



ÉQUIPE
DE SOINS
PRIMAIREs
iNTÉGRÉS

Rapport descriptif

Clinique Familiale des Hauts-Bois

28 mars 2017

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

Sommaire

Sommaire	2
Introduction et objectifs du rapport.....	3
Méthodologie	3
La Clinique Familiale des Hauts-Bois	4
Origine	4
Gouverne et financement	5
Valeurs	6
Des données probantes pour optimiser la clinique	6
Une équipe sur un pied d'égalité	7
L'engagement envers la communauté	7
Offre de soins et services	8
Équipe de la clinique des Hauts-Bois et collaborateurs	9
Effectifs de la Clinique Familiale des Hauts-Bois	9
Rôle et modèle de prise en charge	9
Collaboration.....	13
Collaboration interne	13
Collaboration externe.....	15
Collaboration avec des pharmaciens.....	15
Profil des patients ESPI	17
Références.....	21

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 la Clinique Familiale des Hauts-Bois. 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 la Clinique Familiale des Hauts-Bois, 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 la Clinique Familiale des Hauts-Bois 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 analyses sont encore en cours, plusieurs informations sont donc incomplètes.

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 deux sources différentes. Premièrement, des entrevues semi-dirigées individuelles (n=6) réalisées auprès de différents informateurs clés choisis pour leur connaissance des origines, du fonctionnement et des services offerts par la clinique : médecins et infirmières techniciennes (IT), cliniciennes (IC) et infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL). De même, des notes d'observation non participantes ont été collectées lors de journées cliniques entre octobre 2015 et mars 2016.

Deuxièmement, 603 patients, recrutés entre le 26 octobre 2015 et le 31 mars 2016, ont complété un questionnaire sur leur expérience de soins et sur leur état de santé. Ce questionnaire tenait compte de trois situations différentes caractérisant leur relation à la Clinique Familiale des Hauts-bois, selon qu'elle :

1. est leur source habituelle de soins depuis moins de deux ans (situation 1, n=137),
2. est leur source habituelle de soins depuis plus de deux ans (situation 2, n=383),
3. n'est pas leur source habituelle de soins (situation 3, n=83).

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

1. les deux années avant que la Clinique Familiale des Hauts-bois devienne leur source habituelle de soins (situation 1),

2. 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 fait d'être suivi à la Clinique Familiale des Hauts-bois est associé à une amélioration de l'accessibilité, de la globalité et de la 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.

La Clinique Familiale des Hauts-Bois

Origine

Il y a une dizaine d'années, l'avenir de la Clinique Familiale des Hauts-Bois était incertain. Le départ de plusieurs médecins a causé une remise en cause du fonctionnement de la clinique. À l'époque, le seul moyen envisageable, par l'équipe, pour sauver la clinique était de rassembler plusieurs médecins en formant un GMF. En 2009, la Clinique Familiale des Hauts-Bois devient le GMF Marguerite d'Youville en association avec la Clinique médicale de Boucherville. Les heures de clinique et l'équipe GMF sont partagées (voir paragraphe Collaboration). Par la suite, la clinique a subi de grands changements du fait de l'informatisation des dossiers des patients, de l'informatisation de la communication avec les patients et de la prise de RDV. En 2 ans, les dossiers des patients ont tous été numérisés. L'espace vide des archives a permis l'aménagement de nouveaux bureaux pour les professionnels. De plus, les secrétaires attribuées à chaque médecin, n'ayant plus à préparer les dossiers, ont pu se charger des communications qui étaient alors effectuées par des réceptionnistes. Le médecin responsable de la clinique estime aujourd'hui à 70% le volume de la communication par courriel entre les patients et le personnel de la clinique.

Suite à l'informatisation des dossiers patients, la Clinique Médicale de Ste-Julie s'est jointe au GMF mais le site de la Clinique Médicale de Boucherville s'est séparé du GMF pour fonder le GMF des Iles-Percées à Boucherville. D'autres changements ont été effectués récemment dans l'organisation du travail des médecins afin d'augmenter l'accès aux soins et la productivité. Depuis environ un an, les médecins ont adopté l'Accès adapté comme mode d'organisation de leur pratique. Des périodes libres chaque jour de bureau sont réservées dans l'agenda pour les rendez-vous de dernière minute. Ces plages libres ne peuvent être utilisées pour des rendez-vous pris plus de deux semaines d'avance : *« L'accessibilité des patients à l'offre de soins et de services de la clinique est très importante. Le nombre de patients est important, mais on veut instaurer le filet de sécurité : (...) quand il y a une demande qui vient d'un de nos patients, comment est-ce qu'il fait pour être pris en charge [quand son médecin est absent] »* (SJ 5).

Par ailleurs, dans les cas d'ajustement de médicaments, pour libérer le temps des cliniciens et patients, les professionnels ne voient plus systématiquement ces derniers. Par exemple, dans le cas d'ajustement d'insuline ou pour le suivi de l'hypertension, le patient envoie ses résultats par courriel, par fax ou en se rendant directement à la clinique. Une fois les résultats analysés, les professionnels contactent le patient par téléphone pour faire un état de la situation. En plus de limiter le nombre de rendez-vous pour le patient, il s'agit pour les professionnels de la clinique d'une « *façon d'optimiser aussi le rendement pour voir plus de patients* » (SJ 3).

Gouverne et financement

Les deux cliniques du GMF Marguerite d'Youville partagent le même cadre de gestion ; les effectifs GMF, les heures d'ouverture le soir et les jours fériés du sans RV ainsi que le financement sont divisés entre les cliniques selon le prorata des patients. Toutes les décisions ou orientations concernant le cadre de gestion sont prises par les deux cliniques. Des rencontres sont régulièrement organisées à cet effet. À l'extérieur de ce cadre de gestion, les cliniques fonctionnent indépendamment à l'interne.

La Clinique Familiale des Hauts-Bois a une structure légale de type « société en nom collectif ». Il n'y a pas de médecin propriétaire. Il y a toutefois un médecin responsable qui assume individuellement la responsabilité du bail. Pour le reste il s'agit d'un groupe de médecins qui partagent leurs frais et leurs revenus sur le mode du « *pool* » sans que quiconque en tire profit. Les frais de bureau sont partagés selon l'utilisation des ressources du médecin et tous les six mois une analyse du nombre de jours travaillés par le médecin est faite afin de définir son « poids » comme équivalent temps-plein (ETP). L'ajout de nouveaux médecins permet dans cette logique de diminuer les frais de cabinet en élargissant le partage des coûts fixes. Aux frais de cabinet s'ajoutent aussi les coûts de la rémunération des infirmières techniciennes si les médecins souhaitent collaborer avec elles. « *Le docteur travaille à l'acte, mais s'il sait qu'il paie [loyer et autres frais de bureau] à la hauteur des efforts qu'il fait, ça ne le dérangera pas. C'est la manière de justifier le travail à l'acte : plus tu fais d'actes, plus tu coûtes cher à la clinique, et plus ta part mensuelle sera élevée. Il y a une équité là-dedans. (...) c'est correct, je vais payer plus car j'utilise plus les ressources de la clinique, mais j'ai plus de revenus.* » (SJ 5).

Aussi, pour réduire leurs frais, quelques bureaux sont loués à des professionnels de la santé : orthophoniste, orthoprothésiste, psychologues, neuropsychologue, sexologue, nutritionniste. Les patients inscrits à la Clinique peuvent consulter ces professionnels et la collaboration entre eux et les cliniciens de la Clinique Familiale des Hauts-Bois se limite aux références qui leur sont faites directement par les médecins. Le GMF bénéficie en intramuros de services publics de psychologie et de nutrition auprès desquels les patients, ne pouvant se payer des services privés, sont principalement référés. Les référencement vers les ressources privées sont utilisés par les professionnels du GMF pour libérer des plages de rendez-vous des psychologues et nutritionnistes publics établis au sein du GMF qui subissent déjà beaucoup de pression concernant l'accessibilité.

Un comité de gestion est composé du médecin responsable, de deux autres médecins et de la gestionnaire. Le médecin responsable, considérant que son nom figure sur le bail, est membre permanent du comité de gestion. À chaque année, le mandat d'un des trois médecins vient à échéance

afin d'assurer à la fois le suivi des projets et la participation de tous à la gestion. Ils se rencontrent mensuellement pour tout ce qui concerne les décisions administratives et procèdent, tous les six mois, à l'analyse des coûts d'utilisation des ressources de chacun des médecins. Les changements, orientations, les dépenses/investissements ou autres décisions importantes sont d'abord présentées, discutées et décidées par l'ensemble des médecins au cours d'une rencontre.

Valeurs

Lors des entrevues avec les professionnels, 2 valeurs communes sont ressorties presque systématiquement : d'une part l'optimisation de la clinique à tous les niveaux (la pratique, le financement, etc.) permise par l'utilisation des données probantes et, d'autre part l'importance de chacun des membres de l'équipe.

Des données probantes pour optimiser la clinique

Les données du Rapport d'organisation des services de la patientèle inscrite (ROSPI) envoyé par le ministère sont utilisées afin d'analyser le taux d'inscription des patients par médecin. Ces données sont analysées pour chacun des médecins de la clinique selon le nombre de patients, le nombre de journées de bureau et selon le type de pratique exercé par le médecin (collaboration avec une infirmière ou non). À la suite de quoi, les médecins prennent la décision d'augmenter ou de diminuer le nombre de patients inscrits ou même d'augmenter ou diminuer le nombre de journées de bureau. Le but de ces analyses est d'offrir le meilleur accès aux patients. « *Tout le monde travaille plus pour faire en sorte de voir plus de patients [...] faut que ce soit fait de la bonne façon* » (SJ 5). En se basant sur l'agenda et la prise de rendez-vous, l'équipe clinique analyse les données d'assiduité pour améliorer les pratiques. Cette approche était déjà en place avant la Loi 20. Par exemple, il est arrivé qu'un médecin ait un nombre élevé de patients inscrits, mais n'offrait pas assez de plages de rendez-vous pour les voir et les voyait lors de ses quarts de sans rendez-vous (SRV) avec une infirmière. Ceci limitait considérablement les plages disponibles au SRV pour les autres patients qui devaient voir un médecin en mini-urgence et limitait l'accès aux soins de première ligne. Le médecin fut rencontré et, préférant une pratique solo, il a quitté la clinique avec ses patients inscrits et pratique désormais ailleurs.

L'équipe utilise donc le plus possible les données disponibles pour ajuster son fonctionnement « *pour voir ce qu'on a à changer au niveau de notre pratique, pour l'adapter. En faisant des analyses de groupe, on est capable de regarder ce qu'en tant que groupe, il faut faire pour être plus efficace. [...] Dans le fond, c'est utiliser les données probantes pour dire : on devrait s'en aller vers ça parce que c'est comme ça qu'on devrait organiser notre pratique.* » (SJ 5).

Une évaluation annuelle permet d'optimiser les capacités du personnel. Même s'il arrive à l'occasion qu'il y ait des différents entre les membres, ils sont souvent réglés entre les parties concernées, l'évaluation est une façon de travailler sur les failles et de récompenser par une augmentation en fonction de leur degré de performance. « *On a une évaluation annuelle du personnel qui est faite, et les*

bonis, c'est au moins l'indice des prix à la consommation qui est donné en augmentation, plus un boni qui peut aller jusqu'à 2 % de plus [dépendant de l'évaluation que les médecins font de leur secrétaire] » (S) 6).

Outre les analyses, il y a aussi la volonté d'optimiser les ressources, en se basant sur les champs de pratique et l'expérience des infirmières. Ainsi ce sont des infirmières techniciennes qui assurent la collecte de données lors du sans rendez-vous et non les infirmières cliniciennes qui peuvent alors se consacrer à des suivis plus long terme de maladies chroniques.

La volonté d'optimiser la clinique est poussée jusqu'au réaménagement des locaux. Selon le médecin responsable, l'espace ne reflète plus la réalité de la clinique et empêche l'ajout d'autres d'infirmières techniciennes. Les locaux sont un peu désuets et mal utilisés : la salle d'attente du sans rendez-vous est vide depuis l'utilisation du service d'inscription par téléphone. Un investissement est prévu prochainement pour adapter les locaux en fonction des nouveaux besoins de la clinique.

Une équipe sur un pied d'égalité

Selon les propos des professionnels interrogés, il semble régner au sein de la Clinique Familiale des Hauts-Bois, une grande collégialité tant au sein des professionnels que de l'équipe de soutien. *« C'est un travail d'équipe. Ta secrétaire est aussi importante, sinon plus. [...] S'il y a un médecin qui fait un peu d'attitude à une secrétaire, elle est reprise, il est repris. Il [le médecin responsable] les reprend : " Non, non, c'est pas de même que ça marche ici ". On est comme une famille, puis on veut garder cette dynamique-là. »* (S) 2). La même dynamique est installée entre les médecins et les infirmières *« il n'y a pas d'effet de supériorité. C'est vraiment deux professionnels distincts qui discutent ensemble pour le bien du patient »* (S) 4). En somme, *« tout le monde est ouvert. C'est un bel esprit d'équipe. On travaille bien tout le monde ensemble. On ne sent pas de hiérarchie. Tout le monde est égal. [...] Chaque personne a sa place. Puis tout le monde se respecte. »* (S) 3).

L'engagement envers la communauté

Un groupe de marche a été organisé incluant tous les médecins, le personnel, les infirmières et les autres ressources des deux cliniques ainsi que leurs patients pour motiver la population à être plus active selon les capacités de chacun. Depuis plus de trois ans, une activité spéciale *« Je bouge avec mon doc »* était organisée l'espace d'une journée pour marcher dans la ville de Sainte-Julie sur un trajet allant de 1 à 7 kilomètres. Cette activité est organisée avec les autorités municipales et des partenaires d'entreprises locales.

Du côté clinique, l'engagement pour la communauté se traduit dans le maintien de l'accessibilité au sans rendez-vous à toute la population et dans l'implication du GMF, et plus particulièrement du médecin responsable, au développement et à la bonification de l'offre de services dans les municipalités environnantes (par ex. une clinique à St Bruno).



ÉQUIPE
DE SOINS
PRIMAIRES
INTÉGRÉS

Offre de soins et services

La Clinique Familiale des Hauts-Bois est un point de service du GMF Marguerite d'Youville et offre, les jours de la semaine, un service de consultation avec rendez-vous ainsi qu'un service d'évaluation d'urgence sans rendez-vous qui compte entre 50 et 60 places ouvertes à tous. La clinique offre des soins et des services pour les problèmes de santé générale de première ligne dont du suivi à domicile et certains médecins assurent des accouchements. Les services de sans rendez-vous sont populationnels et ne sont pas seulement réservés à la clientèle inscrite au GMF. Les services de radiologie du GMF sont situés au second point de service du GMF, situé à 1km de-la Clinique Médicale Ste-Julie, mais la lecture des films en graphie simple est possible à distance grâce à un serveur de radiologie commun.

Le service sans rendez-vous est en alternance une semaine sur deux avec la Clinique Médicale Sainte-Julie pour les horaires de soir, de fin de semaine et de jours fériés. Pour les consultations avec rendez-vous, les secrétaires sont joignables par courriel. Pour prendre rendez-vous ou communiquer avec les médecins, spécialistes, IPSPL et infirmière, infirmier GMF, présents à la clinique, la communication se fait via les secrétaires assignées à chacun des professionnels. Les secrétaires répondent dans les 48 heures suivant la réception du courriel. Pour les consultations sans rendez-vous, les patients s'inscrivent la veille, à partir de 20h45, en téléphonant au service gratuit *Bonjour Santé*. Ce système téléphonique propose une heure de rendez-vous au patient qui peut refuser et opter pour une autre heure. Une heure avant leur rendez-vous, le système téléphonique contacte le patient pour confirmer et rappeler l'heure du rendez-vous. Le patient a ainsi la possibilité d'attendre à la maison plutôt que dans la salle d'attente. Un effort important de la part de l'équipe est effectué afin de s'assurer que les patients viennent au sans-RDV lors de problématiques courantes urgentes et non pour des suivis : *« [au sans rendez-vous] on ne fait pas d'examen annuel, on ne fait pas de Pap test, on ne fait rien de préventif. (...) C'est une médecine d'urgence. J'explique ça aux patients. Mais [ceux] qui n'ont pas de médecin de famille, je leur explique que quand ils ont une problématique, qu'ils viennent, puis que les bilans sanguins, s'ils sont libres pour trouver un diagnostic, ils vont être faits. Sinon, s'ils sont en bonne santé, normalement il n'y a pas tant besoin, à part s'il y a des antécédents. Mais encore là, ça va être avec le médecin, il va pouvoir gérer. » (SJ 2).*

Afin de désengorger le service de sans rendez-vous, le médecin responsable soutient la création d'une nouvelle clinique à Saint-Bruno pour augmenter l'accessibilité géographique de ces patients à des soins de première ligne. Depuis le mois d'août 2016, cette clinique est le 3^e site du GMF et a choisi un modèle d'affaires comparable à celui de la Clinique Familiale des Hauts-Bois. Début 2017, les quatre nouveaux facturants de cette clinique ont plus de 1700 patients inscrits depuis l'ouverture de leur clinique.

Équipe de la clinique des Hauts-Bois et collaborateurs

Effectifs de la Clinique Familiale des Hauts-Bois

<p>Équipe interne</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 médecins (RAMQ) 8 équivalant TP • 2 inf. clinicien-ne-s GMF TP • 1 IPSPL (CISSS) • 2 infirmières techniciennes TP • 2 infirmières techniciennes à temps partiel <p>Autres Spécialistes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 oto-rhino-laryngologiste • 1 chirurgien • 1 dermatologue • 1 cardiologue • 1 médecine interne • 1 omnipraticien en santé mentale (consultant) 	<p>Équipe GMF (située dans d'autres sites de pratiques)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 nutritionniste • 1 kinésologue (jusqu'à tout récemment) • 1 psychologue • 3 infirmières GMF dont 1 en santé mentale
<p>Équipe de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 secrétaires (rémunérés par les médecins de la clinique médicale) • 1 gestionnaire (rémunérée par la clinique et par les fonds du GMF) 	

Selon les personnes rencontrées en entrevue, l'effectif de la clinique est adéquat afin de fournir les services requis et rester attrayant pour les médecins et les autres professionnels y travaillant sans pour autant devenir une trop grosse structure nécessitant trop de gestion.

Rôle et modèle de prise en charge

Infirmière technicienne (IT)

Le rôle de l'infirmière technicienne est de maximiser le temps des médecins et donc leur productivité : « *c'est le médecin qui nous paie pour l'aider à aller plus vite* » (SJ 2). Les IT travaillent soit au sans rendez-vous soit avec un médecin pour les jours de bureau avec rendez-vous. Dans ces deux cas, leurs tâches sont similaires : prendre les signes vitaux, poser des questions, compiler les données et faire de l'enseignement ainsi que quelques tests avant que le médecin ne voie le patient. Au sans rendez-vous, elles feront en plus de la vaccination, mais leur apport semble vraiment important pour l'équipe médicale. En somme, le « *volet sans rendez-vous, c'est la même chose que ce je fais au bureau, mais plus vite (...). Pourquoi ils viennent, prend-il des médicaments, a-t-il des allergies, puis a-t-il un médecin de*

famille ? Même chose, la collecte de données, ça va être vraiment collecte de données. Mais (...) il faut que tu aies des connaissances parce qu'il faut que tu sois capable d'enligner ton médecin dans la bonne place. » (SJ 2). Elles font du triage mais orientent aussi le patient au sans-RDV : « C'est déjà arrivé qu'il y ait un bébé que j'entends pleurer, mais un pleur comme : " Je vais pas bien." Un petit bébé. C'était qui [le médecin] ? Oh, je le devance. " Puis en fin de compte, tu l'envoies à l'hôpital pour X raisons. Ce côté-là du sans rendez-vous, ça aussi, c'est le médecin qui nous paie pour l'aider à aller plus vite parce qu'on marche à trois salles. Le médecin ne roule pas tout seul à trois salles. » (SJ 2).

Pour la collaboration lors des périodes de rendez-vous, c'est différent. Étant donné qu'une IT peut collaborer avec plusieurs médecins, elles utilisent des grilles de collecte de données standardisées : « Je pose les mêmes questions. S'il y en a une [médecin] qui veut quelque chose de plus, tous les autres l'ont. » (SJ 2). Lors d'un premier RDV, les IT font la prise d'antécédents, la liste des médicaments et des allergies. L'intérêt de cette collecte de données est qu' « en allant très loin dans ma collecte de données, le médecin arrive, il peut se faire un portrait. Peut-être que je suis dans le champ total avec mes questions, mais au moins, ça aura enlevé ça [à la collecte de données du médecin] » (SJ 2).

Tel que mentionné précédemment, les dossiers médicaux électroniques occupent une place considérable à la clinique et la compilation des données est une tâche essentielle. Cette tâche est d'autant plus importante lorsqu'il s'agit d'un nouveau patient « c'est long parce qu'il faut tout rentrer les antécédents, toutes les chirurgies, toutes les dates d'exams qui ont été faits. S'assurer que tout est bien rentré, les antécédents, les allergies, les médicaments, ça prend un certain temps. C'est ma tâche de faire ça. » (SJ 2).

Les IT vérifient également les rapport des cultures en microbiologie et les rayons X. « Au début, c'était les infirmières-GMF qui le faisaient, mais les infirmières-GMF n'avaient plus le temps, parce qu'ils se prenaient deux heures par jour pour le faire. [...] On est comme un filet de sécurité pour les médecins parce que moi, je regarde à tous les jours : s'il y a quelque chose qui cloche, moi, je vais le voir tout de suite. Une fracture qui n'a pas été décelée, bien, moi, je vais la voir. Le médecin, le temps qu'elle soit scannée, qu'elle soit dans sa boîte puis qu'il la regarde, il peut y avoir un délai de 24 heures, 48 heures. Mais avec moi, il ne l'aura pas, ce délai-là, parce que chaque jour, je regarde » (SJ 2).

Les infirmières techniciennes et les infirmières GMF ne collaborent pas directement ensemble. Si un patient est vu par une infirmière GMF, les infirmières techniciennes ne verront pas le patient. Puis, le rôle d'infirmière technicienne est considéré comme étant à son maximum sans quoi « Je ne peux pas aller plus loin que ce que je fais présentement si je ne veux pas empiéter sur les [infirmières-GMF] (...) je ne peux pas aller plus loin si je veux donner un rendement » (SJ 1).

Infirmières-GMF

Contrairement aux IT, les infirmières-GMF sont embauchées et rémunérées via le CISSS. Les tâches effectuées par l'infirmière-GMF, pour en nommer quelques-unes, sont : des suivis de Ratio international normalisé (RIN) et de l'anticoagulothérapie de façon autonome; des dépistages d'ITSS; de

l'évaluation cognitive des personnes âgées et des suivis de traitements; de la cytologie dans les cas où la patiente n'aurait pas pu la passer au moment de la consultation avec son médecin; de l'enseignement pour les premières grossesses; des suivis conjoints de maladies chroniques et métaboliques ainsi que des suivis conjoints en pédiatrie. Les infirmières-GMF de la clinique répondent également aux demandes d'urgence lorsque par exemple un patient doit voir son médecin et que celui-ci n'est pas présent plutôt que de le référer systématiquement au sans rendez-vous. De plus, les infirmières-GMF se sont spécialisées dans les maladies chroniques. Les autres professionnels de la clinique tant IPSPL que médecins, se tournent vers elles. *« Je vais m'asseoir avec eux-autres [infirmières-GMF], je dis : " c'est quelle pilule qui va venir après ça? ". Parce que dans le fond, ils sont meilleurs que les médecins [sur les maladies chroniques]. [...] C'est de la collaboration parce qu'ils sont bons » (SJ 6).*

Les suivis conjoints sont désormais faits en alternance avec les médecins un rendez-vous sur deux. Jusqu'en 2016, seuls les suivis des maladies chroniques étaient effectués ainsi. Les consultations pédiatriques étaient jusqu'alors divisées : la première portion était faite par les infirmières-GMF et la seconde partie par le médecin. *« De cette façon-là, ça va libérer le médecin d'un rendez-vous sur deux pour qu'il puisse voir d'autres patients. [...] L'équipe infirmière-GMF substitue vraiment le médecin deux fois par année, donc la moitié du temps » (SJ 3).*

La Clinique Familiale des Hauts-Bois n'a que les ordonnances collectives nationales : *« ça fait que moi, mes hypertensions, diabète, je ne les vois presque pas. Dans le fond, les suivis, dès qu'ils ont leurs prises de sang aux trois mois, les diabétiques, souvent on les appelait ou on les faisait venir pour ajuster les traitements. Ils [les infirmières-GMF] ajustent les insulines tous seuls. Ça, par exemple, c'est bien correct, puis ils n'ont pas besoin de m'appeler. Ils ont l'ordonnance collective pour le faire » (SJ 1).* Les infirmières-GMF doivent donc passer par un médecin pour la prescription de médicament pour tout autre problème. Par la suite, les suivis peuvent être faits par les infirmières-GMF. Les professionnels de la clinique sont conscients que les ordonnances collectives sont peu développées réduisant l'autonomie des infirmières-GMF. Les ordonnances collectives locales sont donc à développer dans un avenir proche puisque *« c'est vrai que pour eux, nous appeler tout le temps, c'est fatigant parce qu'ils seraient capables de le faire. Donc on travaille à intégrer. » (SJ 1).* Par contre, pour pallier à ce manque d'autonomie, les médecins ont une grande disponibilité et il est facile d'obtenir une prescription. De plus certains médecins acceptent de faire la prescription en se basant sur le jugement clinique des infirmières-GMF et sans voir le patient. Mais d'autres, ayant vécu des erreurs de la part de personnel infirmier dans le passé, ne souhaitent pas procéder de la sorte afin de pouvoir conserver la responsabilité de leur prescription.

Les patients des infirmières-GMF proviennent de la clientèle des médecins ou de l'IPSPL qui les réfèrent *« c'est vraiment tous les médecins qui nous font une référence, ils envoient un courriel [par le Dossier Médical Électronique (DME)] : " Tel patient, j'aimerais ça que tu le rencontres pour suivi de diabète dans quelques semaines." Ou pour une démarche diagnostique, pour une hypertension artérielle. Ça fait qu'ils demeurent les patients des médecins présents dans notre GMF tout simplement » (SJ 4).*

Infirmière Praticienne Spécialisée de Première Ligne (IP SPL)

L'IP SPL est décrite par les autres professionnels de la clinique comme un médecin. « *Elle a vraiment une clientèle comme un médecin, l'IP SPL, exactement pareil. Puis elle se rapporte pour les cas dont elle a besoin au médecin, un peu comme un médecin résident, un R3* » (SJ 3). À son arrivée, en 2010, elle a d'abord travaillé avec les médecins et suivi plusieurs formations pour développer son autonomie. Aujourd'hui, elle a une prise en charge complète des patients basée sur un modèle consultatif. Son autonomie est toutefois confrontée à des limites extérieures. Par exemple, un médecin de la CSST refusait systématiquement l'invalidité permanente d'un patient de l'IP SPL jusqu'à ce que le patient soit vu par un médecin de la clinique.

Sa clientèle s'est développée à partir des patients orphelins ayant un problème de santé stable. Elle a graduellement pris en charge les membres d'une même famille qui, eux aussi, étaient des patients orphelins. Présentement sa clientèle se compose tout autant d'enfants, d'adultes, que d'adolescents. Puis, l'augmentation de son caseload à hauteur de 770 patients (début 2016) a amené l'IP SPL à collaborer davantage avec les infirmières-GMF en référant certains cas de maladies chroniques puis les voyant en alternance avec eux. L'augmentation de son caseload a aussi nécessité sa collaboration avec une secrétaire afin de gagner du temps et de s'organiser selon l'accès adapté. Cependant, ses patients sont inscrits sous le nom de 5 médecins partenaires. Si elle a des questions au sujet d'un patient, n'importe quel médecin partenaire peut répondre à ses questions même si ce patient n'est pas inscrit à son nom.

Médecins

Ayant leur propre clientèle pouvant aller jusqu'à 3500 patients, certains médecins font un suivi conjoint avec les infirmières-GMF ou collaborent avec une IT. Pour la collaboration avec l'IT, c'est le médecin qui décide de collaborer ou non avec elle. Si il a recourt à ses services, il lui verse un salaire. Plusieurs professionnels constatent l'intérêt d'une telle collaboration dans leur pratique. « *Tout le monde a vu une différence à travailler en solo, puis à travailler avec une infirmière qui te pré-digère le cas. On le faisait au sans rendez-vous, mais ça a "contaminé" le bureau. Les autres médecins se disent : "Moi aussi je veux travailler avec [une infirmière]" [...]. T'as pas besoin d'aller chercher l'information : elle a déjà été forcé pour toi. Ça te permet de faire ta job de docteur. Tu réponds aux questions. Bien plus efficace : on en voit un de plus à l'heure. Ça paye l'infirmière. [...] Puis au niveau de la qualité de travail, quand tu finis, tes notes sont faites parce que t'as été capable d'être efficace dans tes interventions auprès de tes patients* » (SJ 5). Cette collaboration n'est pas forcément justifiée par une rentabilité monétaire. Le « *nombre de patients de plus que je vois grâce à elle, ça paye sa paie. J'arrive flush. Je n'arrive pas gagnante, mais je vois plus de monde. En bout de ligne, il y en a qui disent : "Tu travailles plus, mais tu ne gagnes pas plus. Tu n'es pas gagnante!"*. Mais je trouve que oui parce que tu vois le patient puis la moitié de la note est faite. C'est vraiment plus agréable. Le patient est content, puis moi, je trouve ça agréable comme façon de travailler. [...] Je ne facture pas ce qu'elle fait. Je fais juste facturer plus de patients vus dans la journée. Puis j'arrive juste pas mal tout le temps. Je ne suis pas perdante. » (SJ 1). Bien qu'il y ait de nombreux points positifs à pratiquer avec une IT, tous les médecins ne pourraient pas fonctionner de la sorte car le nombre d'IT est limité par le nombre de bureaux disponibles.

Secrétaires

Chacune des 6 secrétaires est assignée à entre 2 et 4 professionnels. L'une s'occupe principalement des médecins spécialistes; une autre secrétaire est attitrée aux infirmières-GMF et gère en plus le sans rendez-vous; les 4 secrétaires restantes se partagent les médecins de la clinique et l'IPSPL. Les secrétaires de la Clinique Familiale des Hauts-Bois occupent un rôle important. Elles ont principalement le mandat de gérer les horaires par la prise de rendez-vous des patients et font également d'autres tâches d'ordre administratif pour les professionnels. Pour la gestion des rendez-vous, les secrétaires connaissent bien la façon de travailler de chacun des professionnels et peuvent ainsi mieux organiser, gérer et même adapter les horaires de chacun en fonction des méthodes de travail des médecins et de leur collaboration ou non avec les infirmières techniciennes. C'est pourquoi elles connaissent bien les tâches effectuées par les infirmières techniciennes. De la même façon, il y a un système de rappel : pour les RDV de suivi tous les 3 mois, c'est la secrétaire qui appelle le patient pour prendre le RDV avec soit l'IT soit le médecin, afin de s'assurer que tous les RDV sont bien pris et diminuer l'absentéisme.

Les secrétaires ont été très sollicitées au niveau de leur capacité d'adaptation dans les nombreuses transformations faites à la clinique depuis son ouverture. Elles se sont adaptées à la numérisation des dossiers, à l'informatisation vers le DME, aux courriels des patients et au transfert vers l'accès adapté des horaires de leurs médecins respectifs. Les postes de travail des secrétaires ont du être adaptés au fait qu'elles n'avaient plus à se lever pour préparer des dossiers papiers et passaient plus de temps assises à répondre à des courriels : il devenait impératif de modifier les espaces de travail et de les adapter à leurs nouvelles tâches.

Gestionnaire

La gestionnaire était en fonction avant la formation du GMF et était alors payée par la clinique. Avec le GMF, elle s'occupe à la fois de la gestion des tâches GMF des 3 cliniques du GMF Marguerite d'Youville, mais travaille surtout pour la Clinique Familiale des Hauts-Bois. C'est d'ailleurs pour cette raison que son bureau est situé dans cette clinique et que son salaire est payé en partie par la Clinique Familiale des Hauts-Bois et par les fonds du GMF. En plus de s'occuper de la gestion de ces deux cliniques, elle aide à mettre sur pied la nouvelle clinique de Saint-Bruno et siège sur le Comité de gestion de la Clinique familiale des Hauts-Bois. L'équipe la reconnaît comme étant une personne ressource centrale au fonctionnement de la clinique. Le budget et les diverses subventions ainsi que les ressources humaines sont optimisés sous sa gouverne. Elle organise en plus les activités sociales de la clinique. En cela, elle libère les médecins des tâches de la gestion quotidienne de la clinique.

Collaboration

Collaboration interne

Au sein de l'équipe de la Clinique Familiale des Hauts-Bois

La communication avec les membres de l'équipe se fait par courriel, par téléphone, en cognant à la porte ou sur l'heure du dîner en mangeant dans la salle commune. Le dossier électronique permet aux

cliniciens n'étant pas physiquement dans le GMF d'avoir accès aux notes du dossier. Pour faciliter la communication et les relations de travail, des activités biannuelles sont organisées pour favoriser l'union de l'équipe : à l'été et durant la période des fêtes.

Les membres de l'équipe se soutiennent les uns les autres, par exemple ils ont l'habitude d'assurer la prise en charge des patients jugés urgents lorsqu'un médecin est indisponible (congé maladie, maternité, autres engagements...) ou de s'arranger pour le remplacement de gardes. Ils ont aussi adapté la pratique de l'IPS afin qu'elles puissent voir les cas nécessaires à l'obtention de son examen.

Pour assurer l'efficacité dans la collaboration avec les médecins considérant leur nombre, les infirmières techniciennes ainsi que les infirmières GMF ont opté pour la standardisation de leur pratique plutôt que de s'adapter à chacun des médecins. Lorsqu'un médecin a une demande particulière, elle sera standardisée à tous les médecins si le groupe juge que l'ajout est positif pour tous.

L'équipe GMF Marguerite d'Youville

Tel que mentionné précédemment, la Clinique Familiale des Hauts-Bois fait partie du GMF Marguerite d'Youville et partage des effectifs GMF avec la Clinique médicale Sainte-Julie. Cette équipe est composée entre autres de 4 infirmières GMF (2 situées à la Clinique Familiale des Hauts-Bois et 2 autres situées à la Clinique Médicale Sainte-Julie). Les infirmières-GMF de la Clinique Familiale des Hauts-Bois collaborent ensemble notamment pour standardiser les services des deux cliniques. Avant la standardisation des services dans les deux cliniques, il arrivait que les patients de la Clinique médicale Sainte-Julie soient vus par l'infirmière ou l'infirmier GMF de la Clinique Familiale des Hauts-Bois. En uniformisant les services infirmiers GMF dans les 2 cliniques, cela permet une prise en charge du patient sur le même lieu.

Les effectifs GMF se composent également d'une équipe de santé mentale (psychologue et infirmier en santé mentale), d'une nutritionniste et jusqu'à tout récemment d'une kinésologue. Même si les effectifs ne sont pas sous le même toit, présentement situés dans les locaux du CLSC Ste-Julie, il existe une étroite collaboration. Depuis l'arrivée de la nutritionniste, l'infirmière et l'infirmier GMF se déchargent de l'enseignement concernant la nutrition de leurs patients pour maximiser le temps réservé aux soins. Puis, les professionnels de la Clinique Familiale des Hauts-Bois vont référer ces services particulièrement aux patients sans assurances. Même si cette équipe du GMF n'est pas sous le même toit, la collaboration est facilitante par l'utilisation du même dossier électronique. La demande d'évaluation est ainsi identifiée à même le logiciel et un courriel est envoyé pour cette nouvelle demande. Les cliniciens pourront être au courant du suivi dans le dossier électronique.

Collaboration avec les autres spécialistes

La clinique collabore également avec des spécialistes situés à même la clinique. Il s'agit essentiellement de référencement. Parmi les spécialistes, il y a également un médecin consultant en santé mentale. Sa collaboration est très appréciée puisque les temps d'attente pour un médecin

psychiatre sont longs. Comme ce professionnel agit à titre de consultant, en tant que médecin, il n'a aucun patient inscrit.

Collaboration externe

De manière générale, les médecins envoient les patients ayant besoin de prélèvements ou de tests diagnostiques vers la ressource publique, tel le CLSC ou la ressource privée si c'est le choix du patient.

Radiologie PB

Situé près de la Clinique Familiale des Hauts-Bois, pratiquement toutes les radiographies simples sont réalisées à l'autre site du GMF, la Clinique Médicale Ste-Julie qui détient le permis de radiologie. Les deux cliniques partagent le même serveur. *« Le patient arrive juste avec son code barre. On a accès en ligne aux images. Puis on leur fait un CD au besoin, s'ils ont besoin d'aller en orthopédie ou d'aller dans un autre hôpital. »* (SJ 1).

Collaboration avec des pharmaciens

Il existe une collaboration avec la pharmacie voisine de la clinique dont ils partagent une entrée commune. Une entente de non-compétition avec la pharmacie est signée à même le bail de la clinique et empêche l'intégration d'un pharmacien dans le GMF. La pharmacie offre des services payants de suivis de médications. Puis, bien que la clinique offre gratuitement ces services, les professionnels de la clinique proposeront aux patients les services de la pharmacie dans les cas où les patients souhaitaient avoir une meilleure flexibilité d'horaire.

Obstacle à la collaboration

Selon les professionnels de la clinique, la Loi 20 pourrait engendrer des obstacles à la collaboration. La collaboration avec le médecin consultant en santé mentale pourrait bien ne plus être possible puisqu'il n'a pour l'instant aucun patient inscrit et risque de devoir réorganiser sa pratique. D'autres répercussions sont à prévoir prochainement à cause du nouveau programme GMF concernant le transfert des professionnels (kinésologue, nutritionniste, psychologue et infirmier en santé mentale). Sous l'ancien Ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS), monsieur Réjean Hébert, l'équipe du GMF Marguerite d'Youville avait pu choisir elle-même les professionnels GMF puisqu'*« on avait été évalué par le ministère comme étant un GMF performant par le ministre Hébert. On avait eu droit à des ressources de plus (...) et on pouvait les choisir. Avec le volume [de patients] qui avaient un problème de santé mentale, ça nous prenait une psychologue et un infirmier GMF spécialisé en psychiatrie. La nutritionniste, on voyait ça comme de l'aide à l'infirmière GMF parce qu'ils faisaient les interventions pour le diabète ou l'hypertension. Cette intervention-là pouvait être faite par la nutritionniste [de manière] beaucoup plus ciblée. Ça libérait du temps en nursing qui, elle, pouvait voir plus de patients. Comprenez-vous? Pour la kinésologue, c'est qu'il existe un groupe de patients qui méritaient d'avoir des plans d'exercices adaptés. »* (SJ 5).



ÉQUIPE
DE SOINS
PRIMAIRE
INTÉGRÉS

Or, la collaboration avec ces professionnels est remise en cause. Le MSSS a récemment offert des pharmaciens et des travailleurs sociaux pour le GMF plutôt que de laisser le GMF disposer de façon autonome du financement pour l'embauche de professionnels de leur choix. Une offre pour le moins étonnante considérant que les clauses dans le bail de la Clinique Familiale des Hauts-Bois stipulent qu'elle peut sous-louer ses bureaux à tous les autres professionnels de la santé, sauf un pharmacien. De plus, la Clinique Familiale des Hauts-Bois entretient une bonne collaboration avec les travailleurs sociaux du CLCS, notamment pour les cas en gériatrie ce qui explique qu'« *on ne voit pas l'intérêt de l'avoir ici [dans la clinique] quand la job est déjà faite par quelqu'un du réseau ailleurs.* » (SJ 5).

La clinique conservait un temps l'espoir de disposer de l'argent prévu pour le pharmacien pour d'autres fins et prévoyait de payer le salaire de la psychologue. Mais les marges de manœuvre et les ressources professionnelles additionnelles pourraient être imposées.

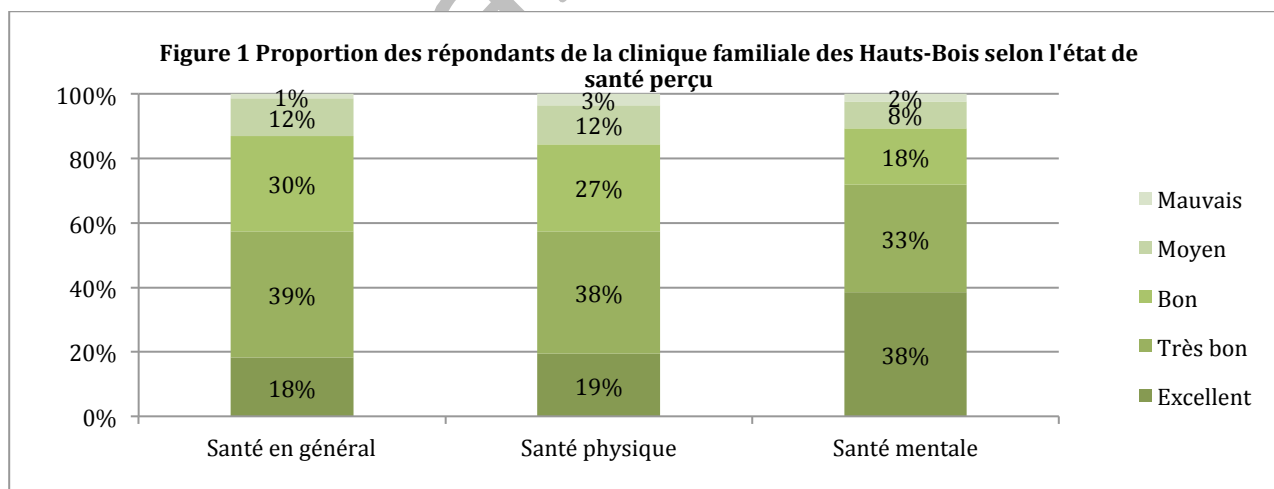
Travail en cours

Profil des patients ESPI

Pour le projet ESPI, 603 patients de la Clinique Familiale des Hauts-bois, recrutés entre le 26 octobre 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 deux ans avant de fréquenter la Clinique Familiale des Hauts-bois, 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 (63%) et l'âge moyen des répondants est de 41 ans. La majorité des patients sont conjoints de fait, vivent en union libre ou sont mariés (76%), parlent français à la maison (99%) et sont nés au Canada (94%). Ils sont soit travailleurs à temps plein (50%) ou retraités (23%) et le tiers (34%) possède un diplôme d'étude universitaire. La majorité des répondants se considère à l'aise financièrement ou avec des revenus suffisants (88%) et 65% des répondants ont un revenu annuel du ménage avant impôt¹ de 55 000 \$ et plus[1]. Enfin, la grande majorité des patients rapporte avoir un régime d'assurance privé ou collectif qui rembourse en partie ou en totalité les médicaments (77%), les soins dentaires (61%) ou des services de santé complémentaires comme de la physiothérapie ou des examens diagnostiques (72%).

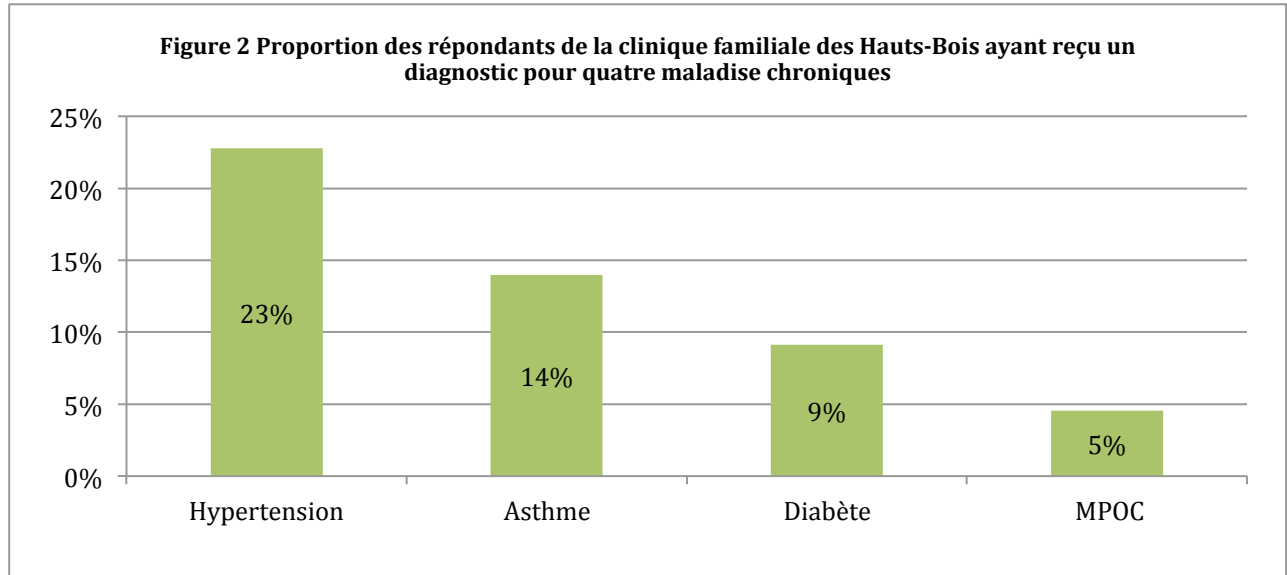
État de santé. L'état de santé perçu par les répondants de la Clinique Familiale des Hauts-bois est similaire à ce que l'on retrouve à l'échelle du Québec. Plus de la moitié des répondants rapportent avoir une très bonne ou excellente santé en général (57% vs 58,6% dans la population québécoise [2] et en proportion équivalente pour la santé physique (57%)(figure 1). Enfin, la majorité des répondants perçoivent leur santé mentale comme étant très bonne ou excellente (72% vs 74% dans la population québécoise [3].)



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



Concernant les maladies chroniques (figure 2), les données montrent que 23% des répondants de l'échantillon ont reçu un diagnostic d'hypertension, 14% d'asthme et 9% de diabète, soit des proportions 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 (5% vs 4,5%) est similaire à ce que l'on retrouve dans la population québécoise [7].

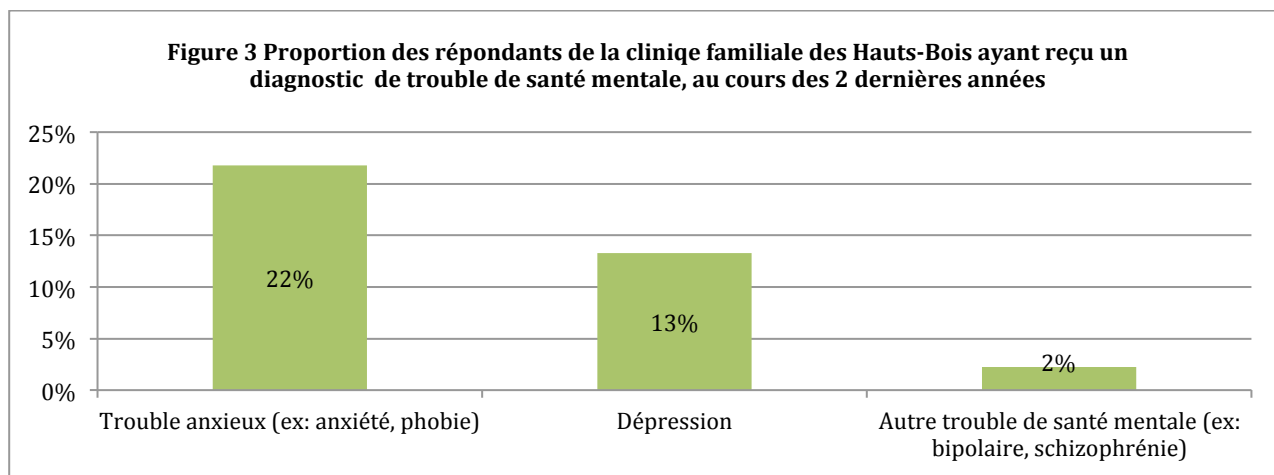


Plus du quart (28%) des répondants ont déclaré qu'au cours des 2 dernières années, un professionnel de la santé leur a dit qu'ils souffraient d'au moins un trouble de santé mentale. Plus précisément, la figure 3 montre que 22% des répondants auraient reçu un diagnostic de troubles anxieux, 13% de dépression et 2% d'un autre trouble² (ex : trouble bipolaire ou schizophrénie) [8]

² 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.



ÉQUIPE
DE SOINS
PRIMAIRE
INTÉGRÉS



Besoins non comblés³. Chez les répondants pour lesquels la Clinique familiale des Hauts-Bois est la source habituelle de soins depuis plus de deux ans, les résultats indiquent que 29% 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 entre 23 et 33%.

Des 29% ayant ressenti des besoins non comblés au cours des deux dernières années, d'une part un peu moins de la moitié (38%) estimaient consulter pour un problème urgent. D'autre part, 68% ont finalement obtenu un rendez-vous et rencontré un professionnel de la santé pour ce problème au moment de compléter le questionnaire.

Conclusion

L'objectif du présent document n'est pas de poser un jugement sur le modèle de soins ou sur ses résultats. Il s'agit d'un portrait de cas qui constituent les sites pilotes pour le projet ESPI. Une lecture croisée des différents cas permet de mettre en valeur la diversité des structures et des pratiques. Les prochaines étapes d'analyse sont : 1) De procéder à une analyse croisée des cas en fonction du modèle conceptuel développé par la revue réaliste de la littérature (<http://pocosa.ca/wp-content/uploads/2015/06/MODELEESPIV3V4.pdf>); 2) De procéder à une étude fine des rôles professionnels en relation avec l'offre de soins dans chaque milieu; 3) D'analyser les cas et le résultat

³ 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].



ÉQUIPE
DE SOINS
PRIMAIRES
INTÉGRÉS

des analyses 1 et 2 ci-dessous en fonction des données administratives sur les soins et les coûts qui seront obtenues par la RAMQ en 2018. Les premiers jugements plus sommatifs sur les modèles de soins pourront être produits à cette étape.

Travail en cours



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, *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>
5. 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>
6. 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>
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>



ÉQUIPE
DE SOINS
PRIMAIRE
INTÉGRÉS

Annexe X

Tableau XX Caractéristiques sociodémographiques des répondants^{ab} (n= 603)

Sexe	Homme	37%	Langue parlée à la maison	Français	99%
	Femme	63%		Anglais	1%
Groupe d'âge	moins de 18 ans	11%	Occupation principale (+18 ans)	Autre	0%
	18-24 ans	6%		Travailleur temps plein	50%
	25-34 ans	15%		Travailleur temps partiel	8%
	35-44 ans	16%		Prestataire aide social	1%
	45-54 ans	18%		Étudiant	5%
	55-64 ans	18%		À la maison	3%
	65 ans et plus	15%		Retraité	23%
Statut matrimonial (+18 ans)	Célibataire	15%	Perception situation socio-économique	Congé temporaire du travail	7%
	Conjoint de fait, union libre ou marié(e)	76%		Autre	2%
	Divorcé(e) ou séparé(e)	7%		À l'aise ou revenu suffisant	88%
	Veuf(ve)	3%		Pauvre ou très pauvre	12%
Lieu de naissance	Canada	94%	Revenu du ménage avant impôt	Moins de 15 000 \$	7%
	Extérieur du Canada	6%		15 à 25 000 \$	5%
Temps vécu au Canada	Moins de 15 ans	18%	25 à 35 000 \$	8%	
	15 ans et plus	82%	35 à 55 000 \$	15%	
Niveau de scolarité (+18 ans)	Secondaire non complété	9%	55 000 à 75 000 \$	13%	
	Secondaire complété	15%	75 000 à 100 000 \$	21%	
	Diplôme d'étude professionnel	18%	100 000 \$ et plus	31%	
	Collégial	23%	Assurances privées ou collectives ^c	Médicaments	77%
	Universitaire	34%		Soins dentaires	61%
Autre	1%	Services complémentaires - Ex: examens diagnostiques, psychologue, physiothérapeute	72%		

^a Les résultats excluent les données manquantes et les réponses « je ne sais pas » ou « je ne souhaite pas répondre ».

^b Les pourcentages cumulatifs n'arrivent pas nécessairement à 100% en raison des arrondis.

^c Catégories non exclusives.



ÉQUIPE
DE SOINS
PRIMAIREs
INTÉGRÉS

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).
Clinique familiale des Hauts-Bois, Descriptif de milieu. Projet de recherche ESPI. Montréal.

Travail en cours