



PROJET PILOTE ARCHIMÈDE

Les facteurs contributifs à l'optimisation du travail d'équipe – Enjeux d'optimisation des rôles professionnels, de collaboration interprofessionnelle et d'accessibilité à des soins et des services de santé

Rapport final — 1^{er} décembre 2022

Nancy Côté
Andrew Freeman
Emmanuelle Jean
Serge Dumont
Maude Laberge
Arnaud Duhoux
Jean-Louis Denis
Sébastien Binette

Nancy Côté	Professeure agrégée au département de sociologie de l'Université Laval; Chercheure au VITAM - Centre de recherche en santé durable.
Andrew Freeman	Professeur agrégé au département de réadaptation de l'Université Laval; Chercheur au VITAM - Centre de recherche en santé durable.
Emmanuelle Jean	Courtière de connaissances senior à la division des renseignements sur la santé publique et application des connaissances (RSPAC) de l'Agence de la santé publique du Canada.
Maude Laberge	Professeure agrégée au département d'opérations et systèmes de décision de l'Université Laval; Chercheure au VITAM - Centre de recherche en santé durable.
Serge Dumont	Professeur associé retraité à la Faculté de sciences sociales de l'Université Laval.
Jean-Louis Denis	Professeur titulaire à l'École de santé publique de l'Université de Montréal; Titulaire de la chaire de recherche du Canada sur la transformation, le design et l'amélioration des systèmes de santé.
Arnaud Duhoux	Professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.
Sébastien Binette	Professionnel de recherche au VITAM - Centre de recherche en santé durable.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet suivante www.vitam.ulaval.ca

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

ISBN: 978-2-550-93665-7 (PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale 2022

Remerciements

Nous souhaitons remercier tout particulièrement les professionnel.le.s de la santé et des services sociaux, le personnel administratif, les acteur.trice.s clés et les usager.ère.s de la clinique Archimède qui ont pris part à cette recherche en acceptant de participer aux entrevues individuelles. Nous sommes reconnaissant.e.s de la disponibilité et de la générosité dont ils ont fait preuve en nous partageant leur expérience.

Nous tenons à remercier chaleureusement les membres du comité consultatif de la recherche et à souligner leur participation active. Comme il s'est écoulé quelques années entre le début du projet et la rédaction de ce rapport, les fonctions de plusieurs personnes ont changé en cours de route. Nous indiquons ici leur titre au moment où s'est déroulée la première phase de l'évaluation du projet. Nous souhaitons mentionner la contribution des personnes suivantes. Du groupe de médecine familiale (GMF) St-Vallier : Dr. André Fréchette et Dre Anne-Marie-Fleury, Dre Desnoyers médecins responsables; Christine Laliberté, IPSPL, chargée de projet, conceptrice d'Archimède. Du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale : Sylvie Bonneau, Directrice des soins infirmiers et de la santé physique; Sandra Racine, Directrice adjointe des soins infirmiers et de la santé physique par intérim¹; Sandra Tourigny, Chef de services santé-courants; Nathalie Gauthier, chef de service des infirmières praticiennes spécialisées; Caroline Côté, conseillère-cadre à la collaboration interprofessionnelle (CIP). Du ministère de la Santé et des Services Sociaux : Geneviève Landry, directrice générale adjointe de la qualité et du MSSS; Ginette Martel, coordonnatrice de la mission universitaire et des dossiers transversaux en services sociaux; Jacques Rhéaume, Conseiller en transfert des connaissances; Marie-Hélène Brie, conseillère en évaluation de programme; Marie-Claude Brunelle, conseillère-cadre en soins infirmiers; Sofie Therrien, Conseillère en organisation des services de première ligne. Un remerciement tout spécial à Monsieur Raynald Savard qui a agi au sein du comité à titre d'utilisateur partenaire. Monsieur Savard a démontré un engagement continu dans ce projet et a contribué par ses réflexions et son expérience à enrichir grandement la démarche de recherche.

Merci à Anne-Marie Cardinal, conseillère en communication, et Hubert Doyon, professionnel de recherche au VITAM – Centre de recherche en santé durable pour leur aide dans la conception graphique de ce rapport.

Enfin, plusieurs étudiant.e.s ont aussi contribué à la réalisation de ce projet, soit Pamela Daniel, Amélie Boisvert, Marili Brindamour, Virginie Houde, Gabriel Demers-Hamel et Maxime Desfossés.

¹ Sylvie Bonneau occupe maintenant le poste de directrice générale adjointe des programmes SAPA, Santé physique et Direction des soins infirmiers par intérim. Sandra Racine est maintenant directrice des soins infirmiers et de la santé physique et Ariane Couture directrice adjointe des soins infirmiers et de la santé physique.

Sommaire exécutif

Ce rapport fait état des résultats d'évaluation de la première phase de l'implantation du modèle Archimède au GMF St-Vallier de Québec. Les données ont été recueillies entre avril 2018 et mars 2020. La recherche s'est attardée à documenter les enjeux liés à l'implantation du modèle Archimède à partir d'une démarche qualitative où plusieurs acteur.trice.s à différents niveaux du système de santé ont été rencontré.e.s en entrevues individuelles. Des entrevues auprès des usager.ère.s fréquentant la clinique ont aussi été réalisées dans le but de documenter leur expérience à la clinique.

- Le niveau de satisfaction des usager.ère.s rencontré.e.s fréquentant la clinique St-Vallier est très élevé. 1) Ils et elles apprécient le travail de collaboration interprofessionnelle (CIP), 2) se sentent privilégié.e.s d'avoir accès aux services offerts à la clinique, 3) sont confortables avec le fait de ne pas être dirigé.e.s automatiquement vers le médecin, 4) ont le sentiment que leur situation sociale et de santé est prise en charge dans sa globalité et 5) voient comme un très grand avantage le fait que leur famille puisse avoir un suivi auprès de ce qu'ils et elles appellent une « IPSPL de famille ». Toutefois, un travail reste encore à faire pour mieux faire connaître ce rôle.
- L'implantation d'un projet novateur comme Archimède nécessite un plan structuré qui ne prend pas seulement en compte les enjeux au sein de la clinique (niveau micro), mais qui considère également les dimensions organisationnelles (niveau méso) et structurelles du système de santé (niveau macro). La réussite de l'implantation du modèle dépend notamment du niveau d'adéquation entre les objectifs du changement, l'environnement organisationnel (ressources, accompagnement, culture, mobilisation des acteurs) et des politiques qui viennent en appui au changement souhaité (gouvernement, ordres professionnels, etc.).
- Le modèle Archimède constitue un changement majeur en termes d'organisation des soins qui nécessite un travail de coordination important entre les différentes instances impliquées dans le déploiement de cette transformation. Le déploiement du modèle repose sur une étroite collaboration interdirections et intersectorielle et une définition claire du rôle de chacune des parties prenantes impliquées dans l'implantation du changement. Une structure de gouvernance qui intègre dès le départ des représentant.e.s de l'ensemble des acteur.trice.s impliqué.e.s dans le changement (médecins, professionnel.le.s et gestionnaires du CIUSSS-CN, MSSS) s'avère essentielle pour clarifier les rôles et les zones d'influence de chacun.e.
- Le modèle Archimède repose sur des ressources humaines en nombre suffisant et une équipe stable. Le modèle est construit sur le principe de l'utilisation du ou de la bon.ne professionnel.le au moment opportun selon la raison de consultation, ce qui suppose une collaboration très étroite entre les membres de l'équipe interprofessionnelle. L'équilibre entre le nombre de médecins et le

nombre d'infirmières s'avère très important à considérer pour assurer un fonctionnement optimal et favoriser un meilleur accès à la première ligne, de même que pour éviter des pressions trop lourdes sur l'un ou l'autre des groupes professionnels.

- La stabilité de l'équipe constitue un facteur essentiel au fonctionnement d'un tel modèle. Le travail de collaboration nécessite non seulement une bonne connaissance des rôles professionnels de chacun.e, mais aussi la reconnaissance des expertises et l'établissement d'un lien de confiance entre les intervenant.e.s. Une équipe stable permet de créer un contexte favorable au développement d'une plus grande fluidité dans le travail de collaboration puisqu'il faut du temps pour apprendre à travailler ensemble, autant en ce qui concerne les dimensions formelles qu'informelles du travail. La stabilité des équipes favorise également le développement d'un sentiment d'appartenance, une plus grande satisfaction au travail et du personnel plus engagé.
- Le modèle Archimède constitue une innovation clinique qui nécessite de repenser les façons de faire habituelles et repose sur une redéfinition des rôles professionnels dans une optique d'optimisation. Le passage d'un modèle de soins médico-centré à un modèle de soins qui s'appuie sur une équipe interprofessionnelle, favorise une intervention basée davantage sur les besoins des usager.ère.s et repose sur cette capacité à utiliser de manière optimale les rôles professionnels de chacun.e. La collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle est au cœur du modèle Archimède. La connaissance des rôles de chacun.e est nécessaire au bon fonctionnement de l'équipe. Par ailleurs, une attention particulière doit être portée à la collaboration intraprofessionnelle entre les infirmières cliniciennes et les IPSPL.
- Le modèle Archimède repose sur l'élargissement du rôle des agentes administratives, lequel devient central pour diriger l'usager.ère vers le ou la bon.ne professionnel.le. Le travail des agentes requiert une bonne maîtrise des trajectoires de soins, ce qui nécessite un certain niveau de littéracie en santé. Un accompagnement adapté s'avère nécessaire pour qu'elles se sentent outillées et compétentes. Des trajectoires ont été créées et rendues disponibles sous forme de tableaux pour faciliter le travail des agentes.
- Un contexte d'innovation requiert des membres de l'équipe une capacité à travailler dans un environnement en mouvance et qui exige une grande capacité d'adaptation, notamment pendant la période d'implantation et de stabilisation. Une attention doit donc être portée au profil de compétences nécessaires pour œuvrer dans un tel contexte; cependant, ce n'est pas le seul facteur à considérer. Un accompagnement soutenu de la part des gestionnaires cliniques et administratifs, particulièrement en début de projet, est nécessaire aussi afin de 1) clarifier les orientations, 2) transmettre la vision du changement, 3) favoriser une utilisation optimale des rôles professionnels et 4) intervenir rapidement lorsque des difficultés surviennent dans l'exercice des rôles de chacun.e.

- Certaines lignes directrices prévues dans le cadre de gestion des GMF limitent le déploiement du modèle à son plein potentiel, notamment en raison de l'inscription des usager.ère.s sous la responsabilité des médecins. Le modèle repose sur l'hypothèse que la collaboration entre médecins et IPSPL devrait conduire à un nombre d'inscription d'usager.ère.s plus élevé par médecin. Or, lorsque l'équipe est instable, les médecins se retrouvent à devoir assumer la responsabilité d'une charge de cas plus lourde que celle qu'ils ou elles sont en mesure d'assumer. Selon les contextes et les situations dans lesquels s'inscrivent les médecins, par exemple le type de pratique (mixte ou unique) ou encore leur expérience professionnelle de novice à expert, le nombre d'usager.ère.s suivi.e.s ne sera pas le même.

La deuxième phase du projet qui a débuté à l'hiver 2022 permettra 1) d'analyser l'efficacité du modèle Archimède; 2) de dresser un portrait des conditions sociodémographiques des milieux les plus susceptibles de bénéficier du modèle et 3) poursuivre la documentation de l'interprofessionnalisme à la clinique.

Table des matières

Sommaire exécutif	4
Table des tableaux	8
Table des figures	8
Avant-propos	9
Liste des abréviations	11
Introduction	12
La recherche en partenariat	13
Le GMF St-Vallier	15
La période d'implantation du projet au GMF St-Vallier	15
Méthodologie	17
Recrutement et échantillonnage	17
Résultats	19
L'adhésion à la vision Archimède	20
Enjeux lors de l'implantation initiale du modèle	20
L'expérience subjective de travail	21
La charge de travail	21
Redéfinition des rôles professionnels	22
Enjeux d'implantation	23
Le travail d'équipe	25
L'expérience des soins et services chez Archimède	25
« On n'a pas ça ailleurs »	25
Une prise en charge globale et multiple	27
Des IPSPL de « famille »	29
Discussion et recommandations	30
Une gouvernance multi-niveau et un leadership partagé	30
Des enjeux de coordination et de collaboration	30
Des ressources humaines stables, en nombre suffisant et engagées	31
Une équipe interprofessionnelle s'appuyant sur une optimisation des rôles	31
Favoriser la flexibilité et les ajustements continus : s'inspirer des principes des systèmes de santé apprenants	33
Conclusion	37
Références	38
Annexe 1 : Structure de gouverne du projet	43

Table des tableaux

Tableau 1 : Les cinq principes du modèle Archimède	12
Tableau 2 : Composition, mandat et objectifs du comité consultatif	13
Tableau 3 : Composition des échantillons	18
Tableau 4 : Utilisation des services de notre échantillon	26
Tableau 5 : Synthèse des résultats de la phase 1 et phase 2 en cours	35

Table des figures

Figure 1 : Principaux enjeux externes influençant le déploiement du modèle Archimède	20
Figure 2 : Zones de chevauchements professionnels pouvant affecter la collaboration intraprofessionnelle chez les infirmières	23
Figure 3 : Éléments satisfaisants du modèle Archimède	29

Avant-propos

Ce rapport présente la synthèse des résultats du projet intitulé *Archimède : les facteurs contributifs à l'optimisation du travail d'équipe - Enjeux d'optimisation du rôle des professionnel.le.s, de collaboration interprofessionnelle et d'accessibilité à des soins et des services de santé*. Le projet visait à déterminer si la clinique Archimède, dans ses dynamiques et sa structure, est un modèle efficace du point de vue du travail d'équipe (optimisation des rôles de chacun.e) et efficient en termes de résultats patients (accessibilité, continuité, efficacité des soins et services) par rapport aux ressources investies. Plus spécifiquement, les objectifs étaient de :

1. Documenter le contexte d'émergence et d'implantation de la clinique Archimède ainsi que l'évolution de son fonctionnement;
2. Décrire et analyser les dynamiques de collaboration entre les différent.e.s acteur.trice.s dans l'organisation des soins et la structuration des services;
3. Documenter et analyser la trajectoire de soins afin d'y décrire quantitativement l'utilisation des ressources professionnelles, d'y caractériser l'accessibilité et la continuité des soins et services sur la base d'indicateurs de suivi reconnus;
4. D'évaluer la satisfaction des usager.ère.s qui consultent à la clinique Archimède.

Une équipe de recherche menée par Nancy Côté, professeure au département de sociologie de l'Université Laval et chercheure au VITAM – Centre de recherche en santé durable, a été sollicitée afin d'évaluer l'implantation de ce projet-pilote. Les résultats présentés dans ce rapport proviennent de différentes collectes de données qui ont pris place d'avril 2018 à mars 2020. Cependant, les difficultés rencontrées par la clinique en termes de recrutement d'effectif médical ainsi que le délestage résultant de l'urgence sanitaire due à la COVID-19 font en sorte que le modèle Archimède n'est toujours pas parvenu, au moment d'écrire ce rapport, à son plein déploiement. Malgré les enjeux, il est toutefois important de noter que la clinique a été en mesure de maintenir un taux d'assiduité de 85% à 86,9% pour la période de 2018 à 2020. Cependant, dans ce contexte, l'évaluation économique du modèle (objectif 3) n'a pas pu être réalisée.

Afin de décrire et de bien comprendre les transformations inhérentes à l'implantation de ce nouveau modèle de soins, le projet se poursuivra jusqu'en mars 2023. Les résultats de la première phase d'évaluation (mai 2018 à février 2020) permettent de documenter les premières années de l'implantation du modèle, d'identifier des pistes d'action pour une optimisation du travail d'équipe interprofessionnelle et de dégager certains enjeux de pérennisation du modèle Archimède. Il est à noter que l'ensemble des résultats présentés dans ce rapport proviennent de la période pré-pandémique.

Quelques précisions s'imposent aux lecteur.trice.s de ce rapport. La recherche ayant été conduite dans un seul milieu, l'équipe de recherche a dû faire preuve d'une grande vigilance quant à la manière de traiter les informations recueillies auprès des participant.e.s à l'étude. Ainsi, les résultats se rapportant à un.e seul.e professionnel.le ont été agrégés de manière à faire ressortir les tendances générales et les éléments

transversaux à plusieurs groupes professionnels. Pour les mêmes raisons, les extraits de verbatim ont été épurés pour éviter que les participant.e.s puissent être reconnu.e.s. De plus, ce rapport n'a pas pour objectif de présenter une description exhaustive des activités réalisées à chacune des étapes de l'implantation du modèle Archimède. Les personnes intéressées par ces informations pourront consulter les documents institutionnels produits à cet effet sur le site du CIUSSS-CN.

Liste des abréviations

CIP	Collaboration interprofessionnelle
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
DGPEQ	Direction générale de la planification de l'évaluation et de la qualité
DGSS	Direction générale des services sociaux
DMÉ	Dossier médical électronique
DNSSI	Direction nationale des soins et services infirmiers
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI-SP	Direction des soins infirmiers et de la santé physique
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
DSPI	Direction des services de proximité intégrés
ETC	Équivalent temps complet
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
IC	Infirmière clinicienne
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RDV	Rendez-vous
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAD	Services à domicile

Introduction

Créé en 2007, le rôle de l’infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) a été envisagé dans une optique d’amélioration de l’accessibilité des soins et services de première ligne au Québec (Holmes et Perron, 2008; MSSS, 2011) entre autres par la prise en charge d’une plus grande proportion de la clientèle orpheline (Dion, 2013). En juillet 2010, le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) annonçait la création de 500 postes d’IPSPL répartis dans l’ensemble du réseau, en plus d’un soutien financier (MSSS, 2012) pour en favoriser l’implantation. L’implantation de ce nouveau rôle visait une augmentation de l’accessibilité à des services de première ligne par une utilisation plus judicieuse des médecins et un travail de collaboration plus soutenu entre les différent.e.s professionnel.le.s.

Par la suite, le gouvernement du Québec annonce, en 2014, que le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pourrait compter, d’ici 2024-2025, sur l’apport de 2000 IPS (MSSS, 2017). C’est en mars 2017, en collaboration avec le MEES, que le MSSS fait part de la mise sur pied d’un plan permettant de concrétiser cet engagement. Du même souffle, le mois suivant, le MSSS soutient la mise en œuvre d’un projet-pilote d’organisation des soins en interdisciplinarité dans un groupe de médecine de famille (GMF) de Québec : le projet Archimède. Le modèle a été développé par une IPSPL avec l’appui de l’équipe médicale du GMF où se situe la clinique et est soutenu par des directions du CIUSSS de la capitale Nationale (CIUSSS-CN).

Le modèle Archimède repose sur cinq principes, soit l’accessibilité, la qualité et la continuité des soins, l’accès adapté, l’utilisation optimale des ressources et le partenariat avec l’usager.ère dans l’établissement de ses besoins.

Tableau 1 : Les cinq principes du modèle Archimède

Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Accès rapide au(x) professionnel.le(s) de la santé et des services sociaux dont le champ de compétence est le plus adapté au(x) besoin(s) de l’usager.ère. selon sa raison de consultation.
Qualité et continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité pour l’ensemble des intervenant.e.s de référer à un.e autre professionnel.le de la santé et des services sociaux sans passer par un médecin; • En fonction de la raison de consultation, l’usager.ère est dirigé.e vers le ou la bon.ne professionnel.le le jour même lors d’une consultation au sans RDV; • Les médecins travaillent en synergie avec l’équipe interdisciplinaire et non en parallèle; • Sensibilisation des usager.ère.s à une utilisation optimale et adéquate des RDV.
Accès adapté	<ul style="list-style-type: none"> • Le besoin de l’usager.ère détermine à quel moment il ou elle sera vu.e par la bonne ressource, que ce soit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le jour même; ○ En moins de 48h; ○ À l’intérieur de deux à quatre semaines.
Utilisation optimale des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation optimale du champ de compétence des professionnel.le.s, ce qui permet : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une meilleure disponibilité des médecins pour les usager.ère.s présentant des besoins complexes; ○ Une augmentation du nombre d’inscriptions à la clinique.
Partenariat avec l’usager.ère	<ul style="list-style-type: none"> • La prise en compte de l’expertise de l’usager.ère relativement à sa condition de santé.

La recherche en partenariat

Le projet a été mené en partenariat avec différentes parties prenantes, soit des membres de la clinique Archimède, plusieurs directions du CIUSSS-CN et du MSSS ainsi que de l'équipe de recherche.

Un comité consultatif a été créé à la fin de l'été 2018 et s'est joint aux comités déjà existants qui composaient la structure de gouvernance du projet clinique (Annexe 1). L'objectif du comité consultatif était de suivre le déroulement du projet de recherche, et d'échanger sur les aspects méthodologiques, la réalisation du terrain, et les résultats de la recherche.

Le comité consultatif était composé de membres de l'équipe de recherche, des responsables du projet pilote au GMF St-Vallier et d'usager.ère.s partenaires, de la DSI -SP, DSM et DSP du CIUSSS-CN et de quatre directions du MSSS, soit la DGSS, la DGPEQ, la DNSSI et la DSPI. Les orientations du projet, les objectifs, la méthodologie et les outils de collecte ont été discutés avec les membres du comité. Les changements qui ont été apportés en cours de projet pour s'ajuster aux réalités du terrain ont également été convenus en comité. Le comité s'est réuni après chacune

Tableau 2 : Composition, mandat et objectifs du comité consultatif

	COMPOSITION	MANDATS	OBJECTIFS
Clinique Archimède	<ul style="list-style-type: none"> Responsable médical de la clinique; IPSPSPL responsable du projet; Usager.ère(s) partenaire(s). 		<ul style="list-style-type: none"> Apporter un éclairage sur les enjeux concernant l'implantation du projet pilote Archimède;
CIUSSS-CN	<ul style="list-style-type: none"> Chef de services généraux; Direction des soins infirmiers et de la santé physique; Direction des services multidisciplinaires; Direction des services professionnels; Direction de l'enseignement et des affaires universitaires 	<ul style="list-style-type: none"> Suivre le déroulement de la recherche; Discuter des aspects méthodologiques, de la réalisation du terrain, des résultats de la recherche et du plan de transfert de connaissances. 	<ul style="list-style-type: none"> Contribuer à l'élaboration des outils de collecte des données; Faciliter le recrutement et la collecte de données;
MSSS	<ul style="list-style-type: none"> Direction nationale des soins et services infirmiers; Direction générale des services sociaux; Direction des services de proximité intégrés; Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité. 		<ul style="list-style-type: none"> Discuter des résultats de la recherche; Identifier des pistes d'action; Élaborer des stratégies de transfert de connaissances pour optimiser les retombées dans le RSSS.
Équipe de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Université Laval; Université du Québec à Rimouski; Université de Montréal; VITAM – Centre de recherche en santé durable. 		

des phases de collecte de données pour présenter et discuter des analyses qui en découlaient. Les rencontres du comité consultatif ont permis la présentation de résultats préliminaires à trois reprises. Nous avons ainsi présenté à deux reprises, en février et en mars 2019, les premiers résultats des entrevues auprès du personnel de chez Archimède et à une reprise, en février 2020, les résultats des entrevues auprès des usager.ère.s.

Afin de suivre le déroulement de l'implantation du projet pilote, des membres de l'équipe de recherche ont également siégé sur différents comités relevant de la structure de gouvernance.



Le GMF St-Vallier

Le GMF St-Vallier se situe sur la rue Montmagny dans le quartier Saint-Sauveur de Québec. Ce quartier possède l'un des taux de défavorisation sociale et matérielle les plus élevés sur le territoire du CIUSSS-CN (Partenariat Données Québec, 2019). L'accès aux soins de santé représente un défi de taille, principalement par manque d'effectifs médicaux, par la complexité des besoins de sa population ainsi que le poids démographique que représentent les plus de 65 ans (Laliberté, 2020). Menacé de fermeture en 2015 par le départ à la retraite de ses médecins et les difficultés de recrutement médical dans ce secteur peu attractif pour la relève, le projet pilote a permis au GMF de maintenir ses activités et de continuer à répondre aux besoins complexes et diversifiés de la population. Bien qu'Archimède s'adresse à une clientèle très générale, une grande proportion des consultations se fait auprès d'usager.ère.s présentant des problèmes de santé chroniques ou en situation de vulnérabilité psychosociale. La clientèle d'Archimède se caractérise également par un nombre important d'immigrant.e.s et de réfugié.e.s politiques résidant dans ce secteur de la ville de Québec. En avril 2018 l'équipe interprofessionnelle était composée de trois médecins (2,2 équivalent temps complet (ETC)), quatre IPSPL, incluant la chargée de projet, quatre infirmières cliniciennes (IC) et six professionnel.le.s de la santé et des services sociaux : une travailleuse sociale (ETC), une nutritionniste (ETC), un inhalothérapeute (0,5 ETC), un physiothérapeute (0,5 ETC), une psychologue (0,5 ETC), et un kinésologue (0,5 ETC). À l'équipe médicale s'ajoutaient une directrice administrative et quatre agentes administratives. L'équipe médicale n'a jamais été complète en raison de la transition entre les départs à la retraite et l'arrivée des nouveaux médecins. L'équipe a oscillé entre deux et trois médecins équivalent temps complet entre 2018 et 2020.

Les heures d'ouverture de la clinique sont de 7h30 à 19h30 la semaine et de 8h à 12h la fin de semaine et les jours fériés. Afin d'offrir une meilleure accessibilité aux usager.ère.s, les membres de l'équipe interprofessionnelle ont des plages de sans RDV et d'accès adapté afin d'assurer une prise en charge des problèmes de santé physique et mentale. L'ensemble des services est gratuit pour la clientèle inscrite au GMF. Les usager.ère.s sont invité.e.s à expliciter leur.s raison.s de consultation lors de la prise de RDV téléphonique afin d'être orienté.e.s vers la bonne ressource professionnelle. Les problèmes de santé complexes sont pris en charge en équipe, en incluant, si nécessaire, l'IC, l'IPSPL ou le médecin. L'équipe contribue également à favoriser l'accès aux divers services de proximité en lien avec les ressources communautaires et aux différents services offerts par le CIUSSS-CN.

La période d'implantation du projet au GMF St-Vallier

L'implantation du projet a débuté en avril 2017 et l'intégration des ressources professionnelles s'est échelonnée d'avril à décembre. Le départ à la retraite de deux médecins et les difficultés de recrutement des effectifs médicaux ont généré une grande instabilité à partir de décembre 2017. Entre janvier et juin 2018, seulement trois médecins à temps partiel assuraient une couverture médicale et ce sont les IPSPL qui

ont assuré la couverture des heures d'ouverture obligatoires de 68 heures par semaine. En prévision de la transition de l'équipe médicale, chaque usager.ère inscrit.e à la clinique a été assigné.e à une IPSPL et aux IC. Ceci avait pour but d'assurer la continuité des soins et services pendant la période de transition de l'équipe médicale. Ainsi, malgré le manque d'effectifs médicaux, la clinique a maintenu un taux d'assiduité élevé, se situant entre 85% et 86,9% pour la période de 2018 à 2020.

Les trajectoires de services ont été modifiées graduellement d'avril 2017 à janvier 2018 afin que les IC et IPSPL, en collaboration avec une équipe interprofessionnelle, deviennent le premier point d'accès de la clientèle aux soins et services de la clinique.

Outre l'implantation du projet clinique et de l'équipe interprofessionnelle, une structure de gouvernance à trois paliers a également été déployée à partir d'octobre 2018 où l'ensemble des groupes d'acteur.trice.s impliqués dans l'implantation du modèle sont représentés (GMF, CIUSSS-CN, MSSS et équipe de recherche).



Méthodologie

Bien qu'une étude mixte constituée de collectes de données qualitatives et quantitatives ait été initialement prévue, seuls les résultats de la recherche qualitative sont présentés dans ce rapport pour les raisons invoquées dans l'avant-propos. Les collectes de données ont été effectuées entre novembre 2018 et septembre 2019.

Recrutement et échantillonnage

Deux phases de collectes qualitatives ont été menées à la clinique Archimède, soit une première auprès des professionnel.le.s, médecins, agentes administratives et des acteur.trice.s clés (ex. représentants du MSSS, des Ordres professionnels, gestionnaires, etc.) de la clinique et une seconde phase auprès des usager.ère.s. Les entrevues individuelles auprès des membres de l'équipe d'Archimède avaient pour but de mieux comprendre le fonctionnement de la clinique, de saisir leur expérience subjective du travail, leur appréciation du travail d'équipe, leur expérience de collaboration intra et interprofessionnelle, leur perception de l'optimisation de leur rôle, leur appréciation du modèle Archimède, ainsi que les éléments de satisfactions et les difficultés vécues. Les entrevues individuelles auprès des usager.ère.s, visaient à recueillir de l'information sur l'appréciation des soins reçus, la qualité et la continuité des services, et leur perception des effets des soins reçus sur leur santé.

Le recrutement s'est déroulé en étroite collaboration avec les membres du comité consultatif. Le personnel et les acteur.trice.s clés ont été recruté.e.s via un courriel d'information envoyé par l'équipe de recherche. Le recrutement des usager.ère.s s'est fait de deux façons soit 1) par son ou sa professionnel.le à la fin de la consultation ou 2) via l'information disponible dans la salle d'attente.

Nous avons procédé à un échantillonnage de type raisonné de façon à rencontrer un vaste éventail de participant.e.s tout en respectant la participation libre et volontaire ainsi que l'anonymat (tableau 3).

À l'exception des médecins², nous sommes parvenu.e.s à rejoindre la population visée, surpassant même le nombre de participant.e.s initialement prévu. Nous avons également rencontré un large éventail d'usager.ère.s, hommes et femmes âgé.e.s de plus de 18 ans, aux prises avec différents problèmes de santé physique, mentale ou avec suivi particulier (ex. les suivis de grossesses ou des enfants). Les usager.ère.s suivis à domicile ont été exclu.e.s de l'échantillonnage puisqu'ils et elles n'étaient pas en mesure de nous parler des transformations survenues à la clinique, ne la fréquentant pas. Les entrevues ont été transcrites verbatim et codées à l'aide du logiciel N'Vivo. Une analyse thématique a été effectuée suivant ces différentes étapes : la codification initiale en fonction des thèmes retenus et de ceux qui ont émergé en cours d'analyse, la catégorisation, la consolidation des catégories, la mise en relation des catégories et l'intégration (Miles et Huberman, 1994).

Ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche Santé des populations et première ligne CIUSSS de la Capitale-Nationale (# 2019-1503).

² Seuls deux médecins de l'équipe de transition étaient en poste au moment de nos entrevues.

Tableau 3 : Composition des échantillons

Entrevues individuelles semi-dirigées				
Type de participant.e	Période	Échantillon	Critères de sélection	Composition de l'échantillon
Acteur.trice.s clés	Novembre 2018 à mars 2019	19 participant.e.s	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension des orientations du projet 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 acteur.trice.s clés • 1 médecin • 2 IPSPL • 3 cliniciennes • 5 autres professionnel.le.s • 3 personnels de bureau
Personnel de la clinique			<ul style="list-style-type: none"> • Catégories professionnelles • Statut d'emploi 	
Usager.ère.s	Juin à septembre 2019	35 participant.e.s	<ul style="list-style-type: none"> • Âge (18 et +) • Problèmes de santé • Utilisation des services • Professionnel.le.s impliqué.e.s dans les soins 	35 usager.ère.s inscrit.e.s à la clinique

Résultats

Les résultats montrent que plusieurs facteurs à l'échelle micro, méso et macro ont exercé une influence sur le déploiement du modèle Archimède.

Au niveau macro, le fait qu'il y ait très peu d'IPSPS au Québec³ rend difficile leur remplacement lors d'absences prolongées. Le manque d'emprise de la clinique sur l'attribution des médecins au sein du GMF St-Vallier constitue un autre enjeu. Le déficit médical créé par les départs à la retraite a eu pour effet d'accentuer la pression sur les médecins nouvellement arrivés et les IPSPS en place. Ce manque d'effectifs médicaux a mené à une diminution des inscriptions, et, conséquemment, au passage d'un GMF de niveau 2 à un niveau 1⁴. L'impossibilité d'inscrire des usager.ère.s sous la responsabilité des IPSPS a par ailleurs freiné la capacité de la clinique à inscrire de nouvelles personnes. L'inadéquation entre les objectifs d'implantation et les ressources médicales disponibles a fait en sorte que beaucoup de temps et d'énergie ont été consacrés à la défense du projet, ce qui a entraîné des répercussions notamment en termes de capacité à accroître le niveau d'inscriptions. Toutefois, pour limiter les impacts sur les usager.ère.s, des efforts importants ont été déployés par les IPSPS, en collaboration avec les IC et les autres professionnel.le.s, afin de poursuivre temporairement les suivis de ces patient.e.s jusqu'à l'arrivée de nouveaux médecins.

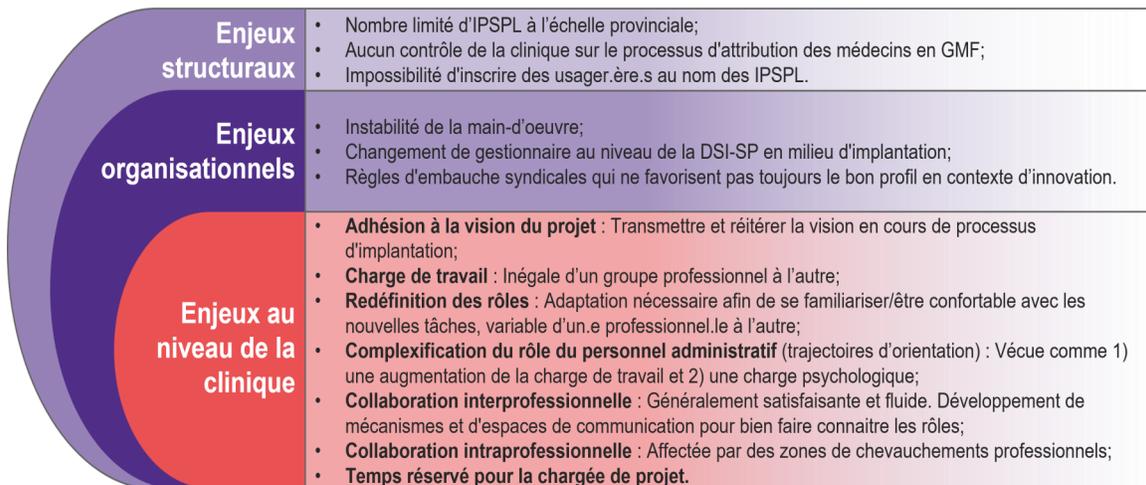
Au niveau méso, la clinique a été déficitaire en termes de ressources humaines par rapport au modèle initialement prévu à cause du manque de main-d'œuvre, principalement médecins et agentes administratives. Les difficultés à recruter des médecins, les absences temporaires (maladie ou congé de maternité), le roulement du personnel administratif constituent autant de facteurs ayant contribué à retarder le plein déploiement d'Archimède en termes d'usager.ère.s inscrit.e.s prévu.e.s. La clinique a également dû composer avec un changement de gestionnaire en cours d'implantation. Bien que vécue de façon positive, une période d'adaptation a été nécessaire afin que la nouvelle gestionnaire apprenne à connaître l'équipe, qu'elle établisse son leadership et améliore la communication. Finalement, outre les compétences plus techniques, ce type de modèle de soins requiert des aptitudes et des compétences qui démontrent une capacité à travailler dans des contextes innovants et en transformation. L'attribution des postes en fonction des règles des conventions collectives ne permettent pas toujours la meilleure adéquation entre les contextes innovants et les compétences et aspirations des professionnel.le.s.

Ces enjeux structurels (macro) et organisationnels (méso) ont exercé une influence importante sur le processus d'implantation du modèle Archimède. En ce qui concerne les enjeux à la clinique, quatre grands thèmes ont été dégagés, soit 1) l'adhésion à la vision Archimède, 2) l'expérience subjective de travail, 3) le travail d'équipe et 4) L'expérience des soins et services chez Archimède. Afin de protéger la confidentialité des propos et l'anonymat des participant.e.s, le type de professionnel.le ne sera pas précisé dans les extraits cités. En ce qui concerne les usager.ère.s, des prénoms fictifs seront utilisés.

³ Selon les chiffres de l'OIIQ, il y avait 842 IPS en 2021 au Québec (OIIQ, 2021).

⁴ Les GMF sont classés selon différents niveaux sur la base des critères suivants: cibles d'inscriptions pondérées, nombre minimal de jours et d'heures d'ouverture par semaine ainsi que taux d'assiduité (MSSS, 2015).

Figure 1 : Principaux enjeux influençant le déploiement du modèle Archimède



L'adhésion à la vision Archimède

Le personnel de la clinique adhère, de manière générale, à la vision du projet qui consiste à recourir au ou à la bon.ne professionnel.le au moment opportun selon la raison de consultation. Cette vision correspond à leurs valeurs puisque le modèle Archimède représente, selon eux et elles, un modèle qui favorise une plus grande qualité et accessibilité des soins et le recours à une diversité de professionnel.le.s déterminé.e.s selon les besoins des usager.ère.s. Le modèle repose également sur un travail étroit de CIP, où les cas les plus complexes sont discutés entre différent.e.s professionnel.e.s, incluant les médecins, dans une vision de complémentarité des soins. Le fait de pouvoir bénéficier d'une diversité de services professionnels en un seul et même lieu est considéré comme un avantage substantiel. Les professionnel.le.s conçoivent qu'une telle offre de service est particulièrement intéressante dans un secteur défavorisé où les usager.ère.s n'ont pas nécessairement les moyens de s'offrir des ressources privées. L'adhésion à la vision du modèle Archimède est renforcée par le très grand sentiment d'utilité ressenti par l'équipe.

« L'interdisciplinarité, c'est une très belle valeur ajoutée. Moi je le ressens dans les commentaires des patients. » [...] « [...] les gens se sentent parfois surpris, étonnés que ce soit si facile que ça [de rencontrer un.e professionnel.le] ».

« Moi, ma conception d'un modèle de soins efficace c'est ça, un même endroit géographique où le patient développe un sentiment d'appartenance [...] ».

Enjeux lors de l'implantation initiale du modèle

L'implantation d'un nouveau modèle de soins implique son lot de défis. Beaucoup de temps et d'énergie ont été consacrés à tenter de mettre en place les conditions favorisant la prise en charge par le ou la bon.ne professionnel.le. Les enjeux rencontrés étaient principalement au niveau de la connaissance du rôle de chacun.e des professionnel.le.s et de la mise en place des trajectoires de soins au secrétariat. Bien que moins fréquentes au moment des entrevues, les erreurs de référencement ont engendré des irritants chez certain.e.s professionnel.le.s et usager.ère.s. De plus,

les temps d'échanges, formels et informels, utilisés pour la CIP, ont parfois été perçus comme une surcharge de travail. Une période d'adaptation a été nécessaire par plusieurs personnes évoluant à la clinique afin d'intégrer des pratiques de CIP à leur travail quotidien, mais les avantages ont outrepassé les difficultés vécues.

« [...] c'est très positif, c'est beaucoup de travail, c'est beaucoup d'ajustement et d'adaptation parce que veut, veut pas, c'est beaucoup d'essais-erreurs. Puis bon on essaie telle affaire et puis c'est beaucoup de restructuration, mais c'est très positif parce que dans le fond, les patients sont très satisfaits. Ils aiment ça, nous on voit qu'on avance, qu'on travaille en équipe, on n'est plus isolés. On a du backup alors même si on travaille beaucoup on sait qu'il y a du positif autour. C'est dans le bien-être de la clientèle alors c'est quand même motivant »

Le roulement de personnel et certains enjeux de communication ont contribué à effriter la vision commune au fil du temps. Un accompagnement assidu fut nécessaire pour réitérer la vision sur une base régulière et favoriser les changements de pratique en adéquation avec les valeurs du modèle. Différents moyens ont été mis en place par la chargée de projet, les gestionnaires et les directions responsables des pratiques professionnelles au CIUSSS-CN (DSI-SP et DSM) pour que cette vision s'incarne dans les pratiques au quotidien : accompagnement soutenu, révision des modalités de communication, formation sur la résolution de conflits et clarification des rôles des professionnel.le.s, des gestionnaires et de la chargée de projet.

L'expérience subjective de travail

Les premières années d'implantation du projet ont été marquées par une certaine instabilité au niveau des équipes en raison des problèmes de main-d'œuvre, incluant les effectifs médicaux. L'expérience subjective de travail s'est avérée être très variable d'un groupe professionnel à l'autre. Quoique vécus comme un mal nécessaire, tou.te.s sont d'accord pour dire que des ajustements au niveau de la charge de travail et de la redéfinition des rôles ont été nécessaires spécialement eu début de projet.

La charge de travail

Les modifications des horaires de travail, nécessaires afin de couvrir les 68 heures obligatoires prescrits dans le cadre de gestion des GMF, ont été ressenties comme des sacrifices importants par certaines personnes. L'obligation de travailler les soirs et les fins de semaine a souvent été vécue comme une détérioration des conditions de travail. Les infirmières cliniciennes et praticiennes ont particulièrement été sollicitées, ce qui a généré un sentiment d'injustice face aux autres professionnel.le.s qui n'avaient pas ou peu été touché.e.s par ces horaires élargis. Des mesures ont été mis en place auprès des infirmières afin de diminuer les effets négatifs du manque de personnel ainsi que pour éviter la surcharge et l'épuisement. Parmi ces mesures, la rotation des horaires de fin de semaine et une division plus équitable du travail le soir ont été privilégiés.

« En fait, on s'est arrangé, chaque IPS fait un soir semaine d'emblée qui est son soir de sans rendez-vous et les fins de semaine viennent en rotation. Ça dépend des médecins parce que quand ce n'est pas un médecin qui est là, c'est une IPS. Et puis, étant donné que les IPS candidates ne peuvent pas travailler toutes seules, elles ne comptent pas alors on est juste trois... Finalement, c'est ça le problème, c'est qu'on est juste trois et que les candidates ne peuvent pas être toute seule s'il n'y a pas de médecin ».

L'équipe médicale a également été affectée par une charge de travail importante. Au moment de nos entrevues, trois médecins quittaient pour la retraite et deux jeunes médecins en début de carrière venaient d'intégrer l'équipe. Partagées entre des tâches de gestion et une pratique mixte, ces jeunes médecins ont ressentis une forte pression pour accroître le nombre d'inscriptions à la clinique. L'incertitude qui planait sur l'avenir de la clinique, l'attente incessante de renfort médical, les craintes liées à la charge de cas trop lourde en cas de départ des IPSPL (l'inscription étant faite exclusivement au nom des médecins), sont autant d'éléments qui ont contribué à réduire de manière considérable les nouvelles inscriptions, générant certaines tensions au sein de l'équipe qui comptait sur une hausse des inscriptions pour assurer la survie du modèle.

« L'inquiétude aussi, c'est avec tous les déboires qu'on a eus, c'est-à-dire la difficulté d'avoir le recrutement médical pour augmenter le nombre de patients... Les maladies, les congés de maternité qu'il y a eu dans l'équipe ont fait que ça a toujours été un frein sur le nombre qu'on était. [...] C'est une contrainte que l'on a dans la vie de tous les jours, donc... »

Redéfinition des rôles professionnels

Quant à la redéfinition des rôles, un moment d'adaptation a été nécessaire afin que l'équipe se familiarise et soit confortable avec l'évolution de la pratique dans un contexte interprofessionnel. Certaines personnes ont été amenées à devoir exercer à la pleine étendue de leur rôle, sans avoir le sentiment de bien maîtriser les nouvelles tâches tout en devant délaissier les anciennes qui leur procuraient un sentiment de compétence. Des changements dans le type de clientèle ont également nécessité une adaptation importante pour certain.e.s professionnel.le.s moins habitué.e.s à voir différentes clientèles. Dans le modèle Archimède, les rôles professionnels ont été redéfinis dans un continuum de pratique qui prend appui sur une collaboration intra et interprofessionnelle plus soutenue. Dans certaines situations, particulièrement lorsqu'il n'y avait pas de moments planifiés pour discuter des cas en équipe, certain.e.s le ont ressenti une perte de leur autonomie professionnelle. Pour les professionnel.le.s dont le rôle était moins connu, ils ou elles ont vécu une diminution de leur charge de travail, étant moins intégré.e.s aux suivis conjoints et ayant moins de référence de la part des autres professionnel.le.s.

Plusieurs solutions ont été mises en place afin de contrer les éléments qui auraient pu avoir un effet négatif sur la collaboration. Pour favoriser une meilleure compréhension des rôles de chacun.e et identifier les zones de chevauchement souhaitables, des rencontres d'information ont été planifiées, des fiches synthèses ont été bonifiées et des formations ont également été offertes par une conseillère spécialisée en CIP. La structure de gouvernance constituée de représentant.e.s de chaque groupe œuvrant à la clinique ainsi que des membres de la DSI-SP, de la DSM et de l'équipe de recherche a été créé. Son rôle a été d'accompagner l'équipe dans la gestion du changement ainsi que de documenter, clarifier et formaliser les rôles de chacun.e au sein de l'équipe.

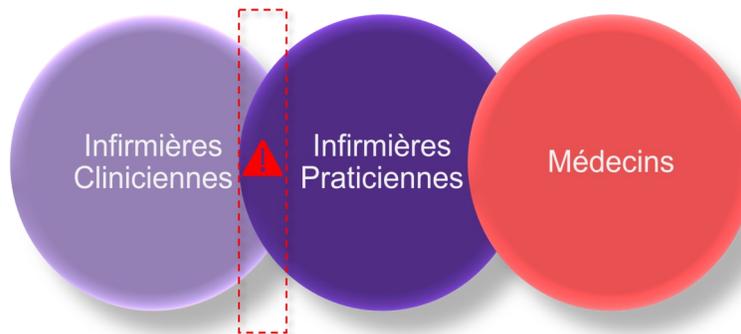
Enjeux d'implantation

Des enjeux particuliers ont été observés parmi certains groupes professionnels, notamment les IC et les agentes administratives.

Dans le cas des IC, elles ont vu leur rôle se redéfinir de manière importante, leur pratique pré Archimède étant pour certaines constituée de ce qu'elles appellent le « traité-terminé », c'est-à-dire compléter l'intervention en une rencontre plutôt que de pratiquer un suivi conjoint avec une IPSPL. Plusieurs mentionnent avoir vécu beaucoup d'insécurité professionnelle en lien avec ces changements. En ce qui concerne plus spécifiquement le travail de collaboration intraprofessionnelle entre l'IC et l'IPSPL, une période d'adaptation a été nécessaire. Si la collaboration entre IC et médecins est généralement considérée comme fluide puisque les frontières sont claires entre les rôles, il en va tout autrement de la collaboration entre l'IC et l'IPSPL qui partagent des zones de chevauchements importantes dans leur pratique (Figure 2). La collaboration intraprofessionnelle est donc vécue de façon mitigée chez les IC puisque, d'un côté, elles apprécient la disponibilité plus grande des IPSPL par rapport à celle des médecins, mais trouvent frustrant de devoir rediscuter des cas avec le médecin lorsque la situation dépasse les compétences des IPSPL. Cette collaboration est également teintée de certains enjeux relevant de ce qui est ressenti comme une hiérarchie intraprofessionnelle nommée par certaines IC.

« Le défi a beaucoup été d'agencer le travail des praticiennes-cliniciennes. Le chevauchement pour voir quelles sont les tâches et quelle hiérarchie il pouvait y avoir [entre elles]. J'ai eu l'impression qu'il y a plus de difficultés d'adaptation entre elles qu'avec le reste de l'équipe. »

Figure 2 : Zone de chevauchement perçue comme problématique dans l'équipe interprofessionnelle



Différentes mesures ont été prises pour améliorer la collaboration entre les IC et les IPSPL, afin de favoriser un meilleur climat de travail. Portées par les gestionnaires cliniques, administratifs et la chargée de projet du CIUSSS-CN, des rencontres ont été organisées afin de mieux comprendre la situation et transmettre la vision du projet. Des dyades IPSPL-IC avaient été mises en place dès l'implantation d'Archimède. Des formations ciblées ont été offertes et du coaching en présentiel a été introduit dans le but de renforcer les compétences requises pour effectuer les examens physiques ainsi que les évaluations. Des suivis conjoints concernant certaines clientèles ont été instaurés et ont permis une meilleure connaissance des rôles et des champs

d'exercices de chacun.e. Finalement, des formations ont également été offertes pour soutenir le développement professionnel des IC.

Du côté du personnel administratif, plusieurs changements ont affecté leur travail. Le secrétariat constitue la porte d'entrée des soins et services offerts à la clinique et les agentes administratives sont ainsi au cœur de tout ce processus. Dans le modèle Archimède, ce sont généralement elles qui, à l'aide des trajectoires de soins, orientent l'usager.ère vers le ou la bon.ne professionnel.le.

Les trajectoires d'orientation, le « triage » comme elles l'appellent, ont conduit à une complexification de leur rôle, sans qu'elles ne se sentent suffisamment outillées pour bien faire ce travail. Un temps d'adaptation a été nécessaire, tant du côté des agentes qui ont pu acquérir à l'aide de coaching et de formations ces nouvelles compétences et se familiariser avec le langage médical que du point de vue des professionnel.le.s qui devaient composer avec des erreurs de

« Les filles [en parlant des agentes administratives], vous êtes la première ligne. Le patient passe par vous, vous êtes importantes. Si vous n'êtes pas là [...] demain matin [...] la clinique ne fonctionne plus. Si le médecin décide lui de ne pas rentrer une journée, la clinique va marcher pareil. Ça, c'est super important ».

« Le secrétariat est continuellement en adaptation parce que le projet Archimède évolue, donc il y a de nouvelles consignes au secrétariat. Tu sais, ça a l'air de rien, mais en ce moment, il faut miser sur leur capacité d'adaptation [...]. Il faut que les nouvelles consignes se rendent au secrétariat, il faut que le secrétariat et que tout le monde se parle, puis là, elles ont le droit de faire de petits oublis. Donc, des fois, il y a une petite erreur, mais, en même temps, tout est nouveau, donc tout le monde est en train d'apprendre. Donc, il faut juste être un peu indulgent ».

référencement en début d'implantation. De plus, l'impression de ne pas avoir été impliquées dès le départ dans les activités collectives entourant la mise en œuvre du projet Archimède, n'a pas favorisé le développement d'un sentiment d'engagement dans la transformation de la clinique en début de projet pour les agentes administratives.

L'équipe clinique a, en cours de route, rectifié la situation en invitant l'adjointe administrative aux rencontres du comité tactique où elle était encouragée à présenter les difficultés vécues au secrétariat et à transmettre, par la suite, l'information à l'équipe administrative. Des formations ont été bonifiées pour favoriser une meilleure appropriation de l'outil de référencement. En ce qui concerne les difficultés en lien avec les erreurs de référencement, un processus a été mis en place pour qu'une gestionnaire du CIUSSS reçoivent les plaintes et en réalise le suivi avec l'adjointe administrative. Cette solution a été mise en place pour éviter une détérioration du climat de travail.

« Mais je suis juste agente de bureau [...]. Ce n'est pas toujours facile. Puis des fois on doit le donner à une clin [clinicienne] ou à une prat [praticienne], on a une feuille [trajectoire de soins]. [...]. Ce que je trouve difficile c'est de... j'ai comme l'impression des fois de faire du triage. C'est un peu particulier [...] moi je n'ai pas tellement d'expérience [pour faire ça] ».

Le travail d'équipe

Le travail de CIP est considéré de manière générale comme étant satisfaisant et assez fluide. Le DMÉ constitue l'un des moyens pour communiquer entre les professionnel.le.s et en ce sens, il facilite la collaboration. En effet, l'environnement numérique sécurisé offert par le DMÉ permet aux professionnel.le.s de communiquer entre eux et elles, de consulter les rapports et les évaluations des usager.ère.s ainsi que d'envoyer des tâches lors de suivis

conjointes. Toutefois, ce sont dans les interactions au quotidien que les liens de confiance se tissent et que les professionnel.le.s arrivent à mieux connaître les rôles de chacun.e. Les échanges spontanés sont largement utilisés afin de pallier le manque de moments planifiés pour le travail de collaboration. L'« *interdisciplinarité de cadre de porte* » est nécessaire, puisqu'elle permet de régler rapidement une situation urgente ou nécessitant des avis variés.

« Le seul élément qui manquerait peut-être c'est du temps si tu veux vraiment connaître à 100% le rôle de chacun. Je pense que ce qui serait gagnant, à la limite c'est quasiment utopique, mais ce serait que l'on fasse... pas un stage d'un jour, mais qu'on aille voir vraiment toute la vision de ce qui peut être fait par les professionnels. Exemple, l'inhalothérapeute, il fait des spirométries, il fait de l'enseignement, est-ce qu'il fait d'autres choses? Je ne le sais pas... Le kinésologue, justement on le sait qu'il donne des exercices, mais comment fait-il son évaluation? [...] eux aussi pourraient être surpris de tout ce que l'on peut faire dans nos consultations! »

L'expérience des soins et services chez Archimède

La collecte de données auprès des usager.ère.s a permis de constituer un échantillon riche, puisqu'il regroupe des participant.e.s qui ont consulté auprès de l'ensemble des professionnel.le.s de la clinique, qui ont expérimenté une utilisation diverse des services offerts en plus de se distinguer en termes de trajectoire de soins. Ainsi, la majorité des participant.e.s rencontré.e.s ont utilisé les services de plus de trois professionnel.le.s de la clinique, principalement le médecin, l'IPSPL ou l'IC, que ce soit lors de RDV de suivi ou au sans RDV. Les raisons de consultation principales, lorsque connues, proviennent d'informations que les usager.ère.s nous ont données en entrevues, mais ne couvrent pas l'ensemble des raisons de consultation (Tableau 4).

« On n'a pas ça ailleurs »

Les usager.ère.s rencontré.e.s se trouvent privilégié.e.s d'être inscrit.e.s à la clinique Archimède et leur haut niveau de satisfaction vient de la rapidité d'accès à un rendez-vous ainsi que du fait qu'ils et elles sont conscient.e.s que ces services ne sont pas disponibles gratuitement dans les autres cliniques. Ils et elles souhaitent ainsi que le modèle Archimède soit démocratisé afin que leurs familles, leurs proches et, ultimement, chaque Québécois.e, ait accès aux mêmes services qu'eux.

« Puis j'en parle aux gens que je connais, mes collègues de travail, puis ils n'ont pas ça ailleurs. On est privilégiée d'avoir tout ça ici [...] des fois, tu as besoin d'un rendez-vous d'urgence, tu appelles le matin à 8h00, ils te trouvent une case dans la journée. Fait que ça nous évite d'aller à l'urgence. » Sylvie

Tableau 4 : Utilisation des services de notre échantillon

Professionnel.le.s consultés à la clinique	
IPSPL	33*
Médecin	28*
Cliniciennes	26*
Travailleur social	11*
Nutritionniste	9*
Kinésiologue	8*
Physiothérapeute	7*
Inhalothérapeute	4*
Psychologue	3*
Consultation auprès de 1 ou 2 professionnel.le.s (médecin inclus)	9
Consultation auprès de 3 professionnel.le.s et plus (médecin inclus)	25
Type d'utilisation des services	
Rendez-vous et suivis	21*
Sans rendez-vous	14*
RDV et sans-RDV pour un membre de sa famille et non pour soi-même	15*
Raison de consultation principale (lorsque connue)	
Maladies chroniques	6
Santé mentale	5
Musculosquelettique	3
Suivis de grossesse	2
Gynécologie	1

*Un.e même participant.e peut être comptabilisé.e à plusieurs endroits selon son utilisation des services

La rapidité de consultation au sans RDV était l'aspect le plus satisfaisant pour les usager.ère.s rencontré.e.s. La possibilité d'avoir une place au sans RDV à l'intérieur de 48h, parfois la journée même, évite, aux dires des personnes rencontrées, des consultations aux urgences en plus de réduire les absences du travail pour cause médicale. Les agentes administratives sont appréciées pour leur écoute et leurs initiatives afin de trouver le RDV le plus rapidement selon la situation de l'utilisateur.ère. Contrairement à un système de prise de RDV informatisé, la possibilité de parler en permanence à un être humain est considérée comme un élément facilitant.

« Le délai pour avoir des rendez-vous. À chaque fois que je parle à quelqu'un [qui n'est pas inscrit chez Archimède] puis que je dis que j'ai un rendez-vous dans la journée ou le lendemain, il ne me croit pas, personne ne me croit. [...]. Fait que ça, c'est vraiment cool. Puis [...] les autres sans rendez-vous, il faut que tu appelles la veille à 8h, il faut que tu sois sur la ligne et c'est vraiment compliqué, puis si tu ne pognes pas la ligne, il faut que tu attendes et que tu réessayes le lendemain, puis c'est vraiment compliqué... ou sinon, il faut que tu ailles perdre une journée de travail pour aller à la clinique. [...] l'autre jour pour ma sinusite, je pense que j'ai appelé... J'étais au travail et je n'étais plus capable, fait que j'ai appelé comme à 10h et j'avais un rendez-vous à 16h le soir! » Cyndi

Néanmoins, d'autres souhaiteraient également une modernisation de la prise de RDV, puisque le délai d'attente avant de parler à une agente peut être relativement long à l'ouverture de la clinique.

Une prise en charge globale et multiple

Les personnes rencontrées parlent d'une prise en charge globale et multiple. Elles savent que si elles ne rencontrent pas leur médecin, une autre ressource s'occupera d'elles. Les entretiens montrent que la confiance des usager.ère.s repose sur l'écoute des professionnel.le.s, la compréhension des besoins, la durée des RDV et le sentiment qu'aucun jugement n'est fait à leur égard. Ce type d'approche est vécue de façon très positive et incite les usager.ère.s à se livrer davantage, à partager plusieurs aspects de leur vécu et leurs préoccupations. Cet espace de parole privilégié permet aux professionnel.le.s de recueillir davantage d'informations et, potentiellement, assurer un meilleur suivi. Ce modèle de soins est très apprécié parmi les personnes rencontrées et particulièrement chez :

« Puis c'est sûr que ce que j'apprécie, c'est que c'est une pensée globale. La santé, ce n'est pas juste de donner une pilule, c'est de voir le corps d'un point de vue mécanique, d'un point de vue psychologique, d'un point de vue plus chimique comme par rapport aux médicaments, fait qu'on le sent vraiment que cette approche-là, elle est là, puis je pense que c'est une approche qui est efficace. [...] Je pense que [...] c'est par le dialogue aussi entre les différents membres de l'équipe. [...] Il y a une équipe, oui, docteur [untel] m'est attiré et c'est lui qui regarde plus mon dossier, mais que les autres peuvent intervenir à certains moments de manière ponctuelle où est-ce que lui ne peut pas intervenir, je pense que c'est vraiment efficace ». Isabelle

Les parents avec de jeunes enfants

« C'est merveilleux! Quand on a des petits bébés neufs on a beaucoup de questions et beaucoup d'insécurités, ça fait que c'était rassurant, on observait pendant 24-48h et si ça ne s'améliorait pas, je rappelais et j'avais mon rendez-vous rapidement ». Geneviève

Les usagers suivis par plusieurs professionnels

« Puis elles [en parlant des infirmières cliniciennes et praticiennes] ont ton intérêt à cœur. [...] Elle [l'IP SPL] aurait pu dire « Prends des antidépresseurs, puis retourne chez vous, puis tu reviendras dans un mois voir comment ça va » [...], mais elle, non. Elle m'a fait voir en psychologie, elle m'a fait voir le travailleur social. Elle m'a vraiment prise en charge. [...] Moi, les IPS, je les adore ». Noémie

Les usagers nécessitant des suivis réguliers

« Ça, ça s'est très bien passé [le suivi avec mon IPSPL et mon médecin]. Puis elles ont même été très à l'écoute, parce que j'ai étudié pour devenir [métier X], puis à un moment j'étais sceptique par rapport à faire des shifts de plus de 12 heures, parce que là, le [médicament pour un TDAH], il dure 12 heures. Puis là, on essayait de voir comment j'allais pouvoir faire ça. Elles ont été vraiment à l'écoute, puis on a trouvé de petites solutions ». Olivier

Les usagers ayant un/des épisode(s) aigu(s) de problème(s) de santé mentale

« La première fois que je suis venue, c'était vraiment urgent, j'étais sur le bord d'aller me suicider. [...] J'ai dit « Il faut que je voie quelqu'un, sinon... ». Ils ont quasiment dit « Viens-t'en », qu'ils vont me voir dans l'heure ou dans les deux heures. Oui, j'ai rencontré l'infirmière [clinicienne], après ça, l'infirmière praticienne, après ça, j'ai rencontré le médecin, j'ai rencontré la travailleur social... Tous dans la même journée, [...] ils m'ont prise en charge tout de suite ». Noémie

Les usager.ère.s rencontré.e.s constatent qu'il y a un partage ainsi qu'une complémentarité des champs de pratiques entre les différent.e.s professionnel.le.s, spécialement entre le médecin et l'IPSPL. Cette complémentarité vient renforcer la confiance générale accordée envers l'IPSPL et ses compétences, puisque l'usager.ère est conscient.e qu'il ou elle sera référé.e au médecin si cette dernière atteint la limite de ses compétences.

Les usager.ère.s sont aussi conscient.e.s qu'il y a un travail d'équipe qui se fait entre les professionnel.le.s à la clinique et même à l'extérieur de celle-ci. L'intégration d'un.e nouveau.ille professionnel.le dans le suivi est habituellement discutée avec l'usager.ère, ce qui est très apprécié.

La possibilité pour les infirmières cliniciennes et praticiennes d'effectuer des suivis téléphoniques est un point très positif soulevé par les usager.ère.s, puisque cela évite des déplacements inutiles. De plus, ils et elles trouvent le processus de références externes (consultations, examens, chirurgies, etc.) facilitant, puisque c'est souvent l'un.e des professionnel.le.s impliqué.e.s dans le suivi qui s'en occupe.

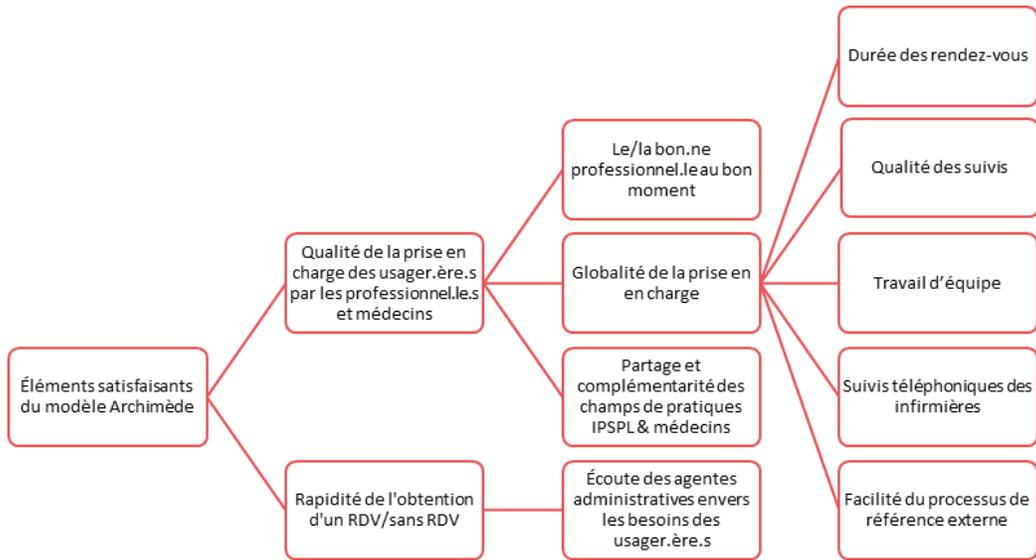
« Docteure [unetelle] m'avait appelée pour la question des médicaments, parce qu'elle avait vu dans mon dossier qu'il y avait quelque chose en lien avec l'ajout d'un deuxième médicament. On en avait parlé à la pharmacienne puis elle se demandait si c'était la spécialiste, la chirurgienne-oncologue, qui allait me voir ou si c'était elle qui ferait le suivi. Ma docteure m'avait dit qu'elle contacterait la spécialiste et s'il y avait quelque chose, elle me rappellerait. Et tout de suite après, le lendemain, j'ai eu un appel de la spécialiste oncologue (rires). Il y a un suivi étonnamment rapide et c'est la même chose quand elle demande des tests ». Ginette

Très peu d'éléments insatisfaisants sont ressortis par rapport à la prise en charge offerte à la clinique. Ce sont habituellement des cas isolés ou encore des expériences uniques. Bien que non généralisables considérant la taille de notre échantillon, nous avons décelé deux éléments offrant des pistes de réflexion. Premièrement, le type de prise en charge doit être pensé conjointement avec l'usager.ère et non seulement par le ou les professionnel.le.s impliqué.e.s dans la prise en charge. Certain.e.s usager.ère.s ne voient pas les avantages de consulter un.e autre professionnel.le que le médecin ou l'IPSPL. En plus de créer de l'insatisfaction, cela entraîne parfois de la confusion chez l'usager.ère, puisque le suivi ne répond pas à ses attentes ou besoins. Deuxièmement, il apparaît important de ne pas tenir pour acquis que tou.te.s les usager.ère.s connaissent le rôle de l'IPSPL et qu'ils savent que le médecin et l'IPSPL travaillent en étroite collaboration. Le rôle de l'IPSPL semble encore parfois méconnu, ce qui entraîne des résistances chez certain.e.s usager.ère.s.

« Je trouve que les infirmières [praticiennes] font un super travail, qu'elles sont extrêmement compétentes pour la plupart des choses qu'on a. On n'est pas obligé de voir le médecin [...], mais surtout que si on en a réellement besoin, bien on a de la place pour voir le médecin et on n'est pas obligé d'attendre je ne sais pas combien de temps, moi je trouve ça vraiment bien. [...] Enfin, je trouve que ça se déroule mieux dans le sens où les médecins ne sont pas obligés de voir tout le monde ». Emilie

[En parlant du suivi par une IPSPL] « J'ai trouvé ça extra [rires]. Et puis, avec l'infirmière praticienne, je me sens moins inquiète pour certains problèmes de santé que j'ai. Je me dis que j'ai deux personnes comme ressource. Je ne suis pas obligée de déranger toujours le médecin et je sais qu'elle est là. Je me sens beaucoup plus rassurée et je sais qu'elles sont compétentes ». Nicole

Figure 3 : Éléments satisfaisants du modèle Archimède



Des IPSPL de « famille »

La confiance envers les IPSPL est un élément central qui ressort de la vaste majorité des entretiens que nous avons réalisés. Une relation privilégiée se crée au fil des rencontres entre l'usager.ère et l'IPSPL et souvent même avec la famille, d'où le terme utilisé « IPSPL de famille ». La prise en charge globale des problématiques de santé ainsi que l'espace accordé à la parole sont des éléments qui favorisent l'émergence de la confiance.

« L'IPSPL prend en compte tous les aspects de la vie d'une famille. C'est-à-dire que quand je suis arrivée avec mes enfants, elle me demandait « Toi, ça va bien? », elle s'assurait que disons, tout le petit groupe allait bien, puis quand un autre enfant arrivait, elle me disait « Est-ce que la première va bien, est-ce que la deuxième va bien? ». Fait qu'elle faisait vraiment un suivi, puis « Ton mari, comment il va? » bon, c'est ça. Elle prend... ce n'est pas juste l'individu qui a besoin d'un soin, mais c'est comme... c'est un individu dans un ensemble. Fait que ça, vraiment pour moi, c'est extraordinaire étant une famille (...) ». Chloé

« [...] on parle avec l'IPSPL. Ma femme est malade, mais elle a besoin beaucoup d'être rassurée [...] et pour lui dire qu'elle a 85 ans, qu'elle a des problèmes d'arthrite, de colonne vertébrale, de hanches... elle lui parle en lui disant « Vous vieillissez, mais vous n'avez pas le choix, votre vie s'en va comme ça et ça va être correct ». Pour la rassurer, tu sais, pour la rassurer, oui... » Paul

Discussion et recommandations

L'évaluation des premières années de l'implantation du projet Archimède a permis de dégager différents constats qui découlent des entrevues et des observations participantes effectuées lors des rencontres au sein des comités de gouvernance.

Une gouvernance multi-niveau et un leadership partagé

D'abord, les résultats montrent que l'implantation d'un projet novateur comme Archimède nécessite un plan structuré qui ne prend pas seulement en compte les enjeux au sein de la clinique (micro), mais qui considère également les dimensions organisationnelles (méso) et structurelles du système de santé (macro), ce que d'autres études sur les transformations des systèmes de santé ont également mis en évidence (Fulop et Robert, 2015; Nelson *et al.*, 2014; Smith *et al.*, 2019). La réussite de l'implantation dépend en partie du niveau d'adéquation entre les objectifs du changement, l'environnement organisationnel (ressources, accompagnement, culture, mobilisation des acteurs) et des politiques, lois et règlements qui viennent en appui au changement souhaité (gouvernement, ordres professionnels, etc.). Un arrimage entre ces différents niveaux s'avère essentiel pour opérer un changement de cette ampleur (Naccarella *et al.*, 2013). La mise en place de comités de gouvernance (Annexe 1) réunissant des acteur.trice.s à différents niveaux du système constitue un levier d'action à privilégier pour favoriser la coordination des actions et un ajustement continu entre les orientations du projet et la réalité du terrain (Côté *et al.*, 2022). La mise en place d'un leadership partagé entre les différentes instances impliquées constitue un moyen permettant la prise en compte des multiples enjeux et perspectives qui émergent en cours d'implantation. Implicite dans une gouvernance multi-niveau, un leadership partagé permet un meilleur arrimage entre les niveaux micro, méso et macro du système de santé et la représentativité d'une diversité de réalités et de point de vue à considérer (Currie et Spyridonidis, 2019; Denis *et al.*, 2012).

Des enjeux de coordination et de collaboration

Le modèle Archimède constitue un changement majeur de paradigme en termes d'organisation des soins qui nécessite un travail de coordination important entre les différentes instances impliquées dans le déploiement du changement. Le contexte organisationnel dans lequel s'implante le modèle Archimède comporte certaines particularités liées au fait qu'il est déployé dans une clinique privée et que les professionnel.le.s qui y travaillent sont des employé.e.s du CIUSSS-CN. Deux réalités co-habitent, celle du privé et celle du public, chapeautées par une structure de gestion partagée entre des médecins propriétaires et le CIUSSS. Ce contexte comporte certains défis liés au partage d'informations et à la communication entre les différentes instances du GMF et du CIUSSS, mais également entre les différentes directions du CIUSSS impliquées dans le déploiement de ce nouveau modèle. Le déploiement d'un tel modèle repose sur une étroite collaboration inter directions et intersectorielle et une définition claire du rôle de chacune des parties prenantes impliquées dans l'implantation du changement. La littérature montre que l'organisation d'une première ligne efficace nécessite de penser des mécanismes de collaboration

entre différents partenaires du réseau (INESSS, 2019; Ndumbe-Eyoh et Moffatt, 2012). Une structure de gouvernance qui intègre dès le départ des représentant.e.s de l'ensemble des acteur.trice.s impliqué.e.s dans le changement (chargée de projet, gestionnaires CIUSSS, médecins, professionnel.le.s, personnel administratif, MSSS) s'avère essentielle pour clarifier les rôles et les zones d'influence de chacun.e. De plus, lorsque plusieurs comités sont formés, la structure de gouvernance nécessite des mécanismes formels de coordination entre ces comités.

Des ressources humaines stables, en nombre suffisant et engagées

Un modèle de soins comme celui proposé par Archimède repose sur des ressources humaines en nombre suffisant et une équipe stable. Le modèle est construit sur le principe de l'utilisation du ou de la bon.ne professionnel.le au moment opportun selon la raison de consultation, ce qui suppose une collaboration très étroite entre les professionnels de l'équipe. Bien que tou.t.e.s les professionnel.le.s apportent une contribution importante, il y a certains enjeux spécifiques concernant la collaboration entre les médecins et l'équipe infirmière. L'équilibre entre le nombre de médecins et le nombre d'infirmières s'avère particulièrement important à considérer pour assurer un fonctionnement optimal et favoriser un meilleur accès à la première ligne, de même que pour éviter des pressions trop lourdes sur l'un ou l'autre des groupes professionnels. Outre la question du nombre, la stabilité de l'équipe constitue également un facteur essentiel au fonctionnement d'un tel modèle. En effet, le travail de collaboration nécessite non seulement une bonne connaissance des rôles professionnels de chacun (Schot *et al.*, 2020), mais aussi la reconnaissance des expertises et l'établissement d'un lien de confiance entre les intervenants (Mayo et Woolley, 2016). La littérature montre qu'une équipe stable permet de créer un contexte favorable au développement d'une plus grande fluidité dans le travail de collaboration puisqu'il faut du temps pour apprendre à travailler ensemble, autant en ce qui concerne les dimensions formelles qu'informelles du travail (King et Ross, 2004; Kraft *et al.*, 2014; Lapointe et Dallaire, 2005). Il est également reconnu que la stabilité des équipes favorise le développement d'un sentiment d'appartenance, une plus grande satisfaction au travail et du personnel plus engagé (Babiker *et al.*, 2014 ; Estryng-Behar et Le Nezet, 2006).

Une équipe interprofessionnelle s'appuyant sur une optimisation des rôles

Le modèle Archimède constitue une innovation qui nécessite de repenser les façons de faire habituelles et repose sur une redéfinition des rôles professionnels dans une optique d'optimisation. Le passage d'un modèle de soins médico-centré à un modèle de soins qui s'appuie sur une équipe interprofessionnelle, favorise une intervention basée davantage sur les besoins des usager.ère.s et repose sur cette capacité à utiliser de manière optimale les rôles professionnels de chacun (Nelson *et al.*, 2014). Il existe une distinction entre une utilisation à la pleine étendue des rôles professionnels et une utilisation optimale des rôles (Bourgeault et Merritt, 2015). Une utilisation à la

pleine étendue des rôles signifie que les professionnel.le.s de la santé pratiquent l'ensemble des compétences pour lesquelles ils et elles ont été formé.e.s. Une utilisation optimale des rôles implique plutôt que les professionnel.les devraient prioriser la mobilisation de leurs compétences les plus avancées et, dans un souci d'efficacité, confier à d'autres professionnels avec qui il.elle.s collaborent les tâches qui demandent un niveau de compétence différent (Bourgeault et Meritt, 2015). Au sein de ce cadre général, le travail des professionnel.le.s se doit d'être compris en relation avec le contexte de pratique ainsi que les particularités des équipes et doit s'ajuster en conséquence de manière à favoriser une optimisation des rôles plutôt qu'une stricte utilisation à la pleine étendue des rôles. Comme le mentionnent Nelson et ses collègues, « le principe selon lequel tous les professionnels de la santé exerceraient leur champ complet dans tous les contextes pourrait en fait aller à l'encontre de la création d'un système de soins de santé plus efficace et plus rentable. En revanche, exercer un champ optimal signifie obtenir la configuration la plus efficace pour les différents rôles en fonction des compétences des autres professionnels. » (Nelson *et al.*, 2014: 27).

Un autre élément à ne pas négliger dans l'implantation d'un modèle comme celui d'Archimède est l'élargissement nécessaire du rôle des agentes administratives. Leur rôle devient central dans l'attribution des RDV en fonction du besoin de l'usager.ère. Le travail des agentes requiert une bonne maîtrise des trajectoires de soins, ce qui n'est pas toujours facile pour des personnes qui n'ont pas de formation en santé et dont le niveau de littéracie sur ces questions est, souvent, peu élevé. Un accompagnement adéquat s'avère essentiel.

Un tel changement n'est pas sans déstabiliser l'organisation du travail des professionnel.le.s et des agentes habitué.e.s à effectuer certaines tâches et à utiliser un certain spectre de leur champ de pratique. Un contexte d'innovation requiert des travailleurs une capacité à travailler dans un environnement en changement et en continuelle adaptation, notamment pendant la période d'implantation et de stabilisation (Bø Lyng *et al.*, 2021; Cloutier *et al.*, 2016). Une attention doit donc être portée au profil de compétences nécessaire pour œuvrer dans un tel contexte (Naccarella *et al.*, 2013; Ospina et Foldy, 2015), mais ce n'est pas le seul facteur à considérer. Un accompagnement soutenu de la part des gestionnaires, particulièrement en début de projet, est nécessaire afin de clarifier les orientations et de transmettre la vision du changement, de favoriser une utilisation optimale des rôles professionnels et d'intervenir rapidement lorsque des difficultés surviennent dans l'exercice des rôles de chacun.e.

D'autres facteurs peuvent avoir une incidence sur l'utilisation optimale des rôles professionnels. Certaines lignes directrices prévues dans le cadre de gestion des GMF limitent le déploiement du modèle à son plein potentiel, notamment en raison de l'inscription des usager.ère.s sous la responsabilité des médecins. Le modèle repose sur l'hypothèse que la collaboration entre médecins et IPSPL devrait conduire à un nombre d'inscription d'usager.ère.s plus élevé par médecin. Or, lorsque l'équipe est instable, les médecins craignent en arriver à devoir assumer la responsabilité d'une

charge de cas plus lourde que celle qu'ils ou elles sont en mesure d'assumer. Selon les contextes et les situations dans lesquels s'inscrivent les médecins, par exemple le type de pratique (mixte ou unique) ou encore leur expérience professionnelle de novice à expert, le nombre d'usagers.ère.s suivis ne sera pas le même (Van der Biezen *et al.*, 2017).

Favoriser la flexibilité et les ajustements continus : s'inspirer des principes des systèmes de santé apprenants

L'implantation d'un modèle comme celui d'Archimède requiert une certaine flexibilité et des ajustements en continu selon l'évolution des enjeux sur le terrain et, plus largement, du système de santé. De plus, le modèle Archimède s'est développé dans le contexte d'une clinique spécifique possédant un historique et présentant certaines caractéristiques en termes de clientèle à desservir et de milieu socioéconomique. L'implantation d'un modèle comme celui-ci dans d'autres cliniques nécessite de prendre en compte les particularités des autres milieux tout en maintenant intact ce qui constitue le cœur du modèle (Langley & Denis, 2008). Les six étapes de l'implantation d'un système de santé apprenant constituent un cadre intéressant pour structurer le déploiement d'un tel modèle (Greene *et al.*, 2012; Lessard *et al.* 2017; Riley *et al.*, 2013). L'implantation doit inclure une **phase d'observation et d'analyse** où les problèmes sont identifiés sur plusieurs dimensions (patient, professionnel, dimension inter prof/sectoriel/direction, etc.). Dans ce sens, le projet Archimède répondait à un réel besoin de services dans ce secteur défavorisé peu attractif pour les médecins et en menace de fermeture dû aux nombreux départs à la retraite au sein de l'équipe médicale. Elle inclut une **phase d'élaboration** des innovations ou des mesures visant une amélioration des services qui s'appuie à la fois sur des données probantes et la réalité terrain. Ces changements doivent être applicables à la structure, à la population/clientèle, aux ressources disponibles et à ce qu'il est possible de faire à l'intérieur de l'organisation. Cette phase ne doit pas être négligée dans le cadre d'un changement de paradigme aussi important. Vient ensuite la **phase d'implantation** où il est fortement recommandé de débiter par un projet pilote, ce qui a été fait avec le projet Archimède. L'implantation plus large requiert l'identification des éléments transversaux (core) qui définissent une innovation ou une pratique. Ces éléments devraient être discutés au sein de comités de gouvernance ou du comité consultatif de la recherche. La quatrième phase consiste en **l'évaluation du projet**, laquelle doit porter à la fois sur l'efficacité et l'adhésion au modèle. Il faut à l'avance déterminer les modalités d'évaluation (moment prédéterminé pour les effectuer, utilisation de moyen quantitatif et qualitatif). Certains éléments ont pu être évalués dans la phase 1 du projet, alors que d'autres le seront dans la phase 2 (Tableau 5). Les systèmes de santé apprenants requièrent de constantes adaptations et une **phase d'ajustement** est souhaitable dans une perspective d'amélioration continue dans un processus du type « planifier-faire-évaluer-ajuster ». Enfin, ce processus se termine par une **phase de diffusion** qui implique des discussions ouvertes entre les acteurs sur les éléments du modèle à prioriser pour favoriser le changement. Étant donné l'évolution récente de l'environnement réglementaire entourant la pratique des IPS et des enjeux d'accès à la

première ligne, il s'avère pertinent d'élargir la réflexion entourant le déploiement du modèle Archimède à d'autres milieux de soins et services.

En somme, le point central des systèmes apprenants est le partenariat entre recherche et l'équipe clinique, y compris les gestionnaires, afin de permettre des améliorations rapides et efficaces qui se basent à la fois sur des données probantes provenant de la recherche et de la pratique. Le leadership est crucial dans ce type d'approche et il doit être de nature à favoriser l'adhésion à une « culture » qui valorise le changement et l'innovation. Il repose également sur une volonté organisationnelle d'adhérer à ce type de modèle pour qu'il fonctionne. Les changements qui s'inscrivent dans la philosophie des systèmes de santé apprenants exigent également de la flexibilité et une bonne communication lors des différentes étapes. Ils reposent sur une certaine prise de risque et une tolérance des erreurs qui peuvent survenir dans un processus d'expérimentation.

Tableau 5 : Synthèse des résultats de la phase 1 et phase 2 en cours ⁵

À l'échelle de la clinique	
Les résultats de la phase 1 proviennent de collectes ayant eu cours d'avril 2018 à mars 2020	
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> ● Une adhésion de toute l'équipe (agentes administratives, professionnels et médecins) à la vision Archimède fut nécessaire afin de travailler de manière optimale en équipe interprofessionnelle et maximiser un accès en temps opportun aux services. ● La clinique a réussi à maintenir un taux d'assiduité important de l'ordre de 85-86,9% pour la période de 2018-2020 et ce, malgré l'implantation du modèle et des enjeux de mains-d'œuvre importants. ● Les usagers indiquent un haut niveau de satisfaction en lien avec l'accessibilité, principalement au niveau : <ul style="list-style-type: none"> ○ De la rapidité de la prise de RDV; ○ De la diversité de professionnels disponibles gratuitement; ○ De la possibilité d'une place au sans-RDV à l'intérieur de 48h, parfois la journée même; ○ De l'initiative des agentes administratives afin de trouver le RDV le plus rapidement selon la situation de l'usager (utilisation des trajectoires d'orientation et assignation du bon professionnel selon le besoin exprimé de l'usager); ○ Des suivis téléphoniques effectués par les IC et IPSPL; ○ Du processus de référencement externe (consultations, examens, chirurgies, etc.) souvent fait par professionnel le plus impliqué dans la prestation de service. <p>Phase 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Des indicateurs visant l'analyse des trajectoires de soins et services ont été identifiés et une méthode de matching sera utilisée afin de comparer les usagers du GMF St-Vallier à des usagers synthétiques. ● Différentes dimensions de l'expérience des usagers seront documentées à l'aide d'entrevues individuelles semi-dirigées.
Qualité et continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> ● Le référencement et la communication entre professionnels, y compris les médecins, sont facilités par l'utilisation du DMÉ; ● Le référencement entre professionnels est une pratique généralisée; ● Certaines lacunes concernant les connaissances des rôles de certains professionnels (ex. kinésiologue, Inhalothérapeute, travailleur social vs psychologue, etc.) ont limité les référencements possibles vers ces professionnels au début de l'implantation du projet. Ces lacunes ont été principalement observées chez les professionnels et les agentes administratives. <p>Solutions apportées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Accompagnement soutenu de la part de l'équipe d'implantation; ○ Révision des modalités de communication des différents comités vers les équipes; ○ Formation sur la résolution de conflits et clarification des rôles des professionnels. ● Les usagers indiquent un haut niveau de satisfaction en lien avec la qualité et la continuité des soins, principalement au niveau : <ul style="list-style-type: none"> ○ De la durée des RDV et du temps consacré à l'écoute permettant de créer un espace de partage privilégié et de générer un sentiment de confiance important envers le professionnel/médecin; ○ De la globalité de la prise en charge (une orientation biopsychosociale); ○ De la confiance de l'usager dans son suivi puisqu'il est conscient qu'il sera référé si le professionnel atteint les limites de ses compétences (ex : IC→IPSPL→Médecin); ○ De la continuité de la prise en charge à l'extérieur de la clinique qui est habituellement faite par les professionnels/ médecins (consultations externes, examens, chirurgies, pharmacies, laboratoires, etc.). <p>Phase 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Des entrevues individuelles semi-dirigées auprès de professionnels, médecins, personnel administratif et acteurs clés de la clinique documenteront les dimensions suivantes.
Accès adapté	<ul style="list-style-type: none"> ● Non couvert par la recherche. <p>Phase 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Collaboration possible au projet Portrait 360 degrés de l'accès adapté mené par l'équipe de Mylaine Breton de l'Université de Sherbrooke et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance clinique des services de première ligne.

⁵ Le générique masculin est utilisé dans ce tableau uniquement dans le but d'en alléger la forme et d'en faciliter la lecture. Il désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Utilisation optimale des ressources	<ul style="list-style-type: none"> ● Le contexte pandémique des dernières années, les difficultés rencontrées par la clinique en termes de recrutement d'effectif médical ainsi que des enjeux méthodologiques et technologiques ne nous ont pas permis de réaliser l'évaluation économique du modèle initialement prévu à la phase 1 du projet. ● Le modèle repose sur une certaine stabilité de l'équipe et des ressources humaines en nombre suffisant afin de favoriser un accès au bon professionnel selon les besoins des usagers <ul style="list-style-type: none"> ○ Ces conditions ne furent pas atteintes lors de la phase 1 du projet, ce qui a engendré une pression importante sur : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Les infirmières, principalement les IPSPL, qui ont été grandement sollicitées, spécialement les soirs et les fins de semaine, afin de couvrir les 68 heures obligatoires du cadre de gestion des GMF; ◆ Les médecins nouvellement arrivés qui ont ressenti une forte pression pour accroître le nombre d'inscriptions à la clinique afin de pallier les départs à la retraite et les délais de dotation des autres postes. ● L'instauration d'une CIP efficace a nécessité : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une bonne connaissance des rôles professionnels et des expertises de chacun; ○ L'établissement d'un lien de confiance entre les professionnels, incluant les médecins. ● Le développement d'outils a été nécessaire pour permettre le référencement vers le bon professionnel. Ces outils ont pris la forme : <ul style="list-style-type: none"> ○ D'une définition des rôles professionnels et identification des zones de chevauchement possibles; ○ D'une formation sur la résolution de conflits; ○ De l'élaboration de trajectoires d'orientation; ○ De formations et d'accompagnement du secrétariat dans l'application des algorithmes de référencement; ○ De l'élaboration d'ordonnances collectives afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle. ● Le développement et l'appropriation de ces outils a nécessité du temps et un accompagnement soutenu prenant différentes formes dont le mentorat, le coaching ainsi que l'élaboration de formations diverses. ● Une attention particulière a dû être portée : <ul style="list-style-type: none"> ○ Aux agentes administratives lors de l'implantation des trajectoires d'orientation afin de réduire les effets de la complexification de leur rôle et éviter qu'elles ne soient trop déstabilisées dans l'organisation de leur travail. Solutions apportées : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Coaching et formations visant l'appropriation des nouvelles compétences en lien avec les trajectoires; ◆ Familiarisation avec le langage médical; ◆ Mise en place d'un processus de réception des plaintes relatives aux erreurs de référencement afin d'éviter une détérioration du climat de travail. ○ Aux IC dont le rôle s'est redéfini de manière importante et qui ont été amené à devoir exercer à la pleine étendue de leur champ d'exercice, sans avoir le sentiment de bien maîtriser les nouvelles responsabilités. À cela s'ajoutent le changement du type de clientèle et l'intégration des suivis conjoints avec les IPSPL. L'accumulation de ces changements a engendré une insécurité professionnelle. Solutions apportées : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Rencontres ayant pour but d'explicitier les enjeux que vivaient les IC; ◆ Formations ciblées et coaching afin de renforcer certaines compétences; ◆ Instauration de suivi conjoint IPSPL-IC visant la familiarisation avec certaines clientèles; ◆ Possibilité de développement professionnel via des formations. ● La mise en place en cours de route d'un plan d'action clinique a permis certains réajustements tels que : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'attribution des responsabilités de chacune des parties prenantes (professionnels, médecins, CIUSSS, MSSS); ○ L'uniformisation des communications. ○ L'accompagner de l'équipe dans la gestion du changement; ○ De documenter, clarifier et formaliser les rôles de chacun au sein de l'équipe. <p>Phase 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Des indicateurs de performance ont été identifiés à l'aide des bases de données du MSSS et du CIUSSS. Ils serviront à documenter l'impact du modèle Archimède sur le plan économique et opérationnel en le comparant à l'aide d'une méthode de contrôle synthétique aux autres GMF de la Capitale-Nationale⁶.
Partenariat avec l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> ● Le modèle Archimède permet de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Déterminer le recours au bon professionnel en fonction du besoin de l'utilisateur; ○ Placer l'utilisateur au cœur de l'offre de service. ● L'intégration de nouveaux professionnels dans le parcours de soin est généralement discutée avec l'utilisateur dans une logique de décision partagée. L'utilisateur est ensuite libre d'accepter ou de refuser l'offre de service. <p>Phase 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Des entrevues individuelles semi-dirigées auprès d'utilisateurs fréquentant la clinique permettront de documenter: <ul style="list-style-type: none"> ○ La capacité du patient à s'impliquer dans sa propre prise en charge; ○ Le fonctionnement de la prise de décision partagée.

⁶ L'utilisation de certains indicateurs de performance économique et opérationnel retenus servira à documenter l'utilisation des ressources, mais également la qualité et continuité des soins ainsi que l'accessibilité.

Conclusion

Les premières années d'implantation du modèle Archimède ont été marquées par un contexte instable attribuable à un problème d'effectifs médicaux, un roulement de la main-d'œuvre tant au niveau des professionnel.le.s, des gestionnaires que du personnel administratif, puis la pandémie. Malgré ces enjeux, il est important de souligner que la clinique a été en mesure de maintenir un taux d'assiduité oscillant entre 85 % et 86,9%. L'équipe de recherche a été en mesure d'identifier différents facteurs qui ont favorisé ou limité l'implantation de ce nouveau modèle de soin et de documenter la satisfaction des usager.ère.s. Malheureusement, l'analyse de la phase 1 n'a pas permis de tirer des constats en termes de performance économique pour des raisons liées à la qualité des données disponibles, à la transformation du GMF témoin et au fait que la pandémie a restreint considérablement l'accès au terrain de recherche. Cependant, les données qualitatives demeurent riches d'enseignements pour cette première phase d'implantation. Elles ont permis d'identifier les mesures à mettre en place afin de permettre une meilleure transition d'un modèle GMF classique à un modèle basé sur un fonctionnement interprofessionnel où le médecin ne constitue plus la seule porte d'entrée de la première ligne. Certains éléments sont particulièrement importants, notamment les enjeux en termes de stabilisation des équipes et d'optimisation des rôles. Le rôle des gestionnaires et les enjeux liés à la co-gestion privé-public méritent également toute notre attention. Enfin, la coordination des actions à l'échelle du système (micro, méso, macro) dans une perspective de gouvernance multi-niveau constitue un levier à privilégier et à exploiter dans une éventuelle mise à l'échelle du modèle Archimède. Les données montrent également que ce type de modèle est fortement apprécié des usager.ère.s, particulièrement lorsque qu'il y a une complexité des problèmes sociaux et de santé. Une phase 2 du projet a été financée et elle visera à démontrer l'efficacité du modèle Archimède. Elle permettra de mieux circonscrire les milieux les plus susceptibles de bénéficier du modèle Archimède et de poursuivre les analyses concernant les enjeux liés à l'interprofessionnalisme à la clinique.

Références

- Babiker A, El Hussein M, Al Nemri A, Al Frayh A, Al Juryyan N, Faki MO, Assiri A, Al Saadi M, Shaikh F, Al Zamil F. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr*, 214(2), 9-16.
- Bø Lyng, H., Macrae, C., Veslemøy, G., Haraldseid-Driftland, C., Fagerdal, B., Schibeveag, L., Alsvik, J. G. et Wiig, S. (2021). Balancing adaptation and innovation for resilience in healthcare – a metasynthesis of narratives. *BMC Health Services Research*, 21(759).
- Bourgeault, I. L. et Merritt, K. (2015). Deploying and Managing Health Human Resources. Dans E. Kuhlmann, R. H. Blank, I. L. Bourgeault et C. Wendt (éd.), *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance* (p. 308-324). Palgrave Macmillan.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L. et Museux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Actualites/Guide_explicatif-Continuum_vFR_18-07-31.pdf
- Carrière, M. et GRIOSE-SM. (2007). *Logiques et conditions d'action des acteurs en santé mentale : défi et perspectives. Évaluation réalisée dans la région de la Capitale-Nationale dans le suivi du Rapport sur les services de santé mentale (adultes) de 2002*. GRIOSE-SM, CSSS de la Vieille-Capitale.
- Cloutier, C., Denis, J.-L., Langley, A. et Lamothe, L. (2016). Agency at the Managerial Interface: Public Sector Reform as Institutional Work. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 26(2) : 259–276.
- CNA. (2019). *Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework*. Canadian Nurses Association.
- Côté, N., Freeman, A., Jauvin, N. et Binette, S. (2022). Des considérations théoriques sur le processus d'engagement en contexte de projet dans les organisations de santé : comment favoriser une réelle co-construction par une mobilisation active et soutenue des parties prenantes. Dans S. Boivin, C. Leyrie, et P. Boigey (dir.), *Pour des parties prenantes engagées dans les projets. Réflexions théoriques et pratiques* (p. 133-150). Presses de l'Université du Québec.
- Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Pollender, H. et Binette, S. (2018). *Les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Enjeux d'optimisation du rôle, de collaboration interprofessionnelle et d'accessibilité à des soins et des services de santé*. CERSSPL-UL. https://www.ciussc-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/Infirmier/DSI_rapport_ips.pdf

- Currie, G. et Spyridonidis, D. (2019). Sharing leadership for diffusion of innovation in professionalized settings. *Human Relations*, 72(7), 1209-1233. <https://doi.org/10.1177/0018726718796175>
- Denis, J.-L., Langley, A. et Sergi, V. (2012). Leadership in the plural. *The Academy of Management Annals*, 6(1), 211-283. <https://doi.org/10.5465/19416520.2012.667612>
- Dion, V. G. (2013). L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : un élément clé majeur. *TranSphère*, 9(1), 32-34.
- Estryn-Behar M. et Le Nezet O. (2006). Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière. *Soins Cadres*, 15(2), 2-14. SCAD-10-2006-00-HS2-0183-2980-101019-200608161
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Éducation.
- Fulop, N. et Robert, G., (2015). *Context for successful quality improvement. Evidence review*. The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/ContextForSuccessfulQualityImprovement.pdf>
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. PUF.
- Greene, S. M., Reid, R. J., Larson, E. B. Implementing the learning health system: from concept to action. *Ann Intern Med*. 2012 Aug 7;157(3):207-10.
- Holmes, D. et Perron, A. (2008). L'infirmière praticienne en soins de première ligne: entre colonisation et affranchissement. Dans C. Dallaire (éd.), *Soins infirmiers: enjeux et perspectives* (p. 403-414). Gaëtan Morin.
- INESSS. (2019). *Systèmes apprenants et maladies chroniques*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Systemes-apprenants.pdf
- Kechidi, M. (2017). La théorie de la structuration : une analyse des formes et dynamiques organisationnelles. *Relations industrielles*, 60(2), 348-369. <https://doi.org/10.7202/011725ar>
- King, N. et Ross, A. (2004). Professional Identities and Interprofessional Relations Evaluation of Collaborative Community Schemes. *Social Work in Health Care*, 38(2), 51-72. https://doi.org/10.1300/J010v38n02_03
- Kohn, L. et Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Dans C. Léonard (dir.), *Reflets et perspectives de la vie économique* (vol. 4, p. 67-82). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Kraft, M., Blomberg, K. et Hedman, A. M. (2014). The health care professionals' perspectives of collaboration in rehabilitation - an interview study. *Int J Older People Nurs*, 9(3), 209-216. <https://doi.org/10.1111/opn.12020>

- Laberge, M., Wodchis, W., Barnsley, J. et Laporte, A. (2017). Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions across primary care models in Ontario, Canada. *Social Science and Medicine*, 181, p. 24-33. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.040>
- Laliberté, Christine. (2020). *Projet Archimède-Modèle de soins et de services en partenariat avec l'usager axé sur l'utilisation optimale du champ de compétences des professionnels*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Langley, A., & Denis, J.-L. (2008). Les dimensions négligées du changement organisationnel. *Télescope*, 14(3), 13-32.
- Lapointe, P.-A. et Dallaire, C. (2005). *Pénurie qualitative d'infirmières dans les unités de soins critiques*. Université Laval.
- Lessard, L., Michalowski, W., Fung-Kee-Fung, M. et al. Architectural frameworks: defining the structures for implementing learning health systems. *Implementation Sci* 12, 78 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0607-7>
- Mayer, R. et Deslaurier, J. P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques et D. Turcotte (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 159-188). Gaëtan Morin.
- Mayo, A. T. et Woolley, A. W. (2016). Teamwork in Health Care. Maximizing Collective Intelligence via Inclusive Collaboration and Open Communication. *AMA Journal of Ethics* 18(9), 933-940.
- Mortelmans, D. (2009). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. acco.
- MSSS. (2011). *Soutien financier pour l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) et des candidates IPS-SPL*. MSSS.
- MSSS. (2012). *Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée et de l'infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne*. MSSS. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-919-04W.pdf>
- MSSS. (2015). *Fiches d'intégration des professionnels en GMF*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001529/>
- MSSS. (2017). *2000 infirmières praticiennes spécialisées d'ici 2024-2025 pour donner des soins de santé*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1288/>
- MSSS. (2017). *Le gouvernement du Québec annonce la mise sur pied du projet-pilote Archimède*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1298/>

- Naccarella, L., Greenstock, L. N. et Brooks, P. M. (2013). A framework to support team-based models of primary care within the Australian health care system. *Med J. Aust*, 199(5), 22-25. <https://doi.org/10.5694/mja12.10069>
- Ndumbe-Eyoh, S. et Moffatt, H. (2012). *Évaluation de l'incidence et de l'efficacité de l'action intersectorielle exercée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé : une revue systématique accélérée*. *Revue systématique accélérée*. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., Mowat, D., Nasmith, L., Postl, B., Shamian, J. et Sketris I. (2014). *Optimisation des champs d'exercice : de nouveaux modèles de soin pour un nouveau système de soins de santé*. Académie canadienne des sciences de la santé. https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Optimizing-Scopes-of-Practice_REPORT-French.pdf
- OIIQ. (s.d.). *Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>
- OIIQ. (2021). *Portrait national des effectifs infirmiers 2020-2021*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/portrait-national-des-effectifs-infirmiers-2020-2021#:~:text=L'OIIQ%20comptait%2080%20491,rapport%20%C3%A0%20l'ann%C3%A9e%20pr%C3%A9c%C3%A9dente>.
- Ospina Sonia M. Foldy Erica G. (2015). Enacting collective leadership in a shared-power world. Dans L. Perry James et K. Christensen Robert (éd.), *Handbook of public administration* (p. 489-507). CA: Jossey-Bass.
- Partenariat Données Québec. (2019). *Défavorisation combinée 2016 - National (Reg. 2)*. Données Québec. <https://www.donneesquebec.ca/recherche/dataset/indice-de-defavorisation-du-quebec-2016/resource/8361d460-bba3-409a-a724-8f2c71decede>
- Riley, W.T., Glasgow, R.E., Etheredge, L. and Abernethy, A.P. (2013), Rapid, responsive, relevant (R3) research: a call for a rapid learning health research enterprise. *Clin Trans Med*, 2: e10. <https://doi.org/10.1186/2001-1326-2-10>
- Schot, E., Tummers, L. et Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *J Interprof Care*, 34(3), 332-342. <https://doi.org/10.1186/2001-1326-2-10>
- Services Québec. (s.d.). *Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé*. Gouvernement du Québec. <http://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/infirmier-praticien-specialise>

- Smith, T., McNeil, K., Mitchell, R., Boyle, B. et Ries, N. (2019). A study of macro-, meso- and micro-barriers and enablers affecting extended scopes of practice: the case of rural nurse practitioners in Australia. *BMC Nursing* 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0337-z>
- Thiétart, R.-A., Allard-Poesi, F., Angot, J., Baumard, P., Blanc, A., Cartier, M., Charreire-Petit, S., Chollet, B., Donada, C., Drucker-Godard, C., Durieux, F., Ehlinger, S., Forgues, B., Garreau, L., Grenier, C., Ibert, J., Josserand, E., Maréchal, G., Mbengue, A.,... Zarlowski, P. (2014). *Méthodes de recherche en management* (4^e éd.). Dunod.
- Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. et Laurant, M. (2017). Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 18(16).

Annexe 1 : Structure de gouverne du projet

