prise en charge, seuls les médecins ayant signé une entente de partenariat avec des IPSPL sont rémunérés pour leur soutien. Cependant, le fait de croiser les pratiques – c'est-à-dire que les IPSPL puissent voir les patients des médecins pendant leur absence ou faire le suivi des laboratoires – motivent les médecins non-partenaires à soutenir occasionnellement les IPSPL ou les autres infirmières. Toutefois, le fait de travailler en micro-équipe ou sur des spécialisations (pédiatrie, diabète, etc.) représente un défi : *« on n'est pas très remplaçables. C'est le grand défi, je vous dirais, de l'infirmière GMF : elle est dure à remplacer parce que [ses tâches sont] individualisées. Même moi, aller remplacer [Nom d'une autre participante], je fais à peu près la même chose qu'elle dans la vie, mais la connaissance qu'elle a de ses patients, la confiance qu'elle a avec son médecin... »* (ND3).

Actuellement, la prise en charge est organisée autour de micro-équipes où chaque médecin est attribué à une infirmière ou une IPSPL ; cela fait, qu'étant donné les temps partiel de travail des médecins, chaque IPSPL ou infirmière collabore avec plusieurs médecins. Cependant, les infirmières et les IPSPL collaborent peu entre elles. Plusieurs besoins populationnels en discussion pourraient permettre cette collaboration : une clinique de santé des femmes ou le principe d'une infirmière de famille pour assurer la continuité avec l'équipe pédiatrique concernant les adolescents et jeunes adultes sans problèmes de santé majeur.

Le mode opératoire de sélection et d'attribution de tel professionnel pour tel patient, particulier à l'UMF-GMF, est limité par le roulement important du personnel clérical, surtout des agents d'accueil ; cette situation est préoccupante, ces derniers étant garants du bon fonctionnement

du modèle de prise en charge via l'algorithme, et contraint à former régulièrement de nouvelles personnes.

Enfin, le dossier informatique est un problème qui devrait être résolu prochainement avec le déploiement d'un nouveau système. Le système actuel est lent et ne permet pas de chercher des informations puisque seules des images scannées des notes informatiques imprimées sont disponibles. Les pannes sont nombreuses ainsi que le risque d'erreur. La perte de temps est d'autant plus grande qu'il n'existe pas de logiciel commun pour la prise de rendez-vous et le dossier du patient. De plus, les médecins et les autres professionnels (prêtés par le CISSS) n'utilisent pas le même logiciel de prise de rendez-vous. Enfin, le scannage des notes est loin d'être réactif :

« (...) quand on parlait d'une embûche au niveau de la collaboration, en voici une : des fois, un de mes médecins partenaires peut rencontrer un patient la veille, puis le patient rappelle le lendemain pour avoir des informations, mon médecin partenaire n'est pas à la clinique parce qu'il travaille dans un autre milieu. Le patient me pose des questions sur les interventions qui ont été posées la veille. Moi, je n'ai aucune information de ce qui a été prescrit. Je me fie un peu à ce que le patient me dit, mais souvent, les patients, c'est déformé, le nom des examens ou tout ça. Je trouve que c'est un gros défi dans la pratique. J'espère que l'informatisation va peut-être être plus fluide pour nous aider, justement, à augmenter la qualité des soins, augmenter la sécurité pour les patients parce que des fois, ils peuvent avoir des suivis qui se perdent à travers d'autres [suivis] » ND4.

L'augmentation de la collaboration interne a donc permis, avec l'arrivée des IPSPL, d'augmenter rapidement le nombre de patients inscrits. De manière générale, les patients ont bien accepté, à l'exception de certaines personnes plus âgées, de voir les infirmières plutôt que leurs médecins quand ils ont réalisé que les professionnels d'une micro-équipe communiquaient entre eux et qu'il n'y avait pas de perte d'information ni de visites inutiles :

« On a dû expliquer aux patients d'enlever le réflexe de " Je vais appeler à la clinique pour prendre rendez-vous avec mon docteur. Je vais appeler à la clinique pour avoir un rendez-vous avec quelqu'un qui peut s'occuper de moi. Puis s'il faut vraiment que ce soit mon docteur qui s'en occupe, à ce moment-là, ce professionnel va mettre mon docteur au courant. ". Tu sais, d'avoir le sentiment que les choses vont être bien faites quand même, – parce qu'elles le sont – ça a été compris par certains patients. » (ND1).

« On essaie de leur expliquer qu'il n'y a plus l'idée d'appartenance avec une seule personne, mais qu'ils sont ici pour recevoir des soins quand ils en ont besoin. Puis je pense que du moment où ils ont goûté une fois au sans rendez-vous quand ils en ont eu besoin, ils comprennent rapidement, dans le fond, tout le côté positif de pouvoir voir quelqu'un au moment où ils en ont besoin, même si ce n'est pas leur médecin. Beaucoup de mes patients vont utiliser le sans rendez-vous, ils vont voir mes collègues. » (ND3).

Collaboration de l'équipe avec des partenaires

La collaboration avec des professionnels ou des structures extérieures à l'UMF-GMF est plus faible étant donné que beaucoup de ressources sont déjà présentes à l'interne. Les IC réfèrent auprès de nutritionnistes-diététiciens, ou vers les ressources en cardio-métabolique. Pour la périnatalité, l'infirmière est en lien avec le CLSC concernant les problèmes d'allaitement, elle travaille conjointement avec l'infirmière pivot de la communauté et réfère en physiothérapie périnéale. Plusieurs clients de l'UMF-GMF leur ont été référés par des spécialistes du CHUM étant donné qu'ils en dépendaient auparavant. Maintenant, leur principal partenaire est le CIUSSS, qui leur prête les ressources en professionnels non-médecins.

Obstacles

La plupart des cliniciens de l'UMF-GMF regrettent ne pas avoir suffisamment de rétroactions puisqu'il s'agit davantage d'un référencement que d'un suivi en collaboration. De plus, le système de référencement n'est ni centré sur le patient ni uniforme et varie d'un endroit à l'autre. Chaque structure utilise son propre formulaire et son propre mode de transmission. Si le référencement n'est pas bien rempli ou transmis adéquatement, le patient est renvoyé. Dans certaines structures, c'est le patient qui doit lui-même prendre son RDV avec sa prescription, mais dans le cas où il n'est pas absolument nécessaire que le patient fasse la demande de consultation lui-même, c'est la secrétaire de l'UMF-GMF qui s'occupe des longs formulaires de référencement. Enfin, le système informatique au Québec n'est pas adapté aux IPSPL et leur pose parfois problème pour recevoir les résultats ou les suivis suite à une référence vers l'extérieur.

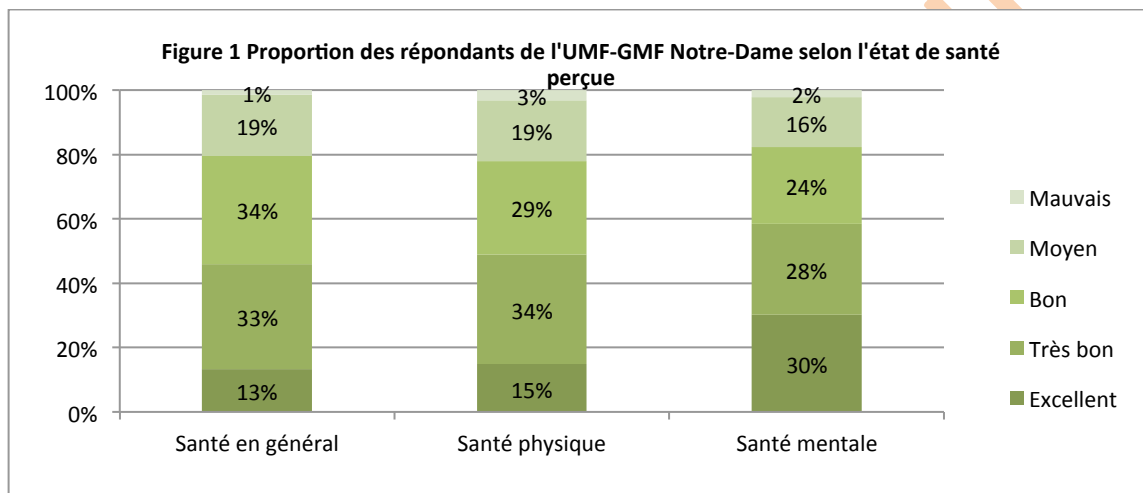
Profil des patients ESPI de l'UMF-GMF Notre-Dame

Pour le projet ESPI, 409 patients de l'UMF-GMF Notre-Dame, recrutés entre le 22 juin 2015 et le 14 juin 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 deux ans avant de fréquenter l'UMF-GMF Notre-Dame. Ce questionnaire portait sur 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 (65%) et l'âge moyen des répondants est de 43 ans. Plus de la moitié des répondants sont conjoints de fait, vivent en union libre ou sont mariés (61%); ont un diplôme universitaire (56%) et travaillent à temps plein (51%). La grande majorité des répondants sont nés au Canada (88%) et parlent français à la maison (97%). Par ailleurs, la majorité des répondants se considèrent à l'aise financièrement ou avec des revenus suffisants (88%) et plus de la moitié (60%) des

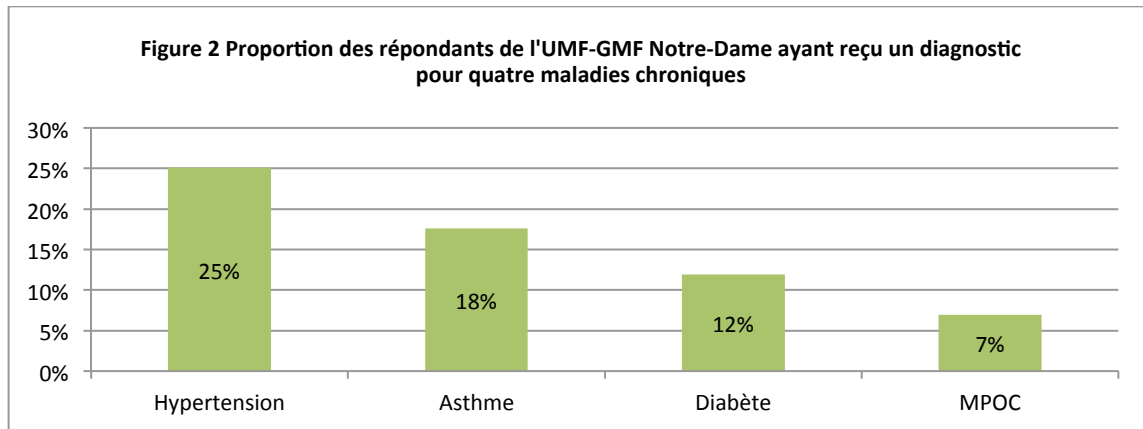
répondants ont un revenu annuel du ménage avant impôt de 55 000 \$ et plus³. Enfin, plus de la moitié des répondants rapportent avoir un régime d'assurance privé ou collectif qui rembourse en partie ou en totalité les médicaments (72%), les soins dentaires (52%) ou des services complémentaires comme de la physiothérapie ou des examens diagnostiques (69%).

État de santé. Près de la moitié des répondants de l'UMF-GMF Notre-Dame considèrent avoir une très bonne ou une excellente santé en général (46%) (Figure 1). En comparaison, cette proportion est de 58,6% dans la population québécoise [2]. Plus précisément, 49% des répondants considèrent avoir une très bonne ou excellente santé physique et plus de la moitié rapportent avoir une très bonne ou excellente santé mentale (58% vs 74% dans la population québécoise [3]).

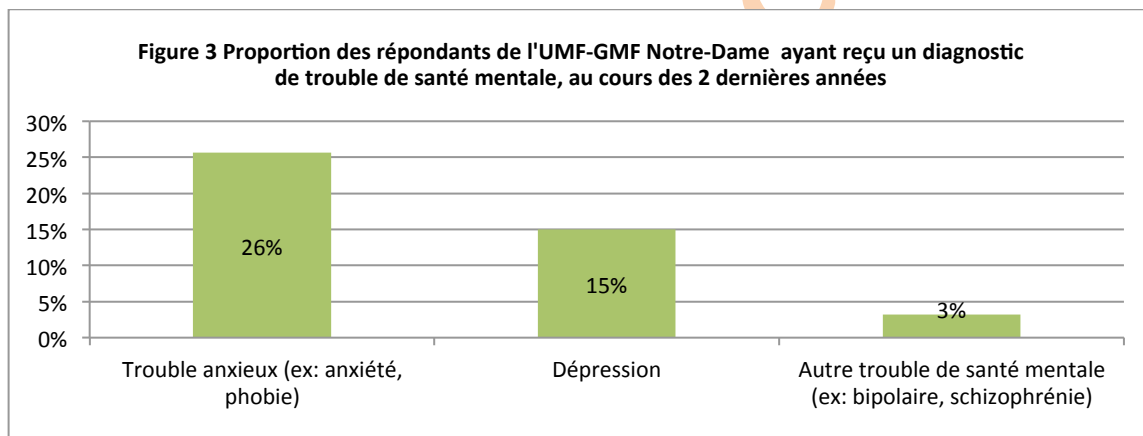


En ce qui concerne les maladies chroniques (figure 2), les données montrent que 25% des répondants de l'échantillon ont reçu un diagnostic d'hypertension, 18% un diagnostic d'asthme et 12% un diagnostic de diabète, des proportions nettement plus élevées que ce que l'on retrouve dans la population québécoise (17,4%, 9,1% et 6,7%) [4-6]. Le taux de MPOC chez les répondants (7% vs 4,5%) est légèrement plus élevé [7].

³ À titre indicatif, le revenu total médian au Québec en 2013 était de 56 200\$ selon l'Institut de la statistique du Québec[1].



Près du tiers (31%) des répondants ont déclaré avoir reçu, au cours des 2 dernières années, un diagnostic pour un trouble de santé mentale. Plus précisément, 26% des répondants auraient reçu un diagnostic de trouble anxieux, 15% de dépression et 3% d'un autre trouble (ex : trouble bipolaire ou schizophrénie) (figure 3)⁴.



Besoins non comblés⁵. Chez les répondants pour lesquels la source habituelle de soins est l'UMF-Notre depuis plus de deux ans, les résultats indiquent que 23% ont rapporté avoir ressenti le besoin de consulter un médecin ou un professionnel de la santé sans en avoir vu un au cours des deux dernières années. À titre indicatif, les autres milieux participant au projet ESPI ayant une structure organisationnelle et/ou une offre de soins et services comparables varient

⁴ 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].

⁵ 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. 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].

entre 23 et 33%. Des 23% ayant ressenti des besoins non comblés au cours des deux dernières années, d'une part moins de la moitié (44%) estimait consulter pour un problème urgent. D'autre part, 70% 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

Annexe 1

Tableau XX Caractéristiques sociodémographiques des répondants ^{ab} (N=409)					
Sexe	Homme	35%	Langue parlée à la maison	Français	97%
	Femme	65%		Anglais	2%
Groupe d'âge	moins de 18 ans	6%	Occupation principale (+18 ans)	Autre	1%
	18-24 ans	4%		Travailleur temps plein	51%
	25-34 ans	15%		Travailleur temps partiel	9%
	35-44 ans	19%		Prestataire aide social	2%
	45-54 ans	17%		Étudiant	4%
	55-64 ans	21%		À la maison	3%
	65 ans et plus	19%		Retraité	23%
Statut matrimonial (+18 ans)	Célibataire	24%	Perception situation socioéconomique	Congé temporaire du travail	6%
	Conjoint(e) de fait, union libre ou marié(e)	61%		Autre	2%
	Divorcé(e) ou séparé(e)	11%		À l'aise ou revenu suffisant	88%
	Veuf (ve)	4%		Pauvre ou très pauvre	13%
Lieu de naissance	Canada	88%	Revenu du ménage avant impôt	Moins de 15 000 \$	8%
	Extérieur du Canada	12%		15 à 25 000 \$	6%
Temps vécu au Canada	Moins de 15 ans	33%		25 à 35 000 \$	9%
	15 ans et plus	67%		35 à 55 000 \$	18%
Niveau de scolarité (+18 ans)	Secondaire non complété	9%	Assurances privées ou collectives ^c	55 000 à 75 000 \$	17%
	Secondaire complété	8%		75 000 à 100 000 \$	13%
	Diplôme d'étude professionnel	9%		100 000 \$ et plus	30%
	Collégial	17%		Médicaments	72%
	Universitaire	56%		Soins dentaires	52%
	Autre	1%		Services complémentaires ^{-Ex:} examens diagnostiques, psychologue, physiothérapeute	69%

^a Seules les réponses valides sont présentées.

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

^c Catégories non exclusives.

Références

1. Institut de la Statistique du Québec, *Revenu médian, revenu total, ménages, Québec, 2012-2013*. 2016, Gouvernement du Québec. Lien vers le document: http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/revenu/mod1_hh_1_2_5_0_.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, *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>
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, *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>
7. 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>
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
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
<http://dx.doi.org/978-2-550-51103-8>

Contact

Mélanie Perroux

Melanie.perroux@umontreal.ca

Responsable d'unité de recherche,
Institut de Recherche en Santé Publique,
Faculté des Sciences infirmières,
Université de Montréal

Pour citer ce rapport

Contandriopoulos D., Duhoux A., Perroux M., Lachapelle K., Laroche D. & Lardeux A. (2017, v2). *UMF-GMF Notre-Dame, Descriptif de milieu*. Projet de recherche ESPI. Montréal.

Travail en cours